



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
Centro de Educação e Saúde
Unidade Acadêmica de Enfermagem
Curso de Bacharelado em Enfermagem

IZAURA DE LOURDES NUNES ALEXANDRE

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA**

Cuité – PB
2015

Izaura de Lourdes Nunes Alexandre

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM 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. MSc. Matheus Figueiredo Nogueira

Cuité – PB
2015

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

A381a Alexandre, Izaura de Lourdes Nunes.

Avaliação da qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial sistêmica. / Izaura de Lourdes Nunes Alexandre. – Cuité: CES, 2015.

68 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientador: Matheus Figueiredo Nogueira.

1. Hipertensão arterial. 2. Idoso – hipertensão arterial. 3. Idoso – qualidade de vida. I. Título.

CDU 616.12-008.331.1

Izaura de Lourdes Nunes Alexandre

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM 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. MsC. Matheus Figueiredo Nogueira
Orientador – UFCG

Profa. MsC. Heloisy Alves de Medeiros
Membro – UFCG

Profa. MsC. Bernadete de Lourdes André Gouveia
Membro – UFCG

Cuité – PB, 11 de novembro de 2015.

DEDIDO

A Deus, pelo o dom da vida, pela saúde, sabedoria e por ter sido sempre minha fonte inesgotável de esperança, força e fé durante toda minha vida acadêmica e ter permitido chegar até aqui. E aos meus pais por todos os ensinamentos, pelo carinho e toda dedicação que tiveram comigo ao longo de toda a minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida, saúde, discernimento e força necessários para que eu pudesse chegar até aqui, pois sei que sempre esteve ao meu lado. MUITÍSSIMO Obrigada Papai do Céu!

Aos Meus Pais, Adelmo José Alexandre e Marinez Nunes Alexandre, por tudo que fizeram por mim, toda dedicação e força nos momentos em que pensei em fraquejar, pelo carinho e amor a mim dedicados. Muito Obrigada!

À minha avó, Maria de Lourdes, pelo incentivo, carinho e preocupação.

Ao meu noivo, João Paulo, por todo carinho, companheirismo e incentivo nos momentos que precisei. Obrigada Amor!

Ao meu excelente orientador, Prof. Matheus Nogueira, que Deus colocou-o no meu caminho. Muito obrigada pela paciência, ensinamentos e dedicação com meu estudo.

Aos amigos e familiares, que mesmo de longe estiveram torcendo por mim.

A todos os colegas de turma por todos os momentos que passamos juntos, peço a Deus que ilumine a vida de cada um de vocês.

Às minhas amigas, Michele Caliane e Elayne Gonçalves, por termos nos tornado irmãs, por todos os momentos alegres e de dificuldades que passamos juntas, pessoas extraordinárias que Deus colocou em minha vida. Valeu Amigas!

Aos Professores que compõem a banca examinadora, Bernadete de Lourdes André Gouveia e Heloisy Alves de Medeiros, que se dispuseram a participar deste momento avaliativo de engrandecimento deste estudo, a quem eu também tenho enorme admiração.

A todos os Professores e Funcionários da UFCG/CES, que participaram da minha formação.

Aos idosos participantes dessa pesquisa, pela paciência e disposição em responder os questionários.

O SENHOR é a minha luz e a minha salvação; a quem temerei? O SENHOR é a força da
minha vida; de quem me recearei?
Quando os malvados, meus adversários e meus inimigos, se chegaram contra mim, para
comerem as minhas carnes, tropeçaram e caíram.
Ainda que um exército me cercasse, o meu coração não temeria; ainda que a guerra se
levantasse contra mim, nisto confiaria.
Salmos 27: 1-3.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) consiste no principal fator de risco para a ocorrência de eventos cardiovasculares, os quais lideram o *ranking* de mortalidade em todo mundo. Considerado um sério problema de saúde pública, a Hipertensão Arterial acomete considerável parcela da população idosa e, desse modo, provoca alterações biopsicossociais e comportamentais que podem influenciar na percepção subjetiva da qualidade de vida. Compreendendo a elevada e persistente prevalência de Hipertensão entre idosos e a existência de programas de atenção à saúde específicos, objetivou-se neste estudo avaliar a qualidade de vida de idosos com HAS. Trata-se de estudo exploratório-observacional de natureza quantitativa realizado em cinco municípios do Curimataú ocidental paraibano, participando 237 idosos que autorreferiram o acometimento por HAS. Para a obtenção dos dados utilizou-se um questionário sociodemográfico e o instrumento WHOQOL-Old de mensuração e avaliação da qualidade de vida, sendo processados pelo IBM SPSS *Statistics* 20.0 e seguindo todas as diretrizes analíticas propostas pela Organização Mundial de Saúde. Os resultados demonstraram que os idosos com HAS do Curimataú Paraibano tem uma qualidade de vida classificado como “regular” (54,65%), e dentre as facetas analisadas, as que obtiveram melhor e pior desempenhos foram “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (68,83%) e “Morte e Morrer” (35,44), respectivamente. Desse modo fica evidente que estratégias realmente eficazes devem ser lançadas a fim de subsidiar a assistência gerontológica prestada pela enfermagem, considerando a Educação em Saúde uma ferramenta primordial para a busca da melhoria da qualidade de vida desta população específica.

Descritores: Idoso. Hipertensão Arterial. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension (SAH) is the main risk factor for the occurrence of cardiovascular events, which lead the mortality ranking worldwide. It's Considered a serious public health problem, the SAH affects considerable portion of the elderly population and thus causes biopsychosocial and behavioral changes that can influence the subjective perception of quality of life. Understanding that the high and persistent prevalence of SAH in the aged and the existence of specific health care programs, the aim of this study was to evaluate the quality of life of elderly patients with hypertension. It is exploratory and quantitative observational study conducted in five municipalities of Paraiba Western Curimataú, participating 237 seniors who self-reported involvement by the SAH. To obtain the data we used a sociodemographic questionnaire and WHOQOL-Old instrument for measuring and assessing the quality of life, and processed by IBM SPSS Statistics20.0 and following all analytical guidelines proposed by the World Health Organization. The results showed that the aged with HAS in Paraiba Curimataú, have a quality life classified as "regular" (54.65%), and among the aspects analyzed, those that obtained best and worst performances were "Activities Past, Present and Future" (68.83%) and "Death and Dying" (35.44), respectively. Thereby it is evident that really effective strategies should be launched in order to subsidize the gerontological care provided by nursing, considering health education a major tool for the pursuit of improving the quality of life of this specific population.

Descriptors: Aged. Arterial Hypertension. Quality of life.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Perfil socioeconômico e demográficos de idosos com HAS acompanhados pela ESF do Curimataú Ocidental Paraibano (n=237) 37
- Tabela 2** - Estatística descritiva dos itens das facetas obtida por meio da aplicação do questionário WHOQOL-Old* com idosos com hipertensão arterial acompanhados na Estratégia Saúde da Família do Curimataú Ocidental Paraibano (n=237) 46
- Tabela 3** - Escore Bruto das Facetas (médio) do questionário WHOQOL-OLD* obtido com idosos com hipertensão arterial acompanhados na Estratégia Saúde da Família do Curimataú Ocidental Paraibano (n=237) 49

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Escore Transformado das Facetas e Total do questionário WHOQOL-Old obtidos com idosos com hipertensão arterial acompanhados na Estratégia Saúde da Família do Curimataú Ocidental Paraibano (n=237)	51
--	----

LISTA DE SIGLAS

AU - Autonomia
AVE - Acidente Vascular Encefálico
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CES - Centro de Educação Em Saúde
CNPQ - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DCNT'S - Doenças Crônicas Não transmissíveis
EBF - Escore Bruto das Facetas
EPF - Escore Médio Padronizado das Facetas
ETF - Escore Transformado da Faceta
ESF - Estratégia de Saúde da Família
FS - Funcionamento Sensório
GEPISE - Grupo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Saúde e Enfermagem
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
HUAC - Hospital Universitário Alcides Carneiro
IMC - Índice de Massa Corpórea
INT - Intimidade
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEM - Morte e Morrer
NEPEQ - Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Envelhecimento e Qualidade de Vida
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PPF - Atividades Passadas, Presentes e Futuras
PSO - Participação Social
QV - Qualidade de Vida
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USFs - Unidades de Saúde da Família
UNESCO - Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Objetivos	15
<i>1.1.1</i>	<i>Objetivo Geral</i>	<i>15</i>
<i>1.1.2</i>	<i>Objetivos Específicos</i>	<i>15</i>
2	REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1	Hipertensão Arterial Sistêmica: considerações gerais	18
2.2	Qualidade de vida: aspectos conceituais	23
2.3	Qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial	25
3	METODOLOGIA	28
3.1	Tipo de estudo	29
3.2	Local do estudo	29
3.3	População e amostra	30
3.4	Instrumento paracoleta de dados	31
3.5	Procedimentos para coleta de dados	32
3.6	Análise dos dados	33
3.7	Aspectos éticos	34
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	36
4.1	Caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes	37
4.2	Qualidade de vida de idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica	45
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
	REFERÊNCIAS	60

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice B – Declaração de compromisso do pesquisador responsável

ANEXOS

Anexo A – Questionário de coleta de dados

Anexo B – Whoqol-Old

Anexo C – Termo de Autorização Institucional

Anexo D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

O Brasil passou nos últimos anos por uma transição no seu perfil epidemiológico em que o acometimento e as mortes por doenças infectocontagiosas diminuíram significativamente, em decorrência, sobretudo, do avanço tecnológico, reforma sanitária, melhoria do acesso a serviços de saúde, além da diminuição dos índices de fecundidade e mortalidade. Associado a este fenômeno também houve uma revolução demográfica, ampliando o envelhecimento populacional e levando ao aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's), com destaque àquelas do aparelho cardiovascular (FREITAS et al., 2013).

Para iniciar a discussão sobre envelhecimento faz-se necessário entender inicialmente a diferença entre envelhecimento individual e populacional. Segundo Freitas et al. (2013), um indivíduo envelhece à medida que a sua idade aumenta. Este se caracteriza por um processo irreversível, natural e individual. É acompanhado por perdas progressivas de função e de papéis sociais. Já o envelhecimento populacional ocorre quando há um aumento da população idosa comparado ao conjunto populacional, podendo ser reversível ao passo que a fecundidade aumente. O envelhecimento populacional é considerado o resultado da manutenção por um período de tempo razoavelmente longo de taxas de crescimento da população idosa superiores as da população jovem.

Em todo mundo a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rápido que a de qualquer outro grupo etário. Esse fato está diretamente ligado à redução do número de crianças e jovens e a um aumento na proporção de pessoas com 60 anos ou mais, estimando-se que em 2025 existirão 840 milhões de pessoas com essa idade (OPAS, 2005). Com base no censo populacional realizado em 2010, o Brasil já é considerado envelhecido. Os dados daquele ano já mostravam que havia mais de 21 milhões de pessoas com idade acima de 60 anos, representando 11% da população brasileira. Levando em conta que a Organização Mundial de Saúde diz que um país envelhecido é aquele com 7% do número total de idosos, é possível, pois, concretizar essa afirmação (DAWALIBI; GOULART; PREARO, 2014).

Compreendendo a mudança ocorrida no perfil epidemiológico brasileiro, em que pese à predominância de DCNT's e suas potenciais complicações, isso demanda hodiernamente uma maior preocupação por parte dos profissionais de saúde, da gestão pública e da população como um todo, pois, embora a expectativa aumentada de vida seja um triunfo, quando os anos adicionais são acompanhados de problemas crônicos de saúde, isso se reflete em comprometimento da qualidade de vida. Conforme os indivíduos envelhecem, esses agravos tornam-se as principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade. Nesse

sentido, o enfrentamento das DCNT's ainda é considerado um dos principais desafios da saúde pública no Brasil e no Mundo, pois segundo dados revelados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), cerca de 35 milhões de pessoas morrem por ano pelo acometimento por essas doenças ou suas complicações.

Com base nos dados do Informe Epidemiológico do Sistema Único de Saúde (IESUS), a mortalidade por doenças do aparelho circulatório foi considerada a primeira causa de morte entre idosos brasileiros nas últimas décadas (DINIZ et al., 2009). Dentre as principais doenças relacionadas ao aparelho circulatório há um predomínio da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), sendo esta responsável por 40% dos óbitos por acidente vascular encefálico, 25% dos óbitos por doença coronariana e 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006).

A HAS é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg em pessoas que não estão em uso de anti-hipertensivos. É o principal fator de risco para as complicações descritas anteriormente e se apresenta na maioria das vezes em curso assintomático, com tratamento e diagnóstico muitas vezes negligenciado, configurando-se um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Consta de uma síndrome de origem multifatorial, cujo processo natural do envelhecimento por si só predispõe o idoso ao acometimento, sendo explicado pelo simples fato da perda progressiva da elasticidade da parede arterial além da redução da complacência vascular, caracterizando a HAS como a doença cardiovascular com maior prevalência entre idosos (BRASIL, 2006; FREITAS et al., 2013).

As manifestações clínicas da HAS podem variar de acordo com a faixa etária. Indivíduos adultos podem apresentar cefaleia recorrente, mal estar geral, agitação, tontura, falta de ar, tosse e algumas alterações visuais. Em idosos, em geral, evidencia-se cefaleia, perda de memória, desorientação, confusão, nictúria, epistaxe e leve tremor. É importante destacar que esses sintomas podem manifestar-se em conjunto ou isoladamente. O tratamento, por sua vez, deve levar em conta medidas comoredução do peso corporal e da ingestão de sódio, aumento da ingestão de potássio, redução do consumo de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo e exercício físico regular, além da utilização de medicamentos anti-hipertensivos, se necessário. O objetivo do tratamento é reduzir a morbimortalidade por complicações cardiovasculares, proporcionando ao idoso melhores níveis de qualidade de vida (CAVALCANTE et al., 2007; CHARLOTTE, 2005; FREITAS et al., 2013; GUEDES et al., 2005).

A expressão qualidade de vida apresenta uma definição subjetiva, sendo conceituada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1995, p.1405) como “*a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações*”. É evidente, portanto, que o conceito de qualidade de vida abrange várias dimensões como a física, a psicológica e a social. Logo, considerando a HAS uma doença crônica ainda sem cura, que conduz a complexos sintomas e complicações, e que exige um tratamento pautado, sobretudo, em mudanças no estilo de vida e no uso contínuo de medicamentos, faz-se necessário avaliar de modo amplo a qualidade de vida de idosos com HAS, no intuito de verificar claramente quais dimensões são/estão ou não afetadas pela doença.

Ademais, reconhecendo que a HAS é o principal fator para o acometimento das doenças cerebrovasculares, cardíacas, renais, aórticas e arteriais periféricas e que essas doenças têm uma elevada morbimortalidade entre idosos, é importante que se busque ainda averiguar a compreensão que estes têm acerca do agravo à saúde que lhes acomete bem como suas manifestações/complicações e o tratamento realizado. Assim, sendo a HAS um grave problema de saúde pública que acomete considerável parcela da população idosa, e que embora existam programas de atenção à saúde específicos para este agravo sua prevalência continua elevada, justifica-se, nesse contexto, a necessidade de execução desta pesquisa para que a posteriori sejam lançadas propostas (ações) para um envelhecimento com qualidade.

Diante desta lógica, levantaram-se os seguintes questionamentos: como se apresenta a qualidade de vida dos idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica no Curimataú ocidental paraibano? Perante o exposto, o referente estudo buscará alcançar os objetivos descritos adiante.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

- Avaliar a qualidade de vida de idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica.

1.1.2 Objetivos específicos

- Descrever as características socioeconômicas e demográficas dos participantes do estudo;
- Propor ações de enfermagem que aperfeiçoem a assistência a esses idosos a fim de minimizar suas complicações.

2.1 Hipertensão Arterial Sistêmica: considerações gerais

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma das doenças cardiovasculares mais comuns em todo mundo e destaca-se por ser o principal fator de risco para complicações como acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio, que estão entre as primeiras causas de morbimortalidade no mundo, além de ser responsável por uma elevada carga social e econômica ao setor da saúde. Caracterizada pela elevação uniforme na pressão arterial, a HAS é diagnosticada quando em situações distintas a pressão sistólica encontra em níveis acima ou igual a 140 mmHg ou se pressão diastólica estiver em níveis acima ou igual a 90 mmHg. (BRASIL, 2006; LESSA, 2006; ROACH, 2009).

Freitas et al. (2013) enfatizam que em estudo realizado na década de 60 já foi demonstrada que uma pressão diastólica de 105 mmHg aumenta em 10 vezes mais a probabilidade de um indivíduo vir a ter um acidente vascular cerebral e aumenta em 5 para eventos coronarianos. No mundo, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), em torno de 50 milhões de pessoas morrem por ano, sendo 30% desses óbitos por doenças cardiovasculares. Considerada um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, a HAS gera ao governo custos médicos e socioeconômicos elevados, tendo uma alta prevalência e baixas taxas de controle.

A HAS é considerada uma condição multifatorial, na qual os níveis pressóricos mantêm-se elevados e sustentados. Geralmente leva a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo como coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos periféricos, além de ser um determinante fator de risco para alterações metabólicas como insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, insuficiência renal crônica, aneurisma de aorta e retinopatia hipertensiva. Se associada a outros agravos como diabetes mellitus, obesidade, sedentarismo ou tabagismo, pode levar a consequências ainda mais sérias nesses chamados órgãos-alvo (YOMANDA; LAVRAS; DEMUNER, 2011).

Por apresentar-se oligossintomática ou assintomática, estudos em grandes centros brasileiros mostram que a Hipertensão ainda tem seu diagnóstico e tratamento muitas vezes negligenciado. Segundo Yomanda, Lavras, Demuner (2011), alguns fatores de risco predis põem o aparecimento da HAS, os quais estão descritos brevemente a seguir e como cada um deles colabora para a manifestação da mesma:

➤ Idade

O envelhecimento populacional é um evento mundial. No Brasil em particular aconteceu de modo acelerado. Com o passar dos anos, aumenta também o aparecimento das afecções crônicas, dentre elas destaca-se a HAS, que acomete cerca de 60% da população idosa. De acordo com os mesmos autores citados anteriormente, mesmo em indivíduos normotensos com idade entre 55 e 65 anos, estes apresentam progressivo risco de se tornarem hipertensos. Isso pode ser explicado pela progressiva perda da distensibilidade dos grandes vasos, perda da elastina, enrijecimento aórtico, além do processo patológico da arteriosclerose, que resulta em uma maior resistência vascular periférica causando assim o aumento da pressão arterial com a idade.

➤ **Sexo e etnia**

Apesar de existir uma incidência maior em homens, não há estudos que mostrem a determinação do sexo como um fator de risco para o acometimento da hipertensão. Há um destaque apenas para maior incidência em homens até 50 anos e mulheres a partir dos 60 anos de idade, fato este explicado pelos mecanismos hormonais ligados à ação estrogênica em mulheres que parecem exercer um efeito protetor contra a elevação dos níveis pressóricos, uma vez que após a menopausa a prevalência da hipertensão aumenta substancialmente nas mulheres. Quanto à etnia os afrodescendentes possuem uma maior probabilidade se comparados aos indivíduos brancos e isto pode estar associado a fatores étnicos e/ou socioeconômicos.

➤ **Nível socioeconômico**

Indivíduos que vivem em condições socioeconômicas mais baixas estão sendo apontados como fatores de risco, devido ao fato de possuírem hábitos alimentares desfavoráveis e menor acesso aos serviços de saúde. No Brasil há maior incidência de hipertensos com baixos índices de escolaridade. Todos esses fatos podem tornar o indivíduo mais susceptível ao acometimento da hipertensão.

➤ **Ingesta de Sódio**

A ingestão de sódio em excesso entra como fator decisório para o diagnóstico da HAS. Estudos mostram que a redução do sal em torno de 6g/dia reduz em média a pressão sistólica

em torno de 2 a 8 mmHg. A resposta do organismo a ingestão excessiva de sódio é apontada por resultar na redução da atividade renina-angiotensina-aldosterona e em um aumento na liberação do peptídeo natriurético atrial, sendo que cada um desses sistemas interage com outros sistemas, além de atuar na redução da atividade simpática direcionada para os rins.

➤ **Excesso de Peso**

A relação entre a obesidade e a hipertensão ainda está em discussão, porém em estudos realizados foi demonstrado que a cada 1kg/m² aumentado no índice de massa corpórea (IMC), as chances do indivíduo ter hipertensão aumenta para 12%. Não existe um conceito único que explica diretamente a relação entre a obesidade com o aumento da pressão, porém alguns estudos conseguiram demonstrar que em pessoas com excesso de peso existe um considerável aumento do débito cardíaco, o que leva há elevação nos níveis pressóricos. Outra hipótese é de que esses níveis pressóricos se mantêm aumentados devido à deterioração da sensibilidade periférica à insulina e hiperinsulinemia compensatória.

➤ **Consumo de Álcool**

O álcool no organismo humano, a depender da quantidade, possui efeitos opostos, enquanto que em pequenas quantidades pode até reduzir os níveis pressóricos, sendo explicado pelo seu efeito vasodilatador. Se consumido em grandes quantidades ou por longos períodos faz com que os valores da pressão aumentem. Aponta-se que esse efeito do álcool sobre o aumento da pressão é explicado pelo fato de causar estimulação do sistema nervoso simpático, do sistema renina-angiotensina-aldosterona, além da estimulação da produção de insulina e cortisol, inibindo substâncias vasodilatadoras e causando depleção de cálcio e magnésio.

➤ **Sedentarismo**

A falta de exercícios físicos aumenta em 30% o risco de um indivíduo apresentar HAS.No entanto, a prática de exercícios de modo regular produz um efeito hipotensor positivo muito observado em pacientes hipertensos. O exercício físico age de modo a reduzir a atividade simpática, incrementa da atividade vagal, melhora da função endotelial, além da

redução do peso com consequente diminuição do IMC, melhorando, de modo genérico, o perfil metabólico.

A partir de então serão discutidos outros aspectos importantes relativos à HAS como a fisiopatologia, manifestações clínicas, complicações, diagnóstico e tratamento.

A fisiopatologia que explica o mecanismo da hipertensão é algo muito mais complexo do que se imagina. Aqui será pontuado apenas o mecanismo envolvido no idoso. Nesse sentido, Freitas et al. (2013) elucidam que o aumento progressivo da pressão arterial sistólica notado com o passar dos anos e explicada pela perda da distensibilidade e elasticidade dos vasos de grande capacitância, isso resulta no aumento da velocidade da onda de pulso. Reconhecendo que a pressão arterial é resultante do produto do débito cardíaco e da resistência vascular periférica, no paciente idoso o que se encontra é um claro aumento da resistência periférica com redução do débito cardíaco.

Essa resistência periférica no idoso é decorrente da arteriosclerose, processo patológico caracterizado por disfunção endotelial com alterações morfológicas do endotélio. Furchgott e Zawadzki (1980) apud Freitas et al. (2013) foi grandioso quando falou pela primeira vez no endotélio vascular como um órgão que atua modulando o tônus muscular liso vascular, além de liberar substâncias vasoativas que irão ter funções tanto relaxante quanto constritoras. O endotélio envelhecido libera uma quantidade menor de óxido nítrico, fundamental para o relaxamento vascular. O diâmetro do vaso tende a aumentar de tamanho, os depósitos de colágenos aumentam, enquanto que a elastina se desorganiza, além dos depósitos de lipídeos e de cálcio concorrerem para maior perda da elasticidade. É oportuno enfatizar que o idoso muitas vezes é acometido por outras comorbidades como dislipidemias, obesidade e diabetes, que agravam ainda mais o quadro clínico da hipertensão.

Realizar uma consulta com um paciente hipertenso adulto pode até ser fácil, porém em se tratando de um idoso o olhar necessita ser diferenciado, pois muitas vezes existe uma gama de doenças que podem acabar por mascarar outras situações clínicas. De acordo com Freitas et al. (2013), estudos atuais demonstram uma relação entre a doença cardiovascular com alterações no metabolismo ósseo, duas situações comumente encontradas em indivíduos idosos. A HAS, por sua vez, tem sido associada como um risco aumentado para baixa densidade mineral óssea. Além de alterações no metabolismo dos lipídeos (dislipidemia) está sendo associado há alterações ósseas e com o processo aterosclerótico. Somado a isso o óxido nítrico que realiza um papel protetor de epitélio vascular, parece também realizar papel na função dos osteoblastos e na remodelação óssea.

No que diz respeito às complicações causadas pela HAS é notório que existe um comprometimento cardiovascular orgânico em que o organismo sabiamente usa de sistemas para tentar compensar algo que está indo mal. O comprometimento cerebral é progressivo e estima-se que 80% de todos os acidentes vasculares encefálicos (AVEs) tenham etiologia com a Hipertensão. Os agravos coronarianos, como a angina e o infarto agudo do miocárdio, também são consequências comuns da HAS, por apresentarem ligação direta com o aumento da pressão sanguínea, levando à lesão direta nas artérias coronarianas com alteração no endotélio. Alterações também são encontradas no ventrículo esquerdo (hipertrofia ventricular) com ou sem isquemia coronária que pode levar a insuficiência cardíaca. Outras complicações comumente encontradas em pacientes hipertensos são: insuficiência renal, retinopatia, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e nefrosclerose hipertensiva (COTRAN; KUMAR, 2005; RIBEIRO; LOTUFO, 2005; ROBBINS;).

O indivíduo pode ser diagnosticado com HAS quando a pressão se encontra em níveis aumentados e sustentados. Os padrões diagnósticos aceitáveis são os seguintes: pressão arterial sistólica igual ou maior que 140 mmHg e diastólica igual ou maior que 90 mmHg. A aferição da pressão arterial requer do profissional da saúde habilidade e deve ser seguida a técnica padronizada e com equipamento calibrado. Alguns critérios devem ser respeitados antes da aferição da pressão, como certificar-se de que o paciente não esteja com a bexiga cheia, que não tenha praticado nenhum exercício físico há pelo menos 60 minutos, que não tenha ingerido bebida alcoólica, café ou alimentos e que não tenha fumado há 30 minutos anteriores, garantindo assim que o diagnóstico seja verdadeiro. O posicionamento do paciente no momento da medição também é de fundamental importância para veracidade dos resultados, devendo este permanecer na posição sentado, sem as pernas cruzadas, com os pés apoiados no chão, dorso encostado na cadeira e relaxados, e com o braço na altura do coração (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Quando fala-se em indivíduos idosos algumas peculiaridades devem ser levadas em conta, pois alterações próprias do envelhecimento determinam aspectos diferenciados, como por exemplo, a maior frequência do hiato auscultatório, que representa o desaparecimento dos sons durante a deflação do manguito, geralmente entre o final da fase I e II dos sons do *Korotkoff*, o que pode resultar em valores mais baixos para a pressão sistólica ou falsamente altas para diastólica. Para uma maior confiabilidade torna-se necessário realizar o mapa útil, que representa a variação da pressão nas 24 horas. Mapa é o método que realiza o registro da pressão arterial durante 24 horas ou mais, enquanto o paciente realiza todas as atividades do

cotidiano, como também no período de sono (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Após o diagnóstico fidedigno da HAS, o tratamento deverá ser individualizado e de acordo com as peculiaridades de cada idoso, levando em consideração todas as alterações gerontológicas. Inicialmente deve ser classificado o risco vascular antes de ser adotada qualquer propedêutica. Deve ser bem esclarecido ao idoso que após o diagnóstico confirmado, a importância do tratamento multidisciplinar e que o mesmo irá acompanhá-lo pelo resto de sua vida. O uso de anti-hipertensivos deve ser criteriosamente avaliado pelo médico. Atualmente as classes mais utilizadas são os diuréticos, betabloqueadores, antagonistas dos canais de cálcio, inibidores da enzima de conversão da angiotensina, antagonistas dos receptores da angiotensina II e inibidores diretos da renina (FREITAS et al., 2013).

É importante que no paciente idoso alguns critérios sejam respeitados no tocante ao tratamento: ser iniciado com doses eficazes para cada situação clínica, podendo ser aumentada ou associada a outro hipotensor, se necessário; ser bem tolerado pelo paciente e ter boa absorção oral; respeitar o período de adaptação de cada idoso; e explicar ao paciente sobre a doença, efeitos colaterais dos fármacos e qual o objetivo do tratamento. Antes do início do tratamento deve ser considerada a condição socioeconômica de cada paciente com o intuito de que o tratamento seja passível de ser seguido (FREITAS et al., 2013).

Para que o tratamento seja satisfatório e promova uma boa qualidade de vida ao idoso com HAS, se faz necessário que o mesmo tenha em mente que apenas o fármaco (hipotensor) não irá garantir esse efeito e que mudanças no estilo de vida devem e se fazem importantes para o tratamento eficaz. Essas mudanças devem ser adequadas à realidade de cada idoso além de se levar em conta outras comorbidades que podem estar presentes nessa fase como dislipidemia e diabetes. Essas mudanças devem incluir hábitos alimentares mais saudáveis, com redução da ingestão de sódio, aumento na variedade de frutas e leguminosas, perda do excesso de peso, reduzir ou retirar de vez o consumo de bebida alcoólica, incentivo ao abandono do tabagismo e prática de exercícios físicos de modo regular (BRASIL, 2006).

2.2 Qualidade de vida: aspectos conceituais

Considerada uma noção eminentemente humana, o termo qualidade de vida foi utilizado pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson em 1964, onde relacionou qualidade de vida com condições econômicas. Apenas mais adiante a expressão qualidade de vida foi associada a condições de saúde. Essa discussão tornou-se

mais vigorosa a partir do relatório Lalonde (1974), o qual trouxe a percepção dos determinantes da saúde, estilo de vida, os avanços da biologia humana, o ambiente físico e social e os serviços de saúde. Desse modo, o termo qualidade de vida perpassa por várias áreas de estudos como humanas, ciências biológicas além da área da saúde, comumente associada há condições de saúde, como controle de sintomas e aumento da expectativa de vida. No entanto, estudiosos afirmam que qualidade de vida é um termo subjetivo que envolve várias dimensões da vida dos seres humanos, não limitando-se apenas à saúde (BUSS et al, 1998).

A qualidade de vida sempre foi uma preocupação da humanidade, porém com o avanço tecnológico, o melhor acesso aos serviços e bens de consumo esse termo vem sendo considerado um compromisso pessoal, na busca de um bem-estar e condições de vida que devem incluir lazer, saúde, alimentação, moradia, trabalho, transporte, liberdade e autoestima (SANTOS et al., 2002).

Conquanto não exista um consentimento acerca do tema em questão, há um direcionamento para o que se refere o termo qualidade de vida, o qual compreende ser algo multidimensional, pelo fato, da vida envolver varias dimensões, como a social, mental, física, espiritual, econômica e cultural; um processo dinâmico por uma instabilidade no tempo e no espaço; e subjetivo por que cada indivíduo tem sua percepção individual, atribuída às experiências vividas na sociedade ou individualmente (INOUE; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2010).

Segundo Paschoal (2013), o caráter abstrato do termo qualidade de vida explica por que a expressão vida boa tem significados diferentes, para diversos lugares e em ocasiões distintas. Mais que isso, varia de indivíduo para indivíduo, de acordo com o tempo e emoções envolvidas. O mesmo autor fala ainda que o conceito de QV pode variar de acordo com a fase do desenvolvimento que o sujeito se encontra e em cada situação histórica, cada nação segue norteada por tradições e culturas que são hierarquizadas sob valores e necessidades particulares.

A OMS traz um conceito amplamente utilizado por estudiosos na área que diz que qualidade de vida é, *“a percepção do individuo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”* (OMS, 1995, p.1405). Nesse sentido, a OMS foi exitosa quando elaborou esse conceito, pois ele abrange de modo singular o que muitos outros disseram, trazendo a subjetividade referente a cada indivíduo, além de ser composta por dimensões

positivas e negativas, próprias da vida dos seres humanos, podendo assim realizar uma avaliação mais abrangente sobre a temática.

O intuito de realizar uma avaliação da qualidade de vida dos indivíduos de modo fidedigno impulsionou a OMS a elaborar um instrumento, o WHOQOL-100, elaborado contendo 100 itens, o qual compreende 6 domínios que são: domínio físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais/religião/crenças pessoais, os quais irão avaliar a qualidade de vida dos indivíduos (FLECK et al., 1999).

O WHOQOL-100, como mencionado, corresponde a um instrumento contendo 100 perguntas que irão avaliar a qualidade de vida em seis domínios, subdivididos em 26 facetas. A partir desse instrumento outros foram elaborados, sendo estes mais específicos, para diversas situações relacionadas à qualidade de vida das pessoas como, por exemplo, doenças crônicas, como câncer, diabetes, doenças cerebrovasculares, Parkinson e outras doenças do sistema nervoso central, problemas neurológicos pós-traumáticos, transplantes entre outros. No presente estudo utilizar-se-á um instrumento que avalia a qualidade de vida dos idosos, o WHOQOL-Old, que foi desenvolvido em uma perspectiva transcultural e multidimensional, composto por 24 itens subdivididos em 06 facetas que são as seguintes: funcionamento sensorio; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; e intimidade (FLECK et al., 1999).

2.3 Qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial

O processo de envelhecimento que em muitos países ocorreu de modo gradual e lento, no Brasil, ao contrário, deu-se de modo rápido, e em menos de duas décadas já é considerado um país envelhecido. Tido como uma vitória da humanidade, o envelhecimento populacional traz consigo também muitos desafios, dentre eles o envelhecimento saudável e com qualidade. Os idosos brasileiros são pessoas com possibilidades menores de uma vida digna, visualizando a velhice como fase de perdas, dependência e impotência, sendo um grande desafio fazer com que esses anos vividos a mais sejam dignos e plenos de significados. (PASCHOAL, 2013).

A Organização Pan-Americana da Saúde se refere a envelhecimento com qualidade aquele no qual o indivíduo envelhece ativamente. E traz o conceito de envelhecimento ativo como sendo “*um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas*” (OPAS, 2005, p. 13). De acordo com a mesma entidade, qualidade de vida não

depende só de riscos e oportunidades de experimentarem durante a vida, mas também pelo modo que as gêneses posteriores irão ofertar ajuda e apoio quando necessário.

Paschoal (2013) define qualidade de vida na velhice como sendo uma avaliação multidimensional referenciada a critérios interpessoais, a respeito das relações atuais, passadas e prospectivas entre o idoso e o meio em que vive.

A senescência tem implicações importantes para a qualidade de vida, podendo trazer problemas com consequências sérias que podem afetar nas varias dimensões da vida humana. O fato é que com o avançar da idade ampliam-se também as chances de ocorrência de doenças, fato muito comum entre os idosos, que podem trazer sequelas, diminuição funcional, aumento do grau de dependência, isolamento social entre outros problemas (PASCHOAL, 2013).

O autor supracitado afirma que pela mudança do perfil de morbidade, agora há maior prevalência de afecções crônicas, acompanhadas por sequelas, que também seguem curso crônico, afastando do objetivo de cura efetiva e sim a procura na melhoria da qualidade de vida do paciente. O mesmo autor faz uma crítica sobre o modelo assistencial mecanicista no qual visualiza o paciente apenas como um organismo biológico, faltando interesse pelo ser humano como agente social e transformador, de modo que a qualidade de vida da pessoa idosa deve integrar o cuidar e não primariamente a pessoa como organismo biológico somente passível de cura.

A mais aceita conceituação até hoje do que é doença crônica foi dita pela Comissão de Doenças Crônicas de Cambridge (1957), onde elucidou que doenças crônicas incluíam todos os desvios de normalidade que possuíssem uma ou mais das seguintes características: presença de incapacidade residual, mudança corporal não reversível no sistema corporal, necessidade de educação do paciente para a reabilitação e previsão de um longo período de supervisão, observação e cuidados.

Nesse sentido, merece destaque a hipertensão arterial, caracterizada como doença crônica com maior prevalência entre a população idosa, cerca de 65% segundo dados do Ministério da Saúde (2006). Estando sempre associada a eventos cardiovasculares com conseqüente diminuição da expectativa de vida e declínio significativa da qualidade de vida, tem como característica acompanhar o idoso pelo resto de sua vida, muitas vezes com uso de polifarmácia além de suas sequelas decorrentes de complicações como, por exemplo, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio e insuficiência renal crônica, que podem influenciar as várias dimensões da vida dos idosos, os tornando por vezes mais dependentes de outras pessoas e dificultando a realização de atividades de vida diárias.

Perante esse embasamento sobre doença crônica com destaque para HAS, pontua-se a discussão sobre a interferência da HAS na qualidade de vida dos idosos. Como já citado, destaca-se por ser o principal fator de risco para complicações como acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio, que estão entre as primeiras causas de morbimortalidade no mundo. Suas complicações podem influenciar negativamente na qualidade de vida da pessoa idoso afetando as varias dimensões como autonomia, funcionamento do sensório, participação social, intimidade e morte e morrer.

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de estudo transversal exploratório-observacional de natureza quantitativa. O estudo exploratório tem como finalidade principal desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias para a formulação de abordagens posteriores. Desse modo, visa proporcionar uma visão aproximativa de um determinado fato, possibilitando a formulação de problemas mais precisos ou a criação de hipóteses que possam ser pesquisadas por estudos posteriores. Já a natureza observacional consiste em uma técnica de coleta de dados para conseguir informações e utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade. Ajuda o pesquisador a identificar e obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os participantes do estudo não têm consciência, sendo o ponto de partida da investigação social (MAZZOTTI, A.J.; 2008; GIL, A.C. 2010).

A pesquisa do tipo quantitativa tem como principal requisito traduzir em números as informações e dados obtidos, utilizando-se de técnicas estatísticas. Permite deste modo a mensuração de opiniões, reações, hábitos e atitudes em um universo por meio de uma amostra que o represente estatisticamente. As principais características da pesquisa quantitativa são obedecer a um plano pré-estabelecido, com a finalidade de enumerar ou medir eventos; vale-se da teoria para desenvolver as hipóteses e as variáveis da pesquisa; examina as relações entre as variáveis por métodos experimentais ou semi-experimentais, emprega na obtenção da análise dos dados métodos estatísticos; utiliza de dados que representem uma população específica (amostra), a partir do qual os resultados serão generalizados; usam como instrumentos de coletas de dados, questionários estruturados, elaborados com questões fechadas, testes de *checklists*, aplicados a partir de entrevistas individuais, apoiados por um questionário convencional (impresso) ou eletrônico (TERENCE; FILHO, 2006).

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). As cidades componentes da referida microrregião são: Algodão de Jandaíra, Arara, Barra de Santa Rosa, Cuité, Damião, Nova Floresta, Olivedos, Pocinhos, Remígio, Soledade e Sossego. Com vistas à otimização e viabilização do desenvolvimento da pesquisa foram selecionados cinco destes municípios: Barra de Santa Rosa, Cuité, Nova Floresta, Remígio e Sossego, haja vista a aproximação geográfica com o município sede do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de

Campina Grande (Campus Cuité). Foram utilizadas como referência as Unidades de Saúde da Família (USF's) vinculadas às Secretarias Municipais de Saúde (SMS), todas localizadas na zona urbana. O cadastro na Estratégia Saúde da Família norteou o encontro dos possíveis participantes do estudo.

3.3 População e amostra

Conforme dados censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2010) publicados no ano de 2010, os cinco municípios possuem um total de 9.606 habitantes com idade igual ou superior a 60 anos, distribuídos da seguinte forma: Barra de Santa Rosa (2001), Cuité (3.040), Nova Floresta (1.576), Remígio (2.614) e Sossego (375). Este número consistiu no 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. Sabendo que a amostra de 444 idosos compõem a amostra de um estudo maior. Do conjunto amostral global obtido para o estudo, 237 referiram o acometimento por Hipertensão Arterial Sistêmica, sendo, portanto, definida como a amostra.

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 HAS;
- ✓ Ser devidamente cadastrado e acompanhado na Estratégia Saúde da Família;
- ✓ Não possuir deficiência cognitiva;
- ✓ Aceitar livremente em participar da pesquisa;
- ✓ Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A).

Seriam excluídos os usuários que manifestassem a qualquer momento o desejo de não mais participar do estudo ou que não estivessem em condições de participar da pesquisa. Todavia, não houveram perdas amostrais.

3.4 Instrumentos de coleta de dados

Questionário para coleta de dados (Anexo A)

Trata-se de um instrumento de coleta de dados composto por 02 seções, sendo estas descritas como A e B.

- ✓ Seção A (Informações Pessoais): para contemplar esta seção foram coletadas as seguintes informações pessoais: idade; sexo; cor da pele; estado civil; local de moradia; número de moradores na casa; vínculo de moradia; responsável pelo domicílio; arranjo familiar, filhos próprios e adotivos vivos; presença ou ausência de cuidador; religião; e tipo de serviço de saúde utilizado.
- ✓ Seção B (Perfil Social): a averiguação do perfil social é composta pelos seguintes itens: escolaridade; renda mensal do idoso e da família que mora com o idoso; origem de renda; autoavaliação da situação econômica; autoavaliação da memória; atividades anterior e atualmente desenvolvidas; e caracterização da moradia.

Questionário WHOQOL-Old (Anexo B)

No segundo momento foi avaliada a Qualidade de Vida com a utilização do instrumento WHOQOL-Old preenchido pelos idosos selecionados para compor a amostra com a co-participação do pesquisador, caso houvesse 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 representam uma alta qualidade de vida, escores baixos representam uma baixa qualidade de vida. Os itens são 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 pode ser 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” descrever as preocupações, inquietações e temores sobre a morte e morrer. E a faceta “Intimidade” avalia as relações pessoais e íntimas.

3.5 Procedimento de coleta de dados

Tendo em vista que o projeto original em que este é embasado já obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados foi realizada a partir da aplicação do questionário entre os meses de novembro de 2014 a março de 2015. Após a identificação das Unidades de Saúde da Família e o contato com a equipe multiprofissional, em particular o enfermeiro e os agentes comunitários de saúde, foram elencados os possíveis idosos participantes e estes foram selecionados conforme a acessibilidade e interesse em participar do estudo. Quando o idoso aceitava participar do estudo, estando em acordo com os critérios de inclusão, a equipe de pesquisadores procediam à coleta das informações, seja no domicílio ou na Unidade de Saúde da Família. Anteriormente ao preenchimento do questionário, os pesquisadores apresentam o TCLE e informam os objetivos da pesquisa, sendo este assinado em duas vias (ficando uma via com o participante e a outra arquivada com o pesquisador).

A equipe de pesquisadores foi composta pelo pesquisador responsável (Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande e Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRN), cinco enfermeiros egressos do Centro de Educação e Saúde e 13 alunos regularmente matriculados no Curso de Bacharelado em Enfermagem, todos membros efetivos/colaboradores 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).

Houve a priori um treinamento de todos os participantes do núcleo (NEPEQ), sobre a utilização dos questionários antes do procedimento de coleta de dados em campo.

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, calculando-se 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 através 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:

(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

De modo a cumprir as exigências éticas em pesquisas, todos os procedimentos para o desenvolvimento desta investigação tiveram como base as diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Baseando-se nessa Resolução, foi garantido o anonimato dos participantes da pesquisa, bem como o sigilo das informações por estas prestadas. A autonomia de desistir do estudo em qualquer etapa também foi um direito dos participantes, sem que nenhum prejuízo a estes fosse acarretado. Foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), para que os participantes pudessem se familiarizar com a proposta evidenciada

na pesquisa e consentir que estavam participando, sem riscos previsíveis, de um estudo com finalidade de engrandecimento do conhecimento científico.

A presente pesquisa foi enviada ao comitê de ética em pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) da UFCG e devidamente aprovado pelo mesmo sob parecer nº 844.702 em 28 de outubro de 2014.

4 Análise e Discussão dos Resultados

O capítulo intitulado por *Análise e Discussão dos Resultados* apresenta informações relativas à qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial sistêmica, a partir da pesquisa desenvolvida com idosos cadastrados e acompanhados na Estratégia Saúde da Família da microrregião do Curimataú Ocidental do Estado da Paraíba, de acordo com os 05 (cinco) municípios selecionados para a pesquisa: Barra de Santa Rosa, Cuité, Nova Floresta, Remígio e Sossego. De acordo com a amostra composta por 237 participantes, os dados foram obtidos diretamente de pessoas idosas no âmbito das Unidades de Saúde da Família ou nos seus próprios domicílios, por meio da aplicação dos seguintes instrumentos: I) Questionário de Coleta de Dados (Anexo A); e II) WHOQOL-Old (Anexo B).

Para uma melhor sistemática de apresentação e compreensão dos resultados, foram estruturados dois sub-tópicos neste capítulo: I) Caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes; e II) Qualidade de Vida de idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica.

4.1 Caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes

Com relação ao perfil socioeconômico e demográfico, a Tabela 1 demonstra os resultados descritivos (medidas de frequência absoluta, frequência relativa, média, desvio padrão, mínima e máxima) obtidos quanto às seguintes variáveis: sexo, faixa etária, cor/raça, estado civil, arranjo familiar, responsabilidade pelo domicílio, presença de cuidador, identificação do cuidador, religião, serviço de atenção à saúde utilizado como primeira escolha, alfabetização funcional, escolaridade e renda familiar.

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

Variável	Categorias	Idosos pesquisados	
		f	%
Sexo	Masculino	93	39,2%
	Feminino	144	60,8%
Faixa etária	60 a 74	144	60,8%
	75 a 89	82	34,6%
	Acima de 90	11	4,6%
Medidas descritivas	Média = 72,89		
	Desvio padrão = 8,453	Mínima = 60	Máxima = 103
Cor/Raça	Branca	105	44,3%
	Parda	93	39,2%
	Amarela	04	1,7%
	Preta	34	14,3%
	Indígena	01	0,4%
Estado civil	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	30	12,7%
	Nenhuma	08	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%
Escolaridade	Não alfabetizado	115	48,5%
	01 a 04 anos estudados	58	24,5%
	05 a 08 anos estudados	53	22,4%
	09 a 11 anos estudados	03	1,3%
	Acima de 12 anos estudados	08	3,4%
Medidas descritivas	<i>Média = 2,60</i>		
	<i>Desvio padrão = 3,563</i>	<i>Mínima = 0</i>	<i>Máxima = 25</i>
Renda Familiar			
Medidas descritivas	<i>Média = R\$ 1796,78</i>		
	<i>Desvio padrão = R\$ 955,837</i>	<i>Mínima = R\$ 788</i>	<i>Máxima = R\$ 7.000</i>
	Total	237	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Como exposto na Tabela 1, de acordo com a variável sexo, observou-se a predominância de mulheres idosas (60,8%) acometidas pela HAS. Segundo Yomanda, Lavras, Demuner (2011), o sexo está entre os fatores de risco para o acometimento da Hipertensão. Até os 50 anos de idade existe uma maior incidência entre homens, porém, a partir dos 60 anos de idade esse fato se inverte. De acordo com Santos Filho e Martinez (2002), as mulheres no período da menopausa diante de uma privação de estrogênios,

hormônio considerado protetor contra a aterosclerose, apresentam uma maior disposição para desenvolver Hipertensão, o que confirma o resultado deste estudo.

Sob outro modo de vista é importante considerar o maior contingente populacional feminino quando comparado ao masculino, o que pode caracterizar um viés amostral. Para ampliar este raciocínio, Folleto (2009) destaca a feminização da velhice como um panorama que justifica, a partir da relação entre idade e sexo, o fato das mulheres apresentarem menor exposição a alguns fatores de risco, além de atitudes diferenciadas frente a problemas de saúde. Nesse sentido, se por um lado as mulheres biologicamente estão mais vulneráveis à hipertensão, por outro, determinados comportamentos protetores as garantem uma maior expectativa de vida.

Em se tratando do quesito faixa etária, a média de idade por participantes do estudo foi de 72,89 anos, situada na faixa entre 60 a 74 anos que corresponde a idosos jovens. Esse resultado revela dois apontamentos: por um lado a hipertensão está sendo diagnosticada cada vez mais cedo, o que é importante para o sucesso do manejo terapêutico, pois iniciado precocemente pode reduzir as chances de complicações clínicas mais graves; porém, por outro lado, um achado preocupante foi evidenciado: pessoas adultas podem estar chegando à velhice já com o diagnóstico de hipertensão, tendo que conviver longos anos com a doença. Segundo Miranda et al. (2002), as próprias alterações fisiológicas do envelhecimento, como alterações nas propriedades vasculares da aorta, tem importante papel na gênese e progressão da hipertensão, justificando desse modo a maior prevalência e aumento crescente da hipertensão ao avançar da idade.

Quanto à variável cor/raça, estudos mostram maior incidência de hipertensão em pessoas de etnia negra pela presença de um defeito hereditário na captação celular de sódio e cálcio como também em seu transporte renal, podendo ser ainda atribuído a um gene economizador de sódio que leva ao influxo celular de cálcio, favorecendo o aparecimento da Hipertensão (GOMES, 2011). Este fato se contrapõe ao resultado identificado neste estudo, em que as etnias mais evidenciadas foram 'branca' e 'parda', representando 44,3% e 39,2% da amostra, respectivamente. É importante destacar que esta pesquisa é parte de um projeto universal sobre qualidade de vida de idosos vinculado ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Qualidade de Vida da Universidade Federal de Campina Grande, não sendo selecionados para este estudo apenas idosos com hipertensão, o que pode justificar esta divergência.

Sob outra visão, como demonstrado no Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2010), considerando a variedade étnica do país, as raças branca e parda

constituem os maiores índices no Brasil e na Paraíba, considerando pessoas de 60 a 69 anos que se enquadra melhor no resultado obtido no presente estudo, que foi de idosos de 60 a 74 anos, foram encontrados os seguintes números em ordem decrescente no Brasil: Brancos (6.158.0011), Pardos (4.097.069) e Pretos (906.487). Na Paraíba, Pardos (1.642.797), Brancos (917.992) e Pretos (311.245). Tais números confirmam os resultados do estudo onde Brancos e Pardos estão entre a maioria dos idosos entrevistados.

Em estudo realizado em Salvador, Lessa et al. (2006) mostra que foram comprovados associações significantes entre hipertensão e etnias negra e parda, assim como também menopausa e idades acima dos 40 anos. Esses achados corroboram os resultados do presente estudo, sendo, portanto, definidos claramente como três fatores de risco para a hipertensão arterial.

Quanto à variável estado civil, a maioria dos participantes (56,1%) encontra-se casada. Considerada como um sistema em desenvolvimento, a família precisa ser analisada considerando a variação contextual de seu modo de vida e de sua dinâmica ao longo do ciclo vital. Sendo a família, desse modo, a principal fonte de cuidado à saúde, pacientes que apresentam diagnóstico de hipertensão requerem um ambiente familiar favorável ao seu tratamento tendo em vista a mudança de hábitos de vida que irão refletir em seu contexto familiar (OLIVEIRA; BASTOS, 2000).

Ainda sobre o quesito estado civil, as demais categorias dos participantes, incluindo solteiros, separados, divorciados e viúvos, somam juntos 43,1%, percentual esse considerado significante e que mostra que apesar da grande maioria dos idosos hipertensos terem seus respectivos companheiros e como já citado é de grande auxílio no enfretamento e tratamento da doença, a outra parcela, ao contrário, não dispõe efetivamente do cônjuge para esse tipo de assistência. Esta evidência é claramente revelada por Oliveira e Bastos (2000), quando falam que a sociedade contemporânea identifica três maneiras de cuidado à saúde: a informal, que corresponde ao campo leigo, compreendendo o autotratamento ou a automedicação; um conselho ou tratamento recomendado por algum parente, amigo ou vizinho; e a família, constituindo-se ainda como principal fonte de cuidado.

O próximo item a ser discutido ainda confirma o que foi apontado anteriormente, onde 27,0% dos idosos participantes da pesquisa moram somente o cônjuge e 22,4% com cônjuge e filhos, reafirmando o resultado do item anterior do estado civil e constituição familiar. De acordo com Mazza e Lefevre (2005), ao estudar o envelhecimento, a abordagem familiar é de fundamental importância para entender como o fenômeno acontece e pode influenciar a este grupo específico. Segunda as autoras é na família que o idoso tem seu meio de sustentação e

pertencimento. Quando a família está impossibilitada de prestar assistência, o idoso fica exposto a situações de morbidade significativa, além de vulnerabilidade física, psíquica e social. Desse modo, destaca-se o importante papel do cônjuge e filhos no enfretamento e acompanhamento do idoso com hipertensão.

Na variável responsabilidade pelo domicílio foi constatado que 70,0% dos idosos com hipertensão são responsáveis pelo próprio domicílio, revelando a autonomia e compromisso destes no cuidado e sustento domiciliar, e comprovando que a hipertensão devidamente tratada, sem suas complicações ou sequelas decorrentes destas, mantém o idoso independente dentro do seu contexto familiar. Cunha et al. (2012) afirmam que autonomia é uma vertente central do envelhecimento saudável, e promover a autonomia das pessoas idosas, manter sua dignidade, integridade e liberdade de escolha é fundamental para promoção de sua qualidade de vida.

No item presença de cuidador, a maioria dos idosos com hipertensão (55,7%) afirma não ter, o que também reforça a presença da autonomia dos idosos. Mais uma vez ressalta-se que a adoção de um estilo de vida saudável e o uso adequado de anti-hipertensivos, componentes essenciais do manejo terapêutico da hipertensão, garante a autonomia da pessoa idosa, deixando-a apta a realizar todas as suas atividades de vida diária, o que possivelmente seria diferente caso já tivesse sofrido alguma complicação decorrente da hipertensão. Lima-Costa et al. (2005) afirmam em seu estudo que a cada aumento de dez anos em idade há o dobro de risco de declínio do *status* funcional. Ainda com esta perspectiva, neste estudo observou-se que os idosos hipertensos mantem sua capacidade funcional adequada, não necessitando da presença de um cuidador para realizarem as atividades de vida diária.

Complementando este raciocínio, na variável de identificação do cuidador, constatou-se que para àqueles idosos que referiram ter cuidador, 20,7% são cuidados pelos próprios filhos e 12,2% pelo cônjuge. Simonetti e Ferreira (2008) afirmam que as famílias que tem um de seus membros com problemas crônicos de saúde sentem, juntamente com ele, toda a problemática que pode envolver essa questão e que ambos podem ter desafios ligados ao desempenho de novos papéis como trabalhar com as perdas de atividades sociais, financeiras e de suas capacidades físicas. Este desempenho de novos papéis é claramente evidenciado quando os filhos passam a cuidar dos seus pais na velhice, o que é assegurado ao idoso em seu Estatuto como direito. Segundo o Estatuto do Idoso (Lei 10.741 de 01 de outubro de 2003, p. 15), em seu Art. 3º,

é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do

direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Portanto, diante deste embasamento legal, a família tem por obrigação manter um ambiente propício a um envelhecimento tranquilo e sereno, favorecendo assim um contexto saudável, participativo e isento de exclusões, seja no domicílio ou na comunidade. Ademais, esta obrigação dos filhos para com os pais idosos é determinada também pela Constituição Federal em seu artigo 229 ao referir que “[...] *os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade*” (BRASIL, 1988, p. 132). Nesse sentido, pode-se afirmar que idosos com hipertensão que mantêm um arranjo familiar, demandam e devem ter assegurado esse substancial apoio para o enfrentamento da doença e importante motivação para o auto-cuidado.

Com relação à variável religião, o resultado mais expressivo foi à católica, equivalendo a 84,0% dos participantes. Resultado este coerente com dados da realidade brasileira e paraibana. Segundo dados do último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), cerca de 60% dos brasileiros são católicos; o Nordeste, por sua vez, apresenta como religião a católica em primeiro lugar com 72,2%. Em números absolutos, o Estado da Paraíba tem 2.898.656 pessoas católicas, o que confirma mais uma vez os dados encontrados na pesquisa.

Lima Filho e Sarmiento (2004), no livro intitulado *Envelhecer bem é possível*, falam em velhice bem sucedida como sendo um trabalho e um esforço permanente, como uma construção e um acúmulo de recursos para o futuro, desenvolvidas durante a vida toda, não somente nas condições materiais, mas principalmente, nas condições emocionais e espirituais, como afeto, amizade, sabedoria, honra, fé e esperança. De acordo com Floriano e Dalgallarrondo (2007), a religiosidade tem uma dimensão central na vida de uma grande parte dos idosos, estando ainda relacionado ao surgimento, à manutenção e as possibilidades de atenuação de agravos à saúde física e mental. As práticas e crenças religiosas parecem decisivamente influenciar para o bem-estar na velhice, logo, notoriamente idosos com hipertensão tendem a aceitar o tratamento e ainda buscar hábitos mais saudáveis que venham a melhorar seu estado de saúde impulsionado por uma base religiosa.

No que diz respeito ao serviço de atenção à saúde utilizado como primeira escolha, a maioria dos idosos (74,3%) afirma buscar o Sistema Único de Saúde (SUS) quando necessitam de assistência. O SUS foi criado em 1988 pela Constituição Brasileira como um sistema público descentralizado e integrado pelas três esferas de governo, sendo

regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde em 1990. Esse “novo” sistema de saúde foi criado com o intuito de reorganizar a saúde do Brasil naquela época, onde o sistema público oferecia assistência apenas à parcela da população que estivesse integrada ao mercado de trabalho formal. O que existiam, portanto, eram coberturas de saúde, planos privados para os trabalhadores formais subvencionados pelos empregadores, deixando a grande maioria sem nenhum tipo de assistência à saúde (BRASIL, 2003).

Com o intuito de organizar os serviços no SUS, estes foram divididos em três níveis de assistência de acordo com a complexidade dos casos, se estruturando em níveis de maior a menor complexidade das ações e serviços de saúde, conforme dispõe na Lei nº 8.080/90. Em se tratado dos resultados do estudo, essa busca pelos serviços do SUS relatado pelos participantes se emoldura em sua maioria nos serviços de atenção primária à saúde, mais precisamente, na Estratégia de Saúde da Família (ESF) desenvolvida nas Unidades de Saúde da Família (USFs). De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), a Atenção Básica se caracteriza como sendo um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que deve abranger a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o intuito de desenvolver uma atenção integral a pessoa, família e comunidade, devidamente regulamentada pela Política Nacional de Atenção Básica.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), as USFs devem constituir o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, não devendo apenas se constituir como um local de triagem e encaminhamento, mas também ser resolutiva, com profissionais capazes de assistir aos problemas de saúde mais corriqueiros e manejar novos saberes por meio de processos educativos que promovam saúde e previnam doenças em geral. As USFs devem prestar uma assistência integral, contínua e de qualidade no próprio espaço físico assim como nos domicílios e em locais comunitários como escolas, creches, asilos, presídios entre outros.

Nesse sentido, dentre os variados programas de atenção à saúde ofertado à população pelo SUS no âmbito da ESF, destaca-se o programa HiperDia, que Segundo Lima, Gaia e Ferreira (2012), foi criado em 2002 como um Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão e Diabetes, com objetivo de atacar a fundo estes dois agravos estabelecendo metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnósticos, tratamento e controle, por meio de uma reorganização no trabalho de atenção básica no contexto das Unidades da rede básica dos serviços de saúde. É oportuno destacar que o percentual obtido quanto ao serviço de atenção à saúde utilizado pelos idosos como primeira escolha (74,3%), no entanto, não

indica necessariamente a adesão ao respectivo programa e sim que a população de idosos hipertensos entrevistados em sua maioria faz uso dos serviços oferecidos pelos SUS.

Vale ressaltar ainda que essa busca pelos serviços de saúde oferecidos pelo SUS por parte dos idosos hipertensos participantes da pesquisa pode estar associada a outra variável também estudada, a renda familiar, cuja média de dois salários mínimos não viabiliza aos idosos buscarem outros serviços de assistência a saúde como os privados, restando como única opção os serviços do SUS.

No item analfabetismo funcional, a maioria dos idosos hipertensos (51,5%) afirma ter algum entendimento sobre leitura e escrita. De acordo com a Organização das Nações Unidas para a Educação (UNESCO, 1978), analfabetismo funcional é a pessoa capaz de utilizar a leitura e a escrita para fazer frente às demandas de seu contexto social e de usar essas habilidades para continuar aprendendo e se desenvolvendo ao longo da vida. Santos e Mendonça (2007) complementam a ideia, referindo que a alfabetização é considerada como o ensino das habilidades de “codificação” e “decodificação” transpostas para sala de aula, mediante a criação de diferentes métodos de alfabetização, e exemplo dos sintéticos ou analíticos.

Lazzarotto (2010) define-a ainda como sendo a ação que permite o sujeito interagir com a leitura e a escrita, desvendando um mundo codificado socialmente e como utilizá-lo, sendo, portanto, um processo de aquisição da “tecnologia escrita”, isto é, conjunto de técnicas, procedimentos e habilidades necessárias para a prática da leitura e da escrita. Nesse sentido, entende-se que a maioria dos idosos hipertensos tem alguma compreensão sobre leitura e escrita, mesmo que tenha frequentado pouco ou nenhum tempo a escola, o que está explícito no próximo item. Isso pode influenciar no manejo terapêutico, desde tomada dos medicamentos até aquisição de hábitos de vida mais saudáveis.

Em relativo contraponto, embora 51,5% dos idosos se considerem funcionalmente alfabetizados, 48,5% não são efetivamente alfabetizados, sendo que genericamente a média de escolaridade obtida foi de 2,6 anos estudados, considerada muito baixa. Pierin et al. (2001) revelam em seu estudo que a escolaridade é um dado que merece ser considerado, pois em seu estudo realizado com hipertensos verificaram que houve associação entre o sexo, a idade e o grau de instrução com o abandono ao tratamento. Desse modo, Rodrigues et al. (2012) concluem que o baixo nível de escolaridade dificulta e limita o acesso e a compreensão dessas informações, acreditando que o comprometimento nas habilidades de leitura, escrita e fala, pode interferir no manejo da doença, e por sua vez na qualidade de vida. O baixo índice

educacional, portanto, é considerado um fator agravante para os pacientes com hipertensão, dificultando muitas vezes no auto-cuidado de modo preventivo e terapêutico.

Quanto à renda familiar, constatou-se que no estudo que a média salarial dos idosos hipertensos é de R\$ 1.796,78 reais, o que equivale aproximadamente a dois salários mínimos, confirmando o item sobre estado civil e a aposentadoria do casal de idosos. Em estudo realizado com a população urbana na cidade de Pelotas – RS foi demonstrada a relação entre a renda familiar e a hipertensão, evidenciado pelas más condições de vida da população (COSTA et al., 2006).

Segundo Castro, Rolim e Maurício (2005), a condição socioeconômica tem influência multifatorial na hipertensão, onde a mesma é predominante entre a população que ganha menos de dois salários, o que confirma o item anterior sobre a renda dos idosos com hipertensão. Os autores ressaltam ainda que essas pessoas economicamente menos favorecidas possuem limitado acesso a informações, alimentação inadequada, hábitos de vida desfavoráveis à saúde e sobrecarga de trabalho, onde juntos esses fatores concorrem para o acometimento da hipertensão.

Lima, Bucher e Lima (2004) afirmam que as condições socioeconômicas que envolvem os indivíduos determinam o seu comportamento e o estilo de vida, favorecendo que suas práticas diárias contribuam negativamente para a realização de hábitos saudáveis. Nesse sentido, os idosos com baixa renda familiar também estão sujeitos a piores condições de vida no que diz respeito à moradia, alimentação, lazer, cultura, saúde etc, o que por sua vez repercute de modo negativo no seu estado de saúde e qualidade de vida.

4.2 Qualidade de vida de idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica

Para a análise dos resultados do módulo WHOQOL-Old foram seguidas todas as diretrizes analíticas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde. O questionário consiste em 24 itens, atribuídos a seis facetas: “Funcionamento do Sensório” (FS), “Autonomia” (AUT), “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (PPF), “Participação Social” (PSO), “Morte e Morrer” (MEM) e “Intimidade” (INT), e os resultados estão apresentados nas tabelas a seguir. É importante salientar que em concordância com o modelo de pontuação dos outros instrumentos WHOQOL, os escores mais altos representam melhor a qualidade de vida.

A Tabela 2 expõe o cálculo das medidas descritivas dos itens de cada faceta.

Tabela 2 - Estatística descritiva dos itens das facetas obtida por meio da aplicação do questionário WHOQOL-Old* com idosos com hipertensão arterial acompanhados na Estratégia Saúde da Família do Curimataú Ocidental Paraibano (n=237).

Faceta/Questão	m (EP)	dp	cv (%)
Funcionamento Sensorio (FS)			
Old_01 - Intensidade da perda dos sentidos na vida diária **	3,65	1,13	30,94
Old_02 - Intensidade da perda dos sentidos na participação em atividades **	3,68	1,14	31,03
Old_10 - Efeito de funcionamento dos sentidos na capacidade de interação **	3,92	1,06	27,03
Old_20 - Avaliação do funcionamento dos sentidos	3,51	0,95	26,95
Autonomia (AUT)			
Old_03 - Liberdade para tomar as próprias decisões	3,82	1,11	29,09
Old_04 - Intensidade em que controla o próprio futuro	3,04	1,25	41,02
Old_05 - Intensidade em que as pessoas respeitam a sua liberdade	3,85	0,93	24,24
Old_11 - Capacidade de fazer as coisas que gostaria	3,18	1,03	32,56
Atividades Passadas, Presentes e Futuras (PPF)			
Old_12 - Capacidade de satisfação com oportunidades para realizações na vida	3,51	0,97	27,54
Old_13 - Capacidade de sentir que recebeu o merecido reconhecimento na vida	3,71	0,96	25,79
Old_15 - Avaliação da satisfação com o que alcançou na vida	4,09	0,76	18,68
Old_19 - Avaliação da felicidade em coisas a esperar no futuro	3,69	0,82	22,20
Participação Social (PSO)			
Old_14 - Capacidade de ter o suficiente para fazer em cada dia	3,38	0,99	29,35
Old_16 - Avaliação da satisfação com a maneira com a qual usa o tempo	3,62	0,89	24,55
Old_17 - Avaliação da satisfação com o nível de atividades	3,50	0,95	27,18
Old_18 - Avaliação da satisfação em participar de atividades na comunidade	3,02	1,15	38,11
Morte e morrer (MEM)			
Old_06 - Intensidade da preocupação com a maneira pela qual irá morrer **	3,94	1,28	32,50
Old_07 - Intensidade do medo de não poder controlar a morte **	3,86	1,32	34,22
Old_08 - Intensidade do medo de morrer **	3,85	1,40	36,30
Old_09 - Intensidade do temor em sofrer dor antes de morrer **	2,68	1,43	53,43
Intimidade (INT)			
Old_21 - Intensidade do sentimento de companheirismo na vida	3,55	1,27	35,79
Old_22 - Intensidade do sentimento de amor em sua vida	3,72	1,19	32,10
Old_23 - Intensidade das oportunidades para amar	3,39	1,30	38,40
Old_24 - Intensidade das oportunidades para ser amado	3,46	1,28	36,96

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

* WHOQOL-Old (*World Health Organization Quality of Life for Older Adults*): instrumento de mensuração da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde para idosos.

** Itens com escores reversos, já recodificados.

Legenda: m = média; EP = Escore Padronizado; dp = desvio padrão; cv = Coeficiente de variação.

As médias descritas na Tabela 2 (resultado variante entre 1 e 5) referem-se ao Escore Padronizado (EP), calculado por meio do somatório das respostas apontadas pelos idosos participantes do estudo para cada questão do WHOQOL-Old e dividido pelo número de respondentes (n=237). Ressalta-se que inicialmente foi atribuída a pontuação referente ao escore disposto no questionário WHOQOL-Old conforme a normatização estabelecida (PEDROSO; PILLATTI; GUTIERREZ, 2010). De modo genérico, escores elevados representam uma qualidade de vida satisfatória e os escores baixos uma qualidade de vida pouco satisfatória.

Como se observa na Tabela 2, dentre os 24 itens contidos no WHOQOL-Old, o melhor escore médio (ou escore padronizado) refere-se ao item 15 da faceta “*Atividades Passadas, Presentes e Futuras*”(PPF), que trata da avaliação da satisfação dos idosos participantes do

estudo com o que alcançaram na vida ($m=4,09$), influenciando positivamente na qualidade de vida. Em contrapartida, o pior escore foi identificado no item 09 da faceta “Morte e Morrer” (MEM), que diz respeito à intensidade do temor em sofrer dor antes de morrer ($m=2,68$), influenciando negativamente na qualidade de vida. Por se tratar de uma questão com escore reverso, a baixa pontuação corresponde à elevada intensidade do temor em sofrer dor antes de morrer, refletindo em baixos níveis de qualidade de vida.

De acordo com os resultados obtidos na faceta PPF que, avalia a satisfação dos idosos com as conquistas no decorrer da vida e as suas perspectivas futuras, observou-se o melhor resultado, indicando deste modo que, mesmo convivendo com uma doença crônica os idosos encontram-se satisfeitos com as atividades realizadas durante a vida. A satisfação com a qualidade de vida na velhice muitas vezes está ligada a questões de dependência e autonomia, ressaltando ainda que algumas pessoas apresentem um declínio no estado de saúde e nas competências cognitivas precocemente, no entanto outras vivem saudáveis até idade bem avançadas (JOIA; RUIZ; DONALISIO, 2008).

Serbim e Figueiredo (2011) afirmam que a faceta PPF representa ainda um bem-estar proporcionado pela elaboração e/ou concretização de planos ao longo da vida, o que reflete no aumento da autoestima e conseqüentemente na melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa, que mesmo com o avançar da idade continua a sonhar com projetos futuros. Tendo essa faceta obtida o melhor escore na pesquisa, entende-se que mesmo com a condição de acometimento por doença crônica, os idosos dessa pesquisa mostram-se satisfeitos com o que já realizaram até aqui e fazem planos para realizar no futuro, o que como os autores supracitados, afirmam influenciar positivamente na qualidade de vida dos mesmos.

Nesse sentido, os idosos participantes dessa pesquisa mostram-se satisfeitos com as atividades até aqui realizadas, como por exemplo, realização no trabalho, família, filhos, aquisição de bens materiais etc, o que, genericamente, não sofreu influência da hipertensão. Embora a convivência com a doença ao longo dos anos, os idosos conseguiram realizar suas conquistas. Esse contentamento com as realizações durante a vida traz ao idoso a sensação de satisfação, o que influencia de modo positivo na sua qualidade de vida.

Em relação à faceta MEM, particularmente ao questionamento “o quanto você teme sofrer dor antes de morrer?” Constatou-se que a maioria dos idosos tem muito medo de sentir dor durante o processo de morte. Gutierrez, Auricchio e Medina (2011) relatam que estudiosos apontam alguns fatores que podem explicar esse achado, como por exemplo, a falta de conhecimento dos profissionais sobre a fisiopatologia da dor, o descompromisso profissional, a falta de treinamento dos médicos e enfermeiros na avaliação da dor e emprego

de métodos de analgesia verdadeiramente eficazes. Isso tem contribuído para que a dor seja subavaliada e subtratada na maioria dos pacientes portadores de dor.

É possível inferir que esse temor excessivo de sofrer dor antes de morrer revelada pelos idosos dessa pesquisa está também ancorado ao adoecimento por Hipertensão, uma vez o impacto gerado pelo medo de desencadear suas complicações, como por exemplo, o Infarto Agudo do Miocárdio, o qual gera dor durante seu processo fisiopatológico. Ademais, o medo de sentir dor antes de morrer pode estar associado ao próprio processo de envelhecimento, no qual pode trazer repercussões negativas na qualidade de vida.

Ainda sobre o item de temor em sofrer dor antes de morrer, faz-se necessário uma melhor clarificação sobre a dor. Guyton e Hall (2002) consideram a dor como sendo o principal mecanismo de proteção do corpo, ocorrendo sempre que algum tecido esteja sendo lesado, fazendo desse modo com que o indivíduo reaja para remover o estímulo doloroso. A dor vem sendo considerada como o quinto sinal vital, devendo assim ser avaliada, registrada e tratada regularmente, da mesma forma que os outros parâmetros fisiológicos (GOMEZ, 2006).

De acordo com a *North American NursingDiagnosisAssociation* (NANDA, 2007), existe uma relação entre dor crônica e incapacidade física ou psicológica, considerando então, que a incapacidade é decorrente da dor e não a sua causa. Aguiar et al. (2006) afirmam que o envelhecimento representa uma fase do desenvolvimento humano, onde associado a fatores externos e internos, como mudanças nutricionais, ausência regular de atividade física e alterações endócrinas, podem levar ao aparecimento de doenças, ocasionando por sua vez a diminuição da força muscular, diminuição da capacidade respiratória, déficits de marcha e entre outros, o que na maioria das vezes limitam o movimento corporal e em associação a quadros patológicos levam ao surgimento do quadro doloroso.

De acordo com Haddad (2008), quando o ser humano inicia o processo de envelhecimento e/ou adoecimento, é confrontado com a condição de ser mortal e finito, refletindo assim sobre o sentido da vida. Giacomim, Santos e Firmo (2013) afirmam que a morte é vivenciada pelo próprio corpo do idoso, refletindo nas limitações, impedimento de trabalhar e de fazer o que deseja. Para Kovács (2005), a velhice é uma fase de significação e preparo para finitude da vida, onde falar de morte é algo evitado pelas pessoas idosas, pois acreditam que falar sobre o temo pode trazer sofrimento ou constrangimento ao idoso.

Na sequência, foram calculadas as médias do *Escore Bruto da Faceta (EBF)* que corresponde ao somatório dos itens que pertencem a cada uma das facetas. 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. Como cada uma das seis facetas inclui 04 itens, os valores dos EBFs mais baixos o possível e mais altos o possível são iguais em todas as facetas, desde que todos os itens tenham sido respondidos (amplitude de 4 a 20). Os resultados podem ser verificados na Tabela 3.

Tabela 3. Escore Bruto das Facetas (médio) do questionário WHOQOL-OLD* obtido com idosos com hipertensão arterialacompanhados na Estratégia Saúde da Família do Curimataú Ocidental Paraibano (n=237).

Facetas	EBF (m) ± dp
Funcionamento Sensorio (FS)	10,26 ± 2,60
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)	9,67 ± 4,31
Intimidade (INT)	14,12 ± 4,59

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

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

De acordo com os resultados observados na Tabela 3, que expõe os EBFs que envolvem a avaliação da qualidade de vida segundo o questionário WHOQOL-Old, aquela que obteve o melhor desempenho foi à faceta PPF (EBF=15,01), referindo-se à satisfação dos idosos com as realizações na vida e com objetivos a serem alcançados, refletindo um adequado desempenho para uma boa qualidade de vida dos idosos. Em contraponto, a faceta de pior desempenho foi MEM (EBF=9,67), que teve escore significativamente abaixo das demais, revelando que a intensidade das preocupações e medos dos idosos com HAS quanto a morte e o morrer estão muito elevadas, o que expressa pior qualidade de vida neste aspecto.

No intuito de justificar o melhor resultado para o escore da faceta PPF, pontua-se a evolução assintomática, em grande parte, da hipertensão, o que em curto prazo não gera grandes transtornos à saúde do idoso, podendo provocar uma falsa crença de que a hipertensão não necessita ser acompanhada e ter controle periódico. Essa lógica embasa-se na percepção passada das atividades desempenhadas ao longo da vida, com sintomas menos evidentes, hospitalizações praticamente inexistentes, estilo de vida regular e manutenção terapêutica medicamentosa. Esse conjunto de elementos traz, na velhice, uma satisfatória percepção das atividades executadas na vida.

No tocante ao futuro, os idosos com hipertensão podem não apresentar plena consciência das complicações possivelmente advindas da doença, ou ainda conduzir uma adequada adesão terapêutica frente à hipertensão, o que amplia a sobrevida e minimiza o risco de complicações, dando-lhes a oportunidade de vislumbrar novas possibilidades dentro dos espaços familiares e sociais, bem como vivenciar a velhice com mais qualidade de vida.

Anderson e colaboradores, em estudo realizado em 1998 na cidade do Rio de Janeiro, já mostravam que os idosos demonstravam uma boa satisfação em viver, além de planejarem projetos para o futuro. Os resultados encontrados nesta pesquisa em relação às “Atividades passadas, presentes e futuras” contrapõem o que a literatura diz, evidenciando o idoso como um ser frágil, que significa a redução dos diversos sistemas fisiológicos determinada pela combinação do envelhecimento biológico com condições crônicas como a hipertensão. Quase vinte anos depois, a vivência da velhice expressa outra percepção e funcionalidade orgânica.

No presente estudo é possível concluir que mesmo acompanhada de todas essas limitações biológicas do envelhecimento além da condição clínica da hipertensão, os idosos do Curimataú paraibano estão satisfeitos com as atividades até aqui realizadas, além de apresentarem perspectivas para o seu futuro. A busca pelo alcance de metas entre idosos tem sido descrita como fenômeno que contribui para a melhor qualidade de vida e o envelhecer saudável (TAVARES et al., 2011).

Na faceta MEM, os idosos demonstraram o resultado mais insatisfatório da pesquisa no item 09 (intensidade do temor em sofrer dor antes de morrer). Todavia, de modo mais amplo, para a maioria dos idosos os temores sobre a morte e o morrer influenciam na qualidade de vida, o que a literatura explica ser pelo confronto com a morte na medida em que os anos se passam e tem ainda que lidar com a perda de parentes e amigos próximos, o que contribui para necessidade de aceitação da própria finitude nesta fase da vida (MAUÉS et al., 2010). Para outros autores, a forma ou maneira de encarar a morte é algo muito pessoal e sofre influência da fé que cada idoso apresenta (REIS; MASCARENHAS; LYRA, 2011).

Em estudo realizado no município de Maringá em 2002, com um grupo de 50 idosos hipertensos, observou-se que o medo e a desesperança com relação à doença estão presentes em grande parte dos idosos (GOES; MARCON, 2002). Embora, como já relatado anteriormente, o medo ou temor de morrer seja algo tido como pessoal e relativo a cada ser, a convivência com uma doença crônica no caso da hipertensão, transcende o medo de adoecimento ou ainda de complicações, podendo conduzir o idoso a um temor maior de sofrer dor antes de morrer, o que afeta significativamente a qualidade de vida do mesmo.

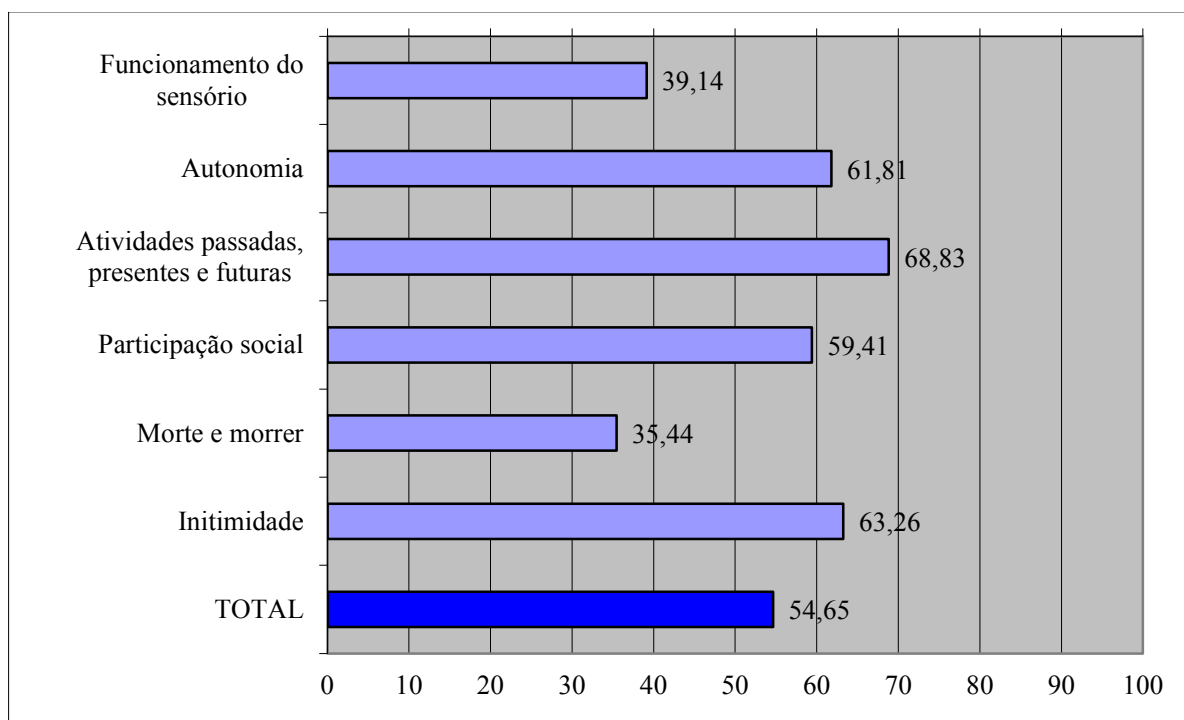
Nesse sentido, os escores obtidos na faceta MEM indicam uma preocupação maior dos idosos com hipertensão frente ao evento da morte. De acordo com Bezerra e colaboradores (2010), idosos com hipertensão sofrem com o medo das complicações advindas da enfermidade que podem provocar invalidez e dependência de outras pessoas e o medo da morte. Segundo Andrade (2012), o estágio da vida em que a morte se torna algo crucial sem dúvida é a velhice, tanto no que tange a proximidade da morte em termos de temporalidade,

quanto em termos de representação social. De acordo com o mesmo autor, a morte na velhice pode ser percebida ainda em vida, ou como ele chama de “morte simbólica”, como a perda do trabalho para o idoso, que o faz se sentir improdutivo, o isolamento, a solidão, as idas ao ambiente hospitalar, a utilização de vários remédios e, sobretudo, a manifestação de doenças, fazem com que o indivíduo idoso tenha a morte como algo presente.

Nesta perspectiva, a doença e todos os fatores com ela relacionados estão diretamente ligados ao pensamento de morte na vivência do idoso. Entende-se desse modo que idosos com hipertensão estão preocupados com a morte e mais com o medo de sofrer dor antes de morrer, possivelmente devido às potenciais complicações que a hipertensão pode trazer. Essa preocupação evidenciada na presente pesquisa, pode assim interferir na qualidade de vida dos idosos que vivem com esse medo iminente de morrer ou de sofrer dor antes de morrer.

Para corroborar os escores já identificados, ainda 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%). Para a obtenção do ETF (0-100) aplicou-se a seguinte regra de transformação: $ETF = 6,25 \times (EBF - 4)$, conforme normatização do WHOQOL-Old. O Gráfico 1 apresenta os ETFs bem como o Escore Transformado Total (ETT), que expressa a média percentual da qualidade de vida dos idosos considerando todas as facetas do questionário (*overall*).

Gráfico 1 - Escore Transformado das Facetas e Total do questionário WHOQOL-Old obtidos com idosos com hipertensão arterial acompanhados na Estratégia Saúde da Família do Curimataú Ocidental Paraibano (n=237).



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=68,83%). Do mesmo modo, a faceta de pior desempenho foi “Morte e Morrer” (ETF=35,44%). O resultado demonstra ainda, a partir do ETT, que numa variação de 0 a 100%, a qualidade de vida global dos idosos com HAS foi avaliada em 54,65%. Considerando que escores elevados representam uma alta qualidade de vida e menores escores uma baixa qualidade de vida, é possível afirmar que os participantes apresentam-se em uma condição “regular” de qualidade de vida (0-20% = péssima; 21-40% = ruim; 41-60% = regular; 61-80% = boa; 81-100% = excelente).

A faceta FS evidencia uma percepção “ruim” dos idosos participantes desta pesquisa (39,14%), resultado este tido como negativo, pois mostra que os idosos podem não estar desempenhando um manejo terapêutico adequado, o que por sua vez compromete os seus sentidos e a qualidade de vida, além de influenciar nas atividades de vida diária e repercutir no seu convívio social. É necessário, portanto, alertar para esse domínio, especialmente porque o idoso com hipertensão pode sofrer alterações e desenvolver complicações específicas da doença.

De acordo com Lamas e Paúl (2013), os órgãos sensoriais são aqueles que permitem o relacionamento do sujeito com o meio em que vive, tanto familiar como no trabalho, sendo através desses órgãos que o corpo percebe diversas situações que o rodeia, o que contribui para sua integração com o meio ambiente. Com o processo do envelhecimento, o indivíduo sofre modificações estruturais e funcionais no sistema sensorial, que a depender do grau, podem limitar a independência na realização das atividades de vida diária e participação social, afetando desse modo a qualidade de vida dos mesmos (SERBIM; FIGUEIREDO, 2011).

O declínio da função sensorial é um aspecto importante para os idosos, pois pode afetar a sua segurança e qualidade de vida, além de ser um indicador de alguma doença subjacente. As atividades sociais e relações interpessoais podem apresentar-se limitadas, o que pode ter consequências negativas na qualidade de vida dos indivíduos idosos, por afetarem suas funções psicológicas e fisiológicas. (LAMAS; PAÚL, 2013).

Tendo em vista o quanto esse déficit no sistema sensorial pode influenciar negativamente na vida dos idosos, em vários aspectos como dito anteriormente, cabe assim a equipe interdisciplinar incluindo o enfermeiro, elaborarem estratégias para que essas alterações sejam precocemente identificadas e posteriormente minimizadas, sobremaneira porque esse comprometimento do sensorio pode trazer aos idosos repercussões ainda mais

sérias, como por exemplo, eventos como quedas. Nesse sentido, ações de prevenção de acidentes devem ser executadas pelos profissionais de saúde abrangendo uma educação permanente para os idosos, familiares e/ou cuidadores.

No que concerne à faceta AUT, os idosos com hipertensão participantes da pesquisa se mostram capazes de realizar suas atividades de vida diária com boa autonomia (61,81%). Considerada como um ponto positivo no envelhecimento ativo, a autonomia é uma vertente central do envelhecimento saudável, e promovê-la em pessoas idosas, assegurando o direito a autodeterminação, mantendo a sua dignidade, integridade e liberdade de escolha, são fundamentais para a satisfação de sua qualidade de vida (BRASIL, 2006).

Segundo Cunha et al. (2012), o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem prevê o exercício da profissão assegurando a pessoa, família e coletividade informações sobre assistência prestada e planejada, sem distinção de raça, credo ou idade, reconhecendo a capacidade cognitiva e emocional na relação estabelecida no cuidado.

De acordo com Tavares, Dias e Munari (2012), a autonomia do idoso pode ser garantida de diversas maneiras, como: oportunizando a decisão de escolher a roupa que deseja vestir, a preferência alimentar, os locais de passeio, entre outros. O importante é reconhecer a capacidade presente e estimulá-lo a viver seus direitos de cidadão. No sentido de prover e, acima de tudo, respeitar a autonomia da pessoa idosa, a Enfermagem deve prestar uma assistência em gerontologia sempre baseada nos princípios éticos e legais que regem a profissão. O enfermeiro pode contribuir para a melhoria desses aspectos, identificando os fatores que estão associados à menor autonomia e desenvolvendo ações conjuntas, com o idoso e seus familiares, buscando incentivar a expressão de desejos e a capacidade de decisão nessa etapa da vida.

Algumas estratégias podem ser desenvolvidas pelo enfermeiro a fim de promover a autonomia do idoso. Escolher a própria roupa que vai vestir, local que deseja ir, preferência alimentar, hábitos saudáveis cotidianos, atividades físicas, dentre outras, devem ser orientadas e estimuladas. O idoso muitas vezes também contribui financeiramente com a família e por isso deve participar de decisões importantes acerca dos gastos e despesas, isso o respeito para com ele diante do ambiente em que reside. A família deve ser conscientizada de que os idosos são partes integrantes dela e de uma sociedade, e como tal, tem direitos que devem ser respeitados.

A faceta PPF, como a de melhor resultado obtido na presente pesquisa (68,83%), expressa que os idosos mesmo sendo acometidos por uma doença crônica, como é o caso da Hipertensão, conseguiram realizar atividades que lhes geraram satisfação (possivelmente pelo

não acometimento anterior pela doença) e ainda continuam a planejar ações para seu futuro e com expectativas de realizar projetos, o que denota que a hipertensão não influencia nos projetos e planos de idosos para o futuro.

A pessoa idosa tem as mais variadas pretensões, algumas já foram conquistadas outras ainda estão por vir. A falta de expectativas quanto à vida futura, pode levar a viver dia após dia com tristeza e melancolia. (TAVARES; DIAS; MUNARI,; 2012). Nesse sentido, cabe ao profissional enfermeiro estreitar o vínculo com o idoso e seus familiares, visando a maior participação no cotidiano de seus desejos, para que em conjunto possam construir novos sentidos e aspirações.

Desse modo, ambientes onde o idoso possa se sentir confortável a falar de seus desejos e ambições, compartilhá-los para com outras pessoas pode ser útil para que esse resultado obtido na pesquisa seja realmente vivenciado. O enfermeiro pode criar grupos de conversas com idosos, elaborando em seu cronograma mensal dias destinados a esse público específico, onde na ocasião deve ressaltar a importância da adoção de hábitos de vida mais saudáveis e cuidados com a saúde a fim de que os idosos possam vislumbrar cada vez mais expectativas para seu futuro.

Na faceta referente à PSO, os idosos da pesquisa demonstraram um resultado regular (59,41%). Mesmo com as alterações próprias do envelhecimento, além do acometimento pela Hipertensão, os idosos percebem-se relativamente participativos na comunidade onde se encontram inseridos, resultado esse ainda insatisfatório, pois na realidade muitos idosos são abandonados social, político e afetivamente pelos familiares, sociedade e Estado. Nesse sentido Tavares, Dias e Munari (2012), destacam a interação social como sendo um exercício para cidadania do idoso, onde os mesmos devem sentir-se valorizados e inseridos no meio em que vivem.

No intuito de buscar e incentivar maior participação social dos idosos, o enfermeiro deve promover atividades educativas grupais, onde a população idosa, ao se deparar com essas atividades, passa a ter a sensação de pertencimento a um grupo ou convívio social, no qual irá contribuir com sua experiência e conhecimento.

Concernente à faceta MEM obteve o pior resultado dentre todos os domínios pesquisados (35,44%), onde o idoso demonstra comprometimento desta percepção haja vista a proximidade deste evento tanto pelos anos já vividos, como também pelo acometimento da hipertensão. Pensando nesse temor dos idosos, devem existir mudanças nos paradigmas relacionados à humanização ao final da vida, e isto, deve ser apontada como norte para a prestação do cuidado digno para aqueles que estão vivenciando esse momento singular,

cabendo assim a Enfermagem estar preparada para implementar uma assistência que ultrapasse a mera execução de procedimentos técnicos, devendo respeitar e contribuir para o alívio do sofrimento seja ele físico, como a dor amplamente ressaltada nesse estudo, como também o sofrimento tido como psicológico.

O último item analisado, referente à faceta INT, obteve um bom resultado (63,26%). Essa faceta avalia a capacidade do idoso de estabelecer relações de coro íntimo, assim como sentimento de companheirismo, além da capacidade de amar e de ser amado. Este resultado pode estar respaldado pelo resultado obtido no questionário sócio-demográfico no item sobre estado civil, onde 56,1% dos participantes da pesquisa são casados, ou seja, a maioria dos idosos entrevistados mantém um companheiro no qual possivelmente trocam relações de carinho e cumplicidade.

Segundo Vieira e colaboradores (2014), para que o idoso possa experimentar essa fase de forma harmoniosa, é fundamental que nesse período ele estabeleça ou mantenha relações interpessoais, que permitam que o mesmo sinta e ofereça afeto, paixão, amor, sexo, cumplicidade e o companheirismo. De acordo com os autores supracitados, essas vivências permitem ao idoso envelhecer de forma mais satisfatória e saudável, de modo a contribuir para um equilíbrio dinâmico, entre o declínio natural das diferentes capacidades e a concretização dos objetivos arquitetados no seu projeto de vida.

A experiência e expressão da sexualidade nos idosos são fortemente influenciadas por um componente cultural e educacional. Além disso, as mudanças fisiológicas inerentes da idade podem conduzir o próprio idoso ao estado de ansiedade, mas não comprometem a capacidade de obter prazer se forem adotadas estratégias de adaptação. Os diferentes mitos, tabus e preconceitos em relação à intimidade da pessoa idosa podem contribuir para dificuldade de expressão e manifestação da sexualidade da vida dos mesmos (VIEIRA et al., 2014).

Martins et al. (2009) destacam ainda que a sexualidade na terceira idade, assim como nas demais fases da vida, não se limita apenas ao ato sexual propriamente dito, mas também a troca de afetos, carinho, companheirismo e ao cuidado com o próprio corpo. Nesse sentido, o idoso pode vivenciá-la de várias maneiras como momentos de afetividade, afirmação do corpo como funcionalidade, auto-percepção, proteção da intimidade contra a ansiedade e confirmação da identidade, além de manifestação do prazer através do contato físico.

A criação de um vínculo baseado na confiança entre o profissional e o usuário idoso, permite que o mesmo sinta-se a vontade para dialogar e receber informações e orientações acerca do tema, vislumbrando assim uma melhor qualidade de vida (SILVA, 2104 apud

BASTOS et al., 2012). O enfermeiro atuante na atenção básica deve ser dotado de uma adequada compreensão acerca da sexualidade entre idosos, buscando sempre respaldo através de estudos. Exames de rotina devem ser sempre atualizados tanto para população feminina quanto masculina, além de esclarecer aos idosos que isso ainda faz parte da vida deles e que alternativas podem ser tomadas a fim de tornar esse momento mais confortável e por consequência mais prazeroso para o idoso.

Diante do exposto, cabe ao enfermeiro a disposição para tratar desse assunto, que por muitas vezes fica de lado diante de outros problemas frequentes na vida do idoso. As consultas de Hiperdia podem ser uma chave para discussão de problemas que podem envolver a sexualidade do idoso. Além de tirar dúvidas, o enfermeiro deve mostrar ao idoso que a sexualidade ainda faz parte da sua existência, e que se há o desejo, práticas seguras podem sim melhorar sua QV. O enfermeiro pode ainda através de rodas de conversa, grupos de melhor idade, quebrar os tabus inerentes a esse assunto afim de que o idoso possa de modo seguro vivenciar sua sexualidade.

Então, a promoção de atividades educativas para população de idosos e não idosos, considerando o envelhecimento inerente ao ser humano, melhora desde cedo o entendimento sobre o assunto o qual gera tantos medos e dúvidas. Não existe estagnação do desejo sexual com a velhice, sendo a atividade sexual um elemento importante para a qualidade de vida dos idosos (SILVA, 2014 apud BASTOS et al., 2012). E estes devem ser visualizados como indivíduos que possuem desejos, necessidades sexuais e fazem projetos para o seu futuro (SILVA, 2014 apud MASCHIO et al., 2011).

5 Considerações Finais

Tendo em vista a magnitude e a importância da HAS como principal fator de risco para as doenças cardiovasculares - primeira causa de morte mundo -, esta pesquisa teve como objeto de estudo a qualidade de vida de idosos com Hipertensão e como objetivos foram propostos os seguintes: I) Objetivo geral: Avaliar a qualidade de vida de idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica; e II) Objetivos específicos: Descrever as características socioeconômicas e demográficas dos participantes do estudo; e Propor ações de enfermagem que aperfeiçoem a assistência a esses idosos a fim de minimizar suas complicações.

No tocante aos dados socioeconômicos obtidos na pesquisa os que mais prevaleceram foram os participantes do sexo feminino (60,8%), com idades entre 60 a 74 anos (60,8%), de cor/raça com predomínio de brancos e pardos (44,3%) e (39,2%) respectivamente, casados (56,1%), morando apenas com o cônjuge (27,0%), responsáveis pelo domicílio (70,0%), católicos (84,0%), que utilizam os serviços do SUS como primeira escolha (74,3%) e analfabetos funcionais (51,5%), com uma média de 2,6 anos estudados e R\$ 1.796,78 de renda familiar.

Com base nos 24 itens contidos no instrumento WHOQOL-Old, os idosos com hipertensão revelam ter maior escore QV no que se refere ao item “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” ($m= 4,09$), o qual trata da avaliação da satisfação dos idosos com as conquistas alcançadas até o presente momento e o que eles ainda almejam para o futuro. Em contrapartida, o pior resultado foi da faceta “Morte e Morrer” ($m=2.68$), que diz respeito à intensidade de temor em sofrer dor antes de morrer, o que influencia considerável negativamente na qualidade de vida dos idosos. No tocante a Qualidade de Vida global dos idosos com Hipertensão, obteve-se um escore transformado total de 54,65%, o que se apresenta como uma QV “regular”.

Com esse estudo tem-se uma breve noção de como está a qualidade de vida dos idosos hipertensos do Curimataú paraibano, suscitando estratégias verdadeiramente eficazes que subsidie a assistência gerontológica prestada pela enfermagem. A educação em saúde sempre será uma ferramenta importante para a promoção da saúde e prevenção de doenças e/ou agravos à saúde. Nesse sentido a atenção primária à saúde deve ter como princípio a execução de atividades de educação em saúde, a fim de efetivamente sensibilizar os idosos e conscientizá-los quanto à adoção de hábitos de vida mais saudáveis, como a realização de exercícios físicos regulares, alimentação adequada com baixo consumo de sódio, ingestão de alimentos mais saudáveis como frutas, verduras, hortaliças, grãos e alimentos integrais, tudo isso juntamente com o manejo terapêutico farmacológico eficaz, com realização de consultas e exames de rotina indispensáveis aos idosos que almejam uma velhice saudável. Essa consiste

em uma tarefa complexa, tendo em vista os hábitos e crenças arraigados durante toda uma vida. Todavia a persistência pode configurar-se como um dispositivo eficaz na redução do número de óbitos por complicações da hipertensão e assegurar uma longevidade com satisfatória qualidade de vida.

Sugere-se, no entanto, que mais pesquisadores da área da saúde desenvolvam novos estudos sobre a qualidade de vida dos idosos hipertensos, com objetivo de conhecer outras realidades, além de que cada dia que se passa novas pessoas chegam para compor a sociedade de idosos brasileiros, demandando assim novas avaliações.

Referências

ANDERSON, M.I.P. et al. Saúde e qualidade de vida Na Terceira idade. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, V.1, n.1, Nov de 1998. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59281998000100003&lng=pt>. Acesso em: 15 de Jul de 2015.

ALVEZ-MAZZOTTI, A.J. Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações a educação. **RevMúltiplas Leituras**, 2008, v.1, n.1, p.18-43. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/ML/article/viewFile/1169/1181>>. Acesso em: 10 de Ago de 2015.

AGUIAR, V. et al. Aplicação da versão brasileira do questionário de dor McGill em idosos com dor crônica. **Revista Acta Fisiatra**, São Paulo, V.13, n.2, p. 75-82, Ago. 2006. Disponível em: <<http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Dornoidosoconsideracoesgeraiserelevantesparaabordagemfisioterapeutica.pdf>>. Acesso em: 12 de Ago de 2015.

BASTOS, C. C.; et al. Importância atribuída ao sexo por idosos do município de Porto Alegre e associação com a autopercepção de saúde e o sentimento de felicidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p.87-95, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v15n1/10.pdf>>. Acesso em: 15 de Ago de 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Síntese de indicadores 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 16 de Ago de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus- Protocolo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 96 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf>. Acesso em: 10 de Mai de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 44 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v1_2.pdf>. Acesso em: 22 de Ago de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf>. Acesso em: 24 de Ago de 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. 604 p. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf>. Acesso em: 20 de Ago de 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Câmara dos deputados, 2012 . Disponível em: <file:///C:/Users/Pessoal/Downloads/constituicao_federal_35ed.pdf>. Acesso em: 15 de Jul 2015.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003. Estatuto do Idoso, de modo a estabelecer a indenização por dano moral em razão do abandono afetivo. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. 3 Abril 2014. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=415684>>. Acesso em: 10 de Ago de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 22 de Jul de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desenvolvimento_sus.pdf>. Acesso em: 3 de Ago de 2015.

BEZERRA, S.T.F. et al. Percepção das pessoas sobre a hipertensão arterial e conceitos de Imogene King. **Rev Gaúcha Enferm**, V. 31, n.3, p.499-507, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n3/v31n3a13.pdf>>. Acesso em: 04 de Ago de 2015.

BOTTEGA, F.H.; FONTANA, R.T. A dor como quinto sinal vital: utilização de uma escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n.2, p.283-90, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/09.pdf>>. Acesso em: 12 de Ago de 2015.

BUSS, P.M. et al. 1998. **Promoção da Saúde e Saúde pública**. ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro. 178pp. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0103/IS23\(1\)021.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0103/IS23(1)021.pdf)> Acesso em: 11 de Ago de 2015.

CAVALCANTE, M.A. et al. Qualidade de Vida de Pacientes Hipertensos em Tratamento Ambulatorial. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 89, n. 4, p. 245-250, maio de 2007. Disponível em: <<http://www.arquivosonline.com.br/2007/8904/pdf/8904006.pdf>>. Acesso em: 10 de Ago de 2015.

CASTRO, M.E.; ROLIM, M.O.; MEURICIO, T.F. Prevenção da Hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. **Acta Paulo Enferm**, v. 18, n.2, p.184-9, Fortaleza, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a11v18n2.pdf>>. Acesso em: 10 de Ago de 2015.

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.

COSTA, J.S.D. et al. Prevalência de Hipertensão Arterial em Adultos e Fatores Associados em Estudo de Base Populacional Urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, BRASIL. **Arq Bras Cardiol**, V. 88, n.1, p.59-65. Fev de 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0066-782X2007000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 21 de Jul de 2015.

COSTA NETO, M. M. **A Implementação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_pl.pdf>. Acesso em: 02 de Ago de 2015.

CUNHA, J.X.P et al. Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, V.36, n.95, p. 657-664, Out/Dez 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a18v36n95.pdf>>. Acesso em: 21 de Jul de 2015.

DAWALIBI, M.N.; GOULART, R.M.M.; PREARO, L.C; Fatores relacionados á qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. **Rev. Ciencia& Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3505-3512, 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/630/63031151021.pdf>>. Acesso em: 01 de Jun de 2015.

ENGELHARDT, E. et al. Idosos Institucionalizados: rastreamento cognitivo. **Rev Psiquiatria Clínica**. 1998. 25(2). Disponível em: <http://urutu.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n2/arti252b.htm>. Acesso em: 10 de nov de 2014.

FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Gerontologia-3**. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

FLECK, M.P.A et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100) .**Rev. Bras. Psiquiatr**, v.1, n. 21, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>>. Acesso em: 15 de Ago de 2015.

FLORIANO, P.J.; DALGALARRONDO, P. Saúde Mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. **J BrasPsiquiatr**, V. 56, n. 3, p.162-170, Campina-SP, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n3/a02v56n3.pdf>> . Acesso em: 02 de Ago de 2015.

FOLETTTO, K.C. **Perfil epidemiológico, estado nutricional e fatores associados á hipertensão e diabetes mellitus em idosos cadastrados no hiperdia no município de Caxias do Sul (RS)**. 2009. Curso de Especialização em Saúde Pública, Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/17942/000725387.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 19 de Jun de 2015.

GIL, A.C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 3 ed. São Paulo: 2010.

GIACOMIN, K.C.; SANTOS, W.J.; FIRMO, J.O.A. O luto antecipado diante da consciência da finitude: a vida entre os medos de não dar conta, de dar trabalho e de morrer. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, Set. 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a02.pdf>>. Acesso em: 20 de Ago de 2015.

GOES, E.L.A.; MARCON, S.S. A convivência com a Hipertensão Arterial. **ActasScientiarum**, V. 24, n.3, p.819-829, 2002. Disponível em: <[file:///C:/Users/Pessoal/Downloads/2550-7664-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Pessoal/Downloads/2550-7664-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 02 de Ago de 2015.

GUTIERREZ, B.A.O.; AURICCHIO, A.M.; MEDINA, N.V.J. Mensuração da qualidade de vida de idosos em centros de convivência. **J Health SciInst**, V. 29, n.3, p.186-90, 2011. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2011/03_jul-set/V29_n3_2011_p186-190.pdf>. Acesso em: 04 de Ago de 2015.

GUEDES, N.G. et al. Crises hipertensivas em portadores de hipertensão arterial e tratamento ambulatorial. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 39, n. 2, p. 181-188, Março de 2015. Disponível em:<<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41451>>. Acesso em: 20 de Jul de 2015.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E.; **Tratado de Fisiologia médica**. Editora Guanabara Koogan: cap. 48, p.516. São Paulo 2002.

HADDAD, D.F. **Vivências de perdas e luto de idosos residentes em uma instituição asilar de longa permanência em Ribeirão Preto-SP**. 2008. 64p. Tese de Dissertação- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: <[file:///C:/Users/Pessoal/Downloads/DayanaFerrariHaddad%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Pessoal/Downloads/DayanaFerrariHaddad%20(2).pdf)>. Acesso em: 10 de Jun de 2015.

INOUE, K.; PEDRAZZANI, E. S.; PAVARINI, S. C. I. Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador: um estudo comparativo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 891-899, mai de 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2010000500011&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 03 de dez. de 2014.

JOIA, L.C.; RUIZ, T.; DONALISIO, M.R.; Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre população de idosos. **Rev Saúde Pública**, V. 41, n.1, p.131-8, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/19.pdf>>. Acesso em: 02 de Ago de 2015.

KOVÁCS, M. J. Educação para a morte. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 25, n. 3, set. 2005. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v25n3/v25n3a12.pdf>>. Acesso em: 16 de Jul de 2015.

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

LAMAS, M.C.; PAÚL, C. O envelhecimento do sistema sensorial: implicações na funcionalidade e qualidade de vida. **Actas de Gerontologia**, V. 1, n.1, p.2, 2013. Disponível em: <<http://actasdegerontologia.pt/index.php/Gerontologia/article/view/34/39>>. Acesso em: 02 de Ago de 2015.

LAZZAROTTO, E. F. S. **Alfabetização e Letramento**, Três Cachoeiras-RS, 2010. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/37723/000821750.pdf>>. Acesso em: 26 de Jul de 2015.

LESSA, I. et al. Hipertensão Arterial na População Adulta de Salvador (BA)-BRASIL. **Arq Bras Cardiol**, V. 87, n. 6, p. 747-756. Maio de 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v91n4/09.pdf>>. Acesso em: 20 de Jul de 2015.

LESSA, I. Impacto social da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev. Bras. Hipertens**, V. 13, n. 1, p. 39-46, janeiro de 2006. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/10-impacto-social.pdf>>. Acesso em: 14 de Nov de 2015.

LIMA, M.T.; BUCHER, J.S.N.F.; LIMA, J.W.O. A Hipertensão Arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir de conhecimentos, atitudes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.1079-1087, Jul/Ago de 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n4/23.pdf>>. Acesso em: 12 de Ago de 2015.

LIMA, A.S.; GAIA, E.S.M.; FERREIRA, M.A. A importância do Programa de Hiperdia de uma Unidade de Saúde da Família no município de Serra Talhada-PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético. **Saúde Coletiva em Debate**, V.2, n.1, p.30-29. Dezembro de 2012. Disponível em: <<http://fis.edu.br/revistaenfermagem/artigos/vol02/artigo02.pdf>>. Acesso em: 02 de Ago de 2015.

LIMA FILHO, J.B.; SARMIENTO, S.M.G. **Envelhecer bem é possível: cuidando de nossos idosos na família e na comunidade**. São Paulo: Edições Loyola, 2004. 53 páginas.

LOTUFO, P.A. Mortalidade pela doença cerebrovascular no Brasil. **Rev. Bras. Hipertensão**, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 387-391, out./dez. 2000. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/7-4/014.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2014.

MARTINS, J.J..et al. Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. **Acta Paul. Enferma**, São Paulo, v.22, n.3, Jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a05v22n3.pdf>>. Acesso em: 10 de Ago de 2015.

MASCHIO, M. B. M.; et al. Sexualidade na Terceira Idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 583- 589, set., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rge/v32n3/21.pdf>>. Acesso em: 14 de Ago de 2015.

MAUÉS, C.R. et al. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. **RevBrasClinMed**, São Paulo, v. 8, n.5, p.405-10, Set/Out de 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n5/007.pdf>>. Acesso em: 10 de Ago de 2015.

MAZZA, M.M.P.R.; LEFÉVRE, F.; Cuidar em Família: Análise da Representação Social da relação do cuidador familiar com o idoso. **RevBrasCresDesenHum**, V.15, n.1, p.01-10. 2005. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a25.pdf>>. Acesso em: 21 de Jul de 2015.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14138123200000100002&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 18 de dez. de 2014.

MIRANDA, R.D.; PERROTTI, T.C.; BELLINAZZI, V.K.; NÓBREGA, T.M.; CENDOROGLIO, M.S.; NETO, J.T. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. **Rev. Bras. Hipertens**, Vol. 9, n.3, p.293-300,

Jul/Set de 2002. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/9-3/hipertensaoarterial.pdf>>. Acesso em: 20 de Jul de 2015.

NEVES, J.L.; Pesquisa Qualitativa- Características, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisa em Administração**. São Paulo, v. 1, n. 3, 1996.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA**: definições e classificações 2007-2008- Porto Alegre: Artmed, 2007.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Whoqol-Old Manual. 2005. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/WHOQOL-OLD%20Manual%20Portugues.pdf>. Acesso em: 16 de outubro de 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: 2005. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 25 de Jul de 2015.

ORTEGA, K.C.; SILVA, G.V.; JR, D.M. Hipertensão arterial sistêmica: como diagnosticar e tratar. **Rev. Bras. Med**, Vol. 63, Dez. 2006. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/medica/revis-tas-2010.asp>>. Acesso em: 28 nov. 2014

OLIVEIRA, M. L.S.; BASTOS, A. C. S. Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: Um estudo comparativo de casos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 13, n. 1, 97-107, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000123&pid=S0103-166X201300040000400019&lng=en>. Acesso em: 02 de Julho de 2015.

PASCHOAL, S.M.P. Qualidade de vida na velhici. In: ELISABETE, V.F.; LIGIA, P. (Org.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3 ed. Rio de Janeiro: Grupo Editora Nacional/Guanabara Koongan, 2011, p.1000

PESSUTO, J.; CARVALHO, E.C. de. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.6, n. 1, p. 33-39, janeiro de 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13919>>. Acesso em: 03 de Jul de 2015.

PIERIN, A.M.G. et al. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com o conhecimento e gravidade da doença. **RevEscEnf USP**, v. 35, n. 1. P.11-8. Mar de 2001. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reusp/upload/pdf/558.pdf>>. Acesso em: 02 de Agosto de 2015.

PEDROSO, B.; PILATTI, L. A.; GUTIERREZ, G. L. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-OLD através do Microsoft Excel. **Geriatrics & Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 214-219, out./dez. 2010. Disponível em: <

<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/viewFile/1771/1182>>. Acesso em: 10 de Ago de 2015.

REIS, L.C.; MASCARENHAS, C.H.M.; LYRA, J.E. Avaliação da qualidade de vida dos idosos participantes e não participantes do método pilates. **C&D- Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v.4, n.1, p.38-51, Jan/Dez de 2011. Disponível em: <<http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/viewFile/104/84>>. Acesso em: 12 de Ago de 2015.

ROACH, S.S. **Introdução á enfermagem gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

ROBBINS, S. L.; KUMAR, V. (ed.); ABBAS, A.K. (ed.); FAUSTO, N. (ed.). **Patologia: Bases Patológicas das doenças**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

SANTOS, S. R. et al . Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, Dez. 2002. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692002000600002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 de dez. de 2014.

SANTOS, C.F.; MENDONÇA, M. **Alfabetização e Letramento: conceitos e relações**. Belo Horizonte: Autêntica, 2007. 152p.

SANTOS FILHO, R.D.; MARTINEZ, T.L.R.; Fatores de Risco para Doença Cardiovascular: Velhos e Novos Fatores de Risco, Velhos Problemas. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab**, Vol. 46, n.3º, p. 212-4, Jun/2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302002000300002&lng=en>. Acesso em: 19 de Jun de 2015.

SERBIM, A.K.; FIGUEIREDO, A.E.P.L.; Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. **Scientia Medica**, V. 21, n.4, p.166-172, 2011. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/9405/7236>>. Acesso em: 03 de Ago de 2015.

SIMONETTI, J.P.; FERREIRA, J.C.; Estratégias de *coping* desenvolvidas por cuidadores de idosos com doenças crônicas. **RevEscEnfern USP**, V.42, n.1, p.19-25. São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/03.pdf>>. Acesso em: 26 de Jul de 2015.

TAVARES, D.M.S. et al. Qualidade de vida dos idosos com Hipertensão. **Rev enferm UERJ**, V. 19, n.3, p.438-44, Jul/Set de 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a17.pdf>>. Acesso em: 03 de Ago de 2015.

TAVARES, D.M.S.; DIAS, F.A.; MUNARI, D.B. Qualidade de vida de idosos e participação em atividades educativas grupais. **Acta Paul Enferm**. V.00, n.0, p.000-0,2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/2012nahead/aop2012.pdf>>. Acesso em: 02 de Dez de 2014.

TERENSE, A.C.F.; FILHO, E.E. Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização de pesquisa-ação nos estudos organizacionais, In: ENEGEP, 26^a, 2006 Fortaleza, Anais..., 2006. p. 1-8. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2006_tr540368_8017.pdf>. Acesso em: 10 de Jan de 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão – DBH IV. *Arq Bras Cardiol*. 2010 Fev: 1–48. **Revista Brasileira de hipertensão**, Vol. 17, n.1, Jan./Mar.2010. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/medica/revis-tas-2010.asp>>. Acesso em: 28 Nov de 2014.

VIEIRA, S. et al. A vivencia da sexualidade saudável nos idosos: o contributo do enfermeiro. **Rev de Ciências da Saúde da ESSCVP**, V. 6, Julho de 2014. Disponível em: <<file:///C:/Users/Pessoal/Downloads/SS-117.pdf>>. Acesso em: 03 de Ago de 2015.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida. 1998a. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>> Acesso em: 10 de dez. de 2014.

YOMANDA; A. T. T.; LAVRAS, C.; DEMUNER, M. S. (Orgs). Manual de Orientação Clínica: **Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)**. São Paulo: SES/SP, 2011. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/linhas-de-cuidado-sessp/hipertensao-arterial-sistemica/manual-de-orientacao-clinica-de-hipertensao-arterial/lc_hipertensao_manual_2011.pdf>. Acesso em: 14 de Jun de 2015.

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.

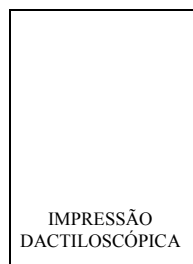
O (A) Sr (a) ficará com uma cópia deste Termo e qualquer dúvida que tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente aos responsáveis, no endereço: Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, Sítio Olho D’água da Bica, Cuité – PB, pelo telefone (83) 3372-1900.

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



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 “Avaliação da qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial sistêmica” 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)

ANEXO A

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO

Seção A: Informações Pessoais		CODIFICAÇÃO
A1	Idade: _____ (anos completos) Data de nascimento: ____/____/_____.	<i>AIDADE:</i> _____ <i>ADATA:</i> _____
A2	Sexo (1) Masculino (2) Feminino	<i>ASEXO:</i> _____
A3	Qual é a cor da sua pele? (1) Branca (2) Parda (3) Amarela (4) Preta (5) Indígena (99) NS/NR	<i>ACOR:</i> _____
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	<i>AESTCIV:</i> _____
A5	Quantas pessoas moram na casa atualmente, incluindo o (a) Sr (a)? Nº de pessoas: _____.	<i>ANCASA:</i> _____
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	<i>AMORA:</i> _____
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	<i>ACHEFE:</i> _____
A8	Quantos filhos próprios e adotivos estão vivos? Nº de filhos: _____(99) NS/NR	<i>AFILHOP:</i> _____
A9	O (A) Sr (a) tem cuidador? (1) Sim (2) Não	<i>ACUID:</i> _____
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	<i>AQCUID:</i> _____
A11	Qual é a sua religião? (0) Nenhuma(1) Católica (2) Protestante ou Evangélica (3) Espírita (4) Judaica (5) Outra (especifique)	<i>ARELIG:</i> _____

	(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: _____ BREFN: _____
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	BECONCOMP: _____
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: _____

	<p>(1) sim (2) não (99) NS/NR</p> <p>B8a) Nenhuma: _____ B8b) Atividades domésticas: _____</p> <p>B8c) Esporte/dança: _____ B8d) Trabalho voluntário/comunitário: _____</p> <p>B8e) Trabalho remunerado _____</p> <p>B8f) Outros: Quais? _____</p>	<p><i>BATVDOM:</i> _____</p> <p><i>BESPD:</i> _____</p> <p><i>BTRABVOL:</i> _____</p> <p><i>BTRABREM:</i> _____</p> <p><i>BOUTR:</i> _____</p>
B9	<p>Atualmente o Sr (a) desenvolve alguma atividade? (atualmente)</p> <p>(1) sim (2) não (99) NS/NR</p> <p>B9a) Nenhuma: _____ B9b) Atividades domésticas: _____</p> <p>B9c) Esporte/dança: _____ B9d) Trabalho voluntário/comunitário: _____</p> <p>B9e) Trabalho remunerado: _____</p> <p>B9f) Outros: Quais? _____</p>	<p><i>NENHUM:</i> _____</p> <p><i>BATVDOME:</i> _____</p> <p><i>BESPDAN:</i> _____</p> <p><i>BTRABVOLU:</i> _____</p> <p><i>BTRABREMU:</i> _____</p> <p><i>BOUTR:</i> _____</p>

ANEXO B

Questionário Whoqol-Old

INSTRUÇÕES

Este instrumento não deve ser aplicado individualmente, mas sim em conjunto com o instrumento WHOQOL-BREF.

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 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 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 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
old_03	Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
old_04	Até que ponto você sente que controla o seu futuro?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
old_05	O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

old_06	Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
old_07	O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
old_08	O quanto você tem medo de morrer?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
old_09	O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 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 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
old_11	Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
old_12	Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
old_13	O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
old_14	Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 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 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito, nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
old_16	Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?				
	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito, nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
old_17	Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?				
	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito, nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5

old_18	Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?				
	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito, nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
old_19	Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?				
	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito, nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
old_20	Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?				
	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito, nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 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 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
old_22	Até que ponto você sente amor em sua vida?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
old_23	Até que ponto você tem oportunidades para amar?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
old_24	Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

ANEXO 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 M DE REMÍGIO


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

Alane Lima de Freitas Souto

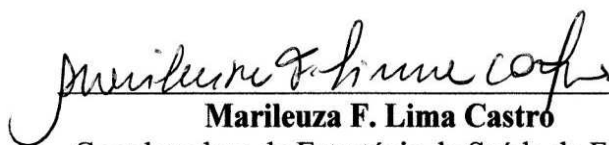
Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família

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.



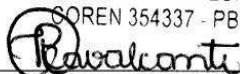
Vanusa da Paz Medeiros
Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família
Sossego – PB

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

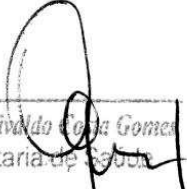


Joseane da Rocha Dantas Cavalcante
Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família
Cuité – PB

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 D

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