

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO” UNESP
Faculdade de Medicina de Botucatu-SP

**Inquérito de Saúde: Condições de Vida de Hipertensos
maiores de 60 anos no Estado de São Paulo**

Rosilene Maria dos Santos Reigota

Botucatu-SP
2012

Rosilene Maria dos Santos Reigota

**Inquérito de Saúde: Condições de Vida de Hipertensos
maiores de 60 anos no Estado de São Paulo**

Tese apresentada ao curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração Saúde Pública, da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista – UNESP, para a obtenção do título de Doutor.

Orientadora: Prof^a Dr^a Luana Carandina

Botucatu-SP
2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Reigota, Rosilene Maria dos Santos.

Inquérito de saúde: condições de vida de hipertensos maiores de 60 anos no estado de São Paulo / Rosilene Maria dos Santos Reigota. – Botucatu : [123p.], 2012

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2012

Orientador: Luana Carandina

Capes: 40602001

1. Idosos. 2. Hipertensão. 3. Condições de vida.

Palavras-chave: Hipertensão; Inquéritos de saúde; Terceira Idade.

Dedicatória

Aos meus pais, Antonio e Angelina, por terem se doado por inteiro, renunciando aos seus sonhos para que eu pudesse realizar os meus;

Em especial ao meu pai que eu gostaria que estivesse comigo nesse momento, mas está ausente, nas mãos de Deus. As lembranças de sua presença sopram suaves em minha memória num murmúrio de lamento e saudades;

À Nirave, minha querida filha, por estar ao meu lado, com confiança e companheirismo em todos os momentos de alegria e de dor;

Aos meus irmãos Marcos e Roseni, pelas palavras de estímulo principalmente nesses últimos momentos, que sabemos, foram tão difíceis;

Aos meus amigos, muitos deles, que me estimularam freqüentemente nessa trajetória.

Agradecimento

À Professora Dr^a Luana Carandina, pela orientação que me foi dada da primeira à última linha deste trabalho, transmitindo seu conhecimento com segurança, me oportunizando mais essa conquista;

Às professoras Maria Cecília e Maria Cristina, pelas críticas e sugestões fornecidas no exame de qualificação;

A todos os professores do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pela transmissão do conhecimento, pela amizade e apoio recebido;

À Olívia pela colaboração com o Stata, e acima de tudo pela amizade demonstrada;

A todos funcionários do departamento de saúde pública e da pós-graduação pela atenção dispensada, especialmente à Regina;

A bibliotecária Meire pela assessoria metodológica e bibliográfica;

Ao Wagner por formatar o trabalho num espaço tão estreito de tempo;

Aos pesquisadores dos dois inquéritos que me deram o aval para a realização desse estudo;

Aos amigos da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru, pelo apoio dispensado, aos diretores pela compreensão da necessidade de ausentar-me e aos colegas por me substituírem em minhas tarefas cotidianas durante minhas ausências;

Aos colegas da Universidade Paulista pelo apoio e acompanhamento da minha trajetória nesses anos cheios de adversidades;

Resumo

Reigota RMS. Inquérito de Saúde: Qualidade de Vida de Hipertensos maiores de 60 anos no Estado de São Paulo

No último século o padrão saúde-doença do mundo sofreu uma transição epidemiológica decorrente da queda da mortalidade por doenças transmissíveis e ao aumento por doenças não-infecciosas. As estatísticas de morbimortalidade constituem-se em importante subsídio para o conhecimento do perfil epidemiológico de uma população, para a elaboração de indicadores de saúde e conseqüente planejamento de ações desse setor. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) acomete de 50 a 70% das pessoas idosas e é uma doença crônico-degenerativa e um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais crônicas. A literatura descreve vários fatores de risco para a Hipertensão Arterial: hereditariedade, idade, sexo, grupo étnico, nível de escolaridade, condição sócio-econômica, obesidade, etilismo e tabagismo. Os inquéritos de saúde são o instrumento mais adequado para identificar se a população tem conhecimento da própria condição de saúde. Pretendeu-se caracterizar os hipertensos com 60 anos e mais em quatro áreas do Estado de São Paulo – ESP, sua percepção de seu estado de saúde e seus aspectos comportamentais visando contribuir para o planejamento de ações que promovam o melhor controle da HAS e a redução das possíveis complicações devidas a comportamentos e estilo de vida inadequados. A amostra foi constituída por todos os entrevistados com idade igual ou superior a 60 anos de dois inquéritos de saúde, sendo, 1535 pessoas do ISA-SP, com 733 hipertensos e 872 pessoas do ISA-Capital, sendo 395 hipertensos, totalizando 2407 pessoas e 1128 hipertensos. Os resultados não apresentaram diferenças importantes entre as quatro áreas estudadas em relação à prevalência da hipertensão. Observou-se que são fatores de risco para hipertensão arterial ser do sexo feminino, ter baixa escolaridade, estar com sobrepeso, dividir domicílio com 7-13 pessoas, ter três ou mais doenças associadas e considerar a própria saúde como ruim/muito ruim. Os resultados também apontam um percentual significativo de hipertensos que mantém o hábito de fumar, tomar bebidas alcoólicas e que não pratica exercícios físicos. A população estudada não aderiu a medidas de controle da hipertensão, como dieta sem sal, controle de peso e atividade física e se mostrou mais aderente à medicação e seguimento periódico em serviços de saúde, percentuais que poderiam ser maiores se os profissionais de saúde adotassem medidas de prevenção mais efetivas e permanentes visando mudanças de comportamentos referidos que são prejudiciais ao controle da hipertensão. A população idosa possui hábitos de vida arraigados que dificilmente os mudarão o que torna importante a adoção de medidas preventivas de doenças crônico-degenerativas voltadas à população mais jovem e a adoção aos hipertensos de linhas de cuidado personalizadas.

Unitermos: Inquéritos de Saúde, Hipertensão e Terceira Idade.

Abstract

Reigota RMS. Health Surveys: Quality of life of Hypertensive over 60 Years in the State of São Paulo.

In the last century the health-disease pattern of the world has undergone an epidemiological transition due to the decline in mortality from transmissible diseases and the increase of mortality from non-infectious diseases. The statistics of morbidity and mortality constitute an important tool for the knowledge of the epidemiological profile of a population, for the elaboration of health indicators and consequent action planning in this sector. Systemic Arterial Hypertension (SAH) affects 50 to 70% of elderly people and constitutes a chronic degenerative disease and one of the most important risk factors for developing cardiovascular, cerebrovascular and renal diseases. The literature describes several risk factors for hypertension: heredity, age, sex, ethnicity, education level, socioeconomic status, obesity, alcohol and tobacco use. Health surveys are the most appropriate tool to identify if the population is aware of their health condition. It was intended to characterize the hypertensive aged 60 and over in four areas of the state of Sao Paulo - SP, their perception of their own health status and behavioral aspects to contribute with the planning of actions to promote better control of hypertension and the reduction of possible complications due to inadequate behavior and lifestyle. The sample consisted of all the interviewees aged over 60 years and over who participated in two health surveys, with 1535 people in the ISA-SP, 733 of which hypertensive and 872 people in the ISA Capital, 395 of which hypertensive patients, totalizing 2407 people and 1128 hypertensive patients. The results showed no significant differences among the four areas studied in relation to the prevalence of hypertension. It was observed that risk factors for hypertension are: being female, low level of education, being overweight, sharing domicile with 3-6 people, having three or more associated diseases and considering their own health as poor / very poor. The results also indicated a significant percentage of hypertensive patients who keep smoking, drinking alcohol and do not engage in exercise. The population studied did not adhere to measures to control hypertension, such as salt-free diet, weight control and physical activity and was more adherent to medication and periodic follow-up health services; that percentage of adherents could be higher if health professionals adopted more effective and permanent prevention measures with the goal of achieving behavioral changes as mentioned above that are harmful to the control of hypertension. The elderly population has living habits that are unlikely to change which makes it important to adopt preventive measures against chronic degenerative diseases focused on the younger population and the adoption by the hypertensive population of measures of personalized care.

Keywords: Health Surveys , Hypertension and the Elderly.

Lista de Tabelas

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	População entrevistada segundo área e domínio, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.....	55
Tabela 2.	Prevalência da hipertensão segundo idade e sexo, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.....	55
Tabela 3.	Prevalência de hipertensos e não-hipertensos maiores de 60 anos, segundo raça/cor, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.	56
Tabela 4.	Prevalência de hipertensos e não-hipertensos maiores de 60 anos, segundo a situação conjugal, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.	57
Tabela 5.	Prevalência em hipertensos maiores de 60 anos, segundo a situação conjugal e sexo, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003....	58
Tabela 6.	Prevalência de hipertensos e não-hipertensos maiores de 60 anos, segundo a naturalidade, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.....	59
Tabela 7.	Prevalência de hipertensos e não-hipertensos maiores de 60 anos, segundo a religião, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003....	60
Tabela 8.	Prevalência de hipertensos e não-hipertensos maiores de 60 anos, segundo escolaridade, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.....	61
Tabela 9.	Prevalência da hipertensão maiores de 60 anos, segundo escolaridade e sexo, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.....	62
Tabela 10.	Prevalência de hipertensos e não-hipertensos maiores de 60 anos, segundo a renda per capita, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.	63
Tabela 11.	Prevalência de hipertensos e não-hipertensos maiores de 60 anos, segundo o número de moradores no domicílio, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.....	64
Tabela 12.	Prevalência de hipertensos e não-hipertensos maiores de 60 anos, segundo a condição de chefia da família, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.....	65

Tabela 13.	Prevalência de hipertensos e não-hipertensos maiores de 60 anos, segundo a situação de trabalho, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.	66
Tabela 14.	Prevalência de hipertensos e não-hipertensos maiores de 60 anos, segundo o hábito de fumar, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.	67
Tabela 15.	Prevalência de hipertensos e não-hipertensos maiores de 60 anos, segundo o consumo de álcool, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.	68
Tabela 16.	Prevalência de hipertensos e não-hipertensos maiores de 60 anos, segundo a atividade física, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.	69
Tabela 17.	Prevalência de hipertensos e não-hipertensos maiores de 60 anos, segundo o IMC, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.....	70
Tabela 18.	Prevalência de doenças associadas em hipertensos maiores de 60 anos, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.	72
Tabela 19.	Distribuição de hipertensos e não-hipertensos maiores de 60 anos, segundo o nº de doenças crônicas associadas, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.....	73
Tabela 20.	Hipertensos maiores de 60 anos, segundo o número de doenças associadas e sexo, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.....	74
Tabela 21.	Hipertensos maiores de 60 anos, segundo o número de internações e sexo, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.....	75
Tabela 22.	Prevalência de hipertensos e não-hipertensos maiores de 60 anos, segundo a auto-percepção em saúde, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.....	76
Tabela 23.	Conhecimento dos hipertensos maiores de 60 anos sobre condutas para o controle da hipertensão, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.....	78
Tabela 24.	Adesão dos hipertensos maiores de 60 anos às condutas para o controle da hipertensão, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.	78
Tabela 25.	Conduta que acha que deve ser tomada e a conduta seguida pelos hipertensos maiores de 60 anos, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.	79

Tabela 26.	Visita periódica dos hipertensos maiores de 60 anos ao médico/serviço de saúde, segundo o sexo, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.....	80
Tabela 27.	Visita periódica dos hipertensos maiores de 60 anos ao médico/serviço de saúde, segundo a faixa etária, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.....	81
Tabela 28.	Não realização da visita periódica dos hipertensos maiores de 60 anos, segundo motivos referidos, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.	82
Tabela 29.	Análise multivariada para hipertensos maiores de 60 anos, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.....	83

.

Lista de Siglas

LISTA DE SIGLAS

CENEPI- FNS	Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCNTs	Doenças Crônicas Não-transmissíveis
ESP	Estado de São Paulo
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FNS	Fundação Nacional de Saúde
GHS	General Health Survey
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HSE	Health Survey for England
IBGE	Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
ISA-Capital	Inquérito de Saúde no Município de São Paulo
ISA-SP	Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo
MEPS	Medical Expenditure Panel Survey
MS	Ministério da Saúde
NHANES	National Health and Nutrition Examination Survey
NHIS	National Health Interview Survey
NPHS	National Population Health Survey
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNDS	Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde
PNSMIPF	Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SIOPS	Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

Sumário

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	20
1.1. O estudo das doenças crônicas	20
1.2. A importância do problema: Hipertensão Arterial Sistêmica	24
1.3. Definição e Classificação da HAS	25
1.4. Fatores de risco para HAS	26
1.5. Inquéritos de Saúde	29
2. OBJETIVOS	35
3. MATERIAL E MÉTODOS	37
3.1. Delineamento Geral	37
3.1.1. Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo: ISA – SP	37
3.1.2. Inquérito de Saúde no Município de São Paulo: ISA – Capital.....	39
3.2. Definição dos casos.....	41
3.3. Áreas de Estudo.....	41
3.3.1. Botucatu.....	42
3.3.2. Campinas	43
3.3.3. Municípios da Grande São Paulo (GSP).....	44
3.3.4. São Paulo - Capital.....	45
3.4. Instrumento de coleta de dados	45
3.4.1. Entrevistadores	49
3.5. Amostra.....	49
3.6. Variáveis	50
3.7. Análise dos dados	51
3.8. Aspectos Éticos	52
4. RESULTADOS.....	54
5. DISCUSSÃO	86
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS.....	97
ANEXOS	104
Anexo 1. Instrumento de Coleta de Dados	104
Anexo 2. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).....	123

1. Introdução

1. INTRODUÇÃO

1.1. O estudo das doenças crônicas

No último século o padrão saúde-doença do mundo sofreu uma transição epidemiológica decorrente da queda da mortalidade por doenças transmissíveis e o aumento por doenças não-infecciosas, havendo um deslocamento da morbimortalidade para grupos etários mais avançados¹.

Segundo Lebrão² pode-se dividir os países em três grupos, os Europeus, que fizeram a sua transição há séculos, os da América Latina e Caribe, que iniciaram a transição demográfica há aproximadamente 50 anos e os do continente africano que ainda não iniciaram o processo de transição, ou seja, ainda possuem uma estrutura jovem de população.

O Brasil por volta de 1950, quando a expectativa de vida da população era de apenas 46 anos, deu início ao processo de envelhecimento da população, através da queda da taxa de fecundidade e do avanço da expectativa de vida dos cidadãos, passando de 6,2 filhos por mulher para 2,1 em 2003 e de uma expectativa de vida de 68,5 anos em 2000 para 75,5 anos em 2020^{2,3}. Tem havido no Brasil um considerável aumento de pessoas com mais de 60 anos, passando de uma taxa de crescimento de 0,038 em 1960 para uma taxa prevista de 0,043 em 2015. Cabe destacar que dentro desse segmento a parcela dos mais idosos, aqueles com mais de 80 anos, cresce 4% ao ano, percentual bem maior que o crescimento da população total^{2,3}.

O Guia Metodológico de Avaliação e Definição de Indicadores: Doenças Crônicas não-transmissíveis e Rede Carmem-MS⁴ relata que a epidemia de Doenças Crônicas Não-transmissíveis-DCNTs no Brasil é resultado da mudança de vários fatores na população ao longo do tempo, como a queda da taxa de natalidade, diminuição da mortalidade infantil e conseqüente aumento da expectativa de vida da população, e a uma evolução da sociedade que levou os indivíduos a uma rotina cotidiana marcada pelo consumo de alimentos ricos em gordura saturada

e açúcares, fruto da industrialização, urbanização e globalização do mercado de alimentos.

Nos países europeus o processo de envelhecimento ocorreu tempos depois da parcela de idosos ter adquirido elevados padrões de vida, com a ausência de desigualdades sociais e econômicas e com a oferta de estratégias institucionais, com destaque para o acesso aos serviços de saúde. Também, nesses países, à medida que problemas dessa natureza eram identificados já se determinavam políticas públicas para a sua solução, a exemplo do enfrentamento à poluição ambiental. No entanto, no Brasil e em quase todos os países da América Latina o processo de envelhecimento está altamente comprometido em decorrência de uma economia frágil com níveis consideráveis de pobreza e desigualdades sociais ².

É importante destacar que a população brasileira está envelhecendo em padrões de saúde que deixam a desejar. Enquanto nos países europeus a população com 60 anos e mais é aquela que se favoreceu dos benefícios da tecnologia em saúde introduzida após a segunda guerra mundial, os idosos da América Latina são aqueles que foram expostos na infância à desnutrição e outras doenças numa etapa precoce de vida ².

Estudo realizado sobre ações políticas e sociais relacionadas à velhice, afirma haver na atualidade uma quebra de silêncio em relação aos idosos e à velhice, estimulando positivamente a inserção de pessoas idosas no maior número e diversidade de atividades possíveis (sociais, educacionais, profissionais e de lazer), indo além do espaço doméstico ao qual a maioria estava limitada ⁵.

À medida que a velhice foi considerada globalmente um problema, os países foram doutrinados, através de documentação da Organização das Nações Unidas-ONU a estabelecerem soluções nos âmbitos de independência, participação, cuidados, realização pessoal e dignidade. Em relação à independência, o idoso deve ter acesso à alimentação, moradia e vestimenta adequadas e trabalho que lhe proporcione renda compatível à atenção de suas necessidades, acesso a programas educativos e principalmente de atenção à saúde⁵. Em defesa do paradigma do envelhecimento saudável o Ministério da Saúde-MS reproduziu em 2005 o documento “Envelhecimento Ativo”, seguindo a definição da OMS-Organização

Mundial de Saúde, que traduz o termo como: O processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Deve ser garantido aos idosos o direito de receber cuidados de suas famílias e da comunidade as quais devem considerar a velhice como um momento de independência e autonomia, desvinculando-a da idéia de ser um momento de perdas⁶.

Segundo Pereira³ se dá muita importância ao fenômeno da medicalização da sociedade, que trata da expansão do espectro das doenças, citando os problemas sociais e emocionais, consequentes do desajustamento das pessoas às novas situações e desafios, doenças da pobreza e da afluência, somadas às patologias de cunho psicossocial³.

A literatura aponta variadas definições de doenças incluídas na categoria “não-infecciosas”, “não-transmissíveis”, “crônico-degenerativas”, “crônicas-não-transmissíveis” ou somente “crônicas”. É importante destacar que embora possa haver pequenas diferenças entre as definições, existe um fator comum a ser considerado que é a cronicidade e a prevalência dessas doenças numa faixa etária mais avançada, a existência de uma doença que ao invés de ser curada deve ser gerida. Ter doença crônica pode ou não estar associado à sensação de doença, de estar doente, de assumir um comportamento de pessoa doente^{3,7}.

Souza e Lima⁸ discutem condição crônica e normalidade, como a compreensão da saúde e da doença pelos indivíduos e profissionais da saúde, através do conceito de que a pessoa que possui uma doença crônica passe a conviver com ela e passe a aceitá-la. Porém essa dificuldade de aceitação é constante, pois estar doente significa uma ameaça à vida e ao bem estar. A condição crônica é caracterizada por uma noção de atemporalidade, a doença pode existir por tempo prolongado e indeterminado, mas o indivíduo não necessariamente precisa se sentir doente única e exclusivamente por ser portador de uma doença crônica. Outra característica a ser destacada de doença crônica é o sentimento de medo de perda da autonomia⁸. Embora criticado por vários autores, Canguilhem⁹ em sua tese de doutorado defendida em 1943, se refere à saúde e à doença como expressão de diferentes padrões defendendo que os fenômenos patológicos não são idênticos, categorizando a doença de maneira qualitativa e não somente

quantitativa, se referindo às funções do corpo humano como a expressão do modo de viver e a influência dos conceitos sociais e culturais no processo saúde doença^{9, 10,11}.

As doenças crônico-degenerativas são importante causa de morbimortalidade em adulto no Brasil e no mundo. São as principais causas de comprometimento do modo de vida de indivíduos adultos e idosos. Estima-se que no Brasil existam cerca de 17,6 milhões de pessoas com idade acima de 60 anos⁶. A maioria das DCNTs é evitável por meio de ações de controle e prevenção de complicações¹².

As DCNTs representam ameaças à qualidade de vida de milhões de pessoas e causam grande impacto econômico principalmente nos países de renda média e baixa. Atualmente há evidências suficientes de que é possível prevenir a maioria das doenças não transmissíveis e também alterar o seu curso, melhorando o prognóstico e principalmente a qualidade de vida dos indivíduos por meio de ações de prevenção e redução de fatores de riscos com destaque para o tabagismo, a alimentação inadequada, o sedentarismo, a obesidade e o consumo abusivo de álcool¹².

Para se estabelecer ações de saúde adequadas à necessidade da população no território de abrangência dos serviços de saúde é importante que se conheça do que adoecer e do que morre a população a ser assistida, utilizando-se de indicadores de morbimortalidade, que poderão ser comparados com outras populações^{13,14}.

1.2. A importância do problema: Hipertensão Arterial Sistêmica

No Brasil em 2002 as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais crônicas contribuíram com 32% do total dos óbitos da população brasileira¹⁵. Segundo Schmith *et al*¹⁶ citando o IBGE: Indicadores Sócio-demográficos e de Saúde do Brasil publicados em 2009, no ano de 2007 o percentual atribuído às mortes por doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, diabetes, câncer, doenças renais entre outras, foi de 72% na população acima de 60 anos. Essas doenças compreendem um número amplo de síndromes clínicas, com importante influência da aterosclerose, doenças de vasos periféricos e doença arterial coronariana¹⁶.

Para as Sociedades Brasileiras de Cardiologia, Hipertensão e Nefrologia¹⁵ a Hipertensão Arterial Sistêmica-HAS é uma doença crônico-degenerativa e um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais crônicas, sendo considerada um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Acomete de 50% a 70% das pessoas idosas, com prevalências que variam de 19,2 a 44,4% na população. O controle dos níveis pressóricos é fundamental para a prevenção e o adiamento de complicações crônicas, especialmente danos a órgãos vitais^{17,18}.

A hipertensão aumenta à medida que o indivíduo avança na idade, sendo que a estrutura etária é um dos fatores que altera a prevalência, com exceção no Brasil de apenas grupos indígenas yanomamis, que não apresentam aumento de peso com a idade, fazem pouca ingestão de sal e tendem a manter dieta vegetariana¹⁹. A literatura aponta também uma maior prevalência da HAS em populações com índices sócioeconômicos mais baixos, principalmente relacionados à escolaridade^{20, 21,22,23}.

....A desigualdade social na presença de condições crônicas revelou-se significativa. O segmento de menor escolaridade da população adulta brasileira apresentou 62% a mais de prevalência de doenças crônicas, se comparado aos de melhor nível. Outros autores, em diferentes países, têm analisado a presença de morbidade crônica segundo indicadores socioeconômicos, e os achados, em geral, apontam para maior prevalência nos segmentos de menor escolaridade ou renda. Barros, MBA *et al*, 2006. p 922²¹

Chama-nos à atenção o fato de que a hipertensão arterial é de alta prevalência em nosso país e a maioria dos hipertensos não a controla adequadamente. Swales²⁴ destaca a dificuldade de se desenvolver ações de controle da HAS em contraponto ao avanço científico gerado pelo conhecimento, visto que os riscos de HAS estão muito bem definidos com inúmeros estudos que demonstram tratamentos cada vez mais eficazes.

1.3. Definição e Classificação da HAS

A pressão arterial pode ser definida como a pressão que o sangue exerce sobre as paredes das artérias e pode ser calculada pelo produto do débito cardíaco pela resistência vascular periférica total. É uma condição multifatorial, de difícil identificação da exata etiologia. A HAS ocorre se houver uma alteração em um dos fatores na equação da pressão arterial: resistência periférica ou débito cardíaco^{18,25}.

“É uma doença crônica, não transmissível, de natureza multifatorial, assintomática (na grande maioria dos casos) que compromete fundamentalmente o equilíbrio dos mecanismos vasodilatadores e vasoconstritores levando a um aumento da tensão sanguínea nos vasos capaz de comprometer a irrigação tecidual e provocar danos aos órgãos por eles irrigados”. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus MS, 2001. p 6¹⁸.

Números e classificações são arbitrários e insuficientes para definir hipertensão, por isso há necessidade de se ter extrema cautela ao se rotular um indivíduo como hipertenso. No entanto, para fins de classificação, as Sociedades Brasileiras de Hipertensão, Cardiologia e Nefrologia¹⁵ consideram hipertenso o indivíduo que apresentar a pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg. Entretanto, indivíduos que apresentem níveis pressóricos abaixo desses limiares - 130x80mmHg - devem ser acompanhados por serviços de saúde, para a prevenção de risco de doenças cardiovasculares¹⁵. É interessante destacar a presença, na fase diagnóstica, da “hipertensão do avental branco” caracterizada pelo aumento dos índices pressóricos no consultório e de níveis pressóricos normais quando a medida é tomada na

residência, por isso, antes de qualquer caracterização se deve ter o cuidado com o risco de diagnósticos falso-positivos.

1.4. Fatores de risco para HAS

A literatura descreve vários fatores de risco para a Hipertensão Arterial: hereditariedade, idade, sexo, raça/cor, nível de escolaridade, condição sócio-econômica, obesidade, sedentarismo, etilismo e tabagismo^{16,17,20,26,27,28,29}.

Basset *et al*²⁶ em estudo realizado nos Estados Unidos destacam que a raça/cor tem relevância na prevalência de hipertensão, sendo mais comum em negros.

Segundo Souza²⁰ em estudo realizado na cidade de São Paulo no ano de 2003, a prevalência de HAS encontrada foi maior em idosos com o seguinte perfil: menor escolaridade, nos indivíduos sem ocupação, com obesidade ou com presença de transtornos mentais comuns. Nesse mesmo estudo entre os entrevistados que se referiam hipertensos, 35,1% afirmaram não visitar médico/serviço rotineiramente por causa da pressão arterial alegando considerar desnecessário (43,5%), falta de tempo (8,4%), dificuldades financeiras (6,3%) e dificuldade de acesso geográfico (3,8%)²⁰.

De acordo com Barros *et al*¹ o estado de saúde tem sido determinado por quatro dimensões, a da biologia humana, do meio ambiente, do estilo de vida e do sistema de atenção à saúde. As condições de vida, determinadas por renda, escolaridade, moradia, ocupação e consumo de bens duráveis e estilo de vida relacionado à dieta, uso de tabaco e álcool são fatores que podem alterar a condição de hiper ou normotensos³⁰.

Freitas *et al*³¹ em estudo realizado na região Amazônica constataram que consumo de álcool, idade avançada e tabagismo foram mais freqüentes em hipertensos do que em normotensos.

...resultados são corroborados por estudos anteriores, que demonstraram que o consumo de álcool contribui para o desenvolvimento de HA ao estimular o sistema nervoso simpático e aumentar a produção de hormônios adrenocorticóides, enquanto idade avançada e tabagismo atuam como co-fatores que, em associação com sensibilidade ao sal, consumo de álcool ou obesidade, colaboram para o surgimento dessa doença. Freitas *et al*, 2007.p 448³¹.

Constata-se que idosos de nível sócioeconômico melhor adotam a caminhada com maior freqüência, diferentemente dos idosos de pior renda, o que pode indicar que os indivíduos mais pobres tenham menos conhecimento dos benefícios desta prática^{32,33,34}.

Souza²⁰ constatou que 17% dos hipertensos entrevistados referiram conhecer a necessidade da realização de atividade física como benefício para a saúde, entretanto somente 7,4% deles praticavam alguma atividade física²⁰.

Zaitune *et al*³³ constataram que idosos fumantes eram mais sedentários que os não-fumantes, o que aponta a concomitância de comportamentos não saudáveis nesta parcela da população³³. Monteiro *et al*³⁴ apontam uma prevalência de mulheres sedentárias idosas maior que a de idosos sedentários do sexo masculino³⁴.

A melhoria da qualidade de vida, principalmente da pessoa idosa, exige que os profissionais de saúde elaborem estratégias que estimulem a adoção de hábitos saudáveis: prática de exercícios físicos, alimentação saudável, controle de estresse e que realizem trabalhos educativos para a busca da promoção da saúde e a prevenção de doenças³⁵.

Avaliar a qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas possibilita determinar o impacto dos cuidados de saúde quando não é possível a cura. A definição de qualidade de vida pode estar relacionada à capacidade física, emocional, interação social, atividade intelectual, situação econômica e auto

proteção à saúde, e variar de acordo com a concepção de cada indivíduo em relação a estilo de vida³⁶.

A qualidade de vida boa ou excelente é aquela que oferece um mínimo de condições para que os indivíduos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, vivendo, sentindo ou amando, trabalhando, produzindo bens ou serviços; fazendo ciência ou artes; vivendo...apenas enfeitando, ou, simplesmente existindo. Santos *et al*, 2002, p. 758³⁶.

O sedentarismo é um fator de risco que possui uma ligação direta com o desenvolvimento de doenças crônicas, dentre elas a hipertensão arterial. Zaitune *et al*³³ no estudo de Campinas classificaram como sedentário no lazer o indivíduo que referia não praticar nenhum esporte ou exercício físico pelo menos uma vez por semana, constatando uma prevalência de 70,9% de sedentários. Ainda segundo os autores a prática de exercício físico no período de recreação ou lazer constitui um indicador de estilo de vida saudável, o que nos leva a crer que para os idosos, que em sua maioria não estão mais inseridos em atividades ocupacionais, haja maior dificuldade de adoção³³.

Em inquérito realizado no Estado São Paulo as doenças do aparelho respiratório corresponderam a 35,5% do total da morbidade referida e as do aparelho circulatório a apenas 2,5% da morbidade referida para os 15 dias que antecederam a entrevista. No entanto, no mesmo inquérito, quando pesquisadas as doenças crônicas, as afecções mais freqüentes foram: enxaquecas, alergias e em seguida hipertensão. Havendo ainda diferença entre gêneros sendo identificada maior prevalência em mulheres do que nos homens³⁷.

Szwarcwald e Viacava³⁸ ao analisarem a auto-avaliação de saúde a partir de um inquérito populacional de âmbito nacional, constataram auto-avaliações piores entre mulheres e mais idosas quando comparados com homens e outras faixas etárias.

Em estudo realizado por Barros *et al*¹ foi constatado o aumento substancial de doença crônica com o avanço da idade. Foram observadas também prevalências superiores relacionadas à raça, grau de escolaridade, condição social e local de moradia.

Caponi¹¹ afirmava que os indivíduos podem julgar sua saúde segundo sua própria impressão de bem estar, porém, a ausência da impressão de estar doente não permite ao homem dizer que está bem, senão dizer apenas que ele está aparentemente bem.

1.5. Inquéritos de Saúde

No Brasil, as estatísticas de saúde podem ser agrupadas em quatro grandes áreas: as estatísticas vitais produzidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, as estatísticas de produção de serviço coordenadas pelo Departamento de Informática do SUS- DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares-SIH, Sistema de Informações Ambulatoriais-SIA e Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB, as da área de vigilância epidemiológica e monitoramento da situação de saúde, gerenciadas pelo Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde- CENEPI- FNS – Fundação Nacional de Saúde; e as estatísticas relacionadas aos recursos públicos, coordenadas pela Secretaria de Investimentos do Ministério da Saúde - MS, que atualmente estão estruturadas no Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde (Siops)¹³.

Estatísticas de mortalidade podem contribuir para o conhecimento do perfil epidemiológico de uma população e para subsidiar o planejamento de ações nesse setor. Desde 1975, que no Brasil, esses dados são rotineiramente elaborados pelo Ministério da Saúde através do SIM-Sistema de Informações sobre Mortalidade e mesmo que ainda não sejam totalmente confiáveis são relevantes para a realização de avaliações epidemiológicas ¹³.

A análise dos dados de mortalidade por causa favorece a verificação das mortes ligadas a doenças crônico-degenerativas. No entanto, a problemática de atestados de óbitos mal preenchidos e a grande quantidade desses documentos que revelam “causas mal definidas” ou “diagnósticos incompletos”, resultam numa menor exatidão dos dados estatísticos ¹⁴.

No Brasil a proporção de causas mal definidas permanece alta, variando entre os Estados, chegando a percentuais muito elevados principalmente no interior, como exemplo do Piauí, que em 2000 teve um percentual de 3,4% na capital e 30,7% em todo estado. Apesar de constituir fonte fidedigna de informação o SIM apresenta outro problema que são as subnotificações^{13,14}.

O SINASC- Sistema de Informações de Nascidos Vivos também constitui importante fonte de informação, porém os dados para a alimentação desse sistema são extraídos das Declarações de Nascimento sendo que o nascimento ocorrido fora dos estabelecimentos de saúde, gera com frequência subnotificação^{13,14}.

Para Viacava¹³ as informações disponíveis nas estatísticas nacionais de morbidade são inadequadas para o estudo da prevalência das doenças crônicas, pois estão limitadas à demanda atendida nos serviços de saúde públicos ou conveniados ao Sistema Único de Saúde-SUS e excluem os atendimentos efetuados na rede privada¹³.

Identificar se a população tem conhecimento da própria condição de saúde tem sido uma preocupação constante dos pesquisadores que para a obtenção desta informação, utilizam a aplicação de inquéritos de saúde, pois estes permitem maior aproximação da real condição de saúde da população estudada e da representação da doença para o indivíduo independente de sua gravidade³⁸.

As informações de morbidade obtidas no Brasil são, em geral, relacionadas aos dados dos serviços públicos excluindo os serviços de saúde privados, tornando-se inadequadas para os estudos de prevalência de doenças crônicas. No Brasil os dados de morbidade são gerados pelos sistemas de informação SIH/SUS e SIA/SUS e SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação. A confiabilidade dos dados do SIH é discutível, por serem extraídos somente das internações SUS e também por poderem ser duplicados visto que o paciente pode ser internado pela mesma doença mais de uma vez ao ano e assim seu diagnóstico resultar em contagem cumulativa. Quanto aos dados de morbidade ambulatorial também são criticados por não preverem um registro individual do paciente, impedindo a realização de estudos sobre procedência, fluxos de demanda e caracterização da clientela. Outro instrumento de coleta de dados de morbidade é

o SINAN que fornece dados de doenças e agravos de notificação compulsória, de muita confiabilidade do ponto de vista qualitativo, mas do ponto de vista quantitativo causa dúvidas¹⁴.

Outros países também identificaram problemas no sistema de estatísticas de saúde, como superposição e duplicação de dados, falta de dados do setor privado, falta de padronização da definição de terminologias e diferentes fontes de informação o que gera estatísticas ineficientes¹³.

Uma maneira encontrada por pesquisadores para obter-se dados de morbidade mais amplos, foi a realização de inquéritos que buscam informações de morbidade referida. Os inquéritos de saúde de base populacional permitem a correspondência das informações dos serviços públicos e privados. *“Somente por meio de inquéritos de saúde é possível coletar dados para construir indicadores associados à saúde e não apenas às doenças assim como sobre os fatores de risco e os determinantes do processo saúde/doença [...]”*¹³.

Parte-se do pressuposto de que as estatísticas de saúde são obtidas por meio de dados provenientes de registros nem sempre confiáveis do ponto de vista de preenchimento dos documentos geradores dessas informações (registros civis, de produção de serviços, de bases de morbimortalidade, uso de serviços de saúde), o que reforça a importância dos inquéritos populacionais, na busca de informações de saúde. Viacava¹³ analisando as informações de mortalidade, destaca os sistemas de informação SIM (Sistema de Informação de Mortalidade) e SINASC (Sistema de Informação de Nascidos Vivos), como fontes de informação fidedignas, embora com importantes limitações no que se refere às subnotificações em todo país.

Os inquéritos populacionais de saúde são desenvolvidos em países industrializados desde a década de 60, como contínuos instrumentos para a formulação e avaliação das políticas de saúde. Fato que merece destaque é que somente a partir da aplicação de inquéritos pode-se obter dados relacionados à situação de saúde e não somente às informações de doenças geradas por documentos utilizados nos serviços¹³.

Ainda sobre o histórico de inquéritos de saúde, podemos destacar o NHIS-National Health Interview Survey e o National Health and Nutrition Examination

Survey (NHANES) realizados nos EUA anualmente, tendo sido realizados pela primeira vez em 1957, coletam informações auto-referidas de doenças agudas, crônicas, acidentes e incapacidades. Destaca-se também nos EUA o MEPS (Medical Expenditure Panel Survey), que colhe dados em quatro componentes: domicílios, nursing homes, provedores de serviços médicos e home care e planos de saúde. Além desses citados os EUA trabalham freqüentemente com inquéritos de saúde que buscam informações sobre imunização (NIH), uso abusivo de drogas (NHSDA) e cuidados de saúde (NHCS)^{13,39}.

Destacam-se outros países que também utilizam inquéritos de saúde para a obtenção de informações, como a Inglaterra com o GHS- General Health Survey, em campo desde 1971, o Health Survey for England (HSE), em campo desde 1993, e no Canadá, com destaque para o NPHS – National Population Health Survey, primeiramente realizado em 1994¹³.

Nos países em desenvolvimento observa-se que os inquéritos de saúde não são aplicados de maneira sistemática, possuindo um caráter mais pontual e episódico¹³.

No Brasil pode-se citar importante levantamento com base populacional implantado em 1967, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio), que em sua primeira versão visava buscar informações que não estavam disponíveis ou suficientemente cobertas pelos sistemas de informação do país. As PNADs sofreram ao longo dos anos várias adaptações estando atualmente estruturadas para serem realizadas anualmente, com exceção dos anos censitários, investindo temas de importância para se medir o nível sócio-econômico da população (habitação, mão-de-obra, características demográficas e educacionais)³.

Podemos citar também a Pesquisa de Demografia e Saúde, que faz parte do projeto MEASURE que tem como objetivo prover dados e análises para um amplo conjunto de indicadores de planejamento, monitoramento e avaliação de impacto nas áreas de população, saúde e nutrição de mulheres e crianças nos países em desenvolvimento. No Brasil, a PNDS-2006 é a terceira na seqüência de duas edições anteriores: Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e

Planejamento Familiar, realizada em 1986(PNSMIPF – 1986), e a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, realizada em 1996 (PNDS-1996). A PNDS-2006 deve cumprir, portanto, o duplo compromisso de comparabilidade internacional e nacional⁴⁰.

Destacamos ainda, os Inquéritos de Saúde ISA – São Paulo e ISA-Capital, objetos deste estudo, realizados por pesquisadores das Universidades Públicas UNESP, UNICAMP e USP, nos anos de 2001 a 2003, através de entrevistas aplicadas a população residente em domicílios particulares das cidades de Campinas, Botucatu e região da grande São Paulo, representada por Itapeverica da Serra, Taboão da Serra e Embu, e São Paulo-Capital, buscando-se informações a respeito de: condições e estilo de vida, percepção e qualidade de saúde, morbidade referida e uso de serviços de saúde.

Sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica-HAS uma doença de alta prevalência, o presente estudo pretende caracterizar os hipertensos com 60 anos e mais em quatro áreas do Estado de São Paulo – ESP, sua percepção de seu estado de saúde e seus aspectos comportamentais. Esse conhecimento visa contribuir para a elaboração de políticas e planejamento de ações que promovam o melhor controle da HAS e a redução das possíveis complicações devidas a comportamentos e estilo de vida inadequados.

2. *Objetivos*

2. OBJETIVOS

- Estudar a prevalência de hipertensão referida por pessoas maiores de 60 anos em quatro locais pesquisados no Estado de São Paulo-ESP, segundo variáveis sociodemográficas e socioeconômicas.
 - Estudar possíveis associações entre a hipertensão em maiores de 60 anos, outras doenças crônicas, internações, estilo de vida e auto-avaliação em saúde.
 - Estudar a relação entre as medidas necessárias e as medidas adotadas pelos hipertensos para o controle da hipertensão arterial.
-

3. Material e Métodos

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1. Delineamento Geral

Trata-se de uma pesquisa quantitativa para a qual foi utilizado um estudo de corte transversal e base populacional, com uso de questionários aplicados por meio de entrevistas domiciliares. Os dados foram extraídos de bancos de dois inquéritos populacionais: “*Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo: ISA-SP*” 2001/2002 e “*Inquérito de Saúde no Município de São Paulo: ISA-Capital*” que foi realizado em 2003³⁰.

3.1.1. Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo: ISA – SP

O “*Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo: ISA-SP*” foi um estudo transversal de base populacional, realizado em 2001/2002, cuja população de estudo foi composta pelos residentes em área urbana, em domicílios particulares, que incluiu idosos (60 anos e mais) de ambos os sexos, não institucionalizados, residentes nos municípios de Botucatu, Campinas e em área da Grande São Paulo, representada pelo conjunto dos municípios de Itapeverica da Serra, Embu e Taboão da Serra. Foi realizado por pesquisadores das Universidades Públicas Paulistas (UNESP, UNICAMP, USP) e do Instituto de Saúde da SES-SP com financiamento da FAPESP e da SES/SP.

Para a definição da amostragem deste inquérito foram utilizados dados fornecidos pelo IBGE, referentes à contagem da população de 1996, e os setores censitários foram estratificados segundo escolaridade do chefe de família. Foram definidos grupos de idade e sexo (domínios amostrais) para os quais foram garantidos números mínimos na amostra que permitiriam obter estimativas com a precisão desejada em cada uma das áreas em estudo³⁰

- Os grupos definidos segundo a idade e o sexo foram:

- População menor de 1 ano (independente do sexo)
- População de 1 a 11 anos (independente do sexo)
- Homens e mulheres de 12 a 19 anos
- Homens e mulheres de 20 a 59 anos
- Homens e mulheres de 60 anos e mais

Sendo o último grupo (homens e mulheres de 60 anos e mais) a população do presente estudo.

Em cada área foi sorteado um número de domicílios, para que fossem incluídas na amostra 250 pessoas de cada um dos grupos acima citados. Considerando que não haveria sorteio dentro de cada domicílio, foram sorteadas sub-amostras de domicílios, nos quais as pessoas dos distintos grupos de sexo/idade deveriam ser entrevistadas.

O cálculo dos indivíduos a serem entrevistados por domínio foi definido em 200 pessoas, o que indicaria 4800 entrevistas a serem realizadas nas três áreas. Sorteou-se um número maior de indivíduos por domínios (250) prevendo-se perdas. Foram efetivamente realizadas 4959 entrevistas, distribuídas entre as três áreas e os oito domínios em cada uma delas.

Para a estratificação segundo a escolaridade dos chefes de família, foram formados três estratos: setores com menos de 5% dos chefes com nível superior de escolaridade; 5% a 25%, das famílias com chefes com nível universitário e setores possuindo 25% ou mais de chefes de famílias de escolaridade superior³⁰.

3.1.2. Inquérito de Saúde no Município de São Paulo: ISA – Capital

O “*Inquérito de Saúde no Município de São Paulo: ISA-Capital*” foi realizado em 2003, pelo mesmo grupo de pesquisadores do inquérito anterior, “*Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo: ISA-SP*” utilizando da mesma metodologia e o mesmo instrumento de coleta de dados, com poucas alterações. A parceria ocorreu entre o grupo de pesquisadores das Universidades Estaduais e do Instituto de Saúde/SES e a Secretaria Municipal de Saúde da Capital que solicitou e financiou o projeto.

A população de estudo foram os residentes em área urbana do Município de São Paulo no período da realização do projeto⁴¹.

O plano de amostragem do ISA-Capital⁴¹ teve como ponto de partida para o sorteio dos estágios por setores censitários e domicílios a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2002), que amostrou 264 setores censitários urbanos do município de São Paulo. Foram agrupados em 3 estratos, segundo o percentual de chefes de família com nível universitário: menos de 5%, de 5 a 25% e com mais de 25% e em cada estrato foram sorteados, respectivamente, 15, 28 e 17 setores, perfazendo um total de 60 setores censitários. A partição pelos estratos foi proporcional ao número de setores censitários e, após arrolamento para atualização de mapas e contagem dos domicílios, sortearam-se domicílios em número suficiente para obter o total de entrevistas planejadas para cada domínio. Em cada domicílio foram entrevistados todos os indivíduos dos domínios definidos⁴¹

Foram fixados oito domínios de estudo formados pelos grupos:

- Menores de um ano (independente do sexo),
- 1 a 11 anos de idade (independente do sexo),
- Homens e Mulheres de 12 a 19;
- Homens e mulheres de 20 a 59
- Homens e mulheres de 60 ou mais,

Para o presente estudo foram considerados os domínios de 60 anos e mais, masculino e feminino.

Foram planejadas 7 entrevistas de cada grupo sexo/idade, em cada setor e para se precaver da perda de 20% de unidades da amostra devido à possibilidade de não resposta, foi previsto o sorteio de 8,75 pessoas em cada grupo sexo/idade de interesse⁴¹.

Foram previstos também, o número de domicílios que precisariam ser visitados para se encontrar o número de pessoas planejado, determinando-se que para os domínios menos freqüentes: o de homens de 60 anos ou mais, no estrato 1 e os menores de um ano nos estratos 2 e 3, seriam visitados 130, 170 e 245 domicílios, nos estratos 1,2 e 3, respectivamente⁴¹.

Obteve-se uma amostra principal de 10875 domicílios e, para que no conjunto desses domicílios fosse selecionado somente o número planejado de pessoas de cada domínio, foram calculados os intervalos de amostragem a serem utilizados em novo sorteio de domicílios dentro da amostra principal, que indicaram a fração de domicílios nos quais as pessoas dos diferentes domínios deveriam ser buscadas⁴¹.

As informações foram obtidas por meio de questionário aplicado por entrevistadores treinados. O questionário foi composto por questões fechadas, semi-abertas e abertas, que foram organizadas em blocos e, estes, foram organizados nos seguintes conjuntos temáticos: *condições de vida, estilo de vida, percepção e qualidade de saúde, morbidade referida, uso de serviços e consumo de medicamentos, entre outros*⁴¹.

3.2. Definição dos casos

Foram utilizadas para este estudo as informações sobre pessoas com idade igual e superior a 60 anos, de ambos os sexos, registradas em dois bancos de dados relativos a dois inquéritos de base populacional, realizados em 2001/2002 em amostra populacional urbana dos municípios de Botucatu, Campinas e em área da Grande São Paulo, representada pelo conjunto dos municípios de Itapecerica da Serra, Embu e Taboão da Serra (*Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo: ISA-SP*), financiado pela FAPESP, no Programa de Pesquisas em Políticas Públicas e parceria com a Secretaria Estadual de Saúde (FAPESP, 2001) e em 2003 em amostra populacional urbana do município de São Paulo (*Inquérito de Saúde no Município de São Paulo: ISA-Capital*) financiado pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

3.3. Áreas de Estudo

Os locais escolhidos constituem municípios de importância sócio-econômica e epidemiológica, onde existem unidades experimentais e áreas de extensão de serviços das universidades públicas estaduais envolvidas no projeto (USP, UNICAMP, UNESP).

No ISA São Paulo, os municípios foram agrupados nas seguintes áreas geográficas⁴¹.

Região sudoeste da grande São Paulo, composta pelos municípios de Embu, Taboão da Serra e Itapecerica da Serra.

Município de Botucatu

Município de Campinas

E no ISA Capital, realizado em 2003, está representada a cidade de São Paulo.



3.3.1. Botucatu

Município do interior do estado de São Paulo, fundado em 1855, localizado no centro-sul do estado, distando 247 km da capital, com área de unidade territorial de 1.482,64 km². Segundo o Censo 2010 sua população é de 127.328 habitantes, sendo 51,4% mulheres. Tem densidade demográfica de 85,8 hab/km². O município apresenta uma taxa de alfabetismo de 94%⁴².

A expectativa de vida em Botucatu é de aproximadamente 71 anos e o coeficiente de mortalidade infantil em 2007 foi de: 12,47⁴³.

Tem uma cobertura de abastecimento de água de 98,63% das residências; esgoto 94,13% e lixo 98,41%⁴³. A saúde, em 2009, contava com 27 estabelecimentos de saúde públicos⁴⁴.

A cidade também se destaca por abrigar um campus da Universidade Estadual Paulista, que tem diversos cursos na área biológica, com ênfase para a área da saúde, destacando-se o curso de medicina.

3.3.2. Campinas

A cidade de Campinas situa-se entre importantes rodovias que proporcionam grande fluxo de comércio, serviços e produtos. Fundada em 1774, possui uma população segundo o censo de 2010 realizado pelo IBGE de 1.080.113 habitantes em uma área total de 795 km², com uma densidade demográfica de 1358,6 hab/km². Em 2009 o município possuía 373 serviços de saúde destes, sendo 103 públicos⁴².

O saneamento básico, segundo a Fundação SEADE em 2000, tinha cobertura de 97,30% para água tratada; 86,45% de coleta de esgoto; e de 98,85% de coleta de lixo⁴⁴.

Economicamente, Campinas é marcada pela estruturação de um pólo de alta tecnologia, sobretudo na década de 70, em grande medida impulsionado pela criação e desenvolvimento da Unicamp. Este pólo tecnológico, consolidado nas décadas seguintes, projeta Campinas como um dos mais vigorosos centros econômicos da América do Sul, que presta serviços à comunidade por meio de seus cursos na área da saúde⁴⁴.

3.3.3. Municípios da Grande São Paulo (GSP)

Foram três os municípios localizados na região metropolitana da cidade de São Paulo participantes do estudo: (Embu, Itapecerica da Serra e Taboão da Serra) estudados de forma agrupada e descritos neste estudo como “Itapecerica”, devido às suas particularidades de localização e por sofrerem forte influência da cidade de São Paulo.

Embu foi fundada em 1959, está localizada a oeste da região metropolitana e entre os outros dois municípios que integram a área denominada de Grande São Paulo, sendo caracterizada estância turística, tendo em 2010, segundo o IBGE uma população composta por 240.230 hab, para uma área de 70,4 km², com uma densidade demográfica de 3.412,5 hab/ km² ⁴².

O setor de serviços é o mais forte da cidade. A cobertura de saneamento básico corresponde a 95,15% para o abastecimento de água; 57,82% para a coleta de esgoto e de 98,46% para a coleta de lixo ⁴⁴.

A saúde do município de Embu conta com 25 estabelecimentos de saúde, sendo destes 21 públicos. Apresenta ainda um coeficiente de 0,05 leitos do SUS por mil habitantes ⁴⁴.

Itapecerica da Serra fundada em 1877 possui uma área de 151 km². Segundo o IBGE a população em 2010 era de 152.614 habitantes, com uma densidade demográfica de 1015,4 hab/km². A economia se concentra no setor de serviços. Segundo a Fundação SEADE⁴⁴ o município tem, em média, 1,64 leitos do SUS para cada mil habitantes. A cidade contava com 29 estabelecimentos de saúde no ano de 2009, destes 20 eram públicos⁴². A cobertura de água encanada corresponde a 85,90% da área total, a de esgoto tem uma porcentagem de 24,88% do município coberto e a de coleta de lixo cobre 96,18% da área urbana do município ⁴⁴.

Taboão da Serra fundada em 1959, conta, segundo o censo de 2010, com 244.528 habitantes distribuídos em uma área total de 20,3 km², o que nos remete a uma densidade demográfica de 12049,8 hab/ km². O PIB dessa cidade em

2002 foi de R\$ 1.844.020 mil, concentrado mais no setor de serviços e indústria, sem características agropecuárias relevantes na economia. Com relação aos leitos do SUS, Taboão da Serra apresenta em média 1,25 leitos para cada mil habitantes. A porcentagem de cobertura da rede de água é de 98,37%, a cobertura do esgoto é de 84,78% e a de coleta de lixo de 99,41%⁴⁴. O município tinha em 2009 um total de 44 estabelecimentos de saúde, sendo 20 públicos⁴².

3.3.4. São Paulo - Capital

Fundada em 1554 São Paulo é a maior cidade estudada nesses dois inquéritos de saúde e a capital do estado.

Destaca-se como importante centro industrial, tecnológico e de ensino do Brasil. Tem ainda papel preponderante como rota de chegada e de saída de produtos enviados para todo o país. Segundo o IBGE, censo 2010⁴² a população da cidade de São Paulo é de 11.253.503 habitantes para uma área total de 1.523 km², determinando uma densidade demográfica de 7387,6 hab/ km². Conforme o IBGE o PIB dessa cidade foi de R\$ 140.066.059 mil, que se concentra mais no setor de serviços. A Fundação SEADE⁴⁴ aponta uma cobertura de 99,42% para a água encanada; 89,01% para o esgoto e 99,46% para a coleta de lixo, todos para o ano de 2002.

A cidade apresentava em 2009 um total de 2541 estabelecimentos de saúde, sendo que desse total, 540 são públicos⁴².

3.4. Instrumento de coleta de dados

Ambos os questionários do ISA-Capital e do ISA-São Paulo foram organizados com a maioria das questões fechadas, com alternativas pré-definidas, dividido em blocos, por áreas temáticas, sendo que o ISA-Capital difere do ISA-São

Paulo por conter dois blocos adicionais, com informações sobre o Programa de Saúde da Família e presença de animais domésticos na residência. (Anexo 1)

A seguir apresentamos a temática dos blocos comuns a ambos os inquiridos:

Bloco A: Composto por informações gerais da composição familiar;

Bloco B: Fornece as informações de: idade, sexo, cor, religião da pessoas entrevistada e quadro controle das entrevistas;

Bloco C: Morbidade referida nos últimos 15 dias; com a alternativa possível de causas externas;

Bloco D: Informações sobre a presença Doenças Crônicas, com ênfase nas de maior prevalência, destacando-se hipertensão e diabetes;

Bloco E: Informações sobre deficiência física referida;

Bloco F: Acidentes e violências sofridas nos últimos 12 meses;

Bloco G: Utilização de serviços de saúde: consultas odontológicas nos últimos 12 meses e outros usos de serviços de saúde nos últimos 15 dias;

Bloco H: Utilização de serviços de saúde para exames preventivos;

Bloco I: Cobertura vacinal e dengue, neste caso colhendo informações sobre conhecimento da doença e criadouro do mosquito transmissor;

Bloco J: Consumo de medicamentos no últimos 3 dias;

Bloco K: Hospitalização nos últimos 12 meses;

Bloco L: Estilo de vida, contendo questões sobre hábitos alimentares, atividade física, consumo de fumo e álcool;

Bloco M: Questões sobre a saúde emocional do entrevistado;

Bloco N: Auto-avaliação em saúde;

Blocos: O, P e Q: Informações sobre as características sócio-econômicas dos indivíduos entrevistados, características da família e do domicílio, características do chefe da família;

Bloco R: Apuração de gastos mensais familiares com saúde;

Bloco S: Saúde Materno-Infantil.

Sempre que possível foram incluídas questões já testadas previamente em outros estudos, a exemplo do bloco N que utilizou o questionário (SF 36) versão validada no Brasil⁴¹.

As informações foram obtidas por meio de questionários aplicados por entrevistadores, respondidos diretamente pelos moradores sorteados ou pela mãe ou responsável no caso das crianças menores de 12 anos, garantindo assim maior confiabilidade das informações³⁰.

Nem todos os blocos foram aplicados a todos os entrevistados, pois alguns temas eram específicos para determinadas condições individuais. E também nem todos foram utilizados neste estudo. Descrevemos a seguir os blocos utilizados para esse estudo dos dois inquéritos:

Do Bloco A (questão A13) foram extraídas as informações quanto ao número de moradores no domicílio.

No bloco B de ambos bancos foi possível obter informações sobre idade, sexo, cor/raça e religião dos entrevistados.

Do bloco "D" de ambos os bancos foi possível extrair informações de doenças crônicas por meio da seguinte indagação: *"O senhor tem alguma doença crônica, uma doença de longa duração ou que se repete com alguma frequência?"* Deste bloco foram utilizadas todas as variáveis, que vão de: D 02 hipertensão (pressão alta), informação norteadora deste estudo e as demais (D 03-D 25) classificadas em presença ou ausência da doença, dados esses utilizados na análise de co-morbidades.

Como desdobramento do bloco D, foi criado um bloco D1, específico para os indivíduos hipertensos e do qual, foram utilizadas três questões. A primeira foi a D04.1 com o seguinte questionamento: “*O que o senhor faz para controlar sua pressão alta?*” e com possibilidade de respostas múltiplas, referentes à dieta, adesão ao tratamento e atividade física. A seguinte foi a D05.1 que questionava quanto à visita ao médico ou serviço de saúde periodicamente devido à pressão alta. E finalmente, a questão D09.1: “*Na sua opinião o que deve ser feito para “controlar” a pressão alta?*”. Através destas respostas foi possível realizar a análise comparativa entre o que o indivíduo faz e o que sabe que deve ser feito para controlar a hipertensão.

Foram utilizadas as questões do bloco K para identificar o uso dos serviços para hospitalização nos 12 meses antes da entrevista, especificamente o número de internações e da questão K 01, “*o senhor (a) esteve internado nos últimos 12 meses?*”.

O bloco L se refere ao estilo de vida e deste, cabe destacar que não há concordância entre os bancos, tendo sido necessária a adequação das questões: L17a, L18a e L19a (ISA Capital) L10a, L11a e L12a (ISA São Paulo) para a prática de atividade física; L02 e L03 (peso e altura) para o cálculo do IMC; L22, L24 (ISA Capital) L18, L20 (ISA São Paulo) para o hábito de fumar; L41 (ISA Capital) L37 (ISA São Paulo) para a frequência do uso do álcool.

Do bloco N utilizou-se a questão N02, com o objetivo de obter informações sobre a auto-avaliação em saúde dos hipertensos entrevistados, com o seguinte questionamento: “*em geral o senhor diria que sua saúde é: excelente, muito boa, boa, ruim e muito ruim?*”.

Do bloco “O” foi possível extrair informações sobre as condições sócio-econômicas dos hipertensos entrevistados, sendo que os que eram chefes de família responderam a essas questões no bloco P e Q, e a condição chefia também foi utilizada neste estudo. Para a caracterização sócio-econômica foram utilizadas as questões O.02, que questionava onde o indivíduo havia nascido com o objetivo de identificar aqueles que nasceram na mesma cidade da pesquisa e quais vieram de outros Estados. Deste bloco, através da questão O 05, foi identificada a condição

conjugal e da questão O 06, a escolaridade. A questão O 07, estabelecia a seguinte pergunta: “*Atualmente o senhor (a) exerce alguma atividade seja ela remunerada ou não remunerada de trabalho?*”. Através destas respostas os hipertensos entrevistados foram classificados em ativos ou não ativos.

3.4.1. Entrevistadores

Foram selecionados entrevistadores com, no mínimo, segundo grau completo, que foram treinados para a aplicação dos questionários, momento em que estudaram todo o questionário em busca de possíveis dúvidas na aplicação e na resposta a ser obtida. Os entrevistadores foram avaliados e aprimorados durante todo o período da pesquisa. Não foram selecionados entrevistadores com formação na área da saúde com o objetivo de evitar indução nas respostas obtidas ⁴¹.

Além de serem treinados quanto à aplicação do questionário, foram treinados também na utilização de mapas e localização das áreas em que trabalhariam. Criteriosamente trabalhou-se com a avaliação de 10% das entrevistas, por meio de uma entrevista-controle aplicada pelos supervisores.

3.5. Amostra

Foram estudados todos os entrevistados com idade igual ou superior a 60 anos dos dois inquéritos de saúde de base populacional, sendo, 1535 pessoas do ISA-SP, com 733 hipertensos e 872 pessoas do ISA-Capital.

3.6. Variáveis

- Presença de hipertensão arterial referida (ser ou não hipertenso);
 - Sociodemográficas: sexo, idade, cor, situação conjugal, condição de chefia na família, número de moradores no domicílio, naturalidade e religião;
 - Socioeconômicas: escolaridade, renda familiar mensal per capita (em salários mínimos) e atividade ocupacional;
 - Comportamentais em relação à saúde: atividade física, frequência semanal de ingestão de bebida alcoólica; hábito de fumar, Índice de Massa Corporal (IMC=Kg/m²) calculado com dados de peso e altura referidos e utilizando a Tabela de Classificação do IMC para idosos (65 anos e mais) de Lipschitz, 1994⁴⁵.
 - Morbidade associada: presença ou não de outras doenças associadas à hipertensão, como: diabetes, artrite/ artrose, doença renal, doença do coração, acidente vascular cerebral, depressão/ ansiedade, enxaqueca/ dor de cabeça;
 - Número de internações, nos últimos doze meses,
 - Autoavaliação em saúde, segundo resposta dada à pergunta do bloco N: *“Em geral, o(a) senhor(a) diria que sua saúde é...excelente, muito boa, boa... ou: ruim, muito ruim?”*;
 - Conhecimento e conduta em relação ao tratamento anti-hipertensivo, segundo as respostas às perguntas do bloco específico para quem referiu hipertensão: *o que fazia para controlar a pressão alta* (dieta sem sal, regime para perder/ manter peso, atividade física, toma medicação de rotina ou apenas quando tem “problema” com a pressão, não faz nada, outros....; *visita o médico/ serviço de saúde periodicamente por causa da pressão alta; se não visita regularmente, por quê?; na sua opinião o que deve ser feito para “controlar” a pressão alta?* (mesmas alternativas da pergunta “o que faz...”);
-

3.7. Análise dos dados

As entrevistas foram digitadas em máscaras desenvolvidas com o uso do *software Epi Info, versão 6.04b*. Foram extraídas frequências simples e verificada a consistência dos dados. Os bancos foram comparados e as variáveis adequadas à junção dos mesmos. Foi feita uma análise descritiva da população estudada a partir do cálculo de medidas de tendência central e dispersão para variáveis contínuas e de frequência para variáveis categóricas. As estimativas de prevalência e respectivos intervalos de 95% de confiança foram obtidos aplicando-se pesos que corrigissem para o efeito de amostragem complexa.

As análises estatísticas foram realizadas com o *software Stata 9⁴⁶* (*Stata Corporation, College Station, TX, EUA*) que incorpora dados referentes à estratificação, ao sorteio de conglomerados e à ponderação.

Para o conjunto dos entrevistados maiores de 60 anos, nos dois inquéritos, foram estimadas as prevalências de hipertensão (variável dependente) por local estudado segundo as variáveis sócio-demográficas, sócioeconômicas e comportamentais (variáveis explanatórias). A significância estatística foi avaliada pelo teste do *Rao-Scott*, que permite a análise de amostras complexas⁴⁷. A análise multivariada foi feita através da construção de modelo de regressão logística, com cálculo de *odds ratios* ajustados. Foram incluídas nos modelo as variáveis que mostraram associação com desfecho com $p \leq 0,25$ ⁴⁸. Caso este critério excluísse variáveis relevantes segundo a literatura, a inclusão destas seria considerada. Permaneceram no modelo as variáveis independentes que mantiveram associação com desfecho após ajuste ($p \leq 0,05$):

3.8. Aspectos Éticos

O presente estudo recebeu o aval dos pesquisadores dos dois inquéritos e foi aprovado pelo do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu- UNESP, em 01/12/2008, protocolo 521/08, anexo 2.

4. Resultados

4. RESULTADOS

- **Caracterização da amostra**

A junção dos dois bancos, ISA Capital e ISA-São Paulo, totalizou 8317 entrevistas, sendo 3357 no município de São Paulo e 4960 entrevistas foram feitas nos municípios de Botucatu (1588), Campinas (1585) e Itapecerica (1787), conforme demonstra a tabela 1.

A tabela 1 mostra que a porcentagem de maiores de 60 anos na amostra ponderada representou 11,5% em Botucatu, 10,4% em São Paulo, 10% em Campinas e apenas 4,6% na região de Itapecerica. Nas quatro áreas estudadas houve discreta predominância do sexo feminino em maiores de 60 anos, estando menos acentuada em Itapecerica. A porcentagem de menores de 1 ano na amostra ponderada foi baixa nas quatro áreas sendo um pouco maior em Itapecerica, o mesmo sendo observado para as crianças de 1 a 11 anos e nos adolescentes de 12 a 19 anos.

Do total de entrevistados, 2407 pessoas tinham 60 ou mais anos, (tabela 1) sendo destes, 1128 hipertensos (tabela 2). A maioria dos hipertensos eram maiores de 60 anos, confirmando a tendência de aumento da hipertensão com a idade ($p=0,0000$) nas 4 áreas estudadas (Tabela 2).

Tabela 1. População entrevistada segundo área e domínio, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.

Domínio	Itapecerica		Botucatu		Campinas		São Paulo	
	N	%**	N	%**	N	%**	N	%**
< 1 ano	171	2,1	154	1,5	124	1,4	408	1,5
01 -11 anos	189	22,0	172	17,9	209	16,8	435	18,3
12-19 anos M	182	8,4	199	7,7	213	7,2	440	7,6
12-19 anos F	184	8,7	203	7,6	208	7,2	407	7,4
20-59 anos M	210	26,3	193	26,1	201	27,6	382	25,3
20-59 anos F	210	27,9	199	27,7	204	29,8	413	29,5
60 anos e + M	293	2,0	215	4,8	218	4,3	421	4,1
60 anos e + F	348	2,6	253	6,7	208	5,7	451	6,3
Total	1787	100,0	1588	100,0	1585	100,0	3357	100,0

* Itapecerica compreende os municípios de Itapecerica da Serra, Taboão da Serra e Embu.

** Porcentagem na amostra ponderada

Tabela 2. Prevalência da hipertensão segundo idade e sexo, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.

Área	Faixa etária	Masculino		Feminino		P
		Nº	%*	Nº	%*	
Itapecerica	12 - 19 anos	-	-	3	2,7	**p=0,0000
	20 - 59 anos	18	9,9	31	18,2	
	60 anos e +	113	40,2	197	61,3	
Botucatu	12 - 19 anos	1	0,6	2	1,1	**p=0,0000
	20 - 59 anos	27	13,1	32	17,0	
	60 anos e +	74	33,8	133	53,6	
Campinas***	12 - 19 anos	2	0,8	-	-	**p=0,0000
	20 - 59 anos	35	17,5	33	16,1	
	60 anos e +	100	46,4	116	55,8	
São Paulo****	12 - 19 anos	3	0,6	2	0,6	**p=0,0000
	20 - 59 anos	36	9,8	56	13,3	
	60 anos e +	164	38,0	231	51,6	

*Prevalência da hipertensão na amostra ponderada

** Teste qui-quadrado com correção de Rao Scott"

*** Campinas teve 1 caso (0,56%) no domínio de 1 a 11 anos

**** São Paulo teve 1 caso (0,17%) no domínio de 1 a 11 anos

Ao se comparar os grupos de hipertensos e não-hipertensos com mais de 60 anos, por área, em suas características demográficas, observou-se que a hipertensão predominou entre os indivíduos não-brancos nas quatro áreas estudadas, com diferença significativa em Campinas e São Paulo (Tabela 3). Foram descritos como não-brancos os indivíduos que se apresentaram como negros, pardos, amarelos e indígenas.

Tabela 3. Prevalência de hipertensos e não-hipertensos maiores de 60 anos, segundo raça/cor, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.

Área	Raça/cor	Hipertensos		Não-hipertensos		p
		Nº	%*	Nº	%*	
Itapecerica	Branca	186	47,4	221	52,6	
	Não branca	122	56,3	107	43,7	
						**p=0,1475
Botucatu	Branca	185	44,5	236	55,5	
	Não branca	22	51,9	23	48,1	
						**p=0,4758
Campinas	Branca	175	49,6	185	50,4	
	Não branca	41	64,2	24	35,8	
						**p=0,0351
São Paulo	Branca	254	43,8	331	56,2	
	Não branca	141	53,6	115	46,4	
						**p=0,0429

* Porcentagem na amostra ponderada

** Teste qui-quadrado com correção de Rao Scott

Ainda analisando os resultados das características demográficas e socioeconômicas nas quatro áreas estudadas, o estado conjugal não mostrou diferenças significantes entre hipertensos e não-hipertensos com exceção de São Paulo (Tabela 4). A análise da situação conjugal em hipertensos maiores de 60 anos segundo o sexo, mostra diferenças significativas entre homens e mulheres nas 4 áreas, destacando-se a situação de viuvez feminina (Tabela 5).

Tabela 4. Distribuição da situação conjugal entre hipertensos e não-hipertensos maiores de 60 anos, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.

Área	Situação conjugal	Hipertensos		Não-hipertensos		P
		Nº	%*	Nº	%*	
Itapecerica	Casado/unido	147	51,2	193	48,8	
	Solteiro	15	33,5	25	66,5	
	Separado/divorciado	26	45,8	26	54,2	
	Viúvo	121	59,2	83	40,8	
						**p=0,2047
Botucatu	Casado/unido	133	45,9	164	54,0	
	Solteiro	12	45,6	15	54,4	
	Separado/divorciado	8	50,0	9	50,0	
	Viúvo	54	43,3	71	56,7	
						**p=0,9143
Campinas	Casado/unido	138	52,8	128	47,2	
	Solteiro	7	39,6	12	60,4	
	Separado/divorciado	12	59,5	10	40,5	
	Viúvo	59	50,4	60	49,6	
						**p=0,5667
São Paulo	Casado/unido	219	44,8	262	55,2	
	Solteiro	12	22,2	20	77,8	
	Separado/divorciado	25	36,5	40	63,5	
	Viúvo	132	53,7	115	46,3	
						**p=0,0023

* Porcentagem na amostra ponderada

** Teste qui-quadrado com correção de Rao Scott

Tabela 5. Distribuição da situação conjugal em hipertensos maiores de 60 anos, segundo e sexo, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.

	Sit. Conjugal	Masculino		Feminino		P
		Nº	%*	Nº	%*	
Itapecerica	Casado/unido	82	46,1	65	53,9	p= 0,0062
	Solteiro	7	32,1	8	67,9	
	Separado/divor.	4	32,0	22	68,0	
	Viúvo	19	13,8	102	86,2	
Botucatu	Casado/unido	66	44,6	67	55,4	p=0,0000
	Solteiro	2	18,7	10	81,3	
	Separado/divor.	1	6,8	7	93,2	
	Viúvo	5	7,9	49	92,1	
Campinas	Casado/unido	90	57,5	48	42,5	p=0,0000
	Solteiro	1	9,5	6	90,5	
	Separado/divor.	2	13,0	10	87,0	
	Viúvo	7	8,4	52	91,6	
São Paulo	Casado/unido	136	52,1	83	47,9	p=0,0000
	Solteiro	3	20,7	9	79,3	
	Separado/divor.	6	20,9	19	79,1	
	Viúvo	16	6,9	116	93,1	

*Porcentagem na amostra ponderada

** Teste qui-quadrado com correção de Rao Scott

Quanto à naturalidade observou-se menor prevalência de nascidos no próprio município e maior prevalência dos nascidos em outros Estados entre os hipertensos quando comparados aos não hipertensos nas 4 áreas, com significância estatística apenas em Itapecerica e Campinas.

Tabela 6. Distribuição da naturalidade de hipertensos e não-hipertensos maiores de 60 anos, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.

	Naturalidade	Hipertensos		Não-hipertensos		P
		Nº	%*	Nº	%*	
Itapecerica	Próprio município	10	31,7	10	68,3	**p=0,0232
	Outro município	103	45,9	148	54,1	
	Outro Estado	195	55,1	168	44,9	
Botucatu	Próprio município	86	46,9	101	53,1	**p=0,3628
	Outro município	92	42,0	131	58,0	
	Outro Estado	28	51,7	27	48,3	
Campinas	Próprio município	38	43,4	52	56,6	**p=0,0112
	Outro município	93	49,2	100	50,8	
	Outro Estado	84	60,2	58	39,8	
São Paulo	Próprio município	61	42,6	81	57,4	**p=0,5118
	Outro município	101	45,1	133	54,9	
	Outro Estado	228	48,5	229	51,5	

* Porcentagem na amostra ponderada

** Teste qui-quadrado com correção de Rao Scott

Quanto à religião, conforme demonstra a tabela 7, não houve diferença significativa entre hipertensos e não-hipertensos em nenhuma das quatro áreas, apesar de observar-se maior taxa da religião evangélica entre os hipertensos.

Tabela 7. Distribuição da religião entre hipertensos e não-hipertensos maiores de 60 anos, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.

Área	Religião	Hipertensos		Não-hipertensos		P
		Nº	%*	Nº	%*	
Itapecerica	Sem religião	8	52,9	8	47,1	
	Católica	204	49,7	232	50,3	
	Evangélica	67	62,8	48	37,2	
	Outras	28	40,1	37	59,9	
						**p=0,0898
Botucatu	Sem religião	4	36,1	7	63,9	
	Católica	152	44,7	194	55,3	
	Evangélica	38	50,2	41	49,8	
	Outras	13	42,2	17	57,8	
						**p=0,7231
Campinas	Sem religião	5	65,1	3	34,9	
	Católica	161	49,6	170	50,4	
	Evangélica	33	61,6	21	38,4	
	Outras	17	53,6	16	46,4	
						**p=0,3047
São Paulo	Sem religião	6	28,9	20	71,2	
	Católica	278	46,0	323	54,0	
	Evangélica	88	50,7	70	49,3	
	Outras	23	45,8	34	54,2	
						**p=0,4816

* Porcentagem na amostra ponderada

** Teste qui-quadrado com correção de Rao Scott

Nos dados referentes ao grau de instrução observou-se maior escolaridade em não-hipertensos quando comparados com os hipertensos, com significância estatística apenas em Campinas e São Paulo (Tabela 8).

Tabela 8. Distribuição da escolaridade entre os hipertensos e não-hipertensos maiores de 60 anos, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.

Área	Escolaridade	Hipertensos		Não-hipertensos		P
		Nº	%*	Nº	%*	
Itapecerica	0 – 7	270	53,5	250	46,5	**p=0,1881
	8 e +	40	40,2	77	59,8	
Botucatu	0 – 7	163	47,4	184	52,6	**p=0,1901
	8 e +	44	38,3	74	61,7	
Campinas	0 – 7	171	55,4	144	44,6	**p=0,0004
	8 e +	43	40,2	65	59,8	
São Paulo	0 – 7	329	49,7	331	50,3	**p=0,0124
	8 e +	61	37,8	107	62,2	

* Porcentagem na amostra ponderada

** Teste qui-quadrado com correção de Rao Scott

Quando analisada a escolaridade por sexo, a maioria das mulheres hipertensas das quatro áreas estudadas, tinham até 4 anos de estudo, mas apenas Itapecerica apresentou significância estatística (Tabela 9).

Tabela 9. Distribuição da escolaridade em hipertensão maiores de 60 anos, segundo sexo, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.

Área	Escolaridade	Masculino		Feminino		P
		Nº	%*	Nº	%*	
Itapecerica	0 - 4 anos	84	31,3	175	68,7	**p=0,0127
	5 - 8 anos	14	56,9	10	43,1	
	9 anos e +	15	62,9	12	26,9	
Botucatu	0 - 4 anos	52	29,5	100	70,5	**p=0,3900
	5 - 8 anos	7	29,9	15	70,1	
	9 anos e +	15	42,5	18	57,5	
Campinas	0 - 4 anos	72	35,2	93	64,8	**p=0,2375
	5 - 8 anos	7	47,2	6	50,7	
	9 anos e +	20	49,1	16	50,9	
São Paulo	0 - 4 anos	122	28,8	194	71,2	**p=0,0625
	5 - 8 anos	14	39,0	14	61,0	
	9 anos e +	24	32,6	19	67,4	

* Porcentagem na amostra ponderada

** Teste qui-quadrado com correção de Rao Scott

Na tabela 10 não houve diferença estatisticamente significativa da renda *per capita* entre hipertensos e não-hipertensos. Apenas em São Paulo, verificou-se essa diferença.

Tabela 10. Distribuição da renda per capita em hipertensos e não-hipertensos maiores de 60 anos, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.

Área	Renda per capita***	Hipertensos		Não-hipertensos		P
		Nº	%*	Nº	%*	
Itapecerica	até 2,5	227	52,8	225	47,2	**p=0,4595
	mais que 2,5	83	47,5	103	52,5	
Botucatu	até 2,5	118	43,5	164	56,5	**p=0,3254
	mais que 2,5	89	48,6	95	51,4	
Campinas	até 2,5	123	53,7	112	46,3	**p=0,4160
	mais que 2,5	93	49,4	98	50,6	
São Paulo	até 2,5	318	49,0	324	51,0	**p=0,0200
	mais que 2,5	77	40,3	123	59,7	

* Porcentagem na amostra ponderada

** Teste qui-quadrado com correção de Rao Scott

*** Valores em salários mínimos à época do inquérito

A variável número de moradores no domicílio de hipertensos e não-hipertensos apresentou diferença estatisticamente significativa apenas em São Paulo (Tabela 11).

Tabela 11. Distribuição do número de moradores no domicílio de hipertensos e não-hipertensos maiores de 60 anos, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003

Área	Nº moradores	Hipertenso		Não-hipertenso		P
		Nº	%*	Nº	%*	
Itapecerica	1/2 pessoas	134	53,8	134	46,2	**p=0,0960
	3/6 pessoas	147	47,8	173	52,2	
	7/13 pessoas	29	66,7	21	33,3	
Botucatu	1/2 pessoas	116	47,3	131	52,7	**p=0,4043
	3/6 pessoas	78	41,9	114	58,1	
	7/13 pessoas	13	50,2	14	49,8	
Campinas	1/2 pessoas	91	49,6	98	50,3	** p=0,3738
	3/6 pessoas	112	52,3	104	47,7	
	7/13 pessoas	13	66,7	8	33,3	
São Paulo	1/2 pessoas	173	41,2	224	58,8	**p=0,0337
	3/6 pessoas	201	51,5	197	48,5	
	7/13 pessoas	21	47,4	26	52,6	

* Porcentagem na amostra ponderada

** Teste qui-quadrado com correção de Rao Scott

A tabela 12 mostra a condição de chefia da família entre hipertensos e não-hipertensos. Apesar da maior presença de não-chefes entre os hipertensos nas 4 áreas, somente em Botucatu e São Paulo houve significância estatística.

Tabela 12. Distribuição da condição de chefia da família de hipertensos e não-hipertensos maiores de 60 anos, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.

Área	Chefe de família	Hipertenso		Não-hipertenso		P
		Nº	%*	Nº	%*	
Itapecerica	Chefe	197	48,4	223	51,6	**p=0,1583
	Não-chefe	113	58,8	105	41,2	
Botucatu	Chefe	122	39,7	188	60,3	**p=0,0002
	Não-chefe	85	56,0	71	44,0	
Campinas	Chefe	140	50,5	144	49,5	**p=0,5612
	Não-chefe	76	53,9	66	46,1	
São Paulo	Chefe	260	42,6	311	57,4	**p=0,0000
	Não-chefe	132	52,0	136	48,0	

* Porcentagem na amostra ponderada

** Teste qui-quadrado com correção de Rao Scott

Quanto à situação de trabalho, a prevalência de continuar em atividade laboral foi menor entre os hipertensos quando comparados com os não-hipertensos, havendo significância em Itapecerica, Botucatu e São Paulo e sem significância estatística em Campinas (Tabela 13).

Tabela 13. Distribuição da situação de trabalho entre hipertensos e não-hipertensos maiores de 60 anos, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.

Área	Situação de trabalho	Hipertenso		Não-hipertenso		P
		Nº	%*	Nº	%*	
Itapecerica	Exerce	69	39,4	120	60,6	**p=0,0067
	Não exerce	241	56,9	208	43,1	
Botucatu	Exerce	22	26,0	64	74,0	**p=0,0008
	Não exerce	185	49,6	195	50,4	
Campinas	Exerce	46	44,0	60	56,0	**p=0,0647
	Não exerce	170	54,1	150	45,9	
São Paulo	Exerce	81	36,0	139	64,0	**p=0,0007
	Não exerce	310	49,5	304	50,5	

* Porcentagem na amostra ponderada

** Teste qui-quadrado com correção de Rao Scott

Os hipertensos foram questionados quanto aos seus hábitos e estilo de vida, em busca de dados que pudessem gerar informações comportamentais, para serem relacionados com a hipertensão em pessoas idosas.

Um dos fatores estudados entre os hipertensos e os não-hipertensos foi o hábito de fumar e observou-se uma menor prevalência de fumantes entre os hipertensos, com significância em Itapecerica e Botucatu. (Tabela 14).

Tabela 14. Distribuição do hábito de fumar entre hipertensos e não-hipertensos maiores de 60 anos, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.

Área	Hábito de fumar	Hipertenso		Não-hipertenso		P
		Nº	%*	Nº	%*	
Itapecerica	Nunca fumou	169	58,9	150	41,1	**p=0,0183
	Ex-fumante	100	49,2	107	50,8	
	Fumante	40	40,4	70	59,6	
Botucatu	Nunca fumou	120	50,0	122	50,0	**p=0,0050
	Ex-fumante	64	45,1	83	54,9	
	Fumante	23	30,9	54	69,1	
Campinas	Nunca fumou	125	53,2	113	46,8	**p=0,0548
	Ex-fumante	74	54,5	66	45,5	
	Fumante	17	36,9	30	63,1	
São Paulo	Nunca fumou	229	47,7	249	52,3	**p=0,2722
	Ex-fumante	116	45,6	115	54,4	
	Fumante	47	39,6	81	60,4	

* Porcentagem na amostra ponderada

** Teste qui-quadrado com correção de Rao Scott

Quanto ao uso de bebida alcoólica, observa-se que o hábito de beber foi menos frequente entre os hipertensos com significância estatística em Botucatu, Campinas e São Paulo (Tabela 15).

Tabela 15. Distribuição do consumo de álcool entre hipertensos e não-hipertensos maiores de 60 anos, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.

Área	Consumo de álcool	Hipertenso		Não-hipertenso		P
		Nº	%*	Nº	%*	
Itapecerica	Nunca/Não bebe	216	57,0	190	43,0	**p=0,1515
	até 2 x mês	33	42,7	47	57,3	
	1 a 3 x sem	30	44,9	43	55,1	
	4 a 7 x sem	19	41,2	32	58,8	
Botucatu	Nunca/Não bebe	147	48,6	158	51,4	**p=0,0332
	até 2 x mês	21	44,6	25	55,4	
	1 a 3 x sem	23	39,6	36	60,4	
	4 a 7 x sem	15	30,5	36	69,5	
Campinas	Nunca/Não bebe	129	58,1	95	41,9	**p=0,0156
	até 2 x mês	28	47,2	32	52,8	
	1 a 3 x sem	39	44,3	50	55,7	
	4 a 7 x sem	15	44,5	28	55,5	
São Paulo	Nunca/Não bebe	284	53,0	257	47,0	**p=0,0001
	até 2 x mês	48	37,6	70	62,4	
	1 a 3 x sem	30	29,2	68	70,8	
	4 a 7 x sem	24	30,0	48	70,0	

* Porcentagem na amostra ponderada

** Teste qui-quadrado com correção de Rao Scott

A respeito da prática de atividade física não foi encontrada diferença significativa entre hipertensos e não-hipertensos em nenhuma das 4 áreas (Tabela 16).

Tabela 16. Distribuição da prática de atividade física entre hipertensos e não-hipertensos maiores de 60 anos, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.

Área	Atividade física	Hipertenso		Não-hipertenso		P
		Nº	%*	Nº	%*	
Itapeceira	Sim	232	50,3	263	49,7	
	Não	69	55,3	61	44,7	
						**p=0,5131
Botucatu	Sim	173	45,8	221	54,2	
	Não	32	41,8	47	58,2	
						**p=0,1094
Campinas	Sim	181	51,6	175	48,4	
	Não	33	53,6	32	46,4	
						**p=0,3824
São Paulo	Sim	83	51,3	78	48,7	
	Não	307	44,5	367	55,5	
						**p=0,9543

* Porcentagem na amostra ponderada

** Teste qui-quadrado com correção de Rao Scott

Para a análise do Índice de Massa Corporal (IMC), foi utilizada a tabela para idosos de Lipschitz⁴⁵ e constatou-se, na comparação entre hipertensos e não-hipertensos, que a prevalência de indivíduos com excesso de peso foi maior nos hipertensos nas quatro áreas estudadas, conforme indica a tabela 17.

Tabela 17. Distribuição do IMC entre hipertensos e não-hipertensos maiores de 60 anos, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.

Área	IMC	Hipertenso		Não-Hipertenso		P
		Nº	%*	Nº	%*	
Itapecerica	Baixo peso	32	36,9	50	63,1	**p=0,1355
	Eutrofia	122	49,9	168	50,1	
	Excesso de peso	70	55,5	56	44,5	
Botucatu	Baixo peso	25	28,0	70	72,0	**p=0,0000
	Eutrofia	91	40,7	131	59,3	
	Excesso de peso	80	64,7	47	35,3	
Campinas	Baixo peso	24	36,2	45	63,8	**p=0,0058
	Eutrofia	119	53,4	109	46,6	
	Excesso de peso	52	57,0	40	43,0	
São Paulo	Baixo peso	50	38,6	87	61,4	**p=0,0433
	Eutrofia	170	43,8	216	56,2	
	Excesso de peso	114	55,6	78	44,4	

* Porcentagem na amostra ponderada

** Teste qui-quadrado com correção de Rao Scott

Foram estudadas as doenças associadas mais prevalentes entre os hipertensos sendo as mais freqüentes: doença da coluna, diabetes, artrite e artrose, depressão e outros problemas emocionais e doença digestiva crônica, conforme aponta a tabela 18.

Tabela 18. Prevalência de doenças associadas em hipertensos maiores de 60 anos, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.

Doenças crônicas Associadas	Itapecerica		Botucatu		Campinas		São Paulo	
	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
Diabetes	20,6	59	18,4	36	18,6	42	28,1	109
Alergia	22,5	81	14,9	31	21,8	45	20,2	77
Doença coluna/costas	40,5	117	35,4	71	30,0	65	34,4	133
Artrite/reumatismo/artrose	27,4	90	34,9	67	34,2	72	26,9	99
Acidente vascular cerebral	10,3	29	5,6	12	4,4	10	7,6	37
Depressão/ansiedade/problemas emocionais	30,6	86	32,0	64	21,4	46	27,3	100
Enxaqueca/dor de cabeça	28,2	77	18,4	34	10,6	23	13,7	59
Doença do coração	5,6	17	9,0	17	7,4	16	5,8	26
Doença crônica do pulmão	18,2	59	17,7	33	14,1	29	11,0	51
Doença digestiva crônica	38,6	97	25,1	56	24,3	54	22,7	83
Outros	9,5	22	4,5	9	6,9	16	6,7	25

A tabela 19 apresenta a prevalência do número de co-morbidades referidas por maiores de 60 anos hipertensos e não-hipertensos. Observa-se que, nas quatro áreas estudadas, a prevalência de três ou mais doenças associadas foi maior entre os hipertensos, com significância estatística em Itapecerica, Campinas e São Paulo.

Tabela 19. Distribuição do N° de doenças crônicas associadas em hipertensos e não-hipertensos maiores de 60 anos, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.

Área	N° d. crônicas associadas	Hipertenso		Não-hipertenso		P
		N°	%*	N°	%*	
Itapecerica	0	25	23,3	69	76,7	
	1 – 2	123	51,8	133	48,2	
	3 e +	137	60,2	114	39,8	
						**p=0,0000
Botucatu	0	32	39,2	51	60,8	
	1 – 2	69	40,8	109	59,2	
	3 e +	86	52,0	77	48,0	
						**p=0,0631
Campinas	0	3	47,4	3	52,6	
	1 – 2	67	41,2	103	58,8	
	3 e +	143	59,4	98	40,6	
						**p=0,0081
São Paulo	0	54	33,5	112	66,5	
	1 – 2	157	44,0	186	56,0	
	3 e +	141	54,0	123	46,0	
						**p=0,0043

* Porcentagem na amostra ponderada

** Teste qui-quadrado com correção de Rao Scott

Embora sem significância estatística, quando considerados os resultados por sexo, a frequência de mais de três doenças associadas foi maior entre as mulheres do que entre os homens (Tabela 20).

Tabela 20. Distribuição do N° de doenças crônicas associadas em hipertensos maiores de 60 anos, segundo o sexo, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.

Área	N° d. crônicas associadas	Masculino		Feminino		P
		N°	%*	N°	%*	
Itapecerica	0	12	53,9	13	46,1	**p=0,0836
	1 – 2	49	37,7	74	62,3	
	3 e +	40	27,1	97	72,8	
Botucatu	0	14	39,2	18	60,8	**p=0,2376
	1 – 2	29	37,2	40	62,8	
	3 e +	26	26,0	60	74,0	
Campinas	0	2	62,6	1	37,4	**p=0,0925
	1 – 2	39	49,9	28	50,6	
	3 e +	58	32,9	85	67,1	
São Paulo	0	31	47,8	23	52,2	**p=0,0502
	1 – 2	65	30,9	92	69,1	
	3 e +	51	26,5	90	73,5	

* Porcentagem na amostra ponderada

** Teste qui-quadrado com correção de Rao Scott

Quanto às internações ocorridas no ano anterior à entrevista, em todas as áreas estudadas a prevalência de nenhuma internação foi bastante alta, ou seja, a maioria dos hipertensos, não precisou de nenhuma internação no ano que antecedeu a entrevista, sendo esta prevalência maior nas mulheres. Aqueles que necessitaram de internação estavam concentrados em apenas uma internação, e também as mulheres apresentaram maior prevalência, em todas as áreas estudadas, porém sem significância estatística. Tais resultados reforçam a observação da hipertensão arterial ser uma patologia frequentemente acompanhada e controlada em ambulatórios (Tabela 21).

Tabela 21. Distribuição do N° de internações de hipertensos maiores de 60 anos, segundo o sexo, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.

Área	N° internações	Masculino		Feminino		P
		N°	%*	N°	%*	
Itapecerica	0	87	32,3	172	67,7	**p=0,1013
	1	20	40,5	19	59,5	
	2	4	64,6	3	35,4	
	3 e 4	2	4,5	3	95,5	
Botucatu	0	64	31,8	113	68,2	**p=0,7462
	1	9	28,6	16	71,4	
	2	1	41,4	2	58,6	
	3 e 4	-	-	2	100,0	
Campinas	0	86	37,1	104	62,9	**p=0,6995
	1	11	47,5	9	52,5	
	2	3	41,8	3	58,2	
São Paulo	0	133	30,9	197	69,1	**p=0,2666
	1	26	44,0	24	56,0	
	2	2	22,4	6	77,6	
	3	3	47,1	2	52,9	

* Porcentagem na amostra ponderada

** Teste qui-quadrado com correção de Rao Scott

Quando questionados quanto à autoavaliação em saúde, a avaliação de ter saúde *ruim/ muito ruim* foi maior entre os hipertensos quando comparados aos não-hipertensos, com significância estatística apenas em Itapecerica e São Paulo. Em Botucatu a referência à saúde *ruim/ muito ruim* foi maior entre os não hipertensos, mas não houve significância estatística (Tabela 22).

Tabela 22. Distribuição da auto-percepção em saúde em hipertensos e não-hipertensos maiores de 60 anos, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.

Área	Auto-percepção	Hipertenso		Não-hipertenso		P
		Nº	%*	Nº	%*	
Itapecerica	Excelente/boa	223	48,6	286	51,4	**p=0,0017
	Ruim/muito ruim	77	64,0	38	36,0	
Botucatu	Excelente/boa	175	43,1	236	56,9	**p=0,0623
	Ruim/muito ruim	23	39,5	31	60,5	
Campinas	Excelente/boa	184	52,3	176	47,7	**p=0,1523
	Ruim/muito ruim	25	61,1	16	38,9	
São Paulo	Excelente/boa	305	42,9	400	57,1	**p=0,0000
	Ruim/muito ruim	89	67,4	46	32,6	

*Porcentagem na amostra ponderada

** Teste qui-quadrado com correção de Rao Scott

Neste estudo também foi analisado se os hipertensos das quatro áreas trabalhadas tinham informação “*do que deve ser feito*” e “*o que se faz*” para controlar a pressão arterial, observou-se que existe uma diferença importante entre “*saber*” e “*aderir*” à conduta. Na análise das quatro áreas participantes da pesquisa observou-se que mais de 90% dos hipertensos que referiram conhecer a importância de tomar a medicação para o controle do tratamento da doença o seguiam. Quanto à adesão à dieta sem sal observa-se, nas quatro áreas estudadas que somente a metade dos entrevistados entre os que revelaram que essa conduta era importante para o controle da doença, o fazia. Um percentual muito baixo dos entrevistados assinalou a prática de atividade física como importante para o controle da hipertensão e dos que reconheceram a importância dessa prática, também muito poucos a realizavam. A pior situação quanto à adesão à prática de atividade física foi observada em Itapecerica (Tabelas 23, 24).

É importante destacar que algumas pessoas embora não tenham assinalado considerar importante algumas condutas para o controle da hipertensão, informaram que o faziam, mais precisamente “tomar medicação de rotina”, conforme mostra a tabela 25.

Tabela 23. Conhecimento dos hipertensos maiores de 60 anos sobre condutas para o controle da hipertensão, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.

O que acha que deve ser feito	Itapecerica		Botucatu		Campinas		São Paulo	
	Nº	%*	Nº	%*	Nº	%*	Nº	%*
Dieta sem sal	111	34,1	97	45,9	93	44,1	181	49,1
Regime	26	5,2	20	11,0	23	10,2	136	11,6
Atividade física	14	3,6	25	11,8	33	11,3	29	9,4
Tomar medicação	175	55,0	156	73,8	149	69,9	242	59,7
Medicação quando problema	18	8,0	3	1,2	11	5,1	13	3,1
Nada	3	1,1	1	0,4	2	1,0	5	1,1
Outros	116	41,8	40	20,9	43	20,3	119	29,8

*Porcentagem na amostra ponderada

Tabela 24. Adesão dos hipertensos maiores de 60 anos às condutas para o controle da hipertensão, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.

O que faz	Itapecerica		Botucatu		Campinas		São Paulo	
	Nº	%*	Nº	%*	Nº	%*	Nº	%*
Dieta sem sal	78	21,9	63	29,3	46	22,2	134	33,7
Regime	12	4,3	9	3,8	7	3,2	18	5,0
Atividade física	5	1,4	14	6,3	18	7,8	16	5,2
Tomar medicação	250	78,0	183	87,2	184	86,8	342	87,3
Medicação quando problema	33	13,5	12	5,7	22	9,5	30	7,5
Nada	9	4,2	9	5,5	5	2,1	8	1,6
Outros	50	18,5	5	3,0	14	6,9	26	6,0

*Porcentagem na amostra ponderada

Tabela 25. Conduta que acha que deve ser tomada e a conduta seguida pelos hipertensos maiores de 60 anos, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.

Área	Conduta	O que deve ser feito para "controlar" a pressão alta?*		O que acha que deve ser feito e faz**		Não assinalou que acha, mas faz*	
		N	%*	N	%*	N	%*
Itapeceira	Dieta sem sal	111	34,1	54	49,5	24	7,7
	Regime para perder/manter peso	26	5,2	7	50,6	5	1,8
	Atividade física	14	3,6	2	7,0	3	1,2
	Tomar medicação rotina	175	55,0	169	97,7	81	53,9
	Tomar medicação quando problema	18	8,0	15	96,5	18	6,3
	Não fazer nada	3	1,2	1	79,0	8	3,3
Botucatu	Outros	116	41,8	34	33,2	16	8,0
	Dieta sem sal	97	45,9	52	52,3	11	9,8
	Regime para perder/manter peso	20	10,1	7	32,4	2	0,6
	Atividade física	25	11,7	7	28,9	7	3,3
	Tomar medicação rotina	156	73,8	151	96,7	32	60,3
	Tomar medicação quando problema	3	1,1	3	100,0	9	4,56
Campinas	Não fazer nada	1	0,5	-	-	9	5,5
	Outros	40	20,9	3	9,1	5	1,4
	Dieta sem sal	93	44,1	38	42,2	8	6,5
	Regime para perder/manter peso	23	10,2	4	17,3	3	1,6
	Atividade física	33	14,3	13	39,8	5	2,5
	Tomar medicação rotina	149	69,9	145	97,2	39	62,5
São Paulo	Tomar medicação quando problema	11	5,1	9	79,6	13	5,7
	Não fazer nada	2	1,0	2	100,0	3	1,1
	Outros	43	20,3	9	22,7	2	2,8
	Dieta sem sal	181	49,1	95	49,1	39	18,8
	Regime para perder/manter peso	25	7,7	10	37,9	8	2,2
	Atividade física	29	9,4	7	20,6	9	3,6
Itapeceira	Tomar medicação rotina	242	59,3	232	96,1	110	74,1
	Tomar medicação quando problema	13	3,1	8	45,2	22	6,3
	Não fazer nada	5	1,1	1	19,9	7	1,4
	Outros	119	28,6	15	9,6	11	45,2

* Porcentagem na amostra ponderada

** Respostas às questões de múltipla escolha

No presente estudo foi observada a adesão do hipertenso ao seguimento do tratamento da hipertensão arterial nos serviços de saúde e os resultados revelaram que nas quatro áreas os hipertensos, tanto do sexo masculino quanto feminino compareciam aos serviços rotineiramente em cerca de 70% dos casos, sendo esta adesão ao seguimento de rotina menor em Itapecerica (64,7%) conforme mostra a tabela 26. Nas quatro áreas estudadas não houve diferença significativa entre as faixas etárias dos hipertensos em relação do seguimento de rotina nos serviços de saúde. Observa-se que em Itapecerica 45,9% dos hipertensos com mais de 80 anos não compareciam à consulta de rotina e 8,7% compareciam **apenas quando tinham problemas**, o que sugere dificuldade de acesso e/ou ausência de um cuidador que o leve até o serviço de saúde (Tabelas 27). Nas quatro áreas estudadas a maioria dos indivíduos que não comparecia de rotina nos serviços alegou o motivo **não achar necessário** (Tabela 28).

Tabela 26. Visita periódica dos hipertensos maiores de 60 anos ao médico/serviço de saúde, segundo o sexo, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.

Área	Visita periódica ao serviço por HÁ	Masculino		Feminino		Total	
		Nº	%*	Nº	%*	Nº	%*
Itapecerica	Não	21	15,7	35	25,6	56	22,4
	Só qdo problema	16	18,7	19	10,1	35	12,9
	Sim, rotina	72	65,6	138	64,3	210	64,7
**p=0,2013							
Botucatu	Não	13	19,4	27	20,8	40	20,4
	Só qdo problema	3	4,2	13	10,7	16	8,6
	Sim, rotina	58	76,4	93	68,5	151	71,0
**p=0,3644							
Campinas	Não	11	10,5	13	11,2	24	10,9
	Só qdo problema	21	21,6	17	15,2	38	17,6
	Sim, rotina	67	67,9	85	73,2	152	71,5
**p=0,5564							
São Paulo	Não	39	23,7	38	16,4	77	18,8
	Só qdo problema	21	14,9	24	9,6	45	11,3
	Sim, rotina	103	61,4	167	74,0	270	69,9
**p= 0,0739							

* Porcentagem na amostra ponderada

** ** Teste qui-quadrado com correção de Rao Scott

Tabela 27. Visita periódica dos hipertensos maiores de 60 anos ao médico/serviço de saúde, segundo a faixa etária, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.

Área	Visita periódica ao serviço por HA	60 – 69 a		70 - 79 a		80 e +		Total	
		Nº	%*	Nº	%*	Nº	%*	Nº	%*
Itapecerica	Não	33	26,8	14	6,5	9	45,9	56	22,4
	Só qdo problema	20	13,9	13	12,0	2	8,7	35	12,9
	Sim, rotina	113	59,3	76	81,5	21	45,4	210	64,7
**p=0,0124									
Botucatu	Não	23	24,6	11	14,6	6	22,2	40	19,3
	Só qdo problema	8	9,2	5	6,4	3	13,5	16	7,7
	Sim, rotina	68	66,2	62	79,0	21	64,3	151	73,0
**p=0,4052									
Campinas	Não	8	6,3	13	17,3	3	14,1	24	10,9
	Só qdo problema	21	17,9	11	14,4	6	26,0	38	17,6
	Sim, rotina	89	75,8	50	68,3	13	59,9	152	71,5
**p=0,1733									
São Paulo	Não	48	20,9	26	20,7	3	5,2	77	18,8
	Só qdo problema	16	8,0	23	14,6	6	13,9	45	11,3
	Sim, rotina	146	71,1	92	64,7	32	80,9	270	69,9
**p=0,0983									

* Porcentagem na amostra ponderada

** Teste qui-quadrado com correção de Rao Scott

Tabela 28. Não realização da visita periódica dos hipertensos maiores de 60 anos, segundo motivos referidos, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.

Área	Motivo de não visita ao médico/serviço de saúde	Masculino		Feminino	
		Nº	%*	Nº	%*
Itapeceira	Dificuldade financeira	1	0,0	2	0,5
	Dificuldade acesso geográfico	2	0,5	3	1,2
	Não achou necessário	21	44,1	28	32,1
	Não tem tempo	4	13,6	5	25,2
	Não sabe quem procurar/onde ir	1	0,7	-	-
	Outros	21	41,1	23	41,0
	Total	50	100,0	61	100,0
Botucatu	Dificuldade financeira	1	1,8	2	4,3
	Dificuldade acesso geográfico	-	-	2	2,3
	Não achou necessário	18	71,0	22	37,5
	Não tem tempo	2	17,0	7	18,3
	Não sabe quem procurar/onde ir	-	-	-	-
	Outros	5	10,2	18	37,6
	Total	26	100,0	51	100,0
Campinas	Dificuldade financeira	7	23,5	5	18,5
	Dificuldade acesso geográfico	-	-	3	7,3
	Não achou necessário	30	59,3	24	42,7
	Não tem tempo	1	5,8	1	5,3
	Não sabe quem procurar/onde ir	-	-	-	-
	Outros	10	11,4	9	26,2
	Total	48	100,0	42	100,0
São Paulo	Dificuldade financeira	7	7,5	8	5,9
	Dificuldade acesso geográfico	2	0,6	3	4,4
	Não achou necessário	44	62,8	31	33,9
	Não tem tempo	4	8,7	3	6,5
	Não sabe quem procurar/onde ir	-	-	1	2,3
	Outros	14	20,4	36	47,0
	Total	71	100,0	82	100,0

* porcentagem na amostra ponderada

Tabela 29. Análise multivariada para hipertensos maiores de 60 anos, em 4 áreas do ESP. ISA 2001-2003.

	OR Bruto		OR Ajustado		P
Sexo					
masc.	1		-		
fem.	1,72	(1,34-2,29)	1,73	(1,10-2,76)	0,02
Escolaridade					
8 e + anos	1		-		
0-7 anos	1,65	(1,18-2,30)	1,47	(1,02-2,13)	0,04
Situação conjugal					
Casado	1		-		
Solteiro	0,39	(0,18-0,84)	0,27	(0,09-0,76)	0,01
Separado	0,73	(0,46-1,17)		n.s.	0,10
Viúvo	1,36	(1,00-1,86)		n.s.	0,49
Nº de moradores					
1-2 pessoas	1		-		
3-6 pessoas	1,45	(1,09-1,93)	1,53	(1,07-2,18)	0,02
7-13 pessoas	1,38	(0,80-2,37)		n.s.	0,12
IMC					
baixo peso	1		-		
Eutrófico	1,31	(0,79-2,16)		n.s.	0,43
excesso de peso	2,04	(1,15-3,61)	2,33	(1,35-4,03)	0,03
Nº doenças crônicas associadas					
0	1		-		
1 e 2	1,55	(0,99-2,42)		n.s.	0,43
3 e +	2,41	(1,62-3,58)	1,58	(1,02-2,43)	0,04
Auto-percepção em saúde					
excelente/boa	1		-		
ruim/muito ruim	2,58	(1,79-3,72)	1,59	(1,05-2,39)	0,03

OR ajustado para idade, renda, áreas e demais variáveis do modelo

Foram incluídos no modelo logístico as seguintes variáveis: sexo, escolaridade, situação conjugal, número de moradores no domicílio, IMC, número de doenças crônicas associadas, auto-percepção em saúde, idade, renda e área. Ao final permaneceram no modelo as variáveis: sexo, escolaridade, situação conjugal, número de moradores no domicílio, IMC, número de doenças crônicas associadas e auto-percepção em saúde. Embora as variáveis: idade, renda e área não tenham se

mostrado significativas à análise estatística, foram mantidas para controle em função da importância que possuem do ponto de vista epidemiológico.

Observa-se na tabela 29 que são fatores associados negativamente para hipertensão arterial: ser do sexo feminino, ter baixa escolaridade (0-7 anos), estar com sobrepeso, dividir domicílio com 3-6 pessoas, ter três ou mais doenças associadas e considerar a própria saúde como ruim/muito ruim. Ser solteiro mostrou-se fator associado positivamente para hipertensão.

5. Discussão

5. DISCUSSÃO

O presente estudo utiliza informação referida sobre hipertensão arterial, que possibilita a identificação de indivíduos com o diagnóstico de HAS feito em algum momento de suas vidas, mas omite os que desconhecem a condição de ser hipertenso podendo levar a sub-estimativas das prevalências dessa condição, fato também considerado no estudo de Zaitune *et al*⁴⁹. Optou-se por trabalhar com informações de pessoas com idade igual ou acima de 60 anos, extraídas de dois inquéritos populacionais anteriormente descritos. Essa escolha se justifica uma vez que com o aumento da expectativa de vida da população brasileira, tem-se um crescente contingente de pessoas com idade acima de 60 anos em nosso país. O aumento da expectativa de vida tem determinado o perfil epidemiológico mais frequente de doenças crônico-degenerativas e impulsionado uma política de saúde voltada à atenção da pessoa idosa. Segundo o Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa⁶, a hipertensão arterial é muito freqüente em idosos, mas quando adequadamente controlada reduz significativamente as limitações funcionais desse grupo. Um dos diferenciais necessários para a garantia da qualidade de vida dos idosos é a realização pelos serviços de saúde do diagnóstico precoce e de uma política de ações de acompanhamento específicas para cada situação, enfocando a interdisciplinaridade, no entendimento de que a saúde depende além do atendimento do profissional de saúde de outros fatores relacionados à renda, à moradia e alimentação adequada, ao trabalho, ao lazer, etc.

Neste estudo a prevalência de HAS referida nos indivíduos com mais de 60 anos foi superior à dos adultos de 20-59 anos, tanto nos homens quanto nas mulheres, nas quatro áreas estudadas, confirmando a tendência de aumento da hipertensão com a idade, fato corroborado por Zaitune *et al*⁴⁹.

Lebrão² em estudo sobre o envelhecimento no Brasil destaca a questão de que a população brasileira está envelhecendo, porém nem todos os indivíduos brasileiros estão envelhecendo em condições saudáveis, visto se tratar de pessoas que possivelmente foram expostas na infância a condições de vida desfavoráveis: desnutrição, baixa cobertura de imunização, no entanto as políticas públicas,

segundo Ribeiro⁵ estimulam as pessoas idosas a irem além do espaço doméstico e se inserirem em grupos sociais, educacionais, profissionais, de lazer e sexuais.

Para este estudo foram selecionados hipertensos com idade igual ou superior a 60 anos no intuito de estudar suas características sociodemográficas e comportamentais, uma vez que as doenças crônico-degenerativas são responsáveis por importantes indicadores de morbimortalidade nessa faixa etária ^{1,15,18,33,49,50,51}.

Na caracterização da amostra de hipertensos, observou-se o predomínio da hipertensão entre os indivíduos não-brancos, principalmente nos municípios de Campinas e São Paulo, fato corroborado em estudo realizado por Zaitune *et al*⁴⁹ em Campinas, que fez uso do banco do ISA-SP utilizado neste estudo e Basset Jr *et al*²⁶ em Nova Iorque que encontraram a predominância da hipertensão em indivíduos da cor parda ou morena. Neste estudo foram descritos como não-brancos os indivíduos que se apresentaram como negros, pardos, amarelos e indígenas. Quanto à situação conjugal a prevalência da hipertensão foi maior em viúvos em três das áreas estudadas e em viúvas nas quatro áreas, observou-se também a prevalência de não-hipertensos entre os solteiros nas quatro áreas estudadas, fato corroborado por Ferreira *et al*⁵⁰.

Quanto à naturalidade a prevalência da hipertensão foi maior em indivíduos nascidos em outros estados, sendo significativo em Itapeverica e Campinas. Zaitune *et al*⁴⁹ também identificaram em Campinas uma prevalência de hipertensão arterial em pessoas provenientes de outros estados. Uppaluri *et al*⁵² e Mooteri *et al*⁵³ sugerem que migrantes podem estar expostos a estresse por conta do processo de aculturação, estabelecendo possível relação com a hipertensão arterial.

Observou-se também nas quatro áreas estudadas a maior prevalência de não-hipertensos entre os indivíduos com maior escolaridade, sendo as mulheres em maior número quanto à baixa escolaridade, fato esperado para as mulheres da faixa etária estudada que historicamente foram preteridas entre as famílias em favor aos homens no quesito escolaridade. Para nove anos de estudo a frequência foi maior entre os homens. Segundo Ferreira *et al*⁵⁰ em estudo realizado nas regiões brasileiras, a HAS diminui à medida que a escolaridade aumenta. Zaitune *et al*⁴⁹ afirmam que indivíduos de inserção socioeconômica desfavorável podem ser mais

propensos a fatores que contribuem para o aumento da pressão arterial. Barros *et al*¹ afirmam que com exceção de tendinite e sinovite, todas as demais DCNTs tem maior frequência nos segmentos de menor escolaridade, e outros autores declaram que a hipertensão arterial figura entre as doenças crônicas não-transmissíveis de maior prevalência entre os indivíduos de menos escolaridade^{49,50}. Em estudo realizado por Costa *et al*²³ em Bambuí foi constatado que a proporção de indivíduos com menor escolaridade foi mais alta à medida que a idade avança, tanto em homens quanto em mulheres.

Identificamos que a hipertensão esteve mais prevalente nos indivíduos que possuíam renda *per capita* de até 2,5 salários mínimos. Em São Paulo foi significativa a prevalência de não-hipertensos com renda acima de 2,5 salários mínimos. Mendes *et al*⁵⁴ em estudo sobre a prevalência de diabetes em idosos no Estado de São Paulo, não observaram influência da renda na condição de saúde, porém afirmam que há menor prevalência da doença à medida que a escolaridade aumenta. No estudo de Bambuí observou-se que a renda diminui acentuadamente com o avanço da idade, principalmente entre as mulheres²³.

A prevalência da hipertensão foi maior entre os indivíduos que moravam com 7-13 pessoas em três das quatro áreas estudadas o que sugere que à medida que o número de moradores no domicílio aumenta, as condições sócio-econômicas pioram gerando condições de vida desfavoráveis e maior exposição a fatores de risco para a hipertensão com destaque para o estresse. Segundo o IBGE⁵⁵ em 2000 a média esperada de moradores por residência era de até 4 pessoas e em dados publicados pelo mesmo Instituto, em 2007 tem se observado queda da densidade domiciliar, influenciada pelo declínio da taxa de fecundidade e redução do tamanho das famílias, sendo a média atual de 3 moradores.

Na análise da condição de chefia na família, constatou-se que havia menos chefes de famílias entre os hipertensos. Quanto à situação de trabalho a permanência dos hipertensos em atividade laboral foi menor que a dos não-hipertensos. Observa-se que parcela significativa de pessoas com mais de 60 anos, hipertensas e não-hipertensas, continua na ativa, inclusive entre os aposentados. Moraes e Barros⁵⁶ ao analisarem o aposentado como ator político identificaram um grupo de idosos aposentados que lutam por seus direitos em contraponto ao

estereótipo do idoso “velho apático”, “velho-peso”, mas um idoso provedor e arrimo de família, que possivelmente esteja exercendo atividades informais para complementação de renda. Segundo Coutrim⁵⁷ existe no Brasil uma geração de novos atores, insatisfeitos com a previdência social desde a década de 70, que buscam não apenas melhores condições de vida, mas também o direito à cidadania e ao reconhecimento de sua contribuição para a riqueza do país.

Na análise dos resultados relacionados às características comportamentais dos hipertensos, verificou-se menor prevalência de fumantes entre os hipertensos. Destacamos que o grupo estudado, maiores de 60 anos, vem de uma geração em que o ato de fumar era muito valorizado, com forte apelo positivo quanto ao *status* de ser fumante. No estudo de Zaitune *et al*³³ sobre fatores associados ao sedentarismo no lazer entre um grupo de idosos verificaram que idosos fumantes eram mais sedentários que os não fumantes, sugerindo uma concomitância de comportamentos saudáveis: não fumar e exercitar-se.

O governo brasileiro nos últimos anos iniciou um programa de acompanhamento de fumantes através dos serviços públicos de saúde, para cessação do hábito de fumar, o qual visa acima de tudo à diminuição das taxas de mortalidade por doenças crônico-degenerativas⁵⁸.

Quanto ao consumo de bebida alcoólica este estudo revelou que o hábito de beber foi mais frequente entre os não-hipertensos em todas as áreas, mas não se pode afirmar que o indivíduo hipertenso não tenha o hábito de beber devido ao diagnóstico da hipertensão. Por outro lado, é importante considerar que o tratamento anti-hipertensivo depende além da ingestão de medicamentos, da mudança de estilo de vida. O presente estudo de desenho de corte transversal não permite identificar se os fatores relacionados a hábitos como beber/não beber ou fumar/não fumar, antecederam a ocorrência da doença ou são conseqüentes a ela. Gilsogamo *et al*⁶⁹ em estudo sobre fatores que interferem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial identificaram índices elevados de não-etilistas, principalmente entre as mulheres. Também nesta pesquisa a maioria das mulheres declarou não fazer uso de bebida alcoólica.

A frequência de idosos que não praticavam atividade física tanto hipertensos quanto não-hipertensos foi bastante elevada. Considerando que a mudança no estilo de vida, mais precisamente a prática de atividade física, é uma grande aliada ao tratamento da hipertensão e que se espera que os profissionais de saúde discutam essa necessidade com seus pacientes, preferencialmente em atividades em grupo, era esperado que parte deles revelasse ao menos, a prática de caminhadas. Zaitune *et al*⁴⁹ revelam que idosos hipertensos com maior nível de escolaridade reconhecem a importância da prática de atividade física, o que não garante a adesão. Esses autores também informam que uma parcela insignificante de hipertensos tem participado de atividades educativas vinculadas aos serviços públicos de saúde, principalmente por falta de oportunidades ofertadas. A literatura aponta elevada prevalência de sedentarismo entre idosos^{26,33, 60}.

Para a análise da situação de estado nutricional dos hipertensos, foi utilizada a recomendação de cálculo de IMC – Índice de Massa Corporal (peso/estatura²) para idosos de Lipschitz⁴⁵ que considera as modificações na composição corporal próprias do envelhecimento, com a seguinte escala de valores: baixo peso IMC < 22 kg/m², eutrofia IMC entre 22-27 kg/m² e excesso de peso IMC > 27 kg/m² e constatou-se que a prevalência de indivíduos com excesso de peso foi maior nos hipertensos, fato corroborado por Silveira e Barbosa⁶¹ em estudo da prevalência da obesidade em idosos, realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul, que também utilizou a recomendação de Lipschitz⁴⁵. Esses autores⁶¹ também relatam que idosos tendem a conferir o peso e a altura com menor frequência, levando ao desconhecimento dos valores reais dessas medidas e conseqüentemente a uma maior dificuldade de estimativa do IMC. Autores que também utilizaram em seus estudos valores de IMC ajustados para idosos encontraram prevalências maiores de pessoas com sobrepeso^{33, 62}. Costa *et al*²² utilizando valores de IMC >25kg/m² em estudo da variável da condição nutricional em idosos revelam percentuais elevados de indivíduos com sobrepeso ou obesidade.

Na análise de co-morbidades associadas à hipertensão, este estudo identificou hipertensos referindo ter mais que três doenças associadas, sendo as mais frequentes: doença da coluna, diabetes, artrite e artrose, depressão e outros problemas emocionais e doença digestiva crônica. Schmidt *et al*⁶¹ apontam que a utilização da morbidade auto-referida em inquéritos populacionais pode sub-

dimensionar a prevalência de doenças envolvidas, no entanto nesta pesquisa, em três das quatro áreas estudadas, a maioria dos entrevistados referiu ter mais que três doenças associadas à hipertensão, atingindo valores de até 16 doenças associadas. Neste estudo, mesmo sem significância estatística, foi possível identificar uma tendência de maior frequência de doenças associadas entre as mulheres. Barreto *et al*⁶³ em estudo realizado sobre a diferença de gênero na análise da doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco, identificaram maior frequência de DCNT entre mulheres, principalmente as mais velhas chegando a ser 62 vezes maior em mulheres maiores de 70 anos, quando comparadas com mulheres na faixa etária entre 30 e 39 anos. No presente foi possível identificar que pessoas com idade avançada tendem a referir maior número de doenças associadas, fato também constatado em outros estudos que utilizaram dados de morbidade referida^{16, 33,49,63}.

Cabe destacar que se trata de morbidade referida e que os entrevistados revelaram as doenças através de um *checklist*, podendo ter havido influência nas respostas positivas pelo fato de ter sido mencionada uma lista de doenças e sintomas das quais o hipertenso assinalava se era ou não portador. Souza e Lima⁸ destacam a característica da condição crônica como não temporária, algo que o indivíduo passa a conviver por tempo prolongado ou indeterminado, o que favorece a sua própria identificação como portador de uma patologia específica.

Este estudo revelou uma frequência de internações quase inexistente, ou seja, a maioria dos hipertensos estudados tanto homens quanto mulheres, não precisou de nenhuma internação no ano que antecedeu à entrevista, e aqueles que necessitaram, estavam concentrados em apenas uma internação, reforçando ser a hipertensão arterial uma patologia freqüentemente acompanhada e possivelmente de controle em ambulatórios. Schmidt *et al*⁶¹ consideram que as doenças cardiovasculares são o grupo de doenças que gera maior custo referente à internação hospitalar no sistema público de saúde. Portanto, o acompanhamento ambulatorial da hipertensão pode reduzir, além dos danos à saúde, também o custo do tratamento.

A maioria do hipertensos entrevistados considerou ter saúde *ruim/ muito ruim* quando comparados aos não-hipertensos, principalmente em Itapecerica e São

Paulo diferentemente de Botucatu onde a referência à saúde *ruim/ muito ruim* foi maior entre os não-hipertensos, fato corroborado por Mendes *et al*⁶⁴ que ao avaliar indivíduos com diabetes, constataram que os que revelaram que sua saúde era ruim/muito ruim foi quatro vezes maior dos que a consideravam ótima/excelente. A associação entre velhice e doença ou morte, assusta e incomoda a sociedade contemporânea, que muito valoriza o corpo sadio, ágil e sexualizado. Quanto mais rapidamente se dá o avanço da expectativa de vida e se aprofunda o entendimento dos fatores biopsicossociais do processo de envelhecimento, maiores interrogações aparecem quanto à última etapa da vida⁵⁶. Souza e Lima⁸ afirmam que a compreensão da saúde não deve se restringir apenas a critérios biológicos, mas a uma ampliada perspectiva do processo saúde-doença diferente para cada ser humano, maior ou menor conforme a capacidade de cada um para transformar e relacionar-se com o corpo subjetivo. Menezes *et al*⁷ em estudo realizado na Universidade do Porto com pacientes portadores de transtornos mentais leves, relatam a importância da relação do indivíduo com a *própria* doença crônica, assumindo comportamentos saudáveis e reduzindo o risco de complicações.

A maioria dos participantes deste estudo tanto do sexo masculino quanto do sexo feminino comparecia de rotina aos serviços de saúde, com exceção de Itapeverica onde se pode observar que os hipertensos com idade mais avançada não compareciam aos serviços rotineiramente, uma vez que essa área é muito carente, sugere-se que o não comparecimento ao serviço de saúde possa estar relacionado à dificuldade de acesso e ainda que, por serem indivíduos com mais de 80 anos, dependem de outra pessoa para acompanhá-los ao serviço. Pereira³ discute a equidade no uso dos serviços de saúde como um fator que tem despertado constante interesse, principalmente dadas às desigualdades sociais presentes na sociedade brasileira também para a disponibilidade de serviços de saúde. César *et al*³⁰ relatam que os inquéritos domiciliares permitem um conhecimento abrangente sobre acesso a serviços de saúde sendo que as informações coletadas por meio desses inquéritos permitem a descrição detalhada do padrão de uso de serviços, facilitando a análise dos diferenciais advindos das condições de vida da população estudada. Neste estudo, os hipertensos que não compareciam nos serviços de saúde de rotina revelaram que não o faziam por não considerarem importante essa prática, fato corroborado por Zaitune *et al*⁴⁹ e Francisco *et al*⁶².

Na análise da variável “o *que deve ser feito*” e o “*que se faz*” para controlar a pressão arterial, observou-se que existe uma diferença importante entre “*saber*” e “*aderir*” à conduta. Fatores como tomar medicação de rotina foram considerados muito importantes e eram seguidos por maior número de hipertensos, quando comparados com fatores comportamentais e que exigiam mudança no estilo de vida a adesão era muito pequena, fato corroborado por Mendes *et al*⁶⁴. Estudo sobre adesão a tratamento medicamentoso revela que em geral os idosos são os próprios responsáveis pela administração de seus medicamentos, e que a adesão pode não significar tomada regular e correta da terapêutica indicada, fato que pode ocorrer devido à insuficiência de informação prestada pela equipe de saúde ou pela dificuldade de percepção do paciente quanto às orientações recebidas⁵⁹. Zaitune *et al*⁴⁹ relatam que o nível de escolaridade favorece o reconhecimento da importância da adesão de práticas saudáveis para o controle da doença. Tanto homens quanto mulheres têm dificuldade em aderir à prática de exercícios físicos, alimentação saudável e controle de peso corporal, mesmo sabendo da importância de tais fatores para o controle da hipertensão. No caso das mulheres o controle de peso, neste estudo, foi menos freqüente. Mendes *et al*⁶⁴ em estudo com diabéticos identificou que mulheres tinham maior facilidade para aderirem à dieta alimentar quando comparadas com os homens na mesma condição.

Este estudo também mostrou que nas quatro áreas estudadas, embora com “n” muito pequeno, havia hipertensos que responderam que *não faziam nada* para controlar a doença. Costa *et al*²² em estudo sobre comportamentos em saúde entre idosos hipertensos destacam que os fatores de risco comportamentais tendem a permanecer mesmo após o diagnóstico de hipertensão, como atividades físicas insuficientes, consumo inadequado de alimentos saudáveis, consumo de sal que excede os limites máximos recomendados e falta de controle de peso.

Interessante destacar que algumas pessoas, embora não tenham assinalado considerar importante a adesão de algumas condutas, revelaram que o faziam rotineiramente.

6. Considerações Finais

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados revelam uma população de maiores de 60 anos que não apresentou diferenças importantes entre as quatro áreas estudadas em relação à prevalência da hipertensão, que foi maior para o sexo feminino, para pessoas com menor grau de escolaridade (menos de 7 anos), para os que nasceram em outros estados, que eram não brancos, com menor renda per capita com maior número de doenças crônicas associadas, com mais sobrepeso e que avaliavam como ruim/muito ruim seu estado de saúde. Seu comportamento esteve relacionado com um percentual ainda significativo mantendo o hábito de fumar e tomar bebidas alcoólicas. Um percentual ainda maior não praticava exercício físico nem aderiu a outras medidas de controle da hipertensão como a dieta sem sal e controle de peso.

A população estudada apresentou um bom nível de adesão à medicação de rotina e à prática de seguimento periódico em serviço de saúde, mas que poderia ser maior se os profissionais de saúde adotassem medidas de prevenção mais efetivas e permanentes e de apoio a mudanças nos vários comportamentos referidos que são prejudiciais ao controle da hipertensão. A adoção de medidas não medicamentosas, que exigem mudança no estilo de vida, não foram valorizadas para o controle da hipertensão.

A redução da prevalência da hipertensão e de suas complicações, não depende apenas do trabalho dos profissionais de saúde, depende também da conscientização da população da sua responsabilidade quanto aos cuidados de sua própria saúde, aderindo ao tratamento e mais do que isso adquirindo hábitos de vida saudáveis.

A população idosa possui hábitos de vida arraigados que dificilmente serão mudados o que torna importante a adoção de medidas preventivas e de educação em saúde voltadas à população mais jovem e de políticas de saúde destinadas aos hipertensos que valorizem linhas de cuidado personalizadas.

Referências

REFERÊNCIAS

1. Barros MBA, César CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciênc Saúde Colet*. 2006; 11(4): 911-26.
 2. Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Epidemiol e Envelhec*. 2007; 4 (17): 135-40.
 3. Pereira MG. *Epidemiologia teoria e prática*. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
 4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmem. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, 2007. Série A. Normas e Manuais Técnicos.
 5. Ribeiro RN. A reconstrução da velhice: ações políticas e sociais no mundo e no Brasil. *Rev Estud Univ*.2011; 37(1): 295-310.
 6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 19.
 7. Meneses RF, Ribeiro JP. Como ser saudável com uma doença crônica: algumas palavras orientadoras da acção. *Rev. Anál Psicol*. 2000;18(4): 523-8.
 8. Souza SSP, Lima GAR. Condição crônica e normalidade: rumo ao movimento que amplia a potência de agir e ser feliz. *Rev Latino-Am Enferm*. 2007;15(1): 156-64.
 9. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Florense Universitária; 2000.
 10. Coelho MTAD, Almeida Filho N. Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem. *Physis*. 1999; 9(1): 13-36.
 11. Caponi S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *Hist Ciênc Saúde*. 1997; 4(2):287-307.
 12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação e Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [Internet]: Brasília; 2007 [acesso 10 ago 2011] Disponível em: <http://w.w.w.saude.gov.br/bvs>.
-

13. Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. In: Acesso e uso de serviços de saúde no Brasil: uma análise da PNAD/98. Ciênc Saúde Colet. 2002; 7(4): 607-18.
 14. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. A confiabilidade dos dados de mortalidade e morbidade por doenças crônicas não-transmissíveis. Ciênc Saúde Colet. 2004; 9(4): 909-20.
 15. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial: [Internet] Brasília; 2006 [acesso 10 abr 2011]. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/vdiretriz/vdiretriz.asp>.
 16. Schmidt MI, Duncan BB, Silva AG, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto MA et al. As doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. Saúde no Brasil [Internet] 2011; 4 [acesso 12 abr 2011]. Disponível em: www.thelancet.com.
 17. Pozzan R, Brandão AA, Magalhães ME, Freitas EV, Brandão AP. O controle da pressão arterial como questão central no tratamento da hipertensão arterial. Rev Bras Hipertens. 2003;10(4):253-9.
 18. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas Públicas. Plano de reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Rev Saúde Pública. 2001;35(6):585-8.
 19. Manchilha-Carvalho JJ, Souza e Silva NA. The Yanomami Indians in the INTERSALT Study. Arq Bras Cardiol. 2003; 80(3): 295-300.
 20. Souza JJG. Hipertensão arterial referida e uso de anti-hipertensivos em adultos na cidade de São Paulo, 2003: um estudo de base populacional.[dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo;2006.
 21. Barros MBA. Os inquéritos domiciliares e o estado de saúde da população: In: César CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M. Saúde e Condição de vida em São Paulo: inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo – ISA-SP. São Paulo: Edusp; 2005. p10-33.
 22. Costa MFFL, Peixoto SV, César CC, Malta DC, Moura EC. Comportamentos em Saúde entre idosos hipertensos, Brasil, 2006. Rev Saúde Pública. 2009;43(2):18-26.
 23. Costa MFFL, Guerra HL, Firmo JOA, Uchoa E. Projeto Bambuí: um estudo epidemiológico de características sociodemográficas, suporte social e indicadores de condição de saúde dos idosos em comparação aos adultos jovens. Informe Epidemiológico do SUS. 2002;11(2):91-105.
 24. Swales JD. Hypertension in the political arena. Am Heart Assoc Hypertens 2000; 35:1179-82.
-

-
25. Brunner & Suddarth. Tratado Enfermagem Médico-Cirúrgica. 9ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
 26. Bassett Jr DR, Fitzhugh EC, Crespo CJ, King GA, Mclaughlin JE. Physical activity and ethnic differences in hypertension prevalence in the United States. *Prevent Med*, 2002; 34:179-86.
 27. Oparil S. Há algum meio mais adequado para tratar a hipertensão no idoso? *Rev Societ Bras Hipertens* 2002; 5(1):17.
 28. Matthews KA, Kiefe CI, Lewis CE, Liu K, Sidney S, Yunis C. Socioeconomic trajectories and incident hypertension in a biracial cohort of young adults. *Hypertension*, 2002, 39:772-76.
 29. Vargas CM, Ingram DD, Gillum RF. Incidence of hypertension and educational attainment. *Am Epidemiol*. 2000; 152(3): 272-8.
 30. César CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M. Saúde e condição de vida em São Paulo: inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo – ISA-SP. São Paulo: FSP-USP; 2005.
 31. Freitas SRS, Cabello PH, Moura-Neto RS, Dolinsky LC, Boia MN. Análise combinada de fatores genéticos e ambientais na hipertensão essencial em um Município da Região Amazônica. *Arq Bras Cardiol*. 2007;88(4):447-51.
 32. Varo JJ, Martinez-Gonzalés MA, Irala-Estevéz J, Kearney J, Gibney M, Martinez JA. Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. *Int J Epidemiol*. 2003;32:138-46.
 33. Zaitune MPA, Barros, MBA Carandina L, César CLG, Goldbaum M. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(6):1329-38.
 34. Monteiro CA, Conde WL, Matsudo S M, Matsudo VR; Bonsenior IM, Lotufo PA. A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brasil, 1996-1997. *Rev Panam Salud Pública*. 2003;14:246-54.
 35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Série A: Normas e Manuais Técnicos,14.
 36. Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MERM. Qualidade de Vida do Idoso na comunidade: Aplicação da Escala de Flanagan. *Rev Latino-am Enferm*. 2002;10(6):757-64.
 37. Carandina L, César CLG, Castro SS. Morbidade referida In: César, CLG; Carandina L, Alves MCGP; Barros MBA, Goldbaum M. Saúde e condição de vida em São Paulo: inquérito multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo – ISA-SP. São Paulo: Edusp; 2005. p. 131-50.
-

-
38. Szwarcwald CL, Viacava F. Pesquisa mundial de Saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(4):54-5.
 39. Rice DP. Health statistics: past, present and future. National Research Council: toward a health statistics system for the 21 st century: summary of a workshop; 2001;Washington,DC: National Academy Press; 2001. p.7-30.
 40. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. [Internet] Brasília; 2009.Série G:Estatística e Informação em Saúde. [acesso 19 jan 2011]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf.
 41. Alves MCGP Plano de Amostragem – Isa Capital.2003 [Internet.São Paulo:USP;2006 [acesso 10/08/2011] disponível em <http://www.fsp.usp.br/isa-sp/pdf/planoamostralisacapital.pdf>.
 42. IBGE, Instituto Brasileiro de Geográfica e Estatística. Censo Demográfico 2010. [internet]. Brasília; IBGE; 2010 [acesso 09 ago 2011]. Disponível em: URL<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?>.
 43. Bonatto CPP, Carandina L. Mortalidade infantil e de seus componentes para Botucatu -SP no período de 1991 a 2007. *Pediatria (São Paulo)*. 2009;31(3):178-85.
 44. SEADE Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. População e Estatísticas Vitais. [Internet]. São Paulo:SEADE;2011. [acesso em 10 ago 2011] Disponível em: URL: <http://www.seade.gov.br>.
 45. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care*, 1994; 21(1):55-67.
 46. STATA Corporation. Stata Statistical Software: Release 9.0. College Station (TX) Stata Corporation; 2005.
 47. RAO JNK; A. J. SCOTT AJ. On Chi - squared tests for multiway contingency tables with cell proportions estimated from survey data. ***Annals of Statistics*** , 12, 1984: 46-60.
 48. HOSMER DW, LEMESHOW S. *Applied Logistic Regression*. New York: John Wiley & Sons; 1989.
 49. Zaitune MPA, Barros, MBA Carandina L, César CLG, Goldbaum M Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(2):285-94.
 50. Ferreira SRG, Moura EC, Malta DC, Sarno F. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública*. 2009;43 Supl 2:98-106.
-

-
51. Schmidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RMSV, Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006, Rev Saúde Pública 2009;43(Supl 2):74-82.
 52. Uppaluri CR, Schumm LP, Lauderdale DS. Self-reports of stress in Asian immigrants: effects of ethnicity and acculturation. Ethn Dis. 2001;11(1):107-14.
 53. Mooteri SN, Petersen F, Dagubati R, PAI RG; Duration of residence in the United States as a new risk factor for coronary artery disease: Am J Cardiol. 2004;93(3):359-61.
 54. Mendes TAB, Barros, MBA Carandina L, César CLG, Goldbaum M, Segri N, et al, Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública.2011; 27(6):1233-43.
 55. IBGE, Instituto Brasileiro de Geográfica e Estatística.Notícias [Internet]. Brasília (DF) 2007. [acesso em 27 de dez 2011]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1065&id_pagina=1.
 56. Moraes M, Barros L, organizadores. Velhice ou terceira idade. 4ª ed Rio de Janeiro: Ed FGV; 2006.
 57. Coutrim RME. Quem disse que os aposentados estão inativos? O movimento de aposentados e pensionistas e o jogo de resistência contra o poder. Textos sobre envelhecimento. Ver Unati. 2002; 4(7):35-52.
 58. Iglesias R, Jha P, Pinto M, Costa e Silva VL, Godinho J. Controle do tabagismo no Brasil: [internet]. Brasília; 2007 [acesso 08 dez 2011] disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Controle%20do%20Tabagismo%20no%20Brasil.pdf>.
 59. Gilsogamo CA, Oliveira JC, Teixeira JCA. Fatores que interferem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica em pacientes atendidos no Núcleo de Atendimento ao Hipertenso (NAHI) e no Programa Saúde da Família (PSF), no município de Barbacena. Rev Bras Med Fam Com. 2008; 4(15):179-88.
 60. Florindo A A, Hallal PC, Moura EC, Malta DC. Prática de atividades físicas e fatores associados em adultos, Brasil, 2006. Rev Saúde Pública. 2009; 43(2):65-73.
 61. Silveira EA, Kac G, Barbosa LS. Prevalência e fatores associados à obesidade em idosos residentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: classificação da obesidade segundo dois pontos de corte do índice de massa corporal. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(7):1569-77.
-

62. Francisco PMSB, Belon AP, Barros MBA, Carandina L, Goldbauun M, César CLG, et al. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(1):175-84.
 63. Barreto SM, Figueiredo RC. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença entre gênero. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(2):38-47.
-

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de Coleta de Dados



Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo

Estudo Multicêntrico
USP, UNICAMP, UNESP E SES-SP
RELAÇÃO DOS MOTRADORES DOS DOMICÍLIOS SOTERADOS

BLOCO A

Telefone: _____

visita	data	hora	código do entrevistador	observações	A07. resultado da visita
1	/				
2	/				
3	/				

1. realizada
 2. não pertence à população em estudo
 3. número inexistente
 4. domicílio fechado
 5. domicílio de uso ocasional
 6. recusa
 7. domicílio vago
 8. outros, especificar _____

A08. Número de visitas realizadas: _____

A09. Código do entrevistador: _____ A10. Data da realização da entrevista: ____/____/____

 Obs.: _____

A11. Tipo de domicílio:

particular.....

coletivo.....

A12. Número de famílias no domicílio:

Quadro de moradores no domicílio?

	nº	nome	relação com o chefe da família	sexo	idade	sorteio	nº de ordem
A 13a.	1						
A 13b.	2						
A 13c.	3						
A 13d.	4						
A 13e.	5						
A 13f.	6						
A 13g.	7						
A 13h.	8						
A 13i.	9						
A 13j.	10						
A 13k.	11						
A 13l.	12						
A 13m.	13						
A 13n.	14						
A 13o.	15						
A 13p.	16						
A 13q.	17						
A 13r.	18						
A 13s.	19						
A 13t.	20						
			2. conjugue 3. filho ou enteado 4. outro parente 5. agregado 6. pensionista 7. empregado doméstico 8. parente do empregado 9. outro	1. masc. 2. fem.	anos completos anotar quando forem meses para menores de 1 ano	marque com um X o morador que foi sorteado	



Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo

Estudo Multicêntrico
USP, UNICAMP, UNESP e SES-SP
FOLHA DE CONTROLE
BLOCO B
B 01. Número do questionário: _____

Município: _____

B 02. Setor: _____

End: _____ Nº: _____ Compl: _____

Bairro: _____ Quarteirão: _____ Tel: _____

Nome completo do selecionado: _____

B 03. Número de domicílio: _____

B 04. Número de ordem do entrevistado: _____/_____

B 05. Data de nascimento: ____/____/____

B 06. Sexo: masculino _____ 1

feminino _____ 2

B 07. A sua cor ou raça é?

branca _____ 1

preta _____ 2

parda _____ 3

amarela _____ 4

indígena _____ 5

NS/NR _____ 8

B 08. Qual é a sua religião ou culto? _____

visita	data	hora	nome do entrevistador	observações	B 09. resultado da visita
1	/				
2	/				
3	/				

1. realizada
2. adiada
3. morador ausente
4. recusa total
5. recusa parcial
6. outros, especif

B 10. Nº. de visitas realizadas _____

B 11. Horário da entrevista: início _____ término _____

B 12. Código do entrevistador: _____

B 13. Data da realização da entrevista ____/____/____

B 14. Quem respondeu o questionário

o próprio / o responsável _____ 1

outro _____ 2

Observações: _____

Município e domicílio: _____

D 01. N.º do quest. _____

Nome do selecionado: _____

DOENÇAS CRÔNICAS**BLOCO D**

O(a) sr.(a) tem alguma doença crônica, uma doença de longa duração ou que se repete com alguma frequência?

	não	sim	NS/NR
D 02. Hipertensão (pressão alta)	1	2 <i>preencha o bloco D 1</i>	9
D 03. Diabetes	1	2 <i>preencha o bloco D 2</i>	9
D 04. Doença de pele	1	2	9
D 05. Alergia	1	2	9
D 06. Anemia	1	2	9
D 07. Doença de coluna/ costas (séria, importante)	1	2	9
D 08. Artrite/ reumatismo/ artrose	1	2	9
D 09. Doença renal crônica	1	2	9
D 10. Acidente vascular cerebral (derrame cerebral)	1	2	9
D 11. Depressão/ ansiedade/ problemas emocionais	1	2	9
D 12. Enxaqueca/ dor de cabeça	1	2	9
D 13. Osteoporose	1	2	9
D 14. Cirrose	1	2	9
D 15. Epilepsia (ataque)	1	2	9
D 16. Doença de Chagas	1	2	9
D 17. Hanseníase	1	2	9
D 18. Tuberculose	1	2	9
D 19. Esquistossomose (barriga d'água)	1	2	9
D 20. Câncer (tumor maligno), especif.: _____	1	_____	9999
D 21. Doença do coração, especif.: _____	1	_____	9999
D 22. Doença crônica do pulmão (asma/ bronquite/ enfisema), especif.: _____	1	_____	9999
D 23. Doença digestiva crônica (úlcera/ gastrite), especif.: _____	1	_____	9999
D 24. e D 25. Outros, especif.: _____	1	_____	9999
		_____	9999

Município e domicílio: _____

D 01 1. N.º. do quest. _____

Nome do selecionado: _____

HIPERTENSÃO**BLOCO D 1****D 02 1. Quem lhe disse que o(a) sr.(a) tem pressão alta?**

médico	1
outros	2
NS/NR	9

D 03 1. Há quanto tempo lhe disseram que o(a) sr.(a) tem pressão alta?

_____ anos	
NS/NR	99

D 04 1. O que o(a) sr.(a) faz para "controlar" a sua pressão alta?*Pode haver mais de uma resposta*

dieta sem sal	1
regime para perder/ manter peso	2
atividade física	3
toma medicação de rotina	4
toma medicação quando tem "problema" com a pressão	5
não faz nada	6
outros, especif. _____	7
NS/NR	9

D 05 1. O(a) sr(a) visita o médico/ serviço de saúde periodicamente por causa da pressão alta?

não	1
não, só quando tem problema	2
sim, de rotina	3
NS/NR	9

*passar p/ questão D 07 1***D 06 1. Por que o(a) sr.(a) não visita o médico/ serviço de saúde regularmente por causa da pressão alta?***Pode haver mais de uma resposta*

teve dificuldades financeiras	1
teve dificuldades de acesso geográfico	2
não achou necessário	3
não tem tempo	4
não sabe quem procurar/ onde ir	5
outros, especif. _____	6
NS/NR	9

D 07 1. Há quanto tempo o(a) sr.(a) foi ao médico/ serviço de saúde por causa da pressão alta?

_____ anos _____ meses _____ dias
 NS/NR 99/ 99/ 99

D 08 1. O(a) sr.(a) participa ou já participou de discussões de grupo sobre controle de pressão alta?

não 1
 sim 2
 NS/NR 9

D 09 1. Na sua opinião o que deve ser feito para "controlar" a pressão alta?

Podem haver mais de uma resposta

dieta sem sal 1
 regime para perder/ manter peso 2
 atividade física 3
 tomar medicação de rotina 4
 tomar medicação quando tem "problema" com a pressão 5
 não fazer nada 6
 outros, especif.: _____ 7
 NS/NR 9

Volte ao BLOCO D, e verifique se o entrevistado referiu ter diabetes:

Se referiu, passe para o BLOCO D 2

Se NÃO referiu ter diabetes, passe para o BLOCO E.

J 10. Em sua opinião, existem desvantagens em utilizar medicamentos genéricos? Quais?

Pode haver mais de uma resposta.

- não existem desvantagens 1
- sim, porque são difíceis de encontrar 2
- sim, porque não são bons como os de marca 3
- outros, especif. _____ 4
- NS/NR 9

HOSPITALIZAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES

BLOCO K

K 01. O(a) sr.(a) esteve internado nos últimos 12 meses?

- _____ *passar p/ questão L 01.*
- sim, quantas vezes _____
 - não 00
 - NS/NR 99

K 02. Quando foi a última internação?

- _____ meses
- NS/NR 99

Por que motivo o(a) sr.(a) foi internado nos últimos 12 meses?

Hospitalizações			
Hospitalizações	1ª hospitalização	K 03.	_____ * _____ * _____ *
	2ª hospitalização	K 04.	_____ * _____ * _____ *
	3ª hospitalização	K 05.	_____ * _____ * _____ *

Se o entrevistado NÃO foi hospitalizado, ENCERRE O BLOCO e passe para o BLOCO L.

Se o entrevistado foi hospitalizado, passe para o BLOCO K_ . Preencha um BLOCO K_ para cada hospitalização.

Município e domicílio: _____

L 01. N°. do quest. _____

Nome do selecionado: _____

ESTILO DE VIDA**BLOCO L****PARA TODAS AS PESSOAS COM 12 ANOS OU MAIS.****HÁBITO ALIMENTAR****L 02. Qual a sua altura?**

_____ m. e _____ cm.

NS/NR 9/ 99

L 03. Qual o seu peso?

_____ Kg. e _____ gr.

NS/NR 999/ 999

L 04. Gostaria que seu peso fosse diferente do atual?

<i>passar p/ questão L 07.</i>	não	1
	sim	2
<i>passar p/ questão L 07.</i>	NS/NR	9

L 05. Quanto o(a) sr.(a) gostaria de pesar ?*se desejar aumentar o peso - passar p/ questão L 07.* _____ Kg. e _____ gr.

NS/NR 999/ 999

L 06. O(a) sr.(a) faz alguma coisa para emagrecer?*Pode haver mais de uma resposta*

não	01
tenho cuidado com o que vou comer	02
sigo uma dieta	03
pratico exercícios	04
pulo refeições	05
participo de programa de perda de peso	06
fumo	07
uso medicamento, especif.: _____	08
outros, especif.: _____	09
NS/NR	99

L 17. Pratica regularmente, pelo menos uma vez por semana, algum esporte ou exercício físico? Se sim, qual?

Pode haver mais de uma resposta

não pratica nenhum esporte ou exercício físico	01
faz natação	02
joga voleibol	03
joga basquete	04
joga futebol	05
joga tênis	06
faz caminhadas	07
faz ginástica/ musculação	08
anda de bicicleta	09
outros, especif.: _____	10
NS/NR	99

FUMO

L 18. O(a) sr.(a) já fumou alguma vez, ao menos algum cigarro por dia, todos os dias durante ao menos um mês?

<i>passar p/ questão L 29.</i>	não	1
	sim	2
	NS/NR	9

L 19. Que idade o(a) sr.(a) tinha quando começou a fumar regularmente?

_____ anos	
NS/NR	99

L 20. O(a) sr.(a) fuma atualmente?

<i>passar p/ questão L 25.</i>	não	1
	sim	2
	NS/NR	9

L 21. Há quantos meses ou anos o(a) sr.(a) deixou de fumar?

_____ meses	_____ anos	
NS/NR		99/ 99

L 27. O(a) sr.(a) já tentou parar de fumar?

<i>passar p/ questão L 30.</i>	não	1
	sim	2
	NS/NR	9

L 28. Por que?*Pode haver mais de uma resposta.*

<i>passar p/ questão L 30.</i>	{	acha que faz mal para saúde	1
		teve algum problema de saúde	2
		restrição ao fumo no trabalho/locais públicos	3
		restrição em casa	4
		outro, especif. _____	5
		NS/NR	9

L 29. O(a) sr.(a) que não fuma, quantas horas por dia fica exposto/próximo de alguém fumando?

____ horas/dia

NS/NR 99

ÁLCOOL**L 30. Qual é a bebida de sua preferência?** *se referir bebida alcoólica - passar p/ questão L 33.*

especif.: _____

L 31. Qual é a bebida alcoólica de sua preferência?*passar p/ questão L 33.* especif.: _____

não bebe álcool 01

L 32. Há quanto tempo o(a) sr.(a) não ingere bebida alcoólica?

<i>passar p/ questão M 01</i>	{	nunca bebeu	1
		não bebe há mais de um ano	2
		parou de beber há menos de um ano	3

"PARA OS QUE BEBEM"

L 33. Alguma vez o(a) sr.(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

não 1
 sim 2
 NS/NR 9

L 34. As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

não 1
 sim 2
 NS/NR 9

L 35. O(a) sr.(a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

não 1
 sim 2
 NS/NR 9

L 36. O(a) sr.(a) fica chateado ou se sente culpado pela maneira como costuma beber?

não 1
 sim 2
 NS/NR 9

L 37. Com que frequência o(a) sr.(a) toma bebida alcoólica?

todos os dias 1
 4 a 6 vezes por semana 2
 2 a 3 vezes por semana 3
 1 vez por semana 4
 1 a 2 vezes por mês 5
 menos de 1 vez por mês 6
 NS/NR 9

Qual bebida alcoólica e em que quantidade o(a) sr.(a) consome num dia típico quando está bebendo?

L 38a. Bebida: _____

L 38b. Quantidade: _____

L 38c. Bebida: _____

L 38d. Quantidade: _____

L 38e. Bebida: _____

L 38f. Quantidade: _____

Município e domicílio _____

N 01. N.º do quest. _____

Nome do selecionado _____

AUTO AVALIAÇÃO EM SAÚDE**BLOCO N****PARA TODAS AS PESSOAS COM 60 ANOS OU MAIS.****N 02. Em geral, o(a) sr.(a) diria que sua saúde é:**

excelente	1
muito boa	2
boa	3
ruim	4
muito ruim	5

N 03. Comparada a um ano atrás, como o(a) sr.(a) classificaria sua saúde em geral, agora?

muito melhor agora do que há um ano	1
um pouco melhor agora do que há um ano	2
quase a mesma de um ano atrás	3
um pouco pior agora do que há um ano	4
muito pior agora que há um ano	5

Os seguintes itens são sobre atividades que o(a) sr.(a) poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, o(a) sr.(a) tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

	Sim Difículta muito	Sim Difículta um pouco	Não Difículta de modo algum
N 04a. Atividades vigorosas, que exigem muito esforço tais como correr, levantar objetos pesados, esportes árduos.	1	2	3
N 04b. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, varrer a casa.	1	2	3
N 04c. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
N 04d. Subir vários lances de escada.	1	2	3
N 04e. Subir um lance de escada.	1	2	3
N 04f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	1	2	3
N 04g. Andar mais que um quilômetro	1	2	3
N 04h. Andar vários quarteirões.	1	2	3
N 04i. Andar um quarteirão.	1	2	3
N 04j. Tomar banho ou vestir-se.	1	2	3

Município e domicílio _____

O 01. N.º do quest. _____

Nome do selecionado _____

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICAS

(INFORMAÇÕES DO ENTREVISTADO)

BLOCO O**PARA TODAS AS PESSOAS COM 12 ANOS OU MAIS.****(SE FOR CHEFE DE FAMÍLIA PASSE PARA O BLOCO P)****O 02. Onde o(a) sr.(a) nasceu?**

outro município, especifique o município e estado: _____

no próprio município **000001**NS/NR **999999****O 03. Há quanto tempo o(a) sr.(a) mora nesse município?**

_____ anos

NS/NR **99/ 99****O 04. Há quanto tempo o(a) sr.(a) mora nesse domicílio?**

_____ anos

NS/NR **99/ 99****O 05. Qual é a sua situação conjugal?**casado(a) **1**união conjugal estável **2**solteiro(a) **3**separado(a) **4**desquitado(a) ou divorciado(a) **5**viúvo(a) **6**NS/NR **9****O 06. Até que ano da escola o(a) sr.(a) completou?**nunca frequentou, não sabe ler e escrever **01**nunca frequentou, sabe ler e escrever **02**1º grau ou primário _____ ano/série (11 - 14) **1** _____1º grau ou ginásio _____ ano/série (15 - 18) **1** _____2º grau ou colegial _____ ano/série (21 - 23) **2** _____cursos técnicos de nível médio incompletos **25**cursos técnicos de nível médio completos **26**curso superior incompleto **30**curso superior completo **31**NS/NR **99**

O 07. Atualmente o(a) sr.(a) exerce alguma atividade seja ela remunerada ou não remunerada de trabalho?

	sim, em atividade	1	
	sim, mas afastado por motivo de doença	2	
	sim, e também aposentado	3	
	não, desempregado	4	
	não, aposentado ou pensionista	5	
passe p/ questão P 01.	{ não, dona de casa	6	
		{ não, só estudante	7
		{ outros	8
		{ NS/NR	9

O 08. Qual é/era a sua ocupação em seu trabalho principal?
(especificar se aposentado, qual era a sua ocupação anterior)

NS/NR 999

O 09. No seu trabalho principal o(a) senhor(a) é/era:

empregado assalariado estatutário ou com cart. profissional assinada	1
empregado assalariado sem carteira profissional assinada	2
empregado familiar não remunerado	3
conta própria ou autônomo com estabelecimento	4
conta própria ou autônomo sem estabelecimento	5
empregador com até 4 funcionários fixos	6
empregador com 5 ou mais funcionários fixos	7
NS/NR	9

O 10. Especifique qual é/era a atividade do estabelecimento, empresa, negócio ou instituição em que trabalha/trabalhou.

NS/NR 99

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICAS

(INFORMAÇÕES DO CHEFE DA FAMÍLIA)

BLOCO Q

Q 01. Horário da entrevista: início: _____ término: _____

Q 02. Código do entrevistador: _____ Q 03. Data da realização da entrevista: ___/___/___

Q 04. Quem respondeu esse questionário?

o próprio 1
outro 2

Q 05. Onde o(a) sr.(a) nasceu?

outro município, especifique município e estado: _____

no próprio município 000001
NS/NR 999999

Q 06. Há quanto tempo o(a) sr.(a) mora nesse município?

_____ anos
NS/NR 99/ 99

Q 07. Há quanto tempo o(a) sr.(a) mora nesse domicílio?

_____ anos
NS/NR 99/ 99

Q 08. Até que ano da escola o(a) sr.(a) completou?

nunca frequentou, não sabe ler e escrever 01
nunca frequentou, sabe ler e escrever 02
1º grau ou primário _____ ano/série (11 - 14) 1
1º grau ou ginásio _____ ano/série (15 - 18) 1
2º grau ou colegial _____ ano/série (21 - 23) 2
cursos técnicos de nível médio incompletos 25
cursos técnicos de nível médio completos 26
curso superior incompleto 30
curso superior completo 31
NS/NR 99

Q 09. Atualmente o(a) sr.(a) exerce alguma atividade seja ela remunerada ou não remunerada de trabalho?

	sim, em atividade	1		
	sim, mas afastado por motivo de doença	2		
	sim, e também aposentado	3		
	não, desempregado	4		
	não, aposentado ou pensionista	5		
passe p/ questão Q 17.	{ não, dona de casa	6		
			{ não, só estudante	7
			{ outros	8
			{ NS/NR	9

Q 10. Qual é/era sua ocupação em seu trabalho principal?*(especificar se aposentado, qual era a sua ocupação anterior)*

_____	_____
_____	_____
NS/NR	999

Q 11. No seu trabalho principal o(a) senhor(a) é/era:

empregado assalariado estatutário ou com cart. profissional assinada	1
empregado assalariado sem carteira profissional assinada	2
empregado familiar não remunerado	3
conta própria ou autônomo com estabelecimento	4
conta própria ou autônomo sem estabelecimento	5
empregador com até 4 funcionários fixos	6
empregador com 5 ou mais funcionários fixos	7
NS/NR	9

Q 12. Especifique qual é/era a atividade do estabelecimento, empresa, negócio ou instituição em que trabalha/trabalhou.

_____	_____
_____	_____
NS/NR	99

Q 13. Em que município fica o lugar o(a) senhor(a) trabalha/trabalhou?*se estiver desempregado - passe p/ questão Q 17.*

no próprio município	01
outro município, especif.: _____	_____
NS/NR	99

Q 14. Quanto o(a) senhor(a) ganhou com esse trabalho, aposentadoria ou pensão no mês passado?

salário líquido R\$: _____
 NS/NR 99999

Q 15. Além desse trabalho o(a) sr.(a) tem algum outro tipo de trabalho remunerado? (fixo ou eventual)

passar p/ questão Q 17.

não 1
 sim 2
 NS/NR 9

Q 16. Quanto o(a) sr.(a) ganhou com este trabalho no mês passado?

salário líquido R\$: _____
 NS/NR 99999

Q 17. O(a) sr.(a) tem algum outro tipo de rendimento além do(s) declarado(s) anteriormente?

renda líquida R\$: _____
 não 00000
 NS/NR 99999

Q 18. Qual é a sua situação conjugal?

se o(a) companheiro(a) foi sorteado(a), passe p/ questão Q 25

casado(a) 1
 união conjugal estável 2
 { solteiro(a) 3
 separado(a) 4
 desquitado(a) ou divorciado(a) 5
 viúvo(a) 6
 NS/NR 9

passar p/ questão Q 25

Q 19. Até que ano da escola seu(sua) companheiro(a) completou?

nunca frequentou, não sabe ler e escrever	01
nunca frequentou, sabe ler e escrever	02
1º grau ou primário _____ ano/série (11 - 14)	1 _
1º grau ou ginásio _____ ano/série (15 - 18)	1 _
2º grau ou colegial _____ ano/série (21 - 23)	2 _
cursos técnicos de nível médio incompletos	25
cursos técnicos de nível médio completos	26
curso superior incompleto	30
curso superior completo	31
NS/NR	99

Q 20. Atualmente seu(sua) companheiro(a) exerce alguma atividade seja ela remunerada ou não remunerada de trabalho?

sim, em atividade	1	
sim, mas afastado por motivo de doença	2	
sim, e também aposentado	3	
não, desempregado	4	
não, aposentado ou pensionista	5	
<i>passar p/ questão Q 25.</i>	não, dona de casa	6
	não, só estudante	7
	outros	8
NS/NR	9	

Q 21 Qual é/era a ocupação de seu(sua) companheiro(a) em seu trabalho principal?
(especificar se aposentado, qual era a sua ocupação anterior)

NS/NR **999**

Q 22. No trabalho principal seu(sua) companheiro(a) é/era:

empregado assalariado estatutário ou com cart. profissional assinada	1
empregado assalariado sem carteira profissional assinada	2
empregado familiar não remunerado	3
conta própria ou autônomo com estabelecimento	4
conta própria ou autônomo sem estabelecimento	5
empregador com até 4 funcionários fixos	6
empregador com 5 ou mais funcionários fixos	7
NS/NR	9

Q 23. Especifique qual é/era a atividade do estabelecimento, empresa, negócio ou instituição em que seu(sua) companheiro(a) trabalha/trabalhou.

NS/NR 99

Q 24. Quanto seu(sua) companheiro(a) ganhou com esse trabalho, aposentadoria ou pensão no mês passado?

salário líquido R\$: _____

NS/NR 99999

Quadro de composição e renda familiar:

	nome	relação com o chefe da família	renda
Q 25a.		Chefe 1	R\$: _____
Q 25b.			R\$: _____
Q 25c.			R\$: _____
Q 25d.			R\$: _____
Q 25e.			R\$: _____
Q 25f.			R\$: _____
Q 25g.			R\$: _____
Q 25h.			R\$: _____
Q 25i.			R\$: _____
Q 25j.			R\$: _____

2. cônjuge 3. filho ou enteado 4. outro parente 5. agregado 6. outro

Q 26. No mês passado qual foi o valor da conta de luz?

R\$: _____

NS/NR 9999

Anexo 2. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenação: tsardeni@fmb.unesp.br



Registro no Ministério da Saúde em 30 de abril de 1997

Botucatu, 01 de dezembro de 2008

Of. 521/08-CEP

Ilustríssima Senhora
Profª Drª Luana Carandina
Departamento de Saúde Pública da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Profª Luana,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa "Inquérito de saúde: Qualidade de vida de hipertensos maiores de 60 anos no Estado de São Paulo", a ser conduzido por Rosilene Maria dos Santos Reigota, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 01/12/2008.

Situação do Projeto: **APROVADO**. Apresentar Relatório Final de Atividades ao final da execução deste projeto.

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP.