



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

GENÁRIO CRISTINO DANTAS DE MEDEIROS

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS ACOMETIDOS POR
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

**CUITÉ – PB
2016**

GENÁRIO CRISTINO DANTAS DE MEDEIROS

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS ACOMETIDOS POR
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório da disciplina TCC II, bem como à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira

Cuité – PB
2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

M488a Medeiros, Genário Cristino Dantas de.

Avaliação da qualidade de vida de idosos acometidos por hipertensão arterial sistêmica. / Genário Cristino Dantas de Medeiros. – Cuité: CES, 2016.

105 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2016.

Orientador: Matheus Figueiredo Nogueira.

1. Hipertensão arterial sistêmica. 2. Hipertensão arterial sistêmica - qualidade de vida. 3. Hipertensão arterial sistêmica – idosos – qualidade de vida. I. Título.

Biblioteca do CES

CDU 616.12-008.331.1

GENÁRIO CRISTINO DANTAS DE MEDEIROS

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS ACOMETIDOS POR
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório da disciplina TCC II, bem como à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira
Orientador – UFCG

Profa. MSc. Édija Anália Rodrigues de Lima
Membro – UFCG

Profa. Dra. Ana Carolina Dantas Rocha
Membro – UFCG

Cuité – PB, 04 de outubro de 2016.

DEDICATÓRIA

Dedico essa conquista às pessoas mais importantes da minha vida; que sempre estiveram ao meu lado em todos os momentos difíceis; sempre me apoiando e falando para não desistir; e que fizeram de tudo para que chegasse até aqui. A elas devo a minha vida e minhas vitórias, e com orgulho posso chamar de família: minha MÃE (*Rosalina Paulino Dantas de Medeiros*), meu PAI (*Januário Moreira de Medeiros*) e minha irmã (*Genaide Dantas de Medeiros*). Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Inicialmente a **Deus**, meu pai celestial, pelo dom da vida, por me guiar sempre pelos caminhos certos, me dando sabedoria e força para enfrentar as batalhas do dia-a-dia. Agradeço Senhor por tua proteção e por tudo que me concedes; pelas vitórias, conquistas, bênçãos e alegrias; por estar sempre me levando em seus braços e nos momentos difíceis ter me mostrado as superações. Agradeço-te Senhor por tudo que tens feito em minha vida! Obrigado por tornar mais um sonho em realidade! Pois o Senhor é meu refúgio e minha fortaleza, e sem Deus nada serei!

Aos meus pais, **Januário Moreira de Medeiros** e **Rosalina Paulino Dantas de Medeiros**, que mesmo com muitas dificuldades sempre buscaram o melhor para seus filhos. Sou grato a vocês pela educação, amor incondicional que sempre demonstraram, por serem esses exemplos de honestidade e respeito, por nunca colocarem dificuldades em nossos sonhos, mas sempre estarem ao nosso lado nos aconselhando para o melhor. A vocês meu eterno amor e minha gratidão de filho, por estarem ao meu lado me mostrando o caminho certo, me apoiando e acreditando em meus sonhos. Hoje sei a grande importância dos seus conselhos, puxões de orelhas, castigos e brocas que me fizeram ser o cidadão que hoje sou. A vocês dedico todas as vitórias da minha vida, pois sei que sem vocês nada seria. Amo vocês!

À minha irmã **Genaide Dantas de Medeiros**, que mesmo com seu jeitão de brava sempre esteve preocupada comigo, querendo saber com estou e se preciso de alguma coisa. Obrigado pelo apoio, atenção, carinho e por ser essa pessoa tão importante em minha vida, a qual amo muito e sei que sempre posso contar. Sou grato a Deus pelo grande dom de ser seu irmão. Te amo!

A minha namorada **Nádia Viturino de Souza**, por todo companheirismo, paciência e compreensão nos momentos de estresse; pelo amor, carinho, cumplicidade, amizade, apoio e preocupação; por ser essa pessoa encantadora que tenho a honra de tê-la ao meu lado em todos os momentos, sempre me apoiando e acreditando nos meus sonhos. Sou grato a Deus por me presentear com tamanha pessoa para minha vida. Te amo!

As minhas santas de devoção, **Maria Santíssima** e **Santa Rita de Cássia**, por sempre estarem intercedendo a Deus pai por mim!

Ao meu orientador, **Matheus Figueiredo Nogueira**, pela confiança e amizade. A você sou grato por tudo que fez para minha construção profissional durante toda minha graduação. Agradeço-te também pela chance de participar do grupo de pesquisa NEPEQ a qual foi enriquecedor para meus estudos. Obrigado por acreditar no meu potencial, sempre dando palavras de incentivo e superação com essa paciência que só você tem. Parabéns pelo grande profissional que és. Só tenho a agradecer por toda colaboração em minha vida acadêmica! Obrigado por ser esse grande orientador! Dedico essa conquista também a você que muito contribuiu para que eu chegasse até aqui! Muito obrigado!

À Banca Examinadora, **Prof.^a MSc. Édija Anália Rodrigues de Lima** e **Prof.^a Dra. Ana Carolina Dantas Rocha**, pela contribuição em todos os momentos da minha vida acadêmica e principalmente para o engrandecimento deste estudo. Sou imensamente grato pela oportunidade de conhecer excelentes profissionais como vocês, que sempre deram exemplos de amor e dedicação pelo fascinante mundo da Enfermagem.

Aos senhores **José Nadir de Souza e Maria Viturino**, por todo apoio e atenção, por sempre estarem preocupados com minha pessoa. Que Deus continue sempre derramando bênçãos em suas vidas protegendo e guiando os seus passos!

Aos amigos **Vitória Medeiros, Elton Lima, Margarida Fernandes e Elisângela da Costa**, por todos os momentos juntos. Que nossa amizade possa se fortalecer sempre. Sou grato a vocês por todo incentivo e apoio. Hoje podemos dizer como o poeta Fernando Pessoa sempre disse, “tudo valeu a pena”. Obrigado por poder compartilhar com vocês de todas as bagunças, lanches, resenhas, festas, risadas, brigas, xingamentos, conversas e viagens. Que Deus continue fortalecendo nossa amizade e que mesmo a distância nunca esqueçamos uns dos outros.

Aos meus amigos que levarei além dessa Universidade, aos quais cito **Leomyr, Irys, Shirley, Ewerton, Amanda Lopes, Leonila, Heliara, Maria Arruda, Milca** que aqui representam muitos que tive a honra de conviver em minha graduação. Deus abençoe cada um em sua infinita misericórdia. Sou grato a Deus por ter me presenteado com a amizade de cada um! Obrigado por todos os momentos felizes, pela amizade, carinho e apoio. Também quero mencionar **Williane Canuto**, companheira de orientações e grande amiga, que Deus sempre te abençoe e que você alcance todos seus objetivos tanto na vida profissional como pessoal. A

todos muita força e sucesso para enfrentar as novas lutas! Que Deus todo poderoso vos abençoe sempre!

À minha **Turma 2016.1**. Que Deus abençoe cada um! Obrigado a vocês por cada momento vivenciado nesse tempo. Que as lembranças fiquem marcadas em nós e que ao seguirmos nossos caminhos possamos sempre lembrar cada uma delas. Desejo a todos muito sucesso profissional!

A todos os **Mestres** da Unidade Acadêmica de Enfermagem, que durante todo esse tempo se doaram dedicando sua atenção para construção do nosso saber. Meu muito obrigado a vocês por cada abraço, sorriso, bronca, explicação e apoio. Obrigado por todos os conhecimentos transmitidos.

Às **Secretárias de Saúde do Curimataú Ocidental** (Cuité, Nova Floresta, Sossego, Barra de Santa Rosa e Remígio) por terem permitido a realização da nossa pesquisa.

A todos os membros do **Núcleo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Qualidade de vida – NEPEQ**, pelo empenho e dedicação a nossa pesquisa. A todos vocês meu muito obrigado pelo companheirismo e persistência na conclusão desta pesquisa. Sem vocês esses dados não teriam se consolidado. Muito obrigado!

Aos **idosos**, que com muita atenção e carinho se disponibilizaram a participar dessa pesquisa, nos recebem sempre alegres e atenciosos, dando seu testemunho e nos permitindo participar de sua vida um pouco com decorrer dessa pesquisa, contribuindo assim com sua experiência de vida.

Enfim, agradeço a todos os **amigos e familiares** ao qual não quero citar nomes já que são muitos, que de forma direta ou indireta, contribuíram para mais essa conquista em minha vida e foram peças fundamentais na construção de minha formação profissional e pessoal. Meu muito obrigado a vocês por tudo! Pois, sozinho eu não chegaria aqui onde estou hoje festejando mais essa vitória!

*“A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens,
mas em ter novos olhos”.*

Marcel Proust

RESUMO

O envelhecimento populacional é uma realidade consolidada no cenário mundial. O crescimento do contingente de idosos traz consigo importantes demandas no setor saúde, sobretudo pela elevada carga de doenças crônicas comuns na velhice, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), que consta de um agravo complexo que requer um efetivo manejo terapêutico e alterações comportamentais, o que gera a necessidade de investigar, no contexto de envelhecimento, quais dimensões da QV são influenciadas pela HAS. Objetivou-se com este estudo avaliar a QV facetada e global de idosos com HAS. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório-observacional, de natureza quantitativa, realizada na microrregião do Curimataú Ocidental do estado da Paraíba. A amostra foi constituída por 237 idosos e os dados foram coletados por meio de dois instrumentos: o questionário sociodemográfico/comportamental e o WHOQOL-Old, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande sob parecer nº 844.702. Os resultados apontam que a maioria dos idosos tinha entre 60 a 74 anos, era do sexo feminino, aposentada e recebia apenas um salário mínimo, com estilo de vida preocupante já que 62,0% referiram não praticar exercícios físicos. Nas facetas que compõem o constructo QV, em destaque cita-se “*Atividades Passadas, Presentes e Futuras*” (PPF) que obteve o maior escore bruto (15,01) e “*Participação Social*” (PSO) com pior desempenho (13,51), demonstrando baixa participação dos mesmos em atividades, principalmente aquelas desenvolvidas na comunidade, fator que prejudica sua QV. Nota-se, portanto, que o estudo traz importante contribuição para o aperfeiçoamento da assistência ao idoso hipertenso, sobretudo pelas vertentes que compõem a QV. É urgente, pois, promover estratégias que visem incluir e valorizar a participação dos idosos na comunidade, por meio de programas e grupos sociais que contemplem as distintas facetas da QV.

Descritores: Qualidade de Vida. Idoso. Hipertensão.

ABSTRACT

Population aging is a consolidated reality on the world stage. The growth of the elderly contingent brings significant demands on the health sector, especially the crushing burden of common chronic diseases in old age, such as systemic arterial hypertension (SAH), which consists of a complex injury that requires an effective therapeutic management and behavioral changes, which creates the need to investigate in the context of aging, which dimensions of QOL are influenced by SAH. The objective of this study was to evaluate the faceted and global QOL of elderly patients with hypertension. This is a survey of exploratory and observational, quantitative, held in the micro-region of Paraíba state of West Curimataú. The sample consisted of 237 elderly and data were collected using two instruments: the socio-demographic / behavioral questionnaire and WHOQOL-old, after approval by the Ethics Committee of the Hospital Universitário Alcides Carneiro, Federal University of Campina Grande an opinion No. 844,702. The results show that most of the individuals were between 60 to 74 years were female, retired and received only a minimum wage, with troubling lifestyle as 62.0% reported no physical exercise. The facets that make up the QOL construct highlighted is quoted "Activities Past, Present and Future" (PPF), which had the highest raw score (15.01) and "social participation" (PSO) with worst performance (13.51), demonstrating low participation of these activities, particularly those developed in the community, a factor that impairs their QOL. Note, therefore, that the study brings important contribution to improving the care of the elderly hypertensive patients, especially the aspects that make up the QOL. It is urgent, therefore, to promote strategies to include and enhance the participation of older people in the community through programs and social groups that address the different facets of QOL.

Descriptors: Quality of Life. Elderly. Hypertension.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Perfil socioeconômico e demográfico simplificado de idosos com HAS acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do Curimataú Ocidental Paraibano (n=237) 43
- Tabela 2** - Caracterização do estilo de vida de idosos com HAS acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do Curimataú Ocidental Paraibano (n=237) 54
- Tabela 3** - Escore Bruto das Facetas (médio) do questionário WHOQOL-Old com base na percepção de idosos com HAS (n=237) 60

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -Escore Transformado das Facetas e Escore Transformado Total do questionário WHOQOL-Old com base na percepção de idosos com HAS (n=237)	63
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AUT - Autonomia
ACV - Acidente Vascular Cerebral
AVE - Acidente Vascular Encefálico
CD4 - Moléculas Presentes nas Células T
CES - Centro de Educação e Saúde
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CO - Monóxido de Carbono
DCV - Doenças cardiovasculares
DIC - Doença Isquêmica do Coração
DM - Diabetes Mellitus
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EBF - Escore Bruto das Faceta
EPF - Escore Médio Padronizado da Faceta
ESF - Estratégia de Saúde da Família
ETE - Escore Transformado de Escala
ETF - Escore Transformado da Faceta
ETT - Escore Transformado Total
FC - Frequência Cardíaca
FR - Fatores de Risco
FS - Funcionamento do Sensório
GEPISE - Grupo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Saúde
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
HUAC - Hospital Universitário Alcides Carneiro
IAM - Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INT- Intimidade
MEM - Morte e Morrer
mmHg - Milímetro de Mercúrio
NEPEQ - Núcleo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Qualidade de Vida
NHANES - Third National Health and Nutrition Examination Survey
OMS - Organização Mundial de Saúde
PA - Pressão Arterial
PAD - Pressão Arterial Diastólica
PAS – Pressão Arterial Sistólica
PB - Paraíba
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSI - Programa Nacional de Saúde do Idoso
PPF - Atividades passadas, presentes e futuras
PSO - Participação Social
QV - Qualidade de Vida
SAL - Síndrome de Adaptação Local

SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBH - Sociedade Brasileira de Hipertensão
SNC - Sistema Nervoso Central
SUS - Sistema Único de Saúde
SMS - Secretária Municipal de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TH - Terapia de reposição Hormonal
UAENFER - Unidade Acadêmica de Enfermagem
UFMG - Universidade Federal de Campina Grande
UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte
USF - Unidades de Saúde da Família
WHOQOL-Old - World Health Organization Quality Of Life Assessment

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	Objetivos	19
<i>1.1.1</i>	<i>Objetivo Geral</i>	<i>19</i>
<i>1.1.2</i>	<i>Objetivos Específicos</i>	<i>19</i>
2	REVISÃO DA LITERATURA	20
2.1	Processo de envelhecimento: considerações demográficas, biopsicossociais e políticas de atenção à saúde do idoso	21
2.2	Caracterização geral da Hipertensão Arterial Sistêmica	26
2.3	Qualidade de vida de idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica	31
3	METODOLOGIA	35
3.1	Tipo de estudo	36
3.2	Local do estudo	36
3.3	População e amostra	36
3.4	Instrumento para coleta de dados	37
3.5	Procedimentos para coleta de dados	37
3.6	Análise dos dados	39
3.7	Aspectos éticos	41
4	ANALISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	42
4.1	Caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes	43
4.2	Perfil de estilo de vida	54
4.3	Avaliação da qualidade de vida de idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica	59
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
	REFERÊNCIAS	71

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice B – Declaração de compromisso do pesquisador responsável

Apêndice C – Termo de Autorização Institucional

ANEXOS

Anexo A – Questionário de coleta de dados

Anexo B – WHOQOL-Old

Anexo C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que resulta no crescimento absoluto do número de idosos e tem a ampliação da longevidade como um dos seus reflexos (CIVINSKI et al., 2011). No Brasil, o ritmo de crescimento da população idosa tem-se elevado muito nos últimos anos modificando assim sua pirâmide etária. Esse envelhecimento da população brasileira relaciona-se com uma taxa de fecundidade abaixo do nível de reposição populacional e com o aumento da expectativa de vida que a cada ano vem aumentando no país, fazendo com que o grupo de idosos ocupe espaço significativo na sociedade brasileira (FIDELIS et al., 2013).

Segundo Nogueira (2016), o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgou que o número de idosos no Brasil em 1960 ultrapassou a marca de 3 milhões, em 1975 superou os 7 milhões e chegou a marca de 20 milhões no ano de 2010. Em 2015, estimava-se um contingente proporcional de 11,70% da população, equivalendo a 23.940.885 idosos. Para 2050, projeções indicam que pela primeira vez na pirâmide etária do Brasil, o quantitativo de idosos no país superará a porcentagem de crianças e jovens abaixo de 15 anos, mudando radicalmente a estrutura da pirâmide populacional brasileira.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define população idosa como aquela que possui (60) sessenta anos ou mais para países em desenvolvimento, definição também encontrada no artigo 2º da Lei 8.842/94 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (NICOLAZI et al., 2009). O envelhecimento natural, como explicitado cronologicamente, consiste em um processo progressivo, irreversível, universal e provoca alterações em todos os sistemas do organismo humano, modificando assim o desempenho do idoso, em decorrência de declínios significativos em quase todas as funções, na capacidade funcional e nas manifestações do corpo como da força muscular e na flexibilidade (FIDELIS et al., 2013).

Novos desafios têm surgido em decorrência do aumento do envelhecimento populacional, a exemplo da elevação da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, haja vista a vulnerabilidade aumentada dos longevos (VIANA et al., 2014). Destaca-se que o aumento do envelhecimento populacional e da prevalência de doenças crônica trazem consigo muitos desafios para o Estado, as famílias e a sociedade, o que demanda urgentes intervenções (ALVARENGA et al., 2011). Dentre as importantes doenças crônicas, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) revela-se, desde muito tempo, como um grave problema de saúde pública, sobretudo pelas evidências de que alterações próprias do envelhecimento tornam o indivíduo mais propenso ao seu desenvolvimento, sendo esta a principal doença crônica na população idosa (DINIZ; TAVERES, 2013; GRITTI et al., 2015; ESPERANDIO et al., 2013).

A HAS caracteriza-se por uma condição multifatorial em que há aumentos sustentados da pressão sanguínea sistêmica. Cronicamente, essa elevação se associa a risco aumentado de dano renal, cardíaco e cerebral, bem como de outras patologias, tida como um importante fator de risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares no mundo (DANIEL; VEIGA, 2013; SILVEIRA et al., 2013). A doença é identificada quando a pressão arterial sistólica (PAS) for maior 140 mmHg e a pressão arterial diastólica (PAD) maior que 90 mmHg e uso contínuo de medicação anti-hipertensiva (SOAR, 2015).

Esperandio et al. (2013) citaram que mais de 60% dos idosos brasileiros sejam hipertensos. Essa estimativa pode tornar a HAS, um preocupante problema na saúde do idoso, o impulsionando a desvalorizar as conquistas do aumento de expectativa de vida da atualidade. Publicação oficial do Ministério da Saúde revelou que no Brasil a prevalência da HAS chega a ser mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em idosos com mais de 70 anos (SOAR, 2015). Consta de uma doença de etiologia multifatorial, em que o excesso de peso, alcoolismo, sedentarismo, tabagismo e a má alimentação são predominantes fatores de risco para o seu desenvolvimento (SILVEIRA et al., 2013).

A HAS em geral é assintomática, mas demonstra seus sinais tardios, o que pode dificultar o diagnóstico precoce (RENOVATO; BAGNATO, 2012). Tem importante colaboração para o surgimento de outras doenças crônicas, contribuindo assim para o desenvolvimento de complicações como: insuficiência renal, aneurisma, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral ou infarto do miocárdio (ROLIM et al., 2015). Em relação à capacidade funcional, a HAS é a doença crônica mais frequente que incapacita os mesmos para realização das atividades da vida diária, podendo interferir assim nas variadas dimensões da sua qualidade de vida (QV) (GOFFREDO FILHO et al., 2013; SANTOS et al., 2011).

A QV foi definida pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde como a *“percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”* (THE WHOQOL GROUP, 1995, p. 1405). É um conceito amplo visto dos diversos níveis sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais de cada indivíduo. Relaciona-se à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores éticos e religiosos, o estilo de vida, a satisfação com as atividades diárias e o meio em que o indivíduo está inserido (ALMEIDA, 2010).

Segundo Pereira et al. (2015), o acometimento de determinadas enfermidades é um dos fatores colaboradores para uma maior vulnerabilidade do idoso, podendo interferir assim na sua QV. Portanto, observa-se que a HAS pode demonstrar importante influência na QV dos idosos, sobretudo porque em um contexto geral da vida diária este agravo desencadeia incapacidade física, dependência medicamentosa e mudanças no estilo de vida (AMARAL et al., 2015). Além disso, a QV das pessoas com HAS pode ser influenciada pela renda, tempo de diagnóstico, ambiente, convívio e efeitos colaterais do uso dos medicamentos (TAVARES et al., 2013).

Inúmeros estudos avaliam o impacto da HAS na QV, sugerindo que o próprio quadro crônico da doença, a terapia medicamentosa e as possíveis complicações clínicas interferem na capacidade física, emocional, interação social, atividade intelectual e atividades cotidianas, que são determinantes para o comprometimento da QV na terceira idade (ANDRADE et al., 2014).

Diante do elevado crescimento populacional dos idosos no Brasil e da carga de prevalência da HAS, o que concorre para uma evidente transição demográfica e epidemiológica, desperta-se a necessidade de investigar e constatar cientificamente a influência que a HAS demonstra sobre a QV do idoso. A partir de uma avaliação facetada e global da QV mediada pelo instrumento WHOQOL-Old, almeja-se o alcance de resultados que contribuam para uma assistência multiprofissional dinâmica, eficaz e de qualidade ao idoso acometido pela HAS. Ademais, o contato e a curiosidade das entrelinhas que demarcam o processo de envelhecimento bem como a vivência no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Qualidade de Vida (NEPEQ), emergem como motivações essenciais para o interesse em enveredar pela linha de investigação envolvendo a velhice, a HAS e a QV.

Neste contexto, surgiram os seguintes questionamentos: como se apresenta a qualidade de vida global de idosos acometidos pela HAS? Como os idosos acometidos por HAS avaliam a sua QV? Quais dimensões da QV de idosos com HAS estão satisfeitas ou comprometidas? De modo a responder as questões que norteiam a execução desta pesquisa, buscar-se-á alcançar os objetivos descritos a seguir.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

- ✓ Avaliar a qualidade de vida facetada e global de idosos com hipertensão arterial sistêmica.

1.1.2 Objetivos Específicos

- ✓ Descrever a caracterização socioeconômica e demográfica dos idosos;
- ✓ analisar o perfil de estilo de vida de idosos com hipertensão arterial sistêmica;
- ✓ mensurar a qualidade de vida global dos idosos com hipertensão arterial sistêmica; e
- ✓ averiguar a qualidade de vida facetada dos idosos com hipertensão arterial sistêmica.

2.1 Processo de envelhecimento: considerações demográficas, biopsicossociais e políticas de atenção à saúde do idoso

O processo de envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, não apenas vinculada a países desenvolvidos como antes. Isso resulta devido ao significativo crescimento da população idosa em todos os países, sejam eles desenvolvidos ou subdesenvolvidos, tendo como reflexo o aumento da longevidade e mudança estrutural na pirâmide populacional mundial (CIVINSKI et al., 2011). A rapidez da evolução do processo do envelhecimento traz consigo várias questões cruciais a seres pontuadas, a exemplo do acometimento de enfermidades complexas mediante o avanço da idade (FALLER et al., 2010). Pois, o ser humano é submetido a diversas alterações tidas como fisiológicas, imunológicas, citológicas, histológicas, bioquímicas (LINDEN JUNIOR; TRINDADE, 2013). Tais alterações conduzem a uma progressiva diminuição da capacidade física, reduzindo assim a capacidade de respostas ao estresse ambiental, provocando um aumento para sensibilidade e vulnerabilidade a doenças (LEITE et al., 2012).

O crescente e rápido aumento do número de habitantes mundialmente que tem idade igual ou superior a sessenta anos (60 anos) é notoriamente maior a cada ano. Estimativas para o final do século passado demonstravam que 590 milhões de habitantes da terra seriam idosos, com projeções para 2025 de que essa população ultrapasse um bilhão e duzentos milhões de idosos na população geral. Com a superação anual desta estimativa, acredita-se que em 2050 haja dois bilhões de indivíduos nessa faixa etária no mundo (FERNANDES et al., 2009).

Segundo Tavares e Dias (2012), como consequência do aumento de idosos na população mundial teve-se também o crescimento da incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com estimativas que para o ano 2030 as mortes relacionadas às mesmas serão que de 4 óbitos, 3 estarão relacionadas às DCNT. Em 2008, dados mostram que das 57 milhões de mortes no mundo, as DCNT tiveram uma parcela de 63% deste número, evidenciando que as doenças mais frequentes destacam as cardiovasculares, diabetes mellitus, neoplasias e doenças respiratórias crônicas. O mesmo estudo mostrou que 67,5% da população não convive apenas com uma DCNT, mas que um indivíduo é acometido até por duas doenças crônicas, vulnerabilizando-os a sequelas no seu desempenho funcional e provocando dependência do idoso (TAVERES; DIAS, 2012; GRITTI et al., 2015).

Com índices elevados em relação as DCNT, o Brasil tem em sua carga uma porcentagem de 70% de doenças crônicas, chamando atenção para os números de mortes

pelas mesmas antes dos 60 anos que tem em porcentagem 29% das mortes. Assim, a mesma pesquisa em suas análises destacou que em 2007, as mortes devido às DCNT chegaram a 72%, e que para 2015, essa contagem teve estimativa de até 66% (MEDINA et al., 2014; GRITTI et al., 2015).

No mundo, muitos países como o Brasil vêm passando por uma transformação em suas estruturas etárias, refletida em sua população com o aumento de idosos e uma queda no percentual de crianças e jovens. Tal transformação demográfica está sendo experimentada pela população brasileira de modo acelerado e isso se configura pelo declínio das taxas de mortalidade e estagnação nas taxas de fecundidade nos últimos anos (CLOSS; SCHWANKE, 2012; NOGUEIRA, 2016). Embora os países desenvolvidos considerem idoso àquele com idade igual ou superior a 65 anos, no Brasil, a referência é a partir dos 60 anos (DIAS et al., 2011). Segundo Nogueira (2016), para definir a idade mínima do envelhecimento não há consenso, ou seja, nem aqueles que estão no processo de envelhecimento nem pesquisadores chegaram a um senso comum para esse conceito. Isso torna a idade em número de anos apenas uma avaliação simples de efeitos não efetivos para uma análise segura deste processo, pois duas pessoas podem ter a mesma idade cronológica, mas podem desenvolver efeitos e reações diferentes quanto a suas fragilidades.

No Brasil, a população idosa em 1980 equivalia a 6,3%. No ano 2000, chegou a ser constituída por 8,6% de idosos. Não muito distante, pesquisas indicam que para os anos 2020 a 2025, o Brasil terá o quantitativo de idosos suficiente para ser considerado o sexto país do mundo em número nessa faixa etária, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas, sendo o grupo etário de maior crescimento o de 75 anos ou mais, revelando 49,3% da população (FLORIANO; DALGALARRONDO, 2007; FALLER et al., 2010). Em termos regionais o Estado da Paraíba situado no nordeste brasileiro, é destaque na sua população idosa, pois o mesmo tem, segundo o Censo do IBGE em 2000, o terceiro maior quantitativo de idosos em sua população, comparando-o com os outros Estados do país. Em pesquisa levantada por Fernandes et al. (2009), a porcentagem de idosos estava distribuída da seguinte forma: idade maior ou igual a 85 anos, 9,70%; entre 80 e 84 anos, 14,40%; de 75 a 79 anos, 20,10%; e àqueles com idade entre 65 e 74 anos, representava a maior parcela, correspondendo a 55,80% da população idosa.

Transcendendo a compreensão demográfica do envelhecimento populacional e suas características, faz-se necessário por em discussão o processo de envelhecer enquanto uma fase do *continnum* da vida em que perpassam modificações de ordem física, psicológica e social (SCHIMIDT; SILVA, 2012).

O processo de envelhecimento consiste em uma fase dinâmica de seguimento da vida, caracterizada pela naturalidade, progressividade, irreversibilidade e universalidade. Perpassa por um período que vai desde a concepção até a morte. Alguns indivíduos chegam à velhice, fase final do envelhecimento, outros não (BRÊTAS et al., 2010). Para um envelhecimento satisfatório, é indispensável que a sua experimentação seja encarada de forma positiva e participativa, com autonomia, desvinculando perdas nos aspectos das capacidades físicas ou intelectuais (NICOLAZI et al., 2009). Destaca-se que no envelhecimento, quanto maior for o controle do idoso de entender sem renunciar as mudanças físicas, psicológicas e sociais, mais adaptável será seu convívio com as novas etapas da vida, sabendo que mesmo em mudança ele contém um papel a desempenhar em sua jornada de vida (BRÊTAS et al., 2010).

A teoria biológica do envelhecimento vem diferenciar o processo de envelhecimento normal, destacando o envelhecimento intrínseco no que se relaciona ao processo de envelhecimento natural e irreversível. A este processo estão ligadas alterações desencadeadas pela maneira natural de envelhecer, culminando no desencadeamento progressivo da diminuição da funcionalidade do organismo em geral definida pelo ato de envelhecimento (SMELTZER et al., 2009; NOGUEIRA, 2016). Para Smeltzer et al. (2009), esse processo está ligado diretamente com os atos que ocorre a nível celular, provocando desgaste ao passar dos anos de vida, o qual afeta diretamente o funcionamento de órgãos principais e auxiliares do corpo humano. Assim, evidenciam-se diminuições e perdas no seu desempenho físico e motor, ligados aos seus sistemas. Bom enfatizar que esse processo de envelhecer não está apenas ligado ao processo intrínseco, mas meios extrínsecos também têm sua parcela pelos meios externos. Esses fatores ocorrem em decorrência de estímulos externos, como doenças, estilo de vida, condições socioeconômicas e a sociedade em que vivemos, colaborando para seu avanço mais rápido (SMELTZER et al., 2009; NOGUEIRA, 2016).

Como descrito em alguns momentos do texto, algumas modificações são evidentes com o processo do envelhecimento, em que se podem mencionar as diminuições da força muscular e da densidade óssea; alterações musculoesqueléticas com diminuição da capacidade funcional provocando a dependência pela incapacidade de alguns movimentos; redução ou aumento do débito cardíaco com prejuízos ao sistema cardiovascular na elevação progressiva da pressão sistólica e do pulso, modificações do ventrículo esquerdo e da incidência de doenças arteriais, além da má circulação de bombeamento do sangue pelo coração. No sistema respiratório evidencia-se diminuição da função vital dos pulmões, afetando seu desempenho no fornecimento de oxigênio para o corpo. No aparelho digestório ocorre modificações na ação de movimentos, desencadeando déficit em suas funções como

metabolismo, peristaltismo, absorção e eliminação do crescimento da gordura corpora, que fazem parte da declinação da capacidade fisiológica corpórea. Com o agravamento das mesmas, as principais doenças evidentes no envelhecimento são: artrite, artrose, osteoporose, insuficiência cardíaca, doença arterial coronariana, doenças das válvulas do coração, arritmias cardíacas ventriculares, hipertensão arterial, diabetes, distúrbio envolve o metabolismo e quedas (CIVINSKI et al., 2011; NOGUEIRA, 2016).

Para Smeltzer et al. (2009), o envelhecimento psicológico está diretamente ligado à capacidade da pessoa de adaptar-se ao processo de envelhecimento e seus efeitos físicos e sociais na vida e no cotidiano do ser humano. A capacidade adaptativa dos indivíduos é enfatizada pelas características do desenvolvimento de aprendizagem, memória, inteligência e controle emocional; padrão de vida e limitações pela idade têm direta influência no modo como as pessoas envelhecem e seus desafios. Com relação ao envelhecimento social, a literatura enfatiza a participação e interação dos idosos e seu papel na sociedade para que haja um envelhecimento que favoreça seus hábitos e costumes, na busca da adaptação do ser idoso e ambiente a se viver. É primordial que esse processo também disponibilize meios no qual o indivíduo possa fazer parte de um estilo de vida onde os idosos tenham atuações que se adequem aos papéis oportunizados a eles, assim respeitando suas limitações e valorizando o seu processo de envelhecimento (SMELTZER et al., 2009; NOGUEIRA, 2016).

Para complementar esta compreensão, Leite et al. (2012) e Troen (2003) apontaram a existência de dois tipos de envelhecimento: o biológico normal e o usual. O envelhecimento normal é visto como um processo da vida, inevitável e sem possibilidade de modificação, ou seja, o programado para nosso corpo. O envelhecimento usual, que vem não só composto pelas mudanças características do processo, mas, ver-se a existência no aumento de doenças crônicas junto a ele. Neste contexto, torna-se relevante entender que o termo envelhecimento pode assumir duas concepções diferentes: a senescência, que ocorre no envelhecimento saudável, tendo as alterações nos órgãos e tecidos acontecendo de forma sincronizada; e a senilidade, em que o envelhecimento não é saudável, pois, tem os processos patológicos relacionados ao seu desenvolvimento (SAQUETTO et al., 2013).

Para propiciar um envelhecimento ativo, saudável e com qualidade de vida, o sistema público de saúde brasileiro vem propondo e implementando políticas que respaldam as ações e os serviços de saúde direcionados à população idosa. A Política Nacional da Saúde do Idoso foi desenvolvida com objetivo de assegurar ao idoso os direitos quanto à sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, garantindo-o o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), baseada na Lei

nº 8.842/94 e no Decreto nº 1.948/96. A mesma foi promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, estruturada por princípios e diretrizes que amparam o idoso, buscando a harmonia de um melhor atendimento da assistência da saúde aos indivíduos na velhice (BRASIL, 2006). Para o amparo e maior explanação aos direitos dos idosos também foram criados outros documentos como o Estatuto do Idoso e o Plano Nacional do Pacto pela Saúde que vem afirmar o que já foi exposto pela PNSI.

O Estatuto do Idoso, instituído por meio da Lei 10.741 de 01 de outubro de 2003, reafirma a garantia dos direitos das pessoas idosas, assegurando em seu art. 2º o gozo pleno da vida em seus direitos fundamentais, oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (BRASIL, 2003). Mesmo sendo muitas vezes controversa a garantia desses direitos, observa-se que a sociedade mesmo nos dias de hoje pouco valoriza o idoso, não respeitando seus direitos garantidos por lei. Desenvolvido em vários capítulos, o Estatuto descreve entre eles seus direitos à vida, ao respeito e a liberdade, a alimentação, ao esporte, lazer, cultura, saúde e a previdência social (BRASIL, 2003).

Em seu capítulo IV que diz em relação ao direito à saúde mencionada no Art. 15 onde é dito que está assegurado de forma integral ao idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, uma atenção a sua saúde por meio de um acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente aos idosos (BRASIL, 2003). Por meio desse artigo se garante além de uma atenção voltada para bem-estar do idoso um olhar individual que assegura aos idosos não apenas o direito a saúde, mas especifica que ele também tem direito ao atendimento diferenciado as suas doenças específicas como as DCNT tipo hipertensão arterial sistêmica, diabetes e doenças ósseas que afetam aos mesmos, muito embora ver-se a necessidade de mais implementações de ações voltadas para esse público que vem crescendo a cada ano.

Com base nos aspectos políticos apresentados, observa-se que o envelhecimento populacional é um assunto de saúde pública que interfere no âmbito social, econômico, político e cultural da sociedade, com urgentes necessidades de mudanças em diferentes setores de atenção, público e privado (LUZ et al., 2014). Visando então a melhoria desses serviços, também foi elaborado um documento denominado “Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde”, que retrata o desenvolvimento e a criação de programas de promoção à saúde, prevenção de doenças e acesso equitativo à assistência primária, envolvendo aspectos

sociais, econômicos, comportamentais, pessoais e culturais, o ambiente físico e o acesso ao serviço de saúde dos últimos anos (VIANA et al., 2014).

No processo do envelhecimento é primordial que se tenha um suporte familiar que contribua de maneira relevante para a manutenção e a integridade física e psíquica do ser que está submetido a essa passagem, visto que essa atenção é tida com efeitos positivos para desempenho do idoso (REIS et al., 2011).

Segundo Luz et al. (2014), com seu desenvolvimento repercutido em grande escala, o envelhecimento têm-se destacado como importante ponto de investigações em distintas áreas da pesquisa, assim como na execução das práticas de atenção à saúde do idoso. Operacionalizar políticas públicas de modo eficaz e eficiente, portanto, demanda a combinação de ações mediadas por profissionais de saúde, gestores e a sociedade em geral, em particular a população envelhecida e envelhecida. É necessário o compromisso do Estado na oferta de ações e serviços qualificados, o desempenho efetivo de atividades de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde pela equipe multiprofissional e a corresponsabilização da sociedade na gestão do cuidado com vistas ao melhor desempenho do processo de envelhecimento humano.

2.2 Caracterização geral da Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é conceituada pela Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH, 2010, p. 8) como:

uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente.

Com uma alta incidência e prevalência que vem modificando o cenário brasileiro e mundial, a HAS chama atenção para seus elevados números não só na população brasileira, mas também em âmbito mundial, em que destaca-se que cerca das 7,6 milhões de mortes no mundo registradas no ano de 2001 tiveram ligações com a elevação da PA, sendo em sua porcentagem desses óbitos, 54% por acidente vascular encefálico (AVE) e 47% por doença isquêmica do coração (DIC), ocorrendo em sua maioria com a população de idade entre 45 a

69 anos residentes em países de baixo e médio desenvolvimento econômico (SBH, 2010). No Brasil, a HAS e as DCV têm sido a principal causa de morbimortalidade, tendo um percentual de 20% em clientes idosos. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório (ANDRADE et al., 2014; BRITTO et al., 2009; SBH, 2010).

Pesquisas realizadas com a população em cidades brasileiras identificaram que nos últimos 20 anos houve uma prevalência de HAS mostrando-se superior a 30% em sua taxa de elevação. Tendo valores da PA maior ou igual a 140/90 mmHg, foi visto que em 22 desses estudos a prevalência estava entre 22,3% e 43,9%, com média de 32,5% e importante elevação entre as idades 60 e 69 anos de 50% e sendo superior a 75% naqueles com idade acima de 70 anos. Com base na diferença entre os sexos, essa prevalência mostrou-se de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, conforme também foi identificado em outros países. Em 44 estudos realizados entre os anos de 2003 a 2008 em 35 países revelou-se uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres acometidas pela HAS (SBH, 2010; ANDRADE et al., 2014). Salienta-se que nos idosos essa prevalência é ainda mais superior, chegando a 60% (BASTO-BARBOSA et al., 2012).

Por ser uma doença de etiologia multifatorial, normalmente a sua causa não é identificada com precisão. A HAS evolui de uma conjunção de vários fatores de risco que podem ser responsáveis por seu surgimento (SILVEIRA et al., 2013; SBH, 2010). Dentre esses vários fatores contribuintes, a literatura traz: a idade, uma vez que evidências mostram uma prevalência maior nos mais idosos; o gênero e etnia, sendo mais constante em homens que em mulheres e duas vezes superior nos indivíduos da cor negra; a obesidade, pela sobrecarga cardíaca secundária ao excesso de peso, além de placas ateromatosas que muitas vezes interfere na circulação sanguínea; a ingestão excessiva de sódio e álcool, que elevam a PA e os batimentos cardíacos; sedentarismo, que propicia aparecimento de placas nos vasos e contribui para acúmulo de gorduras viscerais; fatores socioeconômicos, não muito claros na literatura, mas estudos mostram que a HAS tem um grande percentual nos indivíduos de classe social mais baixa e pouca escolaridade; genética, pela composição de genes que predis põem o surgimento; além de outros fatores cardiovasculares contribuintes para a HAS (SBH, 2010; ANDRADE et al., 2014).

A HAS é especificada por dois tipos: a primária, reconhecida por ser de causa desconhecida; e a secundária, indicada pela origem desenvolvida por modificações nos órgãos favorecendo o desencadeamento do aumento dos valores da sua PA. Estudos apontam que 95% dos acometimentos de HAS são da forma primária; já a secundária tem representação de 5%, tendo as doenças relacionadas a si: estreitamento de arteriais renais, doenças endócrinas,

parenquimatosa renal, hipertensão por mineralocorticoide, medicamentos, gravidez e coarctação da aorta como muitas dessas causas. No caso da HAS primária, essa especificação torna-se mais difícil, pois, são vários fatores que se combinam de tal forma que impossibilita o resultado de um único fator causal (FERREIRA; AYDOS, 2010; SMELTZER et al., 2009).

Quanto às classificações e manifestações da HAS, muitas literaturas trazem sua divisão em leve, moderada e grave. A SBH divide em estágio I, quando a pressão sistólica encontra-se em 140-159 mmHg e a diastólica 90-99 mmHg, sendo assintomática inicialmente, com progressão para alguns sintomas como dor de cabeça, tontura, vertigem entre outros; no estágio II, em que a pressão sistólica situa-se entre 160-179 mmHg e a diastólica 100-109 mmHg; e o estágio III, em que a elevação da pressão arterial sistólica e diastólica do indivíduo chega ser igual ou superior a 180x110 mmHg (SBH, 2010).

A HAS traz consigo complicações que colocam em risco alguns órgãos vitais do corpo humano, entre eles estão o coração, rins e cérebro. Dentre as complicações mais comuns, estão a insuficiência renal crônica, o aneurisma, a insuficiência cardíaca, o acidente vascular cerebral (AVC) e o infarto agudo do miocárdio (IAM) (BEZERRA et al., 2010; ROLIM, 2015). Lima et al. (2011) afirmaram que a HAS também tem como consequência também o comprometimento e o fornecimento inadequado de oxigênio e nutrientes para as células, prejudicando assim seu desenvolvimento, uma vez que esta função vem da integridade e bom funcionamento do coração e dos vasos sanguíneos (ROLIM, 2015).

É oportuno salientar que Sass et al. (2012) afirmaram que estudos realizados com acometidos pela HAS mostram que o maior risco de acidentes vasculares cerebrais (AVC) e a maior mortalidade por causas cardiovasculares estão ligados a presença de depressão associada a HAS. Contudo Silva et al. (2014), descrevem que há evidências onde a depressão tenha seus efeitos como consequência da HAS através de mediação dos mecanismos comportamentais que envolvem estilos de vida não saudáveis, como fumar e não fazer exercícios e também pelos impactos patofisiológicos direto, como consequências que afetam a vida dos idosos diretamente.

A avaliação clínica e laboratorial da HAS tem como objetivos confirmar a veracidade do diagnóstico. Para isso a SBH traça os seguintes objetivos: confirmar o diagnóstico de HAS por medida da PA com história clínica completa, identificando assim fatores de risco para doenças cardiovasculares; pesquisar lesões em órgãos alvo e sobre a presença de doenças associadas; avaliar indícios do diagnóstico de HAS secundária, aspectos socioeconômicos e características do estilo de vida do paciente; e a utilização de medicamentos ou drogas, além do acompanhamento da frequência cardíaca (FC) que deve ser acompanhada observando sua

elevação que também está relacionada aos riscos cardiovasculares. Nessa lógica, para que estes seguimentos sejam eficazes, é de grande importância à valorização da consulta cliente/profissional, demandando o tempo necessário para a avaliação inicial da HAS, seja de no mínimo 30 min (SBH, 2010).

Para identificação do diagnóstico da HAS, o profissional deve verificar por no mínimo três dias a PA do indivíduo, dando intervalos de pelo menos uma semana por cada medida e obtendo-se na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90mmHg. O resultado de uma PA elevada em apenas uma verificação não é suficiente para diagnóstico conclusivo de HAS (BRASIL, 2013). Tendo grande influência aos problemas cardiovasculares, a gordura visceral é avaliada principalmente em clientes hipertensos, sendo observada a medida da circunferência da cintura em parâmetros de 88 cm para mulheres e 102 cm para homens. Para os clientes que tenham identificado lesões em órgãos ou diabetes o exame de fundo de olho deve ser sempre feito ou solicitado na primeira avaliação, em especial em pacientes com HAS estado mais elevado (SBH, 2010).

Tido sua avaliação iniciada através da análise do exame físico pelo profissional, o cliente acometido por HAS deve a partir deste momento ser acompanhado e orientado quanto à sua doença e meios de tratamento. É muito importante não só classificar a PA, mas também avaliar e detectar possíveis lesões de órgão-alvo, como igualmente identificar outras condições que, associadas à HAS, aumentam a morbimortalidade e tem direta influência no tratamento. Dando sequência à avaliação diagnóstica, outros exames podem ser solicitados: eletrocardiograma, razoavelmente sensível para demonstrar repercussões miocárdicas da hipertensão, como sobrecarga de ventrículo esquerdo; dosagem de glicose e colesterol total: que visam detectar outros fatores que potencializam o risco cardiovascular; e dosagem de creatinina e potássio; além da radiografia de tórax, ecocardiograma, microalbuminúria, ultrassom de carótida, teste ergométrico, hemoglobina glicada e outros exames como velocidade de onda de pulso se disponível (BRASIL, 2013; SBH, 2010).

Segundo Massierer et al. (2012), em sua maioria, as pessoas acometidas pela HAS não mantêm os parâmetros normais da sua PA, pois ainda não tem a consciência da doença que estão acometidos ou até mesmo porque não seguem às orientações da proposta de tratamento. no entanto, uma parcela desconhecida dos mesmos que estão em processo de tratamento não obteve o controle da HAS, assim colocam em xeque sua vida. Com isso observou-se que a carga de morbimortalidade advinda desta doença é muito alta, elevando ainda mais a preocupação da comunidade científica mundial, sobretudo porque muitos acometidos

negligenciam seu tratamento, colaborando para um *ranking* de baixa adesão de tratamentos prescritos (LOUVISON, 2011).

Como observado, a falta de adesão ao tratamento da HAS é um grande desafio não só para os profissionais que atuam ou pesquisam, mas também para os acometidos pela doença. Para estimular essa adesão e sua aceitação, o cliente deve ser introduzido em um universo onde o entendimento sobre o seu estado de saúde e suas possíveis complicações podem afetar direta e indiretamente sua vida; conscientizá-lo em relação à importância do controle da pressão arterial (PA) e garantir seu acesso aos serviços responsáveis, promovendo-os a serem capazes de manter o tratamento por toda a vida (DOURADO et al., 2011).

Nesse sentido, o tratamento envolve duas modalidades, sendo um casual e outro com auxílio de fármacos. O tratamento não medicamentoso - aquele que não se faz uso de drogas farmacológicas - é parte fundamental no controle da HAS e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), visto que esse tratamento é movido principalmente pela necessidade de mudanças no estilo de vida do indivíduo, sendo uma modificação permanente para até mesmo evitar a evolução da HAS e a necessidade de mudança do tratamento em uso para o medicamentoso. Entre essas mudanças estão a prática de exercício físico, boa alimentação evitando uso excessivo de sal e seus derivados, o não uso de cigarro ou bebidas alcoólicas entre outras modificações que devem ser feitas conforme a vida do acometido pela HAS (BRASIL, 2010).

O tratamento medicamentoso deve ter seu direcionamento individual atendendo assim a necessidade de cada cliente acometido pela HAS. Assim como o tratamento não medicamentoso, este deve procurar conservar a qualidade de vida do paciente propiciando bem-estar mesmo mediante a dependência dos fármacos. Neste tratamento utilizam-se diversas classes de fármacos escolhidos para atender de acordo com a necessidade de cada indivíduo, através de avaliação e acompanhamento médico com a avaliação da presença de comorbidades, lesão em órgãos-alvo, história familiar, idade e gravidez. Frequentemente, pela característica multifatorial da doença, o tratamento da HAS com o uso de anti-hipertensivos requer associação de dois ou mais, e isso segue de acordo com a necessidade de manutenção e normalização da HAS que deve variar de pessoa a pessoa (BRASIL, 2010). Qualquer grupo de fármacos anti-hipertensivos, com exceção dos vasodilatadores de ação direta e alfa-bloqueadores, é apropriado para o controle da pressão arterial em monoterapia inicial (DOURADO et al., 2011).

Neste contexto, é de fundamental importância que os profissionais tracem objetivos para redução dos riscos cardíacos e de acometimentos da HAS, promovendo e estimulando

como enfermeiros a participação da população na adesão ao cuidado da promoção e manutenção da sua saúde, configurando-se como reais promotores do bem-estar com ênfase na prevenção como o melhor remédio. Os profissionais devem traçar metas cuja finalidade seja a promoção da saúde com hábitos saudáveis, mudanças no estilo de vida e adequações aos esquemas terapêuticos, dietéticos, medicamentosos, de acordo com as recomendações dos profissionais de saúde no controle e manutenção de sua PA (BEZERRA et al., 2010).

2.3 Qualidade de vida de idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica

A expressão Qualidade de Vida (QV) começou a chamar atenção para as pesquisas em torno de si há aproximadamente meio século. Tida como grande relevância para o conhecimento dos profissionais da saúde em dias atuais, a QV dos idosos vem tendo ampla influência quando relacionada à forma de abordagem clínica mediante aos mesmos, e sobre o aperfeiçoamento de políticas públicas que assistem a esta população que a cada ano vem em crescente desenvolvimento. Mencionado como um termo de difícil conceito e que nas últimas décadas vem surgindo mais adjetivos, a linha traçada é considerar para sua desmistificação, além dos aspectos objetivos abordados, também os aspectos subjetivos do que se aborda na QV (MAUÉS et al., 2010).

Com o surgimento de várias alterações em relação à saúde da população idosa, é imprescindível que ações de avaliação da sua QV sejam formuladas e implementadas por pesquisadores e equipes multiprofissionais, para assim propor estratégias destinadas à melhoria da condição de saúde dos idosos. Frente a esta demanda, verifica-se que nos últimos anos houveram diferentes pesquisas abrangendo a temática do envelhecimento populacional e suas vertentes, correlacionadas ao constructo da percepção da QV. Visto a necessidades desse aprofundamento nas pesquisas quanto ao que se relaciona a QV dos idosos, vários aspectos tornaram-se importantes a ser abordado para melhor compreensão do tema citado, entre esses chama-se a atenção para temas como, o perfil de saúde do idoso que dentre muitos ganhou destaque em vários estudos já que se compreende que sem saúde pouca são as chances de QV (LINDEN JUNIOR; TRINDADE, 2013).

Segundo Veras (2012), com uma acelerada e forte modificação na pirâmide populacional brasileira devido a transformação de processo de envelhecimento da mesma, cria-se um novo olhar para saúde, aonde a população envelhecida é seu maior alvo. Desse modo, o indicador de saúde estratégico não é tido apenas como presença ou não de doença, mas é a capacidade que indivíduo tem de organizar, e manter sua estrutura corporal

funcionando normalmente, não prejudicando o seu cotidiano e vivendo de maneira independente e autônoma com QV.

Simultaneamente com o aumento da população de idosos surge também a necessidade de estudos que favoreçam o conhecimento dos fatores ligados ao processo de envelhecimento. Uma área que se tornou primordial no ramo dos estudos quanto a vida dos idosos é a QV. São vários esses os fatores que influenciam a QV, dentre eles, o estado de saúde, as relações familiares, longevidade, disposição, lazer, satisfação no trabalho, salário, prazer, espiritualidade, capacidade funcional, enfraquecimento, deficiência, nível de atividade física, parâmetros antropométricos e uso de medicamentos (NICOLAZI et al., 2009; PEREIRA et al., 2015).

Com isso observa-se que o termo QV é potencialmente subjetivo, com elementos diferenciados e definidos diferentemente por diversos autores, além de considerar sua influência nos aspectos e percepções individuais, sociais e ambientais para definição do que é QV (NICOLAZI et al., 2009; PEREIRA et al., 2015). Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde OMS refere que QV pode ser entendida como *“a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida, dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”* (THE WHOQOL GROUP, 1995, p. 1405).

Para Nicolazi et al. (2009), a descrição feita pela OMS imerge o termo QV ao conjunto de áreas cultural, social e de meio ambiente, sendo frequentemente usado para referenciar a respeito do bem-estar da população aliado a questões como tranquilidade, saúde, segurança, alimentação, trabalho, educação, moradia, expectativa de vida, entre outros. Maués et al. (2010) reforçam que considerando as modificações demográficas que resultaram na transição epidemiológica, observou-se que o prolongamento da vida poderia significar um o confronto com incapacidades, dependência, medo, necessidade de cuidados prolongados, doenças, isolamento, solidão, depressão, concorrendo para um importante comprometimento da QV diante do avanço da idade.

A QV sempre é questionada por ter interferência direta por algumas doenças que são fatores contribuintes para o aumento na fragilização dos idosos, afetando seu desempenho e modo de viver. Pereira et al. (2015) citam que em idosos estudados, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) mostrou-se com maior incidência, dando destaque para os participantes com idade mais avançada, aonde o mesmo cita também o diabetes, a ansiedade e demais doenças cardiovasculares como alto nível de acometimentos (PEREIRA et al., 2015).

Vários são os estudos que analisam a influência da HAS na QV, propondo o quadro crônico da HAS e seu tratamento como as prováveis condições clínicas que afetam a capacidade geral do idoso, colocando em risco sua QV (ANDRADE et al., 2014). Segundo Amaral et al. (2015), em uma Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 70,0% dos idosos participantes expuseram ter, pelo menos, uma doença crônica. Sendo a HAS e a artrite as mais citadas desse estudo. Em pesquisa também realizada por Amaral et al. (2015), a hipertensão arterial foi a mais frequente em dados nacionais, chegando a uma prevalência de 45,4% na população.

Para Pereira et al. (2015), a relação da QV, envelhecimento e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é dada em função da quantidade e do uso contínuo de fármacos utilizados em tratamentos por muitos idosos, pois, muitos desses são fabricados na busca de minimizar os agravos das doenças e para melhoria da QV dos que os usam. Mas essa relação impossibilita-se quando liga-se os fármacos aos seus efeitos colaterais e os próprios agravos decorrentes das doenças que os mesmos ainda são impossíveis de evitar, provocando danos irreparáveis a QV dos idosos. Quanto às DCNT, cita-se como exemplo a HAS, que mesmo sendo uma doença considerada também advinda de fatores genéticos, estudos atuais apontam que mudança de hábitos como a prática de exercício físico diário favorece a diminuição de seus níveis, ajudando na prevenção de seu agravo, proporcionando assim em alguns casos, a redução na dosagem de medicamentos anti-hipertensivos em uso e uma melhoria na QV do indivíduo (PEREIRA et al., 2015).

Em consequência de idosos acometidos pela HAS, sua QV tem sido evidenciada por sua terapêutica, aonde provoca várias alterações como no estilo de vida, hábitos pessoais, liberdade, privação de alimentação entre outros. Em estudos citados por Tavares et al. (2013) com pacientes afetados pela HAS, identificou-se que há um comprometimento devido a HAS, fragilizando a QV no sentido do estado geral de saúde, desempenho físico, emocional e social, dor, vitalidade e saúde mental e desenvolvimento pessoal, prejudicando assim áreas como, renda familiar, tempo de diagnóstico, comorbidades entre outros (TAVARES et al., 2013). A fragilidade devido a HAS e o comprometimento das funções do dia-a-dia devido os agravos a saúde são indicadores propensos da má QV provocado não apenas pelo avanço da idade, mas por doenças específicas como a HAS (GOFFREDO FILHO et al., 2013).

Como visto, é agravante a contribuição da HAS e dos distúrbios cardiovasculares diante da sua influência na QV dos idosos. É um fator preocupante dentre os distúrbios cardiovasculares, uma vez que a HAS não incapacita o indivíduo, mas prejudica seu desenvolvimento, provocando assim um mau desempenho quanto a sua QV. Sugere-se,

portanto, que a QV dos indivíduos acometidos pela HAS seja prejudicada não apenas pelas morbidades discorridas no texto, mas pelos prejuízos na vida pessoal, já que em situações gerais da vida diária essas causam incapacidade física e dependência medicamentosa, prejudicando a rotina do indivíduo. Assim, para obter o bem-estar na velhice, é imprescindível traçar um equilíbrio entre todas as vertentes da QV e no modo de viver da população em geral (AMARAL et al., 2015).

3.1 Tipo de estudo

Consta de um estudo exploratório-observacional, de natureza quantitativa. Para Gil (2008), o estudo exploratório tem por intuito a aproximação com o tema, proporcionando uma visão mais clara e delimitada, a fim de propiciar a formulação de problemas concisos ou hipóteses a serem estudadas posteriormente. Já a abordagem observacional baseou-se na coleta de dados para adquirir informações e adota os sentidos como meios para obtenção de fatos no contexto de uma realidade. Esta técnica auxilia na identificação e alcance de provas, a partir da investigação social.

Para Marconi e Lakatos (2010), a pesquisa de natureza quantitativa é caracterizada por ser uma investigação causal baseada na experiência, a partir de uma coleta de dados metódica, na qual envolve informações numéricas, ratificada através de quadros, tabelas e medidas.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na microrregião do Curimataú ocidental situado na mesorregião do Agreste no estado brasileiro da Paraíba (PB), representado na pesquisa por cinco cidades: Barra de Santa Rosa, Cuité, Nova Floresta, Remígio e Sossego, selecionados previamente devido a viabilidade de acesso e aproximação geográfica com o município sede do Centro de educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (campus Cuité).

As Unidades de Saúde da Família (USF's) vinculadas as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) foram usadas como referência para realização da pesquisa, uma vez permitirem o contato dos pesquisadores com os prováveis sujeitos do estudo. Contudo, a unidade de referência de coleta de dados foi o domicílio do idoso, o que minimizou o enviesamento da seleção dos participantes.

3.3 População e Amostra

Conforme dados censitários do IBGE (BRASIL, 2010) publicados no ano de 2010, os cinco municípios possuíam um total de 9.606 habitantes com idade igual ou superior a 60 anos, distribuídos da seguinte forma: Barra de Santa Rosa (2.001), Cuité (3.040), Nova Floresta (1.576), Remígio (2.614) e Sossego (375), sendo este contingente o universo populacional para este estudo. A amostra probabilística do tipo aleatória simples, calculada com base em uma prevalência estimada de qualidade de vida satisfatória de 50% e

considerando o erro amostral de 5%, nível de confiabilidade de 95% e acréscimo de 20% para possíveis perdas, foi composta por 444 idosos, sendo 92 de Barra de Santa Rosa, 140 de Cuité, 73 de Nova Floresta, 122 de Remígio e 17 de Sossego. Este grupo amostral refere-se ao total selecionado para o projeto universal no qual esta proposta foi recortada.

Conforme a distribuição do público alvo, os participantes foram elencados através do critério de acessibilidade que consiste no método menos rigoroso de amostragem, pois não envolvem procedimentos estatísticos. Nesse modelo de seleção, o pesquisador elege os participantes a que tem acesso, e estes, por sua vez, representarão o universo da pesquisa (GIL, 2008). Nesse sentido, a amostra para este estudo foi baseada nos critérios de inclusão expostos a diante.

Crítérios de inclusão e exclusão da amostra

Para a inclusão dos sujeitos na amostra da pesquisa foram respeitados os seguintes critérios:

- ✓ Ter idade igual ou superior a 60 anos;
- ✓ autorreferir acometimento por hipertensão arterial sistêmica;
- ✓ ser devidamente cadastrado e acompanhado na Estratégia Saúde da Família; e
- ✓ não possuir deficiência cognitiva;

Foram excluídos os usuários que manifestarem a qualquer momento o desejo de não mais participar do estudo ou que não estivessem em condições de participar da pesquisa. Com base nesses critérios, a amostra foi composta por 237 idosos acometidos por hipertensão arterial sistêmica.

3.4 Instrumentos para Coleta de Dados

Questionário para coleta de dados (Anexo A)

Trata-se de um instrumento de coleta de dados composto por 03 seções, sendo estas descritas como A, B e C.

- Seção A (Informações Pessoais): para contemplar esta seção foram coletadas as seguintes informações pessoais: faixa etária; sexo; cor da pele; estado civil; arranjo

familiar; responsabilidade pelo domicílio; presença de cuidador; identificação do cuidador; religião; e tipo de serviço de saúde utilizado.

- Seção B (Perfil Social): a averiguação do perfil social foi composta pelos seguintes itens: alfabetização funcional; renda do idoso; renda familiar; e autoavaliação das necessidades básicas.
- Seção C (Estilo de vida): visou averiguar os dados relacionados ao tabagismo, consumo de álcool, realização de atividade física e nível de estresse.

Questionário Whoqol-Old (Anexo B)

No segundo momento foi avaliada a Qualidade de Vida com a utilização do instrumento WHOQOL-Old, que foi preenchido pelos idosos selecionados para compor a amostra com a co-participação do pesquisador, conforme a necessidade.

O questionário WHOQOL-Old é composto por 24 itens registrados em uma escala do tipo Likert variando de um a cinco pontos. Escores mais altos representaram uma alta qualidade de vida, escores baixos representaram uma baixa qualidade de vida. Os itens estão organizados em seis facetas: “Funcionamento do Sensório” (FS), “Autonomia” (AUT), “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (PPF), “Participação Social” (PSO), “Morte e Morrer” (MEM) e “Intimidade” (INT). Para cada faceta são dispostos quatro itens. Com isso, todas as facetas formam um escore dos valores possíveis que pode oscilar de 4 a 20. A pontuação dessas seis facetas ou os valores dos 24 itens do módulo WHOQOL-Old foi combinada para produzir um escore geral para a qualidade de vida em adultos idosos (CHACHAMOVICH, 2005).

A faceta “Funcionamento do Sensório” avalia a função sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na qualidade de vida. A faceta “Autonomia” refere-se à independência no idoso, descrevendo até que ponto é capaz de viver de maneira autônoma e tomar suas próprias decisões. A faceta “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” descreve o grau de satisfação sobre conquistas vividas e o que anseia. A faceta “Participação Social” verifica a participação em atividades do cotidiano, especialmente as que são desenvolvidas em comunidade. A faceta “Morte e Morrer” descreve as preocupações, inquietações e

temores sobre a morte e morrer. E a faceta “Intimidade” avalia as relações pessoais e íntimas (OMS, 2005).

3.5 Procedimentos para Coleta de Dados

Por tratar-se de um projeto universal institucionalizado na Unidade Acadêmica de Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (UAENFE/CES/UFCG), a coleta de dados foi efetuada durante os meses de novembro de 2014 e março de 2015, mediante a aplicação dos instrumentos junto aos idosos em seus domicílios.

A equipe de entrevistadores, previamente treinada, foi constituída pela equipe da pesquisa: o pesquisador responsável (Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem do CES/UFCG e Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRN), 13 (treze) alunos regularmente matriculados no Curso de Bacharelado em Enfermagem participantes do Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Envelhecimento e Qualidade de Vida (NEPEQ) vinculado ao Grupo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Saúde e Enfermagem (GEPISE) cadastrado no Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e 5 (cinco) Enfermeiros recém-egressos do CES.

3.6 Análise dos Dados

Para a análise dos dados quantitativos do estudo, inicialmente foi realizada a digitação das informações no programa *Excel* versão 2010, codificando todas as variáveis contidas nos instrumentos. Em seguida os dados foram importados para o aplicativo IBM SPSS *Statistics* 20.0, para a análise univariada, em que foram calculadas as frequências simples, para as variáveis nominais e ordinais; e medidas de posição (mínimo, máximo e média) e variabilidade (desvio padrão) para as variáveis quantitativas.

O *software* IBM SPSS *Statistics* também subsidiou a análise dos resultados para avaliação da qualidade de vida adotado pelo Whoqol-Old por meio de cálculos para o Escore Bruto das Facetas (EBF), Escore Médio Padronizado da Faceta (EPF), com valores entre 1 a 5 e o Escore Transformado da Faceta (ETF) variando de 0 a 100. Para pontuar o questionário corretamente, a seguinte lista de pontuação foi administrada (OMS, 2005):

(a) Escores altos representam uma alta qualidade de vida, escores baixos representam uma baixa qualidade de vida;

(b) Categorização dos itens nas escalas apropriadas. Para itens expressos positivamente, pode-se aplicar a classificação acima, na qual valores mais elevados representam uma melhor qualidade de vida. Para itens expressos negativamente, o escore tem de ser recodificado;

(c) Recodificação dos itens expressos negativamente, isto é, cada item identificado com um “*” na lista de pontuação tem de ser recodificado de modo que os valores numéricos atribuídos sejam invertidos: 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1. Ao fazer a recodificação, os escores altos em itens expressos positivamente refletirão uma qualidade de vida mais elevada.

(d) A utilização da lista de pontuação também é necessária para se identificar quais itens pertencem a uma faceta. Os itens a serem recodificados (veja etapa c) são marcados com um asterisco;

(e) A soma dos itens que pertencem a uma faceta produz o escore bruto da faceta (EBF). Sua amplitude situa-se entre o mais baixo valor possível (número de itens (n) x 1) e o mais alto valor possível (número de itens (n) x 5) da respectiva faceta. Para o módulo Whoqol-Old, cada uma das seis facetas inclui 4 itens, assim os valores dos escores brutos mais baixos o possível e mais altos o possível são iguais em todas as facetas (amplitude de 4 a 20);

(f) A comparação dos escores entre as facetas é possibilitada ao se comparar diretamente os escores brutos das facetas. Visto que todas as facetas incluem 4 itens com o mesmo formato de pontuação e classificação, não é necessária a transformação dos escores brutos (desde que todos os itens por faceta tenham sido respondidos);

(g) Caso o escore bruto da faceta seja dividido pelo número de itens na faceta, o escore (médio) padronizado da faceta (EPF) pode ter qualquer valor decimal entre 1 e 5. O valor 1 representa uma avaliação da qualidade de vida a mais baixa possível e o valor 5 uma avaliação da qualidade de vida a mais alta possível para o indivíduo;

(h) A transformação de um escore bruto para um escore transformado da escala (ETE) entre 0 e 100 possibilita expressar o escore da escala em percentagem entre o valor mais baixo possível (0) e o mais alto possível (100). Para se obter o escore transformado da faceta (ETF) (0-100), pode-se aplicar a seguinte regra de transformação: $ETF = 6,25 \times (EBF - 4)$.

(i) A produção do escore total do Whoqol-Old envolve a adição dos escores das facetas de uma pessoa usando todos os itens (ao invés dos itens da faceta somente) do questionário (mais uma vez prestando atenção ao procedimento de recodificação – veja os passos “b” e

“c”). Os itens podem ser adicionados para formar um escore bruto total (conforme o passo “e”, mas usando todos os itens), um escore (médio) padronizado total (conforme o passo “g”, mas usando todos os itens), ou um escore transformado total (0-100) (conforme o passo “h”, mas usando todos os itens).

(j) A acumulação dos valores de mais de uma pessoa – p.ex., uma faixa etária especial – pode ser realizada simplesmente se somando os escores das facetas e/ou os escores totais de cada indivíduo naquela amostra (a nível de escore bruto, médio/padronizado ou transformado) e dividindo o resultado respectivo através do número de participantes para produzir o escore médio do grupo correspondente.

3.7 Aspectos Éticos

Em conformidade com as exigências éticas em pesquisas, o desenvolvimento desta investigação cumpriu os princípios éticos estabelecidos nas diretrizes da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que aprova as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Com base nesta Resolução, foram assegurados os direitos e deveres dos participantes, bem como o anonimato, a autonomia, o sigilo e privacidade, a não-maleficência, a beneficência, a justiça, a equidade, entre outros. Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A), uma ferramenta obrigatória, para familiarização dos participantes com a proposta evidenciada na pesquisa e consentimento da participação livre de riscos ou danos significativos (BRASIL, 2012).

É importante destacar que para a realização deste estudo, a priori, foi solicitada a autorização da direção do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande bem como das Secretarias de Saúde dos cinco municípios envolvidos na pesquisa. Após a assinatura dos termos de autorização, o projeto original foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) da UFCG, obtendo a aprovação sob parecer nº 844.702 em 28 de outubro de 2014.

4 Análise e Discussão dos Resultados

O presente capítulo apresenta informações sobre a QV de idosos com HAS na região do Curimataú Ocidental Paraibano mais precisamente nos municípios de Barra de Santa Rosa, Cuité, Nova Floresta, Remígio e Sossego. Os dados foram obtidos diretamente de pessoas idosas por meio da aplicação de questionário de coleta de dados e do WHOQOL-Old a partir do projeto “Qualidade de vida do idoso e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú Ocidental Paraibano” vinculado ao NEPEQ do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande.

Para melhor organização, compreensão e apresentação dos resultados, o presente capítulo foi estruturado em três etapas, iniciando com a caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes; a segunda detalha o perfil do estilo de vida; e a terceira apresenta a avaliação da qualidade de vida de idosos com HAS.

4.1 Caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes

Os resultados da caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes do estudo estão descritos na Tabela 1, envolvendo as seguintes variáveis: faixa etária, sexo, cor/raça, estado civil, arranjo familiar, responsabilidade pelo domicílio, presença de cuidador, identificação do cuidador, religião, serviço de saúde utilizado, capacidade de leitura e escrita (alfabetização funcional), renda do idoso, renda familiar e avaliação das necessidades básicas.

Tabela 1 – Perfil socioeconômico e demográfico simplificado de idosos com HAS acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do Curimataú Ocidental Paraibano (n=237).

Variável	Categorias	Idosos pesquisados	
		<i>f</i>	%
<i>Faixa etária</i>	60 a 74	144	60,8%
	75 a 89	82	34,6%
	Acima de 90	11	4,6%
<i>Sexo</i>	Masculino	93	39,2%
	Feminino	144	60,8%
<i>Cor/Raça</i>	Branca	105	44,3%
	Parda	93	39,2%
	Amarela	04	1,7%
	Preta	34	14,3%
	Indígena	01	0,4%
<i>Estado civil</i>	Solteiro	23	9,7%
	Casado	133	56,1%
	Divorciado	07	3,0%
	Separado	01	0,4%
	Viúvo	71	30,0%
	União consensual	02	0,8%

Arranjo familiar	Sozinho	29	12,2%
	Somente com o cônjuge	64	27,0%
	Cônjuge e filhos	53	22,4%
	Cônjuge, filhos, genro ou nora	07	3,0%
	Somente com os filhos	25	10,5%
	Arranjos trigeracionais	31	13,1%
	Arranjos intrageracionais	05	2,1%
	Somente com os netos	04	1,7%
	Não familiares	02	0,8%
	Outros arranjos	17	7,2%
Responsabilidade pelo domicílio	Próprio idoso	166	70,0%
	Cônjuge	52	21,9%
	Filho(s)	15	6,3%
	Outro familiar	04	1,7%
Presença de cuidador	Sim	105	44,3%
	Não	132	55,7%
Identificação do cuidador	Cônjuge	29	12,2%
	Cônjuge e filhos	13	5,5%
	Cônjuge, filhos, genro ou nora	02	0,8%
	Somente os filhos	49	20,7%
	Outro idoso	01	0,4%
	Cuidador particular	06	2,5%
	Outros	05	2,1%
	Não tem cuidador	132	55,7%
Religião	Católica	199	84,0%
	Evangélica/Protestante	30	12,7%
	Nenhuma	8	3,4%
Serviço de atenção à saúde de primeira escolha	Sistema Único de Saúde	176	74,3%
	Convênios de saúde	16	6,8%
	Serviços privados	35	14,8%
	Farmácias	10	4,2%
Alfabetização funcional	Sim	122	51,5%
	Não	115	48,5%
Renda do idoso	Menor ou igual a 01 salário	173	73,0%
	Entre 01 e 02 salários	50	21,1%
	Acima de 02 salários	14	5,9%
Renda familiar	Menor ou igual a 02 salários	158	66,7%
	Entre 02 e 04 salários	64	27,0%
	Acima de 04 salários	15	6,3%
Avaliação das necessidades básicas	Muito boa	23	9,7%
	Boa	102	43,0%
	Regular	90	38,0%
	Ruim	13	5,5%
	Péssima	09	3,8%
	Total	237	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Diante dos dados apresentados pela Tabela 1, com relação à variável sexo, observou-se que houve uma predominância de participantes do sexo feminino (60,8%) acometidas pela HAS. Igualmente aos estudos realizados por Soar (2015) e Silveira et al. (2013), no qual se

obteve resultado de maior prevalência da HAS entre mulheres, com 82,30% e 66,4%, respectivamente, confirma-se o elevado grau de adoecimento no gênero feminino.

A HAS explica-se através de um contínuo aumento da pressão sistólica decorrente principalmente do avançar da idade, em que ocorre a perda da distensibilidade e elasticidade dos vasos de grande calibres e importantes para a circulação sanguínea. Nos idosos, o passar do tempo e a fragilização desses vasos favorecem o aumento das pressões sistólica e diastólica, provocando a diminuição do débito cardíaco e a menor capacidade de vasodilatação, e conseqüentemente uma maior resistência vascular periférica. A elevação da pressão arterial é observada em idosos exatamente pelo aumento considerável da resistência periférica e a queda do débito cardíaco, muitas vezes em virtude da aterosclerose (FREITAS et al., 2013).

Quanto à idade dos participantes, a maior parte dos idosos com HAS situa-se na faixa etária entre 60 a 74 anos (60,8%). Ressalta-se que um importante percentual possui entre 75 e 89 anos (34,6%) e apenas 4,6% da amostra têm acima de 90 anos. Em estudo realizado por Esperandio et al. (2013), a faixa etária de maior índice de idosos com HAS foi de 60 a 69 anos (64,8%). Corroborando este estudo, Mártires et al. (2013) mostraram em pesquisa realizada em Portugal que 58,8% dos idosos com HAS tinham idade entre 65 e 75 anos, o que evidencia a permanência da HAS entre os idosos de faixa etárias semelhantes. Em estudo realizado por Zattar et al. (2013) com idosos não institucionalizados e residentes na zona urbana de Florianópolis, observou-se uma prevalência de 84,6% de idosos com HAS e que a maioria (90,4%) apresentava idade entre 70 e 79 anos.

Abreu e Portela (2015) afirmaram que embora sejam elevadas as porcentagens da HAS na velhice, a probabilidade para adoecer deste agravo é cada vez maior, fazendo-se assim um alto índice de idosos hipertensos, análise que não inclui os fatores predisponentes extrínsecos, apenas a idade. Como irá ser destacado nos argumentos da variável sexo, o alto índice nessa faixa etária de acometidos por HAS se dá principalmente pelas mudanças fisiológicas que acontecem com o passar da idade que também podem ser acarretadas pelo mau estilo de vida adotado pelas pessoas.

É oportuno destacar que esta investigação é secundária a um estudo universal, cujo recorte foi feito apenas utilizando-se dados de idosos com HAS, o que pode caracterizar um viés amostral e assim justificar a distinção dos resultados quando comparados a outros estudos mundiais, uma vez que no grande projeto nem todos os participantes eram hipertensos.

Nas mulheres, o risco de desenvolvimento da HAS é consideravelmente maior ao envelhecer, afirmação consolidada com ensaio *Third National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES III) ao demonstrar que nas mulheres a pressão arterial sistólica (PAS) tem um aumento progressivo com passar dos anos, sobressaindo-se aos homens após os 70 anos; assim como a pressão arterial diastólica (PAD), que passa pelo mesmo processo um pouco mais cedo, aos 60 anos (CARBONARI et al., 2013).

Com o avançar da idade e a chegada da menopausa, as modificações no corpo feminino ocorrem através das alterações hormonais. Esse momento descrito como climatério, segundo a I Diretriz Brasileira sobre Prevenção de Doenças Cardiovasculares em Mulheres Climatéricas e Influência da Terapia de Reposição Hormonal (SBC, 2008; SOBRAC, 2008) e Carbonari et al (2013) é marcado geralmente pelo crescimento de massa corpórea que se relaciona à redução do metabolismo basal, privação de estrogênio, modificações hormonais, hábitos não saudáveis - como sedentarismo e desregularização da dieta - e a depressão, que favorecem o aumento dos níveis de colesterol, pressão arterial, glicemia, entre outros. Além disso, para Carbonari et al. (2013), a ligação dos riscos cardiovasculares e o uso de terapia hormonal de reposição (TH) tem sido analisada, já que a menopausa e a doenças cardiovasculares (DCV) ocorrem em fases próximas ou iguais na vida da feminina. Os mesmos autores revelam que na menopausa cerca de 80% das mulheres apresentaram HAS.

No Brasil, estudos desenvolvidos em diferentes cidades nestes últimos 20 anos, demonstram um adocimento pela HAS acima de 30%. Tendo como valor da PA $\geq 140/90$ mmHg, 22 estudos encontraram prevalências altas principalmente nos idosos com idade de 60 e 69 anos (superior a 50%) e de 75% naqueles com mais de 70 anos de idade. Com relação ao sexo, os homens sobressaíram as mulheres com 35,8% contra 30% delas, mostrando semelhança com resultados de outros países. Mesmo tendo uma equivalência no acometimento pela HAS entre homens e mulheres no mundo, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), diz que a diferença está na faixa etária, pois nos homens sua elevação se dá mais cedo até os 50 anos, e depois dessa idade a HAS iguala-se para ambos os sexos, elevando-se nas mulheres na sua sexta década, período que o gênero feminino passar pela menopausa e pós-menopausa (SBC, 2010; ABREU; PORTELA, 2015).

Para Abreu e Portela (2015) perfil epidemiológico como este se dá pela mudança da pirâmide populacional, haja vista a população idosa entrar em destaque e dentro de seu crescimento o gênero feminino mostra-se superior em nível quantitativo à população masculina, vendo-se assim, o porquê da alta porcentagem de mulheres acometidas pelas HAS. Outro fator contribuinte é a maior preocupação e cuidado das mulheres com sua exposição

aos riscos à saúde e a vida em comparação aos homens, preservando assim a vida e prolongando sua idade. Segundo Nogueira (2016), isto reafirma o aumento de mulheres idosas, colaborando para o surgimento da “feminização da velhice”, em que mostras-se a superioridade do gênero feminino nas variáveis sexo e idade dos dados pesquisados.

Nogueira (2016) e Ferrari et al. (2014) destacam que no censo realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) haviam 8.549.259 pessoas idosas do sexo masculino e 10.732.790 do sexo feminino, uma diferença equivalente a 2.183.531 para gênero feminino. Ferrari et al. (2014) ainda relacionam os dados apresentados com uma maior expectativa de vida feminina que é de 77,01 anos, já comprovada em alguns estudos a superioridade em relação a dos homens.

É oportuno destacar que esta investigação é secundária a um estudo universal, cujo recorte foi feito apenas utilizando-se dados de idosos com HAS, o que pode caracterizar um viés amostral e assim justificar a distinção dos resultados quando comparados a outros estudos mundiais, uma vez que no grande projeto nem todos os participantes eram hipertensos.

Em relação à variável cor/raça, a predominância foi a branca (44,3%), seguida da parda com 39,2%, demonstrando um percentual relativamente semelhante. Este é um resultado potencialmente compatível com a região em que o estudo foi desenvolvido. Victor et al. (2011), em pesquisa realizada também na região Nordeste (Fortaleza - Ceará) com portadores da HAS, a etnia predominante foi parda com (67%) e seguida a branca com (29%). Dourado et al. (2011) apontaram em sua pesquisa que conforme classificação do IBGE feita na cidade João Pessoa - Paraíba também houve uma maioria de pessoas pardas, seguido das brancas que estavam em tratamento da HAS.

Pesquisa feita por Carvalho et al. (2013) com população de idade 61,5 a 63,0 anos mostrou uma superioridade de brancos (68,3%), corroborando os números com as já citadas. Mesmo não tendo sido realizadas em região iguais, as pesquisas enfatizam um maior risco de acometimento da HAS nas pessoas não-brancas sem explicações científicas e apenas estimativa. É visível que para a comprovação da cor e raça mais predominante há uma necessidade de um estudo mais aprofundado em meio à miscigenação das regiões do Brasil que possibilite comprovar que a variação de etnias e localidades não influenciam para o diagnóstico da HAS e que todos estão susceptíveis caso não tenham cuidado com a alimentação e a prática de exercícios físicos.

Em contraponto aos resultados deste estudo, quando comparado os dados da variável cor/raça, a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão da SBH (2010), traz que a HAS tem uma

baixa prevalência em pessoas de cor branca, sendo seu público mais acometido àquelas de miscigenação não-branca. Os mesmos destacam que não se tem uma causa exata sobre os impactos da HAS no país quanto a influência da miscigenação.

Com relação ao estado civil dos pesquisados, percebeu-se a predominância dos idosos casados (56,1%), que juntamente com os participantes em união consensual (0,8%) totalizam 56,9%, o que significa afirmar que a maior parte da amostra convive com o (a) companheiro (a). Os participantes viúvos (30%), solteiros (9,7%), divorciados (3,0%) e separados (0,4%) somam 43,9% da amostra sem companheiro (a). De acordo com estudos de Esperandio et al. (2013), Basto-Barbosa et al. (2012) e Sass et al. (2012), os casados também são superiores às outras conjunções em suas pesquisas chegando a 64,8%, 63,0% e 55,0% da amostra, respectivamente.

Para corroborar as pesquisas citadas, Ferrari et al. (2014) citam em seu artigo que a maioria dos idosos acometidos pela HAS tem companheiro (a), o que configura-se como ponto positivo, já que os mesmos impulsionam em sua maioria o entrosamento do parceiro no cuidado a sua saúde. Denota-se, portanto, que a convivência de idosos com companheiro (a) pode facilitar o fortalecimento do tratamento não-medicamentoso e medicamentoso, além de proporcionar a estimular a participação de ambos nas propostas de autocuidado como mudança no estilo de vida, atividade físicas diárias, alimentação, acompanhamento médico entre outros, promovendo o controle e prevenindo as complicações da HAS.

É oportuno ressaltar que, embora a porcentagem de casados seja superior às demais conjunções conjugais, é preocupante o elevado quantitativo de idosos com HAS que não tem companheiro em seu cotidiano, uma vez que o auxílio deste para o cuidado com a doença é tido como positivo para a manutenção do tratamento. Daniel e Veiga (2013) mencionam que mesmo os separados tendo um percentual menor nas pesquisas, eles também são considerados minoria quanto ao grau de adesão ao tratamento quando comparados aos solteiros, casados ou viúvos.

No que versa a variável do arranjo familiar, 27,0% dos idosos referem que conviviam somente com o cônjuge e 22,4% na junção de cônjuge e filhos. Em estudo realizado por Mártires et al. (2013), a superioridade dos idosos que viviam com seus cônjuges se fez também presente com 66%, porém não há relatos detalhados se estavam inclusos nessa porcentagem àqueles que viviam com filhos e cônjuges. Lima et al. (2014) apontam que o envolvimento dos idosos participantes do estudo com a família foi visto como ótimo por 47,67% dos entrevistados e a atuação dos familiares assistência a vida e a saúde do idoso foi relatada como significativa por 74,49%. Colocando o papel dos familiares na participação na

rotina do idoso, 47,32% fazem acompanhamento aos serviços de saúde e 42,38% em atividades de lazer/sociais. Quanto ao que mais se importam na atenção à saúde do idoso destacam-se os filhos (45,57%) e em seguida os cônjuges/companheiros (27,92%).

Barreto e Marcon (2014) referem em seu estudo realizado no município de Maringá - PR com pessoas com HAS que os familiares são fundamentais para o auxílio no tratamento da doença, sobretudo na colaboração para a aceitação do processo de adesão ao tratamento e da adesão de práticas de autocuidado. Quanto ao controle da PA e a diminuição dos riscos de complicações cardiovasculares, como um dos maiores desafios no combate à HAS e à adesão ao seu tratamento, os pesquisados relataram que a família pode ser uma grande aliada dos hipertensos e do desenvolvimento da assistência dos serviços de saúde.

Quando avaliada a responsabilidade pelo domicílio, a pesquisa demonstrou que 70% dos idosos são os encarregados por suprir as necessidades da família. Como Nogueira (2016) cita em seu estudo, essa porcentagem expressa o grau de permanência da autonomia de muitos idosos perante seus afazeres e compromissos. Garcia et al. (2016) frisam que com processo de envelhecimento as modificações tornam-se aparentes como as reduções das funções orgânicas, o declínio funcional entre outros que dia-a-dia, vão afetando os idosos num processo fisiológico que quando acompanhado por uma doença crônica como a HAS pode comprometer cada vez mais os limitando de desempenhar atividades simples e diárias.

Rabelo et al. (2010) descrevem que um contribuinte em destaque para as mudanças de autonomia e qualidade de vida dos indivíduos na velhice é a HAS, pois a mesma colabora fisiologicamente interferindo quando não tratada corretamente e com atenção no emocional, na capacidade física e intelectual do ser, na interação social e em outro meio de atividade cotidianas. Por outro lado, Longo et al. (2011) destacam que quando o tratamento da HAS é feito com cuidado e seguindo todas as orientações pelo idoso por meio das mudanças no estilo de vida, no âmbito alimentar e físico, mantendo o tratamento medicamentoso conforme prescrito, e com acompanhamento de uma equipe multiprofissional, torna-se menos impactante a HAS para desenvolver suas atividades, uma vez que os idosos devem saber de suas limitações e que mesmo em tratamento ele pode realizar suas atividades tendo uma vida saudável e evitando-se agravos a saúde.

Quando ao alto percentual de entrevistados sendo responsáveis pelo domicílio de (70%) na pesquisa, Rocha e Lima (2012) corroboram este achado destacando que em seus dados os idosos provedores da família tinham um quantitativo de 64,1% do total e que todos esses idosos são os responsáveis primários da economia das suas famílias, como dados segundo a pesquisa nacional por amostra de domicílios do (IBGE), entre esses idosos 43%

vivem com um salário mínimo, 29% com um e dois salários mínimos e mais de dois salários mínimos 22,9%. Destes 57,9% são aposentados, 11,4% são pensionistas, 8,1% são aposentados e pensionistas. Para a pesquisa em análise, vê-se a probabilidade dos entrevistados em estudo serem quase 100% apenas aposentados, já que em seus relatos a maioria alegou receber menos ou igual a um salário mínimo base da aposentadoria.

Pela alta porcentagem de idosos provedores de seus lares e responsáveis pela renda familiar, Silva et al. (2012) relacionam o assunto citado aos abusos financeiros que muitos idosos sofrem. Essa prática violenta que frequentemente são realizadas, até mesmo pelos mais próximos, é marcada pelo furto de bens e dinheiro, realização empréstimos consignados indevidos e apropriação de senhas com cartão de contas bancárias. Em alguns casos essa agressão é mais preocupante quando os idosos passam a ser apenas o provedor e responsável pelos gastos da família, sendo mantido em seu ciclo familiar apenas para prover sua renda devido sua aposentadoria.

Vanzella et al. (2011) destacam quanto à positividade da participação dos idosos na responsabilidade da renda familiar como também sua permanência no mercado de trabalho, devido à baixa remuneração da aposentadoria por vários motivos como a necessidade de uma renda complementar para família, vontade de permanecer no mercado de trabalho se sentindo útil, assim entendendo que trabalho ideal para os idosos o tornando mais ativo, participativo e envolvido com a sociedade e sua família, tido assim como aspecto positivo do trabalho na velhice. Já no âmbito da negatividade, em sua maioria é vista apenas nos casos que a função exercida pelo idoso venha afetar sua saúde ou problematizar sua potencialidade física.

Quanto às variáveis presença de cuidador e a caracterização desse cuidador, o resultado demonstra que 55,7% dos idosos entrevistados alegaram não possuir cuidador. É importante mencionar que em se tratando da caracterização do cuidador, o destaque é para a participação dos filhos e cônjuges no cuidado ao idoso, já que 20,7% afirmaram ter somente os filhos como cuidador e 12,2% os próprios cônjuges. Em seu estudo, Nogueira (2016) reforça a importância do papel da família como primeira assistência ao cuidado do idoso.

Barreto e Marcon (2014) descrevem que o suporte e apoio familiar para favorecer a mudança de hábitos necessita da contribuição de todos como reais cuidadores. Pois não basta cuidado impondo limites e regras como no caso da HAS que além do processo de tratamento medicamentoso, o acometido passar a se submeter a uma transformação de estilo de vida buscando dessa forma a manutenção e estabilidade dos níveis pressóricos. Por vezes, essas modificações podem afetar a família e cuidador que, como relatado na pesquisa, são filhos e cônjuge em sua maioria. A atenção e o cuidado ao idoso estão garantidos em seu Estatuto do

ano de 2006 perante o art. 3.º, garantindo sua absoluta prioridade, direito à vida, ao respeito, à convivência familiar e comunitária, além de todas as suas necessidades humanas básicas.

Quanto aos idosos terem apenas uma porcentagem de 2,5% para cuidadores particulares, Nogueira (2016) associa esse dado a fatores como falta de recursos financeiros para manter um cuidador; potencial independência, autonomia e capacidade funcional para o autocuidado; ou por opção do próprio idoso. Alguns justificativas são de sua auto-dependência, pois são poucas as coisas que se necessita de auxílio para realizar descarecendo de cuidador. Um ponto a ser tocado também é que os “cuidadores familiares” em muitas das vezes são vistos apenas como prestadores de uma atenção momentânea, tendo seus afazeres durante o dia e em alguns momentos fornecendo sua assistência ao idoso, já o cuidador particular é diferente porque tem em um tempo estabelecido para assistencializar o idoso.

No que diz respeito à variável religião, a crença católica predomina com 84,0% da amostra. Corroborando este resultado, o estudo feito por Alvarenga et al. (2012) também demonstrou que em relação à prática religiosa, 56,5% são católicos. Mesmo o Brasil sendo considerado um estado laico, chama-se atenção para o alto índice de católicos, cuja influência advém dos colonizadores de outros países que trouxeram suas crenças. Lucchetti et al. (2011) destacam que o processo que liga a religião/espiritualidade ao desempenho da saúde humana já é registrado de muitos séculos passados, onde na Grécia, são vários os relatos de promoções de cura e adoecimento através de deuses. Na idade medieval a força religiosa era tão grande sobre a medicina que as práticas médicas só aconteciam sobe liberação religiosas. Ademais, a ênfase maior entre religião e saúde se deu por estudos epidemiológicos que em seus desfechos enfatizaram que pessoas acometidas por doenças e de prática religiosas ativas tinham melhor desempenho clínicos aos que não tem crenças religiosas.

Lucchetti et al. (2010) descrevem a relação entre religiosidade e espiritualidade, em que resultados clínicos e laboratoriais demonstram influência na saúde das pessoas, provocando menores níveis de cortisol e mortalidade entre os religiosos. Cres et al. (2015) citam em seus estudos quanto a investigação dessa temática da relação religião e saúde, no qual afirmam que a fé e crença melhoram a satisfação com a vida, diminui o comportamento delinquente, aumenta as células CD4 (células T auxiliares), diminui o cortisol, diminui a interleucina, aumenta a longevidade, apresenta menor índice de acidente vascular cerebral, hipertensão arterial e aumenta a probabilidade de as pessoas aderirem à prática de exercícios físicos. Dentre os pacientes com HAS, esse demonstrativo expõe que naqueles com maior fé religiosa há uma menor reatividade da PA. Essa menor reatividade da PA provocada pela religião é predominante em pessoas idosas, cuja crença e fé são mais evidentes.

A atenção à saúde e o cuidado contínuo são primordiais para manutenção da saúde de todos. Essa assistência é garantida constitucionalmente como expressado no art. 15 do Estatuto do Idoso onde o mesmo diz que o Sistema Único de Saúde (SUS) em seu pleno funcionamento tem dever de atender de forma integral, universal e igualitário todo e qualquer idoso, o assegurando ações e serviços de saúde e ainda deve dar atenção especial às doenças que os acometem preferencialmente os da velhice, neste caso pode-se citar a HAS.

Diante dessa realidade, a maioria dos entrevistados relatou que tem como primeira escolha para cuidar de sua saúde a utilização dos serviços ofertados pelo SUS, com prevalência de 74,3%. Lima et al. (2014) ressaltam que em sua maioria, os acometidos pela HAS, têm como porta de entrada para esse serviço a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que como serviço primário tem a função de promover a promoção, proteção e recuperação da saúde aos acometidos por HAS, sobretudo por meio de programas que prezam pela manutenção e cuidado aos agravos.

Essa alta prevalência na utilização dos serviços de saúde gratuito do SUS entre os hipertensos se dá por meio do programa existente e considerável eficaz voltado para os indivíduos portadores da HAS denominado Hiperdia. Esse programa tem objetivo de organizar e melhorar a atenção aos clientes do SUS que são acometidos pela hipertensão e diabetes mellitus (DM) através de cadastro e melhor acompanhamento, a fim de garantir para os gestores em geral informações do desenvolvimento e assistência da HAS e da DM no âmbito da saúde pública. Assim o Hiperdia atua no acompanhamento integral dos acometidos por essas doenças, com consultas médicas, de enfermagem e nutricional, orientações gerais da prevenção dos agravos, fornecimento de medicamentos, o que é essencial para a melhoria de qualidade de vida dos acometidos. Dentre os usuários desse programa, estudos afirmam que 80% delas estão na fase da velhice (MACHADO; VIEIRA, 2015).

Em análise numérica da variável alfabetização funcional foi observada que dos entrevistados, 51,5% alegaram que sabiam ler e escrever. A escolaridade é considerada uma peça chave de grande importância para manutenção da saúde, pois, a uma facilitação do *feedback* positivo quanto as orientações e informações sobre promoção da saúde, prevenção das doenças, compreensão do problema e adesão ao tratamento (ESPERANDIO et al. 2013). Um dado importante citado por Andrade et al. (2014) é com relação a essa variável, pois destacam que em pesquisas já realizadas no Brasil o maior número de acometidos pela HAS são em indivíduos idosos com baixa escolaridade, compatibilizando com as informações nacionais e outras pesquisas. Entretanto, o mesmo relata um viés das pesquisas pois foram realizadas em locais propícios para resultado.

Para Machado e Vieira (2015) A falta de escolaridade dos idosos de hoje é reflexo da desvalorização da educação de antigamente, em que a força de trabalho era o foco do governo e isso contribuiu para a diminuição da autonomia e dependência funcional nos idosos de hoje.

Em um país onde a aposentadoria e as leis de previdências ainda estão em debate no congresso, a renda categorizada do idoso foi destacada com percentual de 73,0% para aqueles que possuíam o salário menor ou igual a 1 (um) salário mínimo. Tais achados corroboram as pesquisas feitas por Mendonça et al. (2012) e Meira et al. (2013) em que os percentuais foram de 52% e 90,0%. Para eles os elevados números de idosos aposentados contribuem para alto índice renda mínima. Em comparação a variável renda familiar, evidenciou-se que os idosos são os fornecedores da renda da familiar ou são os que entram com maior parcela dessa renda, já que na pesquisa realizada, 66,7% informaram que possuíam renda menor ou igual a 2 (dois) salário mínimo mensais.

Como já citado e sendo reafirmado por Machado e Vieira (2015), a maioria dos idosos tem renda mediante suas aposentadorias, e com alto índice de apenas um salário mínimo, o que demonstra uma estrutura salarial incompatível para o atendimento das suas necessidades e do grupo familiar. Como visto na pesquisa, 66,7% dos entrevistados alegaram ter renda familiar menor ou igual a 2 salários mínimos. Associando sua renda às condições de vida árduas, há o favorecimento de uma maior exposição a fatores de risco e menor acesso à saúde por desinformação e maior vulnerabilidade social.

Para corroborar este estudo, Abreu e Portela (2015) disseram que 66% de seus entrevistados tinham renda familiar baseada em mais de um salário mínimo. Para os autores, a renda individual e familiar é capaz de influenciar no princípio e desenvolvimento do tratamento da HAS, especialmente porque em sua maioria os idosos tem sua sustentabilidade familiar na aposentadoria.

São os vários níveis socioeconômicos que envolvem a variável avaliação das necessidades básicas, entre elas é possível citar a escolaridade, que para Alvarenga et al. (2012) é um indicador preciso de uma população por estar relacionada às possibilidades de acesso a emprego e renda, alimentação, moradia, esporte, lazer e a utilização dos serviços de saúde. Na pesquisa em análise foi observado que na variável da avaliação das necessidades básica, a maioria dos idosos disse que na escala de categorias que vai de muito boa a péssima, houve uma predominância da resposta boa, com 43,0%, observando-se a prevalência de satisfação da maioria dos idosos participantes.

Porém, conforme a lei 10.741, suas necessidades são asseguradas por meio do estatuto do idoso, como no art. 2 que garante ao idoso gozar de todos os direitos fundamentais como a

qualquer pessoa, garantido através dessa lei ou por outros meios como as políticas voltadas para este segmento populacional, todas as oportunidades e facilidades de preservação de sua saúde e em sua evolução moral, intelectual, espiritual e social, dando-lhe direito à liberdade e dignidade. Além disso, o art. 20 reforça que o idoso tem direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade, responsabilizando assim a família, o Estado e a sociedade a disponibilidade do fornecimento das necessidades básicas de vida desses indivíduos.

4.2 Perfil de estilo de vida

Para melhor compreender a sua influência na HAS, foi também investigado o perfil de estilo de vida dos participantes, o qual está descrito na Tabela 2, presente neste tópico, mediante respostas dadas pelos idosos participantes do estudo, envolvendo as seguintes variáveis: uso de cigarro (tabagismo), consumo de bebida alcoólica, exercício físico e nível de estresse.

Tabela 2 – Caracterização do estilo de vida de idosos com HAS acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do Curimataú Ocidental Paraibano (n=237).

Variável	Categorias	Idosos pesquisados	
		f	%
<i>Tabagismo</i>	Sim	26	11,0%
	Não	211	89,0%
<i>Consumo de bebida alcoólica</i>	Sim	23	9,7%
	Não	214	90,3%
<i>Exercício físico</i>	Sim	90	38,0%
	Não	147	62,0%
<i>Nível de estresse</i>	<i>Média = 4,02</i>		
	<i>Desvio padrão = 3,160</i>	<i>Mínima = 0</i>	<i>Máxima = 10</i>
	Total	237	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A variável que verifica o percentual de fumantes destacou-se por um alto índice de declarados não fumantes (89,0%), sendo apenas 11,0% fumantes. Freitas et al. (2012) corrobora este resultado, que em seus estudos destacam que o número de usuários de tabagismo equivalia a 11,7% dos entrevistados e 88,3% declaravam-se como não fumantes. Ainda com percentual equivalente Luz et al. (2014) trazem em sua análise que 85,6% das pessoas não fumavam e apenas 14,4% eram tabagistas.

Pinto e Ugá (2011); Nepomuceno e Romano (2014) trazem que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o tabagismo está entre um dos maiores problemas de saúde pública, pois é um grande contribuinte para alto índice de morte e doenças no mundo, já que mesmo tem um alto poder de promover a dependência aos que usam gerando com passar do tempo várias alterações fisiológicas que afetam prejudicialmente aparelhos respiratórios, circulatório, digestivo entre outros. Os autores destacados também estimam que cerca de 1 bilhão e 300 milhões de pessoas no mundo são fumantes, sendo um quantitativo de 2 bilhões passivos.

Lima et al. (2013) enfatizam que dentre as influências do tabagismo no processo fisiológico, as modificações na circulação e pressão cardíaca são constantes fatores de risco, configurando-se assim, facilitadores para agravos como HAS entre outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Mediante o que já foi explanado, compreende-se o quão é importante evitar o primeiro contato com as substâncias do tabaco como a nicotina, considerado um agente viciante e promotor de vários problemas de saúde.

Composto por várias substâncias, Focchi (2003), Duarte et al. (2014) e Elihimas Junior et al. (2014) citam a nicotina, monóxido de carbono (CO) e o alcatrão como as principais. Essas substâncias tem grande poder de complicações no corpo humano, favorecendo o surgimento de doenças ligadas ao cigarro como: doenças cardiovasculares, respiratórias e as que também afetam órgãos e sistema que os ligam.

Elihimas Junior et al. (2014) disseram que ao fumar um indivíduo libera em seu corpo mais de 4000 partículas e gases nocivos ao organismo humano, sendo compostas por cádmio, chumbo e metais pesados que são propulsores para alterações no organismo como: aumento da pressão arterial, frequência cardíaca e resistência vascular periférica propiciando os agravos para HAS.

Focchi (2003) enfatizou a nicotina em seu estudo, expondo seus agravos para o sistema cardiovascular. Por ser uma substância psicoativa, com alto poder viciante e de prazer para satisfação, sendo absorvida pelo pulmão com metabolização no fígado, essa substância chega rapidamente no sistema arterial por meio do sistema nervoso central (SNC), acumulando-se no corpo. O seu uso é tão grave quanto ao uso de drogas como cocaína e o da heroína. A nicotina rompe muitas barreiras de vários sistemas provocando efeitos sobre os neuromediadores e gânglios autonômicos do corpo, os aumentando de produção como ocorre na noradrenalina que atua no aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial e à vasoconstrição periférica.

Mediante isso Lopes et al. (2013) ressaltaram que tabagismo é uma doença, e que como qualquer outra merece a total atenção do poder público, fornecendo através de programas de combate ao fumo apoio, aconselhamento, acompanhamento e tratamento psicológico, médico, farmacológico, cultural, inclusivo e social. Essas intervenções em saúde devem ter o interesse de provocar ao fumante a eliminação do tabagismo em seu dia-a-dia, já que o mesmo contribui significativamente para o aparecimento de várias doenças.

Quanto à atuação do enfermeiro Diniz e Tavares (2013) e Duarte et al. (2014) descreveram esse profissional como protagonista na atuação em equipe multiprofissional, produzindo em nível de qualquer atenção, levantamento de dados, avaliações estatísticas, eventos voltados para população, com interesse de gerar reflexões dos problemas de saúde gerados pelo uso do tabaco, tanto para usuários como familiares e sociedade, contribuindo para surgimento de hábitos mais saudáveis.

Assim como o tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas também é um importante agravante para os problemas cardiovasculares como a HAS. O resultado obtido para esta variável suscita uma análise positiva por ter um grande demonstrativo de idosos que alegaram não fazerem uso de bebidas alcoólicas (90,3%). Ratificando esse achado, Stival et al. (2014) em sua análise, obtiveram como resultado o percentual de 90,3%, que também alegavam não serem etilistas. Sendo um louvável significado para a saúde pública, Vitor et al. (2011) afirmam em sua pesquisa o número de 90,0% dos pesquisados que se descreveram como não usuários de álcool, apontando menores riscos para doenças graves provocados pelo alcoolismo.

Diante de excelentes percentuais das pesquisas destacadas no parágrafo anterior, Senger et al. (2011) destacaram que embora seja a baixa porcentagem de consumidores nos resultados dos estudos realizados, esse número vem em crescimento ao longo do tempo quando em comparação aos passados, isso é que destaca estudos feitos em idosos que passaram por hospitais gerais apresentando algumas alterações provocadas pelo álcool. Dentre as alterações destaca-se a admissão de idosos em sintomas de alcoolismo em processo de infarto, principalmente naqueles que já derivam de problemas cardíacos como HAS. Por ser prejudicial à saúde de qualquer indivíduo, o consumo do álcool na terceira idade é muito mais impactante, pois seu excesso vai influenciar no desenvolvimento de muitos sistemas do organismo, comprometendo assim a saúde do idoso, muitas vezes fragilizada.

Silveira et al. (2013) discorreram em seus estudos que o consumo de bebida alcoólica, principalmente em excesso e diariamente, tem efeitos graves para alguns sistemas do corpo humano, como a elevação da PA, comprometimento dos rins e a fragilização do fígado -

principal órgão que como no tabagismo também tem a função de degradação das moléculas do álcool por meio da atuação do sistema P450 -, tendo sua maior metabolização pelo fígado, comprometendo assim o desenvolvimento do trabalho do fígado e das artérias adjacentes. Segundo o mesmo estudo com hipertensos que fazem parte do programa Hiperdia, foi ligado a desencadeamento da HAS como também aos seus agravos fatores como a idade, obesidade, escolaridade, tabagismo, circunferência abdominal, que está ligada diretamente para o favorecimento de doenças cardiovasculares e a bebida alcoólica. Assim, são esses fatores da escolha do estilo de vida do indivíduo que contribuem para a elevação dos níveis pressóricos.

Conforme o percentual da variável sobre a prática de atividade física, os dados foram preocupantes, pois o resultado obtido foi de 62,0% para àqueles que se denominaram inativos. Em pesquisas realizadas por Malta et al. (2015) e Stival et al. (2014), em que ambos corroboraram o estudo em análise, os resultados foram equivalentes (entre 61,7% e 62,7%) para os participantes que alegaram não praticar exercícios físicos. A variável também menciona que 38,0% dos entrevistados alegaram fazer algum esporte. Luz et al. (2014) referiram que idosos que praticam exercícios físicos normalmente fazem parte de grupos de convivência em que a maioria têm a caminhada como primeira opção e sua pratica é de apenas uma vez por semana e menos que uma hora ao dia.

Santos et al. (2011) disseram que baseado em literaturas e estudos realizados pelos mesmos, a HAS influencia na limitação, na capacidade e no desenvolvimento de atividade físicas dos idosos, o prejudicando nos seus afazeres cotidiano e o impossibilitando muitas vezes na prática de exercício físicos. Assim observa-se o questionamento relacionando o alto índice de idosos que não realizam atividades físicas e o que os impossibilitam para sua realização. Importante mencionar também é a escolha da atividade física e o acompanhamento de uma equipe multiprofissional no desenvolvimento dessa prática já que se tratando de idosos e ainda mais acometidos por DCNT como a HAS. A melhor forma para uma prática esportiva certa seria após uma avaliação profissional em que o mesmo iria indicar quais exercícios o idoso poderia realizar, favorecendo assim a melhoria da sua saúde.

Segundo Silva et al. (2013), a prática de exercício físicos é primordial para a manutenção e controle pressórico de cada indivíduo, pois além de manter e favorecer os parâmetros normais da PA, o exercício também colabora para evitar agravos a saúde como também a outros sistemas. Tudo isso só se faz possível com uma modificação no estilo de vida através de dieta balanceada, prática de atividade física regular, consulta e exames médicos regulares.

Leite et al. (2012) mencionaram em seu estudo que indivíduos da velhice que não praticam algum tipo de esporte tem além do processo fisiológico de atrofia muscular, uma menor massa muscular, assim colaborando para um aumento na prevalência de idosos com incapacidade físicas e mais doentes.

Silva et al., (2013) reafirmaram em seus estudos que no âmbito da prática de atividades esportivas, seja ela qual for, a maioria dos idosos se afirmam como sedentários, pois não tem costumes diários para praticar exercícios. Um dos benefícios da atividade física é a sua colaboração na intervenção no tratamento da HAS, atuando como forma de tratamento não medicamentoso. A prática de exercício regular é considerando junto com uma dieta regrada e balanceada como uma das principais intervenções para os acometidos com a HAS, favorecendo assim a normalidade dos níveis da PA e redução da mesma nos indivíduos pré-hipertensos e já hipertensos.

Para Lopes et al. (2014) e Nascimento Junior et al. (2012), o exercício físico - como até mesmo uma caminhada de 30 minutos ao dia -, é fundamental para melhoria da saúde pois tem forte impacto na vida das pessoas, principalmente da velhice. Tem como melhorias a estabilidade da saúde corpórea, a disposição nos indivíduos idosos, benéficos circulatórios, controle da glicemia, diminuição da massa gorda com fortalecimento das suas estruturas como a massa muscular e articulações, melhora na flexibilidade, diminuição da perda de massas ósseas, aumento da densidade óssea além de propiciar a inclusão na sociedade com o convívio nos locais da prática física.

Na variável que compete analisar o estresse dos idosos participantes, o resultado demonstra uma média equivalente a 4,02, levando em consideração a mínima de 0 e a máxima de 10, o que é possível ser considerado um nível intermediário de estresse dos participantes.

Garbaccio et al. (2014) e Nascimento Junior et al. (2012) relataram que para o indivíduo na velhice, modificações no cotidiano como alterações físicas sujeitas pela idade são condições favoráveis para desenvolvimento do estresse no idoso. Alguns dos principais fatores também são a perda de autonomia, mudança no estilo de vida seja qual for a origem, exclusão pela sociedade, conflitos familiares, pouca valorização e problemas de saúde como acometimento por DCNT, são todos determinantes para ocorrência de casos de estresse nessa faixa etária.

Para Silva et al. (2013), a HAS tem associação direta com a estresse mental crônico que principalmente afeta as pessoas na velhice. Isso se dá por meio do desencadeamento do estresse em ocasiões de inquietude, preocupação, medo, apreensão e nervosismo, que atuam

de forma direta na modificação hormonal e sistêmica no corpo humano, assim, tornando-se um dos principais fatores promotores da HAS.

Melo et al. (2013) trouxeram que no processo de envelhecimento, entre os fatos estressantes, existem dois tipos que são denominados como: egocêntrico e não-egocêntrico. O egocêntrico é desencadeado por momentos e preocupações relacionadas a seu ser, onde o mesmo preocupa-se com seu estado de saúde, finanças e sua autonomia. Já no não-egocêntrico, o estresse se desencadeia pela preocupação ligada a pessoas importantes para os idosos, como familiares e amigos. Essa preocupação é facilitadora de problemas pressóricos, favorecendo muitas vezes sua elevação como no caso da HAS, já que fisiologicamente as estruturas não tem a mesma contribuição para a circulação sanguínea devido o enrijecimento das principais artérias, facilitando assim a ocorrência de problemas cardiovasculares.

Conforme seu tipo, os eventos estressantes também são relacionados em fases do estresse. Garbaccio et al. (2014) destacaram que no início é observado uma fase tida como alerta. Nesta fase os idosos não denominam o momento como estressante devido suas sensações serem menos preocupantes como palidez, taquicardia e taquipneia. Mesmo que seja um evento simples, já é evidenciada a influência do estresse com o sistema cardíaco e circulatório, provocando um desajuste e alterando seus parâmetros. Na HAS essa fase predomina em conjunção à aquisição de conhecimentos da doença como na primeira consulta e tratamento por se tratar de uma doença que não há cura e o idoso terá que conviver durante toda a vida com a doença. A fase de resistência é vista como a colaboradora da Síndrome de Adaptação Local (SAL), por ser composta por sintomas psicossociais entre eles a ansiedade, medo, isolamento, oscilação do apetite que colaboram para fragilização fisiológica dos idosos. Na exaustão, o estresse define-se pelo perigo dos agravos como a depressão devido a incapacidade do estado psíquico do idoso não conseguir retornar ao seu equilíbrio, contribuindo para aparecimento de doenças orgânicas e mentais como depressão.

Como atuação dos profissionais de enfermagem no tratamento e combate ao estresse, Santos et al. (2012) destacaram que os profissionais da enfermagem podem promover ações psicodinâmicas, por meio de comunicação terapêutica, apoiando, realizando consultas, roda de conversas, orientações, educação em saúde, e sempre buscando fornecer ao acometido pelo estresse um caminho para seu bem-estar.

4.3 Avaliação da qualidade de vida de idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica

Para a avaliação da qualidade de vida (QV) de idosos com HAS, foram calculadas as médias do Escore Bruto da Faceta (EBF) que correspondem ao somatório dos itens que pertencem a cada uma das facetas, cuja amplitude varia entre 4 e 20. Os resultados podem ser verificados na Tabela 3.

Tabela 3 - Escore Bruto das Facetas (médio) do questionário WHOQOL-Old com base na percepção de idosos com HAS (n=237).

Facetas	EBF (m) ± dp
Funcionamento Sensorio (FS)	14,76 ± 3,65
Autonomia (AUT)	13,89 ± 3,23
Atividades Passadas, Presentes e Futuras (PPF)	15,01 ± 2,46
Participação Social (PSO)	13,51 ± 2,98
Morte e morrer (MEM)	14,33 ± 4,31
Intimidade (INT)	14,12 ± 4,59
Total	14,51 ± 0,54

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Legenda: m = média; dp = desvio padrão; EBF = Escore Bruto da Faceta; EPF = Escore Padronizado da Faceta.

De acordo com os resultados observados na Tabela 3, a faceta que obteve o melhor desempenho foi “*Atividades Passadas, Presentes e Futuras*” (EBF=15,01), referindo-se à satisfação dos idosos com as realizações na vida e com objetivos a serem alcançados. Ao contrário, a faceta de pior desempenho foi “*Participação Social*” (EBF=13,51), que teve escores significativamente abaixo das demais, revelando uma pequena capacidade de participação em atividades do cotidiano, especialmente àquelas desenvolvidas na comunidade, o que expressa uma pior QV neste aspecto.

Segundo Andrade et al. (2014), a HAS tem influência no cotidiano e na QV do indivíduo idoso, intervindo assim na promoção do seu bem-estar. Mediante esse assunto, Tavares et al. (2013) trouxeram em seus estudos que para avaliar a interação dos idosos na comunidade utiliza-se a faceta participação social do instrumento WHOQOL-Old, e que diante de alguns resultados identificou-se que a escolaridade e renda interferiam significativamente no acesso do lazer e diversão dos idosos, podendo gerar efeitos negativos à sua saúde. Observou-se que o ambiente como a localização de convivência e moradia tinham também fatores negativos a essa faceta, pois, tem-se de um lado o meio rural disponibilizando pouco acesso às atividades sociais e um meio urbano mais abrangente a acessibilidade, já que há uma aglomeração maior de pessoas e eventos sociais. Junto a isso, o fator predominante na influência da faceta participação social está a renda mensal, que em sua maioria é de apenas

um salário mínimo, dificultando assim sua participação nas atividades da comunidade e comprometendo a sua QV.

Para corroborar o estudo em discussão, Andrade et al. (2014) afirmaram que a baixa QV é proveniente de uma pequena participação social e de hábitos como o de viver sozinho. Para os mesmos autores, costumes assim favorecem o aparecimento de problemas psicossociais gerados pela solidão em pessoas que vivem só, sobretudo por falta de atenção assistencial da família e da sociedade. Em contradição, em estudos destacados pelos autores mencionados, viver sozinho não está associado à diminuição da QV. Na verdade, a vulnerabilização dos níveis da saúde do idosos seriam os reais motivos da necessidade que levariam os mesmos a ter que morar com familiares ou instituições assistenciais, vindo atingir de forma negativamente a QV do idoso.

Tavares et al. (2015) destacaram em seus estudos que a participação social obteve menores escores por ter influência direta das modificações necessárias e feitas pelos portadores da HAS, como na alimentação, maus hábitos e uso de medicamentos, os quais podem, devido a algumas restrições e adequações, provocar constrangimento e incômodo aos hipertensos no comparecimento de festas e eventos sociais. Muitos dos pacientes acometidos por HAS buscam evitar eventos, prejudicando assim sua participação social por não degustar alimentos que prejudiquem na manutenção e controle da HAS. Esse tipo de atitude mostra-se favorável à negatividade da participação social no cotidiano do idoso e sua inclusão na comunidade. Para isso ser evitado, a atuação dos idosos na participação de grupos de saúde e de terapias comunitárias de exposição quanto aos receios, medos, experiências e inseguranças, colaboram para um *feedback* positivo no incentivo ao enfrentamento de situações vividas.

Quanto à importância do tratamento da HAS para a faceta participação social, em pesquisa feita por Tavares et al. (2016), os idosos que não faziam tratamento eram os mesmos que relatavam maiores problemas de saúde, o que concorre para a dificuldade e limitação da atuação do idoso na participação em atividades de desenvolvimento social. Mediante essas consequências há um comprometimento no estado físico, emocional, psíquico e social, impossibilitando-os à participação em atividades cotidianas no contexto social.

Falcade et al. (2011) descreveram que os idosos participantes de seu estudo têm uma QV mediana e que a faceta atividades passadas, presentes e futuras, foi destacada pelos mesmos como a satisfação de conquistas na vida e das coisas que ainda anseiam, tem nesse escore a média 3,24 com desvio padrão de 0,65. No estudo em discussão essa média foi de 2,64, mostrando que os participantes desse estudo obtiveram melhor desempenho em comparação ao supracitado. É primordial, principalmente para os idosos, a sua socialização

comunitária. É por meio dessa participação que o mesmo vai ter a oportunidade de compartilhar de suas conquistas e perdas. Portanto, através dessa socialização constata-se a importância do idoso contar com alguém que colabore no seu dia a dia, como por exemplo: escutando, orientando, explicando e o incluindo nas modificações da sociedade. Em sua maioria esses momentos são vivenciados entre familiares e amigos, mas nem sempre os idosos possuem filhos ou familiares próximos, podendo apenas contar com amigos para interagir e dialogar, o que forma uma pequena rede de apoio que muitas vezes não o inclui na atuação da participação social.

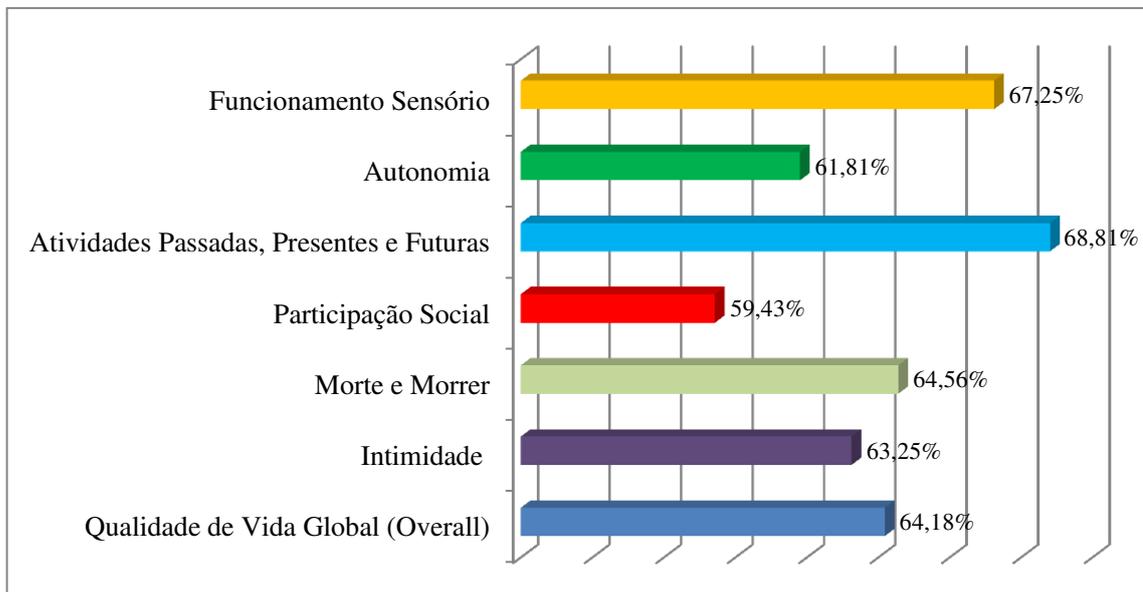
Para Tavares et al. (2016), na faceta atividades passadas, presentes e futuras, uma das maiores consequências ligadas ao idoso com HAS são as múltiplas morbidades e indicativo de depressão que agem com grande influência negativa em relação ao futuro. Assim, isso também influi sobre as dificuldades que os idosos acometidos por HAS detêm na promoção de medidas do controle da mesma, precisando de dedicação e atenção. Para isso, cabe a equipe multiprofissional da estratégia de saúde da família promover visitas domiciliares, e as consultas médicas como também o acompanhamento de enfermagem.

Segundo Moura et al. (2011), promover o autocuidado e o incentivo a adesão ao tratamento da HAS junto aos hipertensos devem ser um dos principais objetivos não apenas dos enfermeiros, mas de toda a equipe multiprofissional da estratégia de saúde da família. Desta forma, a atenção primária é a primeira opção que idosos acometidos por HAS tem como porta de entrada e acesso para seu cuidado, com objetivo de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. Silva et al. (2014) mencionaram que as ações em todos os níveis de atenção à saúde são executadas pelo hiperdia, parte integrante da assistência as pessoas com HAS. Assim sendo, a equipe é parte integrante na influência dos hipertensos para o manejo terapêutico, tanto medicamento como não medicamento.

Em estudo publicado por Tavares e Dias (2012), os dados foram controversos ao estudo em discussão no que diz respeito à faceta atividades passadas, presentes e futuras, em que os idosos com morbidades apresentaram escores de qualidade de vida significativamente inferiores aos demais. Segundo os autores, a justificativa é que as modificações propostas e promovidas para o acompanhamento de pacientes com HAS em que evidencia-se a mudança de estilo e utilização de medicamentos que colaboram como impacto negativos nas respostas da faceta na qualidade de vida dos idosos com HAS. Em contraponto a essa pesquisa, a amostra da em discussão diz que seus entrevistados, mesmo com a necessidade de um tratamento contínuo, tem QV considerada boa, não mostrando tantos efeitos negativos.

Para corroborar os escores já identificados, também foi calculado o Escore Transformado da Faceta (ETF), em que o EBF é convertido para uma escala percentual, possibilitando expressar a relação entre o valor mais baixo possível (0%) e o mais alto possível (100%). O Gráfico 1 apresenta os ETFs bem como o Escore Transformado Total (ETT), que expressa a média percentual da QV dos idosos considerando todas as facetas do questionário (*overall*).

Gráfico 1 - Escore Transformado das Facetas e Escore Transformado Total do questionário WHOQOL-Old com base na percepção de idosos com HAS (n=237).



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A partir dos resultados das médias de cada faceta, os ETF ratificam que a faceta que obteve o melhor desempenho foi “*Atividades passadas, presentes e futuras*” (ETF=68,81%). Do mesmo modo, a faceta de pior desempenho foi “*Participação Social*” (ETF=59,43%). O resultado demonstra ainda, a partir do ETT, que numa variação de 0 a 100%, a QV Global dos idosos com HAS foi avaliada em 64,18%. Considerando que escores elevados representam uma alta QV e menores escores uma baixa QV, é possível afirmar que os participantes apresentam-se com uma boa QV. Importante destacar que, conforme empiricamente sustentado por análises do modelo de medição através de modelagem de equações estruturais, a QV é concebida como um fator de ordem mais elevada, subjacente à estrutura do módulo WHOQOL-Old.

Corroborando ao estudo, Tavares et al. (2013) trouxeram em seus resultados que em avaliação da QV, 57,1% dos idosos responderam que consideram como boa sua QV e que

59,9% se sentiam satisfeitos com seu estado de saúde. Neste estudo, 64,18% alegaram ter uma QV boa e conseqüentemente não evidenciaram satisfação com sua saúde. Quando questionado ao diagnóstico da HAS e sua influência na QV, o resultado traz que é inevitável que haja modificações na vida do idoso e que segundo autor, quanto maior o tempo diagnóstico, menor o escore de QV principalmente no que diz ao domínio físico. Tavares et al., (2011) trazem que a autoavaliação da QV por idosos com HAS é considerado boa pelos mesmos, mas que esse resultado não retira de alguns estudos acerca da QV em acometidos pela HAS que por ser uma DCNT tem uma influência negativa na avaliação geral da QV.

Na mesma linha de autoavaliação de QV e satisfação com a saúde, Tavares et al. (2016) destacaram que resultados assim podem ser esclarecidos quando concebe-se que a QV é resultante de múltiplos fatores. Para Silva et al. (2015), a QV é primordial para a vida dos seres humanos e para mantê-la satisfatória é necessário uma atenção integral à saúde do idoso, segmento populacional em crescimento. Tida como importante base na velhice, a QV liga-se à satisfação com a vida, saúde, bem-estar social, convívio familiar e comunitário.

Tavares et al. (2013) descreveram que junto à saúde vários fatores influenciaram na QV, renda, atenção à saúde, envolvimento sociais, acesso a direitos dos cidadãos, quando não eficazes denotam um processo negativo para QV. Mesmo assim é destacado que em estudos entre idosos realizados pelos autores observou-se que seu resultado veio corroborar a amostra em discussão, onde a QV foi conceituada como satisfatória pelos participantes.

Segundo Pereira et al. (2015), idosos acometidos por determinadas doenças, entre elas as DCNT, podem sofrer interferências grandiosas na sua QV, causando uma maior fragilização no desenvolvimento da velhice saudável dos mesmos, interferindo negativamente no seu bem-estar. Quanto ao acometimento das DCNT nos idosos participantes do estudo realizado por Pereira et al. (2015), a HAS obteve um maior percentual, destacando-se os acometidos principalmente os com idade mais avançada, consolidando que a HAS mesmo já atingindo nos últimos tempos pessoas abaixo de 50 anos, mas ainda se predomina nos idosos.

Amaral et al. (2015) destacaram que a HAS e os vários distúrbios cardiovasculares interferem na QV global da população acometida. Como fator participante dos distúrbios cardiovasculares mais presente nos indivíduos tem-se a HAS, que para muitos é causadora de incapacidades, limitações e dependência medicamentosa, comprometendo o cotidiano dos indivíduos. Com isso, enfatiza-se que a QV desses seja prejudicada contrapondo-se ao que diz o estudo feito, já que em sua maioria tem a convicção de uma QV considerada boa.

Cavalcanti et al. (2013) destacaram que por se tratar de uma DCNT, a adaptação e convivência das pessoas com a doença necessitam de modificações no estilo de vida, trazendo

consigo impactos direto à QV dos mesmos. Tal fato deve ser levado em conta na consulta dos hipertensos, já que essas mudanças acometem em sua maior parte o tratamento não medicamentoso, feito por meio da necessidade de alterar hábitos do cotidiano do idoso com objetivo de manter ou reestabelecer sua condição saudável.

Segundo Silva et al. (2015), mediante ao que se tem discutido, é notório cada vez mais a busca de estudos pelo interesse da QV das pessoas com HAS, especialmente com idosos, já que a QV deve ser associada a fatores como uma maior longevidade. Portanto, para os autores a compreensão do acometimento pela HAS influenciará na QV das pessoas, alterando condições de estado da saúde e em outras modificações na vida pessoal.

Segundo Campos-Oliveira et al. (2013), as alterações na QV podem ocorrer até mesmo antes do diagnóstico da HAS. Com isso, estudos feitos nos Estados Unidos da América destacam que quanto mais baixa for a capacidade física da pessoa, maior o risco de acometimento pela HAS, provocando várias alterações e limitações em suas atividades. Mesmo sendo considerada uma doença assintomática, a HAS pode influenciar na QV do indivíduo pela alteração dos níveis pressóricos que antecede sintomas prejudiciais para desempenho da QV, principalmente em idosos, como cefaleia, ansiedade, astenia, distúrbios do sono e estresse. Esses sintomas tornam-se mais preocupantes quando começam a afetar a participação social do indivíduo na comunidade.

Nesse contexto é importante mencionar que a melhoria na QV do paciente com hipertensão vai depender da junção entre um bom controle da HAS e o seu tratamento. Para adesão a esse processo de tratamento recusado por muitos, a principal arma para manter ativos os hipertensos no cuidado à HAS, continua sendo a educação em saúde. Segundo Silva et al. (2014), a transmissão do conhecimento no processo saúde e doença por meio da educação em saúde necessita de profissionais eficientes que levem para suas unidades o papel de inovação educacional popular, os tornando aliados dos idosos com hipertensão para os instigar a promover seu autocuidado, contribuindo para a atenção à sua própria saúde por meio de um tratamento ativo e responsável.

Moura et al. (2011) destacaram que a educação em saúde é uma técnica para promoção de ações política e social, que contribui para uma desmistificação e sensibilização das pessoas envolvidas. Portanto, evidencia-se a necessidade da educação em saúde não promover-se somente para ser exclusivamente informativa. Para Silva et al. (2014), a realização de educação em saúde tem várias linhas e a consulta do hiperdia - seja ela com médico ou enfermeiro - é primordial para a promoção da educação em saúde individual. Neste caso, o profissional de enfermagem deve estabelecer um diálogo propício para exposição de queixas

do usuário, tendo a oportunidade de diagnosticar suas fragilidades de autocuidado e aceitação no que se relaciona a HAS, contribuindo para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos atendidos.

Como mencionado em vários trechos do trabalho, a HAS tem elevada incidência nos idosos, sobretudo por ser considerada uma doença da velhice. A avaliação da QV dos participantes do estudo Falcade et al. (2011) ratificaram a pesquisa em análise em que os idosos participantes consideram sua QV boa ao ser avaliada uma diversidade de domínios pelo WHOQOL-Old com as facetas: funcionamento sensorial, autonomia, morte e morrer, atividades, renda, vida social e relação com a família.

Segundo Carvalho et al. (2013), mesmo com resultados avaliativos entre os idosos que consideram sua QV boa, os mesmos destacam que indivíduos hipertensos quando em comparação com normotensos obtiveram uma pior QV. Estudos corroboram essa tese, enfatizando o impacto da HAS na QV principalmente na velhice. Para Santos et al. (2013), ainda são poucos os estudos ligados a HAS e QV dos hipertensos. Porém, dos existentes, vários são controversos entre a diminuição da QV em pessoas hipertensas e não hipertensas. Uma coisa certa e anteriormente mencionada nesse estudo é que indivíduos hipertensos em tratamento e com a HAS controlada detêm de uma melhor QV do que aqueles com HAS instáveis.

Destacada por ter grande importância e influência na QV dos idosos acometidos pela HAS, a faceta funcionamento sensorial esteve representada como a segunda faceta mais significativa das respostas dos participantes com 67,25%. Rêgo et al. (2011) mencionaram que o funcionamento do sensorial envolve a audição, a visão, o olfato, o paladar e o tato, e que a perda desses sentidos afeta diretamente várias facetas do WHOQOL-Old na vida do idoso, modificando assim também a QV dos acometidos. Devido à capacidade comunicação e de realização de atividades afetada pela perda desses sentidos, a população idosa afetada pela HAS acaba por demandar uma maior atenção diante do risco desses agravos afetarem a QV.

Tida como fato preocupante no desenvolvimento do idoso, a autonomia foi a segunda pior faceta a ser citada, com 61,81% na análise em destaque. Isso se confirma em pesquisa feita por Tavares et al. (2016) que destacam que a autonomia demonstrou um dos menores escore da QV citados pelos participantes. Estudos dizem que para os idosos a autonomia é a capacidade e direito de fazer escolhas, sendo elas respeitadas, já que a mesma pode ou não envolver a ausência ou presença de doença que o incapacite. Com isso é considerável que tanto familiares, equipe multiprofissional e a sociedade em geral desenvolva o diálogo e entendimento sobre a mesma, tendo em mente o quanto o ato de ser autônomo é benéfico para

a QV dos idosos. Diante de seu tratamento é primordial que haja de toda equipe e dos profissionais de enfermagem a promoção do incentivo à autonomia aos idosos hipertensos através de desenvolvimento de atividades simples individuais e coletivas. É importante também que esses profissionais possam orientar quanto à autonomia aos familiares, cuidadores e sociedade, os preparando a respeitar e entender as opiniões e tomada de decisão expressadas pelos mesmos.

A pesquisa surpreendeu quanto à faceta “Morte e Morrer”, já que a maioria dos participantes (64,56%) alegou que esta preocupação não afeta sua QV. Khoury e Sá-Neves (2014) destacaram em seu estudo a mesma afirmativa, pois com seus participantes, em todos os grupos pesquisados, expressavam que mesmo vivendo com seus limites e problemas, a preocupação de morrer ou de ter medo da morte é nula para sua maioria. Para os autores, isso totaliza-se pela aceitação da morte como final da velhice.

Com percentual de 51,4% em sua pesquisa, porcentagem um pouco menor ao do estudo presente (63,25%), Pereira et al. (2015) mostraram que a faceta intimidade envolve várias vertentes, mas que nos idosos a relação saúde e sexo se entrelaçam já que para muitos a sexualidade é atribuída como grande importância para QV. Isso envolve atitude carinho, toque e companheirismo entre seu companheiro. Todavia, é notória a escassez de estudos sobre este assunto na velhice, sobretudo porque boa parte da sociedade e até mesmo os profissionais da saúde expressa um potencial preconceito, quando na realidade sabe-se que para um equilíbrio da QV a intimidade tem papel significativamente importante.

O estudo em discussão propiciou a análise e discussão acerca da avaliação sobre a QV facetada e global dos idosos acometidos pela HAS na região do Curimataú Paraibano; expor o perfil socioeconômico, demográfico e comportamental dos participantes do estudo; e mensurar a QV facetada e global de idoso com HAS.

Mediante os dados obtidos pelo estudo, no que refere-se à caracterização socioeconômica e demográfica da análise, é oportuno salientar que a pesquisa universal foi realizada com 444 idosos. Porém, por se tratar de um recorte amostral, os resultados podem demonstrar divergências de alguns estudos mundiais e/ou de base populacional, uma vez que nem todos os participantes eram hipertensos. Nesse caso, a análise foi feita apenas com 237 idosos que alegaram ser acometidos da HAS. Assim, a maioria dos idosos entrevistados encontra-se na faixa etária entre 60 a 74 anos, é do sexo feminino, raça branca, casada, vive apenas com o cônjuge, são chefes do domicílio, não possui cuidador (e os que possuem, têm em sua maioria os filhos como cuidadores) e consideram como bom o atendimento às suas necessidades básicas.

Com relação ao estilo de vida, a maior parte dos idosos demonstraram que não fazem uso de álcool e cigarro ou ambos, que de certa forma o não uso dessas drogas contribui positivamente para a saúde global. Um dado alarmante refere-se ao sedentarismo, em que apenas 38,0% puseram em evidência que praticavam atividade física e 62,0% não a faziam. Nessa conjunção, a variável estresse obteve uma média de 4,02 – em uma escala de avaliação de 0 a 10 -, sendo esse número considerado um estresse intermediário dentre os idosos pesquisados.

Quanto aos resultados das facetadas que harmonizam a avaliação da QV, observou-se que a faceta “*Atividades Passadas, Presentes e Futuras*” (PPF) obteve o maior escore ($EBF=15,01$; $ETF=68,81\%$), mostrando que os idosos pesquisados estavam satisfeitos com realizações da vida e com objetivos a serem alcançados. Contrapondo-se com a PPF, a faceta “*Participação Social*” (PSO) foi a de pior desempenho ($EBF=13,51$; $ETF=59,43\%$), demonstrando assim que esse escore ficou significativamente abaixo dos demais, expondo por meio do mesmo que as respostas dos participantes evidenciaram uma pequena capacidade de interação e participação social e comunitária, expressando um problema para a QV no aspecto citado.

A pesquisa trouxe ainda que QV Global dos idosos participantes obteve o escore transformado total igual a 64,18%, revelando que os entrevistados alegaram ter uma boa QV. É importante destacar que entre os idosos com a HAS, a faceta PSO demonstrou um comprometimento deveras preocupante, sobretudo pela sua associação à velhice, clarificando

a notória exclusão do idoso do meio social, seja por meio da família, pelo Estado em suas políticas e programas ou pela sociedade.

Mediante isso desafiam-se os profissionais da saúde a buscar um modo de transformar este cenário alarmante e, até então, não apresentável. Cabe ao enfermeiro, enquanto profissional que está constantemente ligado ao público, promover estratégias e ações para modificar esse resultado, incluindo sobretudo projetos que possibilitem oportunizar a participação dos idosos na comunidade, por meio de grupos sociais, eventos educativos, valorização de suas culturas e desmistificação do tratamento ao qual muitos são submetidos. Cabe a equipe de enfermagem também lutar e fortalecer programas e serviços que promovam essa inclusão e participação do idoso com hipertensão, o propiciando uma melhor QV mediante a sua inclusão e participação social.

Diante do exposto, nota-se que o estudo em discussão vem a contribuir para um melhor aprofundamento e aperfeiçoamento da assistência ao idoso hipertenso, sobremaneira pelas vertentes que compõem o constructo QV e do estilo de vida mantidos pelos idosos. Também é notória a necessidade de uma maior participação multiprofissional de saúde no monitoramento e acompanhamento dos idosos com HAS com incentivo diário para com o tratamento farmacológico, não medicamentoso e práticas de exercícios físicos na busca de prevenir e evitar as principais consequências geradas pela HAS, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e insuficiência renal crônica, que comprometem ainda mais a QV dos idosos.

Ressalta-se que as ações do programa hiperdia devem ser fortalecidas e desenvolvidas para assistencializar os hipertensos no seu tratamento. Essa necessidade urge especialmente pela constatação do enfraquecimento do programa com o passar dos anos, mesmo sendo o principal meio para o acolhimento e o acompanhamento dos hipertensos na atenção primária. Essas lacunas também podem ser superadas a partir do fortalecimento de grupos de idosos com hipertensão, em que ações constantes possam propiciar o protagonismo do seu autocuidado. É importante que o enfermeiro, em interação com os demais membros da equipe multiprofissional e outros serviços que compõem a rede de atenção à saúde possam assegurar ações e serviços continuados e eficazes, para assim manter ao longo da velhice níveis satisfatórios de qualidade de vida, mesmo com a vivência de uma doença crônica.

Referências

ABREU, W. A; PORTELA, N. L. C. Fatores associados à não adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica. **Revista Interd.** v. 8, n. 3, p. 50-60, jul. ago/set. 2015. Disponível em: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/726>>. Acesso em: 08 maio 2016.

ALMEIDA, E. A. de et al. Comparação da qualidade de vida entre idosos que participam e idosos que não participam de grupos de convivência na cidade de Itabira-MG. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 435-443, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 nov. 2015.

ALVARENGA, M. R. M. et al. Perfil social e funcional de idosos assistidos pela estratégia da saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 16, n. 3, p. 478-85, jul/set. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v16i3.20944>>. Acesso em: 04 nov. 2015.

AMARAL, T. L. M. et al. Qualidade de vida e morbidades associadas em idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família do município Senador Guimard, Acre. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 797-808, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000400797&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2016.

ANDRADE, J. M. O. et al. Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3497-3504, ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803497&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2016.

BARRETO, M. S; MARCON, S. S. Participação familiar no tratamento da hipertensão arterial na perspectiva do doente. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 38-46, jan/mar. 2014. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/265864585>>. Acesso em: 05 jun. 2016.

BASTO-BARBOSA, R. G. et al. Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial em Idosos com Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 99, n. 1, p. 636-641, fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012001000009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2016.

BEZERRA, S. T. F. et al. Percepção de pessoas sobre a hipertensão arterial e conceitos de Imogene King. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 499-507, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000300013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 13 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: **Diário Oficial da República Federativa**, 2006.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 10 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, ed. 1, n. 37, 2013.

BRÊTAS, A. C. P. et al. Quem mandou ficar velho e morar na rua?. **Revista da Escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 476-481, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200033&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 fev. 2016.

BRITTO, G. C. et al. Efeito de um programa de manejo farmacoterapêutico em um grupo de idosos com hipertensão em Aracaju-Sergipe. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 83-89, jan. 2009. Disponível em: <http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/issue/view/185>. Acesso em: 20 fev. 2016

CAMPOS-OLIVEIRA, M. et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 3, p. 873-882, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000300033&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 jun. 2016

CARBONARI, M. L. et al. Modificação da pressão arterial e do peso corporal em mulheres hipertensas em uso de terapia hormonal: estudo longitudinal de 10 anos. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 57, n. 4, p. 273-277, out./dez. 2013. Disponível em: <http://www.amrigs.org.br/revista/57-04/0000222859-02_1295_Revista%20AMRIGS.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2016.

CARVALHO, M. V. et al. A Influência da Hipertensão Arterial na Qualidade de Vida. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 100, n. 2, p. 164-174, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/abc.20130030>>. Acesso em: 01 jul. 2016.

CAVALCANTI, F.C. R. et al. Perfil de saúde e avaliação da qualidade de vida de hipertensos pelo instrumento específico Minichal-Brasil. **Rev. Enferm. UFPE on line.** Recife, v. 7, n. 12, p. 6732-40, dez. 2013. Disponível em: <10.5205/r ISSN: 1981-8963 euol.2950-23586-1-ED.0712201302>. Acesso em: 10 maio 2016.

CHACHAMOVICH, E. **Qualidade de vida em idosos: desenvolvimento e aplicação do módulo WHOQOL-Old e teste do desempenho do instrumento WHOQOL-Bref em uma amostra de idosos brasileiros.** 2005. 154 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

CIVINSKI, C. et al. A importância do exercício físico no envelhecimento. **Revista da Unifebe**, v. 9, p. 163-175, jan/jun. 2011.

CLOSS, V. E; SCHWANKE, C. H. A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 443-458, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 fev. 2016.

CRES, M. R. et al. Religiosidade e estilo de vida de uma população adulta. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 28, n. 2, p. 240-250, abr./jun. 2015. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/3596>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

DANIEL, A. C. Q. G; VEIGA, E. V. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 331-337, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082013000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 fev. 2016.

DIAS, J. A. et al. Ser idoso e o processo do envelhecimento: saúde percebida. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 372-379, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000200021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 fev. 2016.

DINIZ, M. A; TAVARES, D. M. dos S. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos de um município do interior de Minas Gerais. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 885-892, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 fev. 2016.

DI NUCCI, F. R. C. de F. et al. Ausência de relação entre hipertensão arterial sistêmica e desempenho cognitivo em idosos de uma comunidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 52-56, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 fev. 2016.

DOURADO, C. S. et al. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 33, n. 1, p. 9-17, 2011. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v33i1.7708>>. Acesso em: 20 fev. 2016.

DUARTE, R. F. et al. Proposta interdisciplinar de apoio à cessação do tabagismo em uma unidade de saúde da Estratégia Saúde da Família: relato de experiência. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 33, p. 384-390, out. 2014. Disponível em:

<[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(33\)708](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(33)708)>. Acesso em: 20 fev. 2016.

ELIHIMAS JUNIOR, U. F. et al. Tabagismo como fator de risco para a doença renal crônica: revisão sistemática. **J Bras Nefrol**. v. 36, n. 4, p. 519-528, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002014000400519&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2016.

ESPERANDIO, E. M. et al. Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial em idosos de municípios da Amazônia Legal, MT. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 481-493, set. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 fev. 2016.

FALCADE, B. L. et al. Octogenários em residências unipessoais: enfoque sobre a qualidade de vida e condições de saúde. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 1, n. 3, p. 386-393, set/dez. 2011. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.5902/217976923524>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

FALLER, J. W; et al. Qualidade de vida de idosos cadastrados na estratégia Saúde da família de Foz do Iguaçu-PR. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 803-810, out-dez. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000400021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2016.

FERNANDES, M. G. M; et al. Qualificadores Sócio-Demográficos, Condições de Saúde e Utilização de Serviços por Idosos Atendidos na Atenção Primária. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 13, n. 2, p. 13-20, 2009. Disponível em:

<<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/3438>>. Acesso em: 21 fev. 2016.

FERRARI, R. F. R. et al. Motivos que levaram idosos com hipertensão arterial a procurar atendimento na atenção primária. **Rev. Rene**. v. 15, n. 4, p. 691-700, jul/ago. 2014. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/1104>>. Acesso em: 15 jun. 2016.

FERREIRA, J. S; AYDOS, R. D. Prevalência de hipertensão arterial em crianças e adolescentes obesos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 97-104, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2016.

FIDELIS, L. T. et al. Influência da prática de exercícios físicos sobre a flexibilidade, força muscular manual e mobilidade funcional em idosos. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 109-116. nov. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 fev. 2016.

FLORIANO, P. J; DALGALARRONDO, P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n. 3, p. 162-170, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2016.

FOCCHI, G, R, A. Tabagismo: uma revisão. **Psychiatry on line Brasil**. v. 8, n. 3, 2003. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano03/artigo0303_2.php>. Acesso em: 20 jun. 2016.

FREITAS, E. R.F.S. et al. Influência do tabagismo na força muscular respiratória em idosos. **Fisioter. Pesq.** v. 19, n. 4, p. 326-331, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502012000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2016.

GARBACCIO, J. L. et al. Avaliação do índice de estresse em idosos residentes em domicílio. **Revista Rene**. v. 15, n. 2, p. 308-15, Mar/Abr 2014. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/11763>>. Acesso em: 15 maio 2016.

GARCIA, J dos S. et al. Avaliação da autonomia funcional do idoso ativo. **Rev. Ciênc. Saúde**, v. 1, n. 1, p. 51-60, 2016. Disponível em: <<http://revistaeletronicafunvic.org/index.php/c14ffd10/article/view/25>>. Acesso em: 15 maio 2016.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GRITTI, C. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e antecedentes pessoais em reinternados e contribuição da terapia ocupacional. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 214-219, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2015000200214&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 fev. 2016.

GOFFREDO FILHO, G. S. de. Conhecimento de diagnóstico prévio de hipertensão arterial tem impacto sobre o cotidiano do indivíduo? Estudo Pró-Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 860-871, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000400860&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2016.

KHOURY, H. T. T; SÁ-NEVES, A. C. Percepção de controle e qualidade de vida: comparação entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 553-565, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000300553&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 jun. 2016.

LEITE, L. E. de A. et al. Envelhecimento, estresse oxidativo e sarcopenia: uma abordagem sistêmica. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 365-380, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000200018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 fev. 2016.

LIMA, L. M. et al. Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 323-329, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2016.

LIMA, E. P. et al. Tabagismo e estressores ocupacionais em bombeiros, 2011. **Revista Saúde Pública**, v. 47, n. 5, p. 897-904, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000500897&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 jun. 2016.

LIMA, J. C. et al. Perfil de saúde de idosos em unidades de saúde da família num município de mato grosso. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, p.3132-46, 2014. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/949>>. Acesso em: 02 jun. 2016.

LINDEN JUNIOR, E; TRINDADE, J. L. de A. Avaliação da qualidade de vida de idosos em um município do Sul do Brasil. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 473-479, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 fev. 2016.

LONGO, M. A. T. et al. Hipertensão Arterial Sistêmica: aspectos clínicos e análise farmacológica no tratamento dos pacientes de um setor de Psicogeriatria do Instituto Bairral de Psiquiatria, no Município de Itapira, SP. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 271-284, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 jun. 2016.

LOPES, C. S. et al. Influência de fatores psicossociais na cessação do tabagismo: evidências Longitudinais no Estudo Pró-Saúde. **Revista Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 47, n. 4, p. 732-9, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000400732&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 jun. 2016.

LOPES, F. A. M. et al. Perfil epidemiológico em idosos assistidos pela estratégia saúde da família. **REAS [Internet]**. v. 3, n. 1, p. 84-94, 2014. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/933>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

LOUVISON, M. C. P. **Avaliação da atenção às condições crônicas em idosos: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus como condições traçadoras**. 2011. 191 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

LUCCHETTI, G. et al. O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 159-167, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000100016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 jun. 2016.

LUCCHETTI, G. et al. Religiosidade, Espiritualidade e Doenças Cardiovasculares. **Revista Brasileira Cardiologia**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 55-57, jan/fev. 2011. Disponível em:

<http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011_01/a_2011_v24_n01_ccompleta.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2016.

LUCCHETTI, G. et al. Influência da religiosidade e espiritualidade na hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Bras. Hipertens.** v. 17, n. 3, p. 186-188, 2010. Disponível em:

<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=583617&indexSearch=ID>>. Acesso em: 13 jun. 2016.

LUZ, E. P. DA; et al. Perfil sociodemográfico e de hábitos de vida da população idosa de um município da região norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 303-314, jan. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000200303&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2016.

MACHADO, A; VIEIRA, M. C. U. Impacto de fatores socioeconômicos na funcionalidade da pessoa idosa portadora de condições crônicas. **Rev Enferm UFSM**, v. 5, n. 1, p. 81-91, jan/mar. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5902/2179769213703>>. Acesso em: 18 maio 2016.

MALTA, D. C. et al. Estilos de vida da população brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 217-226, abr/jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200217&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jun. 2016.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MASSIERER, D. et al. Prevalência de Hipertensão Resistente em Adultos não Idosos: Estudo Prospectivo em Contexto Ambulatorial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 99, n. 1, p. 630-635, fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012001000008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 fev. 2016.

MÁRTIRES, M. A. R. et al. Obesidade em idosos com hipertensão arterial sistêmica. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 797-803, jul/set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300028&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 fev. 2016.

MAUÉS, C. R. et al. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. **Revista Brasileira Clínica Médica**, São Paulo, v. 8, n. 5, p. 405-10, set/out. 2010. . Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n5/007.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2016.

MEDINA, M. G. et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família?. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 69-82, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600069&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2016.

MEDONÇA, L. B. A. et al. Acidente vascular encefálico como complicação da hipertensão arterial: quais são os fatores intervenientes?. **Esc. Anna Nery**, v. 16, n. 2, p. 340-346, abr/jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000200019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 jun. 2016.

- MEIRA, E. C. et al. Condições de saúde e doença vivenciadas por idosos doentes e/ou fragilizados em processo de cuidado. **InterScientia**, João Pessoa, v.1, n.1, p. 111-123, jan./abr. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/view/8>>. Acesso em: 13 jun. 2016.
- MELO, R. L. P. et al. O Efeito do Estresse na Qualidade de Vida de Idosos: O Papel Moderador do Sentido de Vida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 26, n. 2, p. 222-230, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722013000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2016.
- MOURA, D. J. M. et al. Cuidado de enfermagem ao cliente com hipertensão: uma revisão bibliográfica. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 64, n. 4, p. 759-65, jul/ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000400020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 fev. 2016.
- NASCIMENTO JUNIOR, J. R. A. et al. Impacto da prática de atividade física no estresse percebido e na satisfação de vida de idosos. **Rev. Educ. Fis/UEM**, Maringá. v. 23, n. 4, p. 647-654, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-30832012000400014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 fev. 2016.
- NEPOMUCENO, T. B; ROMANO, V. F. Tabagismo e relações de poder na produção da saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.23, n.2, p.701-710, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000200701&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 fev. 2016.
- NICOLAZI, M. C. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um estudo na atenção primária em saúde. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 14, n. 3, p. 428-34, jul/set. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v14i3.16158>>. Acesso em: 10 fev. 2016.
- NOGUEIRA, M. F. **Avaliação multidimensional da qualidade de vida em idosos: um estudo no Curimataú ocidental Paraibano**. 2016. 181f. (Doutorado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2016.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Whoqol-Old Manual**. 2005. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/WHOQOL-OLD%20Manual%20Portugues.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2015.
- PEREIRA, D. S. et al. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 893-908, dez. 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000400893&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2016.

PINTO, M; UGÁ, M. A. D. Custo do tratamento de pacientes com histórico de tabagismo em hospital especializado em câncer. **Revista Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 575-82, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 fev. 2016.

RABELO, D. F. et al. Qualidade de vida, condições e auto percepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 115-130, nov. 2010. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/5370>>. Acesso em: 15 jun. 2016.

RÊGO, A. R. O. N. et al. Pressão Arterial após Programa de Exercício Físico Supervisionado em Mulheres idosas hipertensas. **Rev. Bras. Med. Esporte**. São Paulo, v. 17, n. 5, Set/Out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922011000500001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 mar. 2016.

REIS, L. A; et al. Percepção do suporte familiar em idosos de baixa renda e fatores associados. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, p. 52-8, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio 2016.

RENOVATO, R. D; BAGNATO, M. H. S. Idosos hipertensos na atenção básica em saúde: discursos e identidades. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 423-431, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 fev. 2016.

ROCHA, S. M. C; LIMA, I. M. S. O. A pessoa idosa e o contexto familiar: uma abordagem sociojurídica. **Congresso Internacional Interdisciplinar em Sociais e Humanidades**, Niterói- RJ: ANINTER-SH/ PPGSD-UFF, ISSN 2316-266X, 03 a 06 de setembro de 2012. ROLIM, L. P. et al. Interação entre diabetes mellitus e hipertensão arterial sobre a audição de idosos. **CoDAS**, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 428-432, out. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822015000500428&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 fev. 2016.

SANTOS, C. C. C. dos et al. Análise da função cognitiva e capacidade funcional em idosos hipertensos. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 241-250, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 fev. 2016.

SANTOS, F. R. et al. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida: uma revisão bibliográfica. **4º Sim Saúde- Simpósio em Saúde**. ISSN 2317-3009, 2013.

SANTOS, J. C. et al. Adesão do idoso ao tratamento para hipertensão arterial e intervenções de enfermagem. **Rev Rene**. v. 13, n. 2, p.343-53, 2012. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/4616>>. Acesso em: 15 maio 2016.

SAQUETTO, M. et al. Aspectos bioéticos da autonomia do idoso. **Revista Bioética**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 518-524, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 fev. 2016.

SASS, A. et al. Depressão em idosos inscritos no Programa de Controle de hipertensão arterial e diabetes mellitus. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 80-85, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio. 2016.

SCHIMIDT, T. C. G; SILVA, M. J. P. da. Percepção e compreensão de profissionais e graduandos de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 612-617, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio 2016.

SENGER, A. E. V. et al. Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 713-719, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000400010&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 10 jun. 2016.

SILVA, A. M. et al. Avaliação da depressão e do estilo de vida de idosos hipertensos. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 15, n. 2, p. 368-74, Abr/Jun. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.17034>>. Acesso em: 13 jun. 2016.

SILVA, A. M. B. et al. Associação entre pressão arterial e estresse percebido em motoristas de ônibus. **J Health Sci Inst.** v.31, n. 1, p. 75-8, 2013.

SILVA, L. F. et al. Grupo de caminhada: fator de proteção para eventos cardiovasculares em mulheres hipertensas. **Rev. Enferm. UFSM.** v. 2, n. 2, p. 222-231, mai/ago. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5902/217976925473>>. Acesso em: 02 jun. 2016.

SILVA, P. C. dos S. da et al. Avaliação da depressão em idosos com hipertensão arterial sistêmica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Fortaleza, v. 15, n. 1, p. 151-157, jan/fev. 2014. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/sms/resource/pt/lil-721878>>. Acesso em: 13 jun. 2016.

SILVA, M. P. C. F. et al, Qualidade de vida dos idosos com hipertensão arterial sistêmica: revisão sistemática. **Congresso Internacional de Envelhecimento Humano**. V. 2, n. 1, ISSN 2318-0854. 2015. Disponível em: <<http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/anais.php>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

SILVEIRA, J. da et al. Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica e ao estado nutricional de hipertensos inscritos no programa Hipertensão. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 129-134, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 fev. 2016.

SMELTZER, S. C; BARE, B. G. BRUNNER & SUDDARTH: **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11ed, v. 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOAR, C. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos não institucionalizados. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 385-395, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000200385&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 fev. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO CLIMATÉRIO. I Diretriz Brasileira Sobre Prevenção de Doenças Cardiovasculares em Mulheres Climatéricas e a Influência da Terapia de Reposição Hormonal (TRH). **Arq. Bras. Cardiol.** v. 91, n. 1 supl.1, p. 1-23, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI. **Revista Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 01-68, 2010.

STIVAL, M. M. et al. Fatores associados à qualidade de vida de idosos que frequentam uma unidade de saúde do Distrito Federal. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 395-405, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000200395&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2016.

TAVARES, D. M. dos S; DIAS, F. A. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 112-20, jan/mar.

2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio 2016.

TAVARES, D. M. dos S. et al. Características sociodemográficas e qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial sistêmica que residem na zona rural: importância do papel do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 515-522, abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000200515&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2016.

TAVARES, D. M. dos S. et al. Qualidade de vida e adesão ao tratamento farmacológico entre idosos hipertensos. **Rev Bras Enferm [Internet]**. v. 69, n. 1, p. 134-41, jan/fev. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100134&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 jun. 2016.

TAVARES, N. U. L. et al. Uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 315-323, abr/jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200315&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2016.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from The World Health Organization. **Soc. Sci. Med.**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/027795369500112K>>. Acesso em: 23 fev. 2016.

TROEN, R. B. The Biology of Aging. **Mt. Sinai J Med**. v. 70, n. 1, p. 3-22, 2003.

VANZELLA, E. et al. A Terceira Idade e o Mercado de Trabalho. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v. 14, n. 4, p. 97-100, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/7199>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

VERAS, R. P. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 929-934, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000600001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 fev. 2016.

VIANA, D. A. et al. Fatores sociodemográficos e econômicos associados ao tabagismo na população idosa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 3, p. 220-6, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852014000300220&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 fev. 2016.

VITOR, A. F. et al. Perfil das condições de seguimento terapêutico em Portadores de hipertensão arterial. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 2, p. 251-260, Abr.-Jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio 2016.

ZATTAR, L. C. et al. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 507-521, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000300009&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 18 jun. 2016.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE – CES
NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA

Esclarecimentos

Este é um convite para participar da pesquisa “Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no curimataú ocidental paraibano”, que tem dentre seus objetivos: construir um diagnóstico da qualidade de vida de idosos da microrregião do curimataú ocidental paraibano. Trata-se de um estudo exploratório-observacional, sendo coordenado pelo Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFCG (Campus Cuité) Matheus Figueiredo Nogueira.

O estudo é relevante porque fornecerá subsídios para implementação de estratégias de atendimento voltadas às necessidades da população idosa, com programas de intervenção nos diferentes níveis de atenção em vista da promoção da sua qualidade de vida.

A participação é voluntária, o que significa que o (a) Sr (a) poderá desistir de participar a qualquer momento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo. Caso decida aceitar o convite irá responder a um questionário e a uma entrevista, com questões abertas e fechadas, apresentados pelo próprio pesquisador. Não haverá pagamento pela participação na pesquisa, mas poderá haver ressarcimento caso haja alguma despesa para sua participação.

Não se espera que haja riscos em consequência da realização da pesquisa, porém esta pode oferecer desconforto devido ao tempo investido para a realização da entrevista e risco de constrangimento diante das questões abordadas e a tensão em tornar a participação na pesquisa obrigatória intencionalmente. Para evitar essas situações adotaremos o cuidado do agendamento prévio das entrevistas de acordo com a sua disponibilidade e a mesma será conduzida no ritmo e tempo mais adequados possível.

Os dados serão guardados no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Qualidade de Vida, localizado no Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande e a divulgação dos resultados será feita sem nenhum tipo de identificação dos voluntários.

O (A) Sr (a) ficará com uma cópia deste Termo e qualquer dúvida que tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente aos responsáveis, no endereço: Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, Sítio Olho D’água da Bica, Cuité – PB, pelo telefone (83) 3372-1900.

Consentimento Livre e Esclarecido – Eu, _____, declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente.

_____ - PB, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Matheus Figueiredo Nogueira
Pesquisador Responsável

IMPRESSÃO
DACTILOSCÓPICA

Endereço do pesquisador responsável:

Centro de Educação e Saúde - Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité.

Sítio Olho d’água da Bica, Cuité – PB.

Telefone: (83) 3372 1900.

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:

CEP/ HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José. Campina Grande- PB.

Telefone: (83) 2101-5545.

APÊNDICE B

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Declaro que os resultados da pesquisa intitulada “Qualidade de vida de idosos com ferida crônica” serão anexados à Plataforma Brasil, garantindo assim o sigilo relativo às propriedades intelectuais.

Para tanto, asseguramos respeitar as diretrizes regulamentadoras pela Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, que garantem os direitos e deveres da comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Cuité – PB, 10 de dezembro de 2014.

Prof. Matheus Figueiredo Nogueira
Universidade Federal de Campina Grande
(Pesquisador responsável)

APÊNDICE C
TERMOS DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Francisco Tonel, 74 - Centro- Remígio - PB. CEP 58398-000
Tele fax: (83) 3364 – 1566 C.N.P.J. Nº. 11.376.311/0001-76
sms.remigio@bol.com.br



TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTUTUCIONAL

Eu, Alane Lima de Freitas Souto, Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município de Remígio, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “ *Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú ocidental paraibano*”, nos meses de julho a setembro de 2014, que terá como cenário as unidades de saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité e Doutorando em saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio grande do Norte).

Cuité, 12 de junho de 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO


Alane L. de Freitas Souto,
Coord. De Atenção Básica

Alane Lima de Freitas Souto

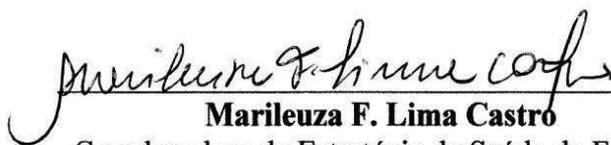
Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família

Remígio - PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Marileuza F. Lima Castro, Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município de Nova Floresta, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “*Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú ocidental paraibano*”, nos meses de julho a setembro de 2014, que terá como cenário as Unidades de Saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cuité e Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

Cuité, 12 de junho de 2014.



Marileuza F. Lima Castro
Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família
Nova Floresta – PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Vanusa da Paz Medeiros, Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município de Sossego, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “*Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú ocidental paraibano*”, nos meses de julho a setembro de 2014, que terá como cenário as Unidades de Saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cuité e Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

Cuité, 12 de junho de 2014.



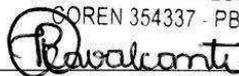
Vanusa da Paz Medeiros
Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família
Sossego – PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Joseane da Rocha Dantas Cavalcante, Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município de Cuité, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “*Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú ocidental paraibano*”, nos meses de julho a setembro de 2014, que terá como cenário as Unidades de Saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cuité e Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

Cuité, 12 de junho de 2014.

Joseane da Rocha Dantas Cavalcanti
Coordenadora da ESF
COREN 354337 - PB



Joseane da Rocha Dantas Cavalcante
Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família
Cuité – PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Cícero Erivaldo Costa Gomes, Secretário de Saúde do Município de Barra de Santa Rosa, Estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada **“Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú Ocidental Paraibano”**, nos meses de agosto a dezembro de 2014, que terá como cenário as Unidades de Saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité e Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

Cuité, 22 de julho de 2014.


Cícero Erivaldo Costa Gomes
Secretaria de Saúde

Cícero Erivaldo Costa Gomes
Secretário Municipal de Saúde
Barra de Santa Rosa – PB

ANEXO A

QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

Seção A: Informações Pessoais		CODIFICAÇÃO
A1	Idade: _____ (anos completos) Data de nascimento: ____/____/____.	AIDADE: _____ ADATA: _____
A2	Sexo (1) Masculino (2) Feminino	ASEXO: _____
A3	Qual é a cor da sua pele? (1) Branca (2) Parda (3) Amarela (4) Preta (5) Indígena (99) NS/NR	ACOR: _____
A4	Qual seu estado civil? (1) Solteiro (a) (2) Casado (a) (3) Divorciado (a)/desquitado(a) (4) Separado (a)(5) Viúvo (a) (6) União consensual (99) NS/NR	AESTCIV: _____
A5	Quantas pessoas moram na casa atualmente, incluindo o (a) Sr (a)? Nº de pessoas: _____.	ANCASA: _____
A6	Com quem o Sr (a) mora: (1) Sozinho (2) Somente com o cônjuge (3) Cônjuge e filho (s) (4) Cônjuge, filhos, genro ou nora (5) Somente com o (s) filho (s) (6) Arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos) (7) Arranjos intrageracionais (somente com outros idosos) (8) Somente com os netos (sem filhos) (9) Não familiares (10) Outros (especifique) _____ (99) NS/NR	AMORA: _____
A7	Quem é o (a) chefe ou o responsável do domicílio? (1) Próprio idoso (2) Cônjuge (3) Filho (a)(4) Outro familiar (5) Não familiar(99) NS/NR	ACHEFE: _____
A8	Quantos filhos próprios e adotivos estão vivos? Nº de filhos: _____(99) NS/NR	AFILHOP: _____
A9	O (A) Sr (a) tem cuidador? (1) Sim (2) Não	ACUID: _____
A10	Quem é o seu cuidador? (1) Cônjuge (2) Cônjuge e filho (s) (3) Cônjuge, filho(s), genro ou nora (4) Somente com o(s) filho(s) (5) Outro idoso(6) Cuidador particular (7) Outros (especifique) _____(99) NS/NR	AQCUID: _____
A11	Qual é a sua religião? (0) Nenhuma(1) Católica (2) Protestante ou Evangélica (3) Espírita (4) Judaica (5) Outra (especifique)	ARELIG: _____

	(99) NS/NR	
A12	Quando o (a) Sr (a) necessita de atenção para acompanhar sua saúde qual o tipo de serviço o (a) Sr (a) utiliza como primeira opção? (1) Sistema Único de Saúde(2) Convênio de saúde (3) Particular (4) Farmácia(5) Benzedeira (6) Outro (especifique) _____ (88) Não se aplica (99) NS/NR	ASERATS: _____
Seção B: Perfil Social		CODIFICAÇÃO
B1	a) O (A) Sr (a) sabe ler e escrever? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR b) Escolaridade: Quantos anos o (a) Sr (a) frequentou a escola? Nº de anos: _____ (Se nenhum, colocar "0")	BLERES: _____ BESCOL: _____
B2	Qual é a renda mensal em Reais: Idoso: _____ Família (incluir idoso): _____ (99) NS/NR	BRENDI: _____ BRENF: _____
B3	Qual(is) dessas rendas o (a) Sr(a) tem? (Pode ter mais de uma opção) (1) Não tem (2) Tem (99) NS/NR B3a) Aposentadoria: _____ B3b) Pensão: _____ B3c) Aluguel: _____ B3d) Trabalho Próprio: _____ B3e) Doações (família, amigos, instituições) : _____ B3f) Outras _____	BAPOS: _____ BPENS: _____ BALUGUEL: _____ BTRAPO: _____ BDOA: _____ BOUTR: _____
B4	No seu entender de acordo com sua situação econômica atual de que forma o(a) Sr (a) avalia suas necessidades básicas (como: alimentação, moradia, saúde, etc). (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Péssima (99) NS/NR	BNECBAS: _____
B5	Em geral, em comparação com a situação econômica de outras pessoas de sua idade, diria que sua situação econômica é: (1) Melhor (2) Igual (3) Pior (99) NS/NR	BCONCOMP: _____
B6	Como o (a) Sr (a) avalia sua memória atualmente? (1) Excelente(2) Muito Boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim (6) Péssima (99) NS/NR	BAVEMEM: _____
B7	Comparando com um ano atrás, o (a) Sr (a) diria que agora sua memória está... (1) Melhor(2) Igual (3) Pior (99) NS/NR	BMEMPOS: _____
B8	O Sr (a) desenvolvia alguma atividade? (na fase adulta)	BNENHU: _____

	(1) sim (2) não (99) NS/NR B8a) Nenhuma: _____ B8b) Atividades domésticas: _____ B8c) Esporte/dança: _____ B8d) Trabalho voluntário/comunitário: _____ B8e) Trabalho remunerado _____ B8f) Outros: Quais? _____	BATVDOM: _____ BESPD: _____ BTRABVOL: _____ BTRABREM: _____ BOUTR: _____																						
B9	Atualmente o Sr (a) desenvolve alguma atividade? (atualmente) (1) sim (2) não (99) NS/NR B9a) Nenhuma: _____ B9b) Atividades domésticas: _____ B9c) Esporte/dança: _____ B9d) Trabalho voluntário/comunitário: _____ B9e) Trabalho remunerado: _____ B9f) Outros: Quais? _____	NENHUM: _____ BATVDOME: _____ BESPDAN: _____ BTRABVOLU: _____ BTRABREMU: _____ BOUTR: _____																						
Seção C: Estilo de vida		CODIFICAÇÃO																						
C1	O (A) Senhor (a) é fumante? (1) sim (2) não (99) NS/NR Quantidade: _____ unidades/dia	CFUM: _____																						
C2	O (A) Senhor (a) consome bebida alcoólica? (1) sim (2) não (99) NS/NR Quantidade: _____ dias/semana	CALCOOL: _____																						
C3	O (A) Senhor (a) realiza atividade física? (1) sim (2) não (99) NS/NR Modalidade: _____ Frequência: _____ vezes/semana	CATIV: _____																						
C4	Como o (a) Senhor (a) classifica seu nível de estresse? <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10												CESTRESSE: _____
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														
Seção D: Problemas de saúde autorreferidos																								
O (A) Sr (a) no momento tem algum destes problemas de saúde?																								
	Problema de Saúde	Sim	Não	NS/NR	Toma medicação prescrita pelo médico? Qual o nome?	CODIFICAÇÃO																		
D1	Anemia	1	2	99		DANEM: _____																		
D2	Ansiedade/Pânico	1	2	99		DANSI: _____																		
D3	Artrite reumatóide/artrose	1	2	99		DREUM: _____																		
D4	Asma ou Bronquite	1	2	99		DASMA: _____																		
D5	Audição Prejudicada	1	2	99		DAUDP: _____																		
D6	Câncer, qual?	1	2	99		DQCANC: _____																		
D7	DPOC (enfisema)	1	2	99		DCANC: _____																		
D8	Diabetes Mellitus	1	2	99		DDIAB: _____																		
D9	Depressão	1	2	99		DDEPR: _____																		
D10	Derrame (AVE)	1	2	99		DDERRA: _____																		
D11	Doença Cardíaca	1	2	99		DCARDI: _____																		

D12	Doença GI Alta (úlceras, hérnia, refluxo)	1	2	99		DGASTR:____
D13	Doença Vasculiar Periférica (varizes)	1	2	99		DCIRC:____
D14	Doença Neurológica (Parkinson/Esclerose)	1	2	99		DNEURO:____
D15	Hipertensão Arterial	1	2	99		DPRESS:____
D16	Incontinência (Urinária/Fecal)	1	2	99		DINCUR:____
D17	Obesidade	1	2	99		DOBES:____
D18	Osteoporose	1	2	99		DOSTE:____
D19	Problemas de coluna	1	2	99		DCOLU:____
D20	Visão Prejudicada (Catarata)	1	2	99		DCATAR:____
D21	Ferida crônica	1	2	99		DFERID:____
D21	Outras, qual?	1	2	99		DOUTR:____

ANEXO B
Questionário WHOQOL-Old

INSTRUÇÕES

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas.

Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida nas duas últimas semanas.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser:

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro “Bastante”, ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado “Nada” com o futuro.

Por favor, leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

Muito obrigado (a) pela sua colaboração!

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

old_01	Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
old_02	Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
old_03	Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
old_04	Até que ponto você sente que controla o seu futuro?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5

old_05	O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
old_06	Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
old_07	O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
old_08	O quanto você tem medo de morrer?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
old_09	O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

old_10	Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?				
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5
old_11	Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?				
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5
old_12	Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?				
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5
old_13	O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?				
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5
old_14	Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?				
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz** ou **bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

old_15	Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?				
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	1	2	3	4	5

old_16	Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?				
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	1	2	3	4	5
old_17	Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?				
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	1	2	3	4	5
old_18	Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?				
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	1	2	3	4	5
old_19	Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?				
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	1	2	3	4	5
old_20	Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?				
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	1	2	3	4	5

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

old_21	Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
old_22	Até que ponto você sente amor em sua vida?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
old_23	Até que ponto você tem oportunidades para amar?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
old_24	Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

ANEXO C

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS E A DIVERSIDADE DE VIVENCIAR O ENVELHECIMENTO

Pesquisador: MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34715614.5.0000.5182

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 844.702

Data da Relatoria: 28/10/2014

Apresentação do Projeto:

ANÁLISE DA SEGUNDA VERSÃO APÓS SOLICITAÇÃO DE ADEQUAÇÕES PELO RELATOR:

Trata-se de um estudo exploratório-observacional, de natureza quanti-qualitativa, subsidiado pelo aporte estrutural da Teoria das Representações Sociais, que será realizado na microrregião do Curimataú Ocidental situado na mesorregião do Agreste no estado brasileiro da Paraíba (PB), especificamente nos seguintes municípios: Cuité, Nova Floresta, Barra de Santa Rosa, Sossego e Remígio, a partir da aplicação dos seguintes instrumentos: Questionário de Coleta de Dados; Entrevista; Questionários de Whoqol-Old e Whoqol-Bref. Em seguida, os dados serão organizados nos bancos de dados preparados especificamente para cada etapa do instrumento e analisado por meio dos softwares EVOC e IBM-SPSS Statistics 20.0.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Construir um diagnóstico da qualidade de vida de idosos da microrregião do Curimataú Ocidental Paraibano. E como objetivo secundário: caracterizar o perfil social e de saúde física e mental de idosos da microrregião do Curimataú Ocidental Paraibano; conhecer as

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

Continuação do Parecer: 844.702

Representações; Sociais construídas por idosos acerca da qualidade de vida e do envelhecimento; e explorar a relação entre qualidade de vida, diversidade de vivenciar o envelhecimento e representações sociais de idosos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Vale lembrar que esta pesquisa apresenta riscos considerados “mínimos”, pois os (as) participantes podem ficar inibidos (as) no momento da aplicação dos questionários ou sentirem-se desconfortáveis devido ao tempo investido. Os riscos se justificam, pois, mesmo ficando, inicialmente inibido (a) com a presença do pesquisador, o (a) participante terá a oportunidade, em querendo, de tirar suas dúvidas a respeito de dita matéria, conforme aponta a Resolução 466/12 do CNS

E como benefícios: o estudo poderá fornecer subsídios para implementação de estratégias de atendimento voltadas às necessidades da população idosa, com programas de intervenção nos diferentes níveis de atenção em vista da promoção da sua qualidade de vida.

Comentário: Rever no item dos riscos no ponto referente a "tensão em tornar a participação na pesquisa obrigatória intencionalmente" e incluir a forma como será minimizado essa condição. SOLICITAÇÃO ATENDIDA

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Além dos comentários já descritos, foram observados também as seguintes inadequações e com suas respectivas sugestões:

O cronograma encontra-se desatualizado e diferente o período de realização do projeto com o apresentado na Plataforma Brasil; SOLICITAÇÃO ATENDIDA

O projeto se caracteriza como multicêntrico, portanto, sugiro o preenchimento correto na plataforma; DESCONSIDERO SOLICITAÇÃO

Não apresentou a hipótese no projeto; SOLICITAÇÃO ATENDIDA

Não foi apresentado detalhadamente a previsão orçamentária, sendo assim, sugiro que detalhe todos os gastos que terão com a pesquisa. SOLICITAÇÃO ATENDIDA

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados na Plataforma Brasil, mas só estava presente no projeto de pesquisa o TCLE e o mesmo não estava devidamente assinada.

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 844.702

Comentário: Incluir os termos no projeto de pesquisa e apresentar o TCLE assinado. SOLICITAÇÃO ATENDIDA

Recomendações:

Realizar ou justificar as sugestões feitas nos itens anteriores, a saber:

Rever o item riscos;

Atualizar cronograma na plataforma e no projeto de pesquisa;

Incluir os termos obrigatórios no projeto de pesquisa;

Assinar e Incluir o TCLE;

Rever o orçamento na plataforma.

Comentários: Todas as solicitações acima foram atendidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que as solicitações foram atendidas, somos de parecer favorável a execução dessa pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A partir do parecer da relatoria o protocolo foi considerado aprovado ad referendum. Coordenação do CEP/HUAC

CAMPINA GRANDE, 24 de Outubro de 2014

Assinado por:
Maria Teresa Nascimento Silva
(Coordenador)

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br