

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**SIGRID SHALLY NASCIMENTO DE LYRA RAMOS**

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS HIPERTENSOS EM TERAPIA  
MEDICAMENTOSA**

**JOÃO PESSOA**  
**2017**

**SIGRID SHALLY NASCIMENTO DE LYRA RAMOS**

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS HIPERTENSOS EM TERAPIA  
MEDICAMENTOSA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, **área de concentração**: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

**Linha de pesquisa**: Enfermagem e Saúde no Cuidado ao Adulto e Idoso.

**Estudo vinculado ao projeto**: Avaliação Multidimensional da pessoa idosa.

**Orientadora**: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria das Graças Melo Fernandes

JOÃO PESSOA

2017

R175q Ramos, Sigrid Shally Nascimento de Lyra.  
Qualidade de vida de idosos hipertensos em terapia  
medicamentosa / Sigrid Shally Nascimento de Lyra Ramos. -  
João Pessoa, 2017.  
104 f.: il. -

Orientadora: Maria das Graças Melo Fernandes.  
Dissertação (Mestrado) - UFPB/ CCS

1. Enfermagem. 2. Idosos – Qualidade de vida.  
3. Hipertensão arterial - Idosos. I. Título.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

**SIGRID SHALLY NASCIMENTO DE LYRA RAMOS**

**Qualidade de vida de idosos hipertensos em terapia  
medicamentosa**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Aprovado em 25 de abril de 2017.

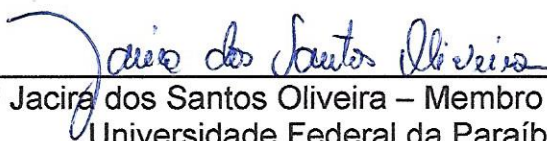
**BANCA EXAMINADORA**



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria das Graças Melo Fernandes - Orientadora  
Universidade Federal da Paraíba

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Cristina de Oliveira e Silva - Membro Efetivo Interno  
Universidade Federal da Paraíba



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jacira dos Santos Oliveira – Membro Suplente Interno  
Universidade Federal da Paraíba

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Kamyla Félix Oliveira dos Santos – Membro Efetivo Externo  
Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Oriana Deyze Corrêa Paiva Leadebal – Membro Suplente Externo  
Universidade Federal da Paraíba

## DEDICATÓRIA

*A Deus por ter me proporcionado o privilégio de vivenciar esta experiência.*

*Aos meus pais, que com sacrifício, investiram nos meus estudos, e sempre me incentivaram a alçar vôos mais elevados.*

## AGRADECIMENTOS

**A Deus** por sua graça, pois, tudo aquilo que recebemos, é um favor imerecido do grandioso criador do universo, e foi por intermédio dessa maravilhosa graça divina, a mim dispensada, que cheguei até aqui. Agradeço por me proporcionar vivenciar esta experiência, e pelas bênçãos alcançadas na minha trajetória profissional. Agradeço a Jesus, meu intercessor, que sempre esteve atento ao meu clamor, atendendo às minhas necessidades, conforme sua soberana vontade. Agradeço ao Espírito Santo, meu consolador, que nas horas de tanta angústia e desespero, sua presença se manifestava, acalentando a alma e renovando as forças. À trindade santíssima toda honra, toda glória, e minha eterna gratidão!

**Ao meu esposo Nieremberg Ramos**, agradeço com muito amor e ternura, sua presença ao meu lado nessa trajetória, pois sua força, e palavras de incentivo, seu apoio emocional e suporte espiritual, mostravam-me que tudo terminaria bem. Agradeço por me acolher, me entender, me incentivar e me amar. Agradeço sua compreensão nos momentos de estresse, de desespero e de lágrimas derramadas, pois sabemos que não foram poucos. Deus o escolheu para estar ao meu lado, oferecendo-me suporte, pois, sabia que sua presença me ajudaria no enfrentamento dessa jornada. Obrigada, meu amor!

**Aos meus pais Aguinaldo e Shilla Nascimento**, minha eterna gratidão. Existem tarefas a que nos propomos a realizar, que são oportunidades de crescimento, não apenas em conhecimento, mas também, como seres humanos, pois nos elevam a categoria de indivíduos com fé incondicional, porque nos provam que somos capazes de conseguir aquilo que almejamos. Reconheço e sou grata por todo sacrifício que fizeram por mim, nos quais me proporcionaram esta conquista. Muito obrigada, eu amo demais vocês!

**À minha amada família.** Meus irmãos Shalom e Moisés Nascimento, minhas cunhadas Kelly e Tatianne Nascimento, meus sogros Nieremberg e Verônica Ramos e minha tia Nadja Ramos, agradeço por me acolherem em minhas decisões e pelas palavras de incentivo. Agradeço o carinho, a paciência, as orações e por cada palavra de incentivo. Amo vocês!

**À minha querida orientadora** Dr<sup>a</sup> Maria das Graças Melo Fernandes grande exemplo de profissional, minha querida e, que também considero uma amiga, agradeço por acreditar em mim, e por conceder a oportunidade de ingressar no programa, e dessa forma, poder crescer ao seu lado, me aprofundando nos estudos sobre o envelhecimento. É uma imensa honra, lhe ter como orientadora. Agradeço por me ensinar a ser disciplinada, responsável e fazer tudo com muito esmero.

**À banca examinadora**, que com presteza e carinho aceitaram o convite para participar da mesma. Agradeço as significativas considerações e observações que enriqueceram a elaboração da versão final deste trabalho. Agradeço especialmente à professora Dra. Ana Cristina de Oliveira, por auxiliar, em nas questões referentes aos resultados da pesquisa, suas contribuições foram significativas nesta etapa da pesquisa, muito obrigada!

**Às colegas** do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde do Adulto e Idoso (GEPSAI) pelo apoio nesta jornada.

**À Secretaria de Saúde do município de Pedras de Fogo-PB** e as equipes das unidades de saúde do município, em especial à enfermeira Laedna Soares, pela ajuda e cooperação na pesquisa, bem como às enfermeiras e os agentes comunitários de saúde, pela abertura e cooperação, para que a coleta de dados se tornasse possível.

**À todas as pessoas idosas que participaram da pesquisa**, com quem experimentei experiências únicas e significativas para minha vida e profissão. Foi um momento em que busquei coletar os dados necessários à pesquisa e aliados a estes, recebi generosidade, carinho e descontração. Muito obrigada a todos!

**À CAPES** por incentivar à pesquisa e o desenvolvimento, da mesma maneira, agradeço o apoio financeiro que me foi proporcionado, ao me receber neste programa de pós-graduação.

**Às professoras, coordenadoras, e funcionários, do PPGENF**, em especial a secretária do programa Nathali Costa, que exerce seu trabalho com competência, obrigada pela atenção e presteza.

*“Bem-aventurado aquele que acha a sabedoria, e aquele que adquire conhecimento; porque melhor é a sabedoria do que joias; porque é melhor é o lucro que ela dá, do que o da prata, e maior o seu lucro que o ouro mais fino. Mais preciosa é do que pérolas, e tudo o que podes desejar não é comparável a ela.”*

Provérbios de Salomão

## RESUMO

RAMOS, S. S. N. L. **Qualidade de vida de idosos hipertensos em terapia medicamentosa**. 2017. 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências em Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.

**Introdução:** A hipertensão arterial se constitui grave problema de saúde pública e significativa ameaça à qualidade de vida das pessoas idosas hipertensas. Dessa forma, consideram-se importantes os estudos que avaliem a qualidade de vida dessa população. **Objetivo:** Analisar a qualidade de vida de pessoas idosas com hipertensão arterial em uso de terapia medicamentosa. **Método:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, corte transversal e abordagem quantitativa, realizada com 187 idosos em um município da microrregião do litoral sul paraibano. A coleta de dados transcorreu entre os meses de março a maio de 2016, utilizando-se um instrumento estruturado contemplando variáveis sociodemográficas e clínicas, o *Teste de Morisky-Green*, e o *Specific Questionnaire for Quality of Life Bulpitt and Fletcher's*. Os dados foram analisados a partir de médias de distribuição e tendência central, cálculo do coeficiente alfa de Cronbach, teste de qui-quadrado de Pearson e regressão logística binária, compilados e estruturados em um banco através do software *Statistical Package for the Social Sciences* versão 22.0. **Resultados:** Quanto ao sexo, predominou o feminino (56,7%). Houve prevalência da faixa etária entre 60 e 70 anos (49,8%). A predominância do estado civil foi de casados ou união consensual (57,8%). Quanto à escolaridade a hegemonia foi nenhum ano de estudo (80,2%). Referente à renda mensal individual (99,5%) era proveniente da aposentadoria e/ou pensão. Quanto à adesão terapêutica (87,17%) foram aderentes. Quanto às variáveis associadas ao prejuízo na qualidade de vida destacam-se: doença vascular periférica (93,9%), doença cardíaca e problemas renais (100%); uso de medicamentos: analgésicos (100%) e anti-hipertensivos (79,1%); hábitos de vida: o tabagismo (89,5%) e o consumo de álcool (10%). Em referência a avaliação da qualidade de vida (79,1%) dos entrevistados apresentaram escores que os classificaram com prejuízo significativo. **Conclusão:** Com base no exposto, verifica-se que as pessoas idosas hipertensas em uso de terapia medicamentosa investigadas apresentaram prejuízos significativos em sua qualidade de vida.

**Descritores:** Enfermagem; Qualidade de Vida; Pessoas Idosas; Hipertensão Arterial.

## ABSTRACT

RAMOS, S. S. N. L. **Quality of life of elderly people with hypertension under drug therapy.** 2017. 104 sheets. The Thesis (Master's degree in Nursing) - Center for Health Sciences, Federal University of Paraiba, João Pessoa, 2017.

**Introduction:** Hypertension is a major public health problem and significant threat to the quality of life of the elderly hypertensive, in this way, it is important the studies those evaluate the quality of life of this population. **Objective:** To analyze the quality of life of elderly people with hypertension in use of drug therapy. **Method:** This is a descriptive research, cross-sectional study and quantitative approach, performed with 187 elderly people in a city of the microregion of the southern coast of Paraiba State. The project was approved by the Ethics Committee of the Federal University of Paraiba (CAAE: 50370415.8.0000.5188). The data collection took place between the months of March to May 2016, using a structured instrument covering sociodemographic and clinical variables, the test of Morisky-Green, and the Specific Questionnaire for Quality of Life Bulpitt and Fletcher's. The data were analyzed on the basis of measurements of distribution and central tendency, calculating Cronbach's alpha coefficient test, Pearson's chi-square test and binary logistic regression, compiled and structured in a database via the software Statistical Package for the Social Sciences, version 22.0. **Results:** Relating to sex, the feminine predominated (56.7%). There was a predominance of the age group between 60 and 70 years old (49.8%). The prevalence of marital status was married or consensual union (57.8%). How much schooling the prevalence was no year of study (80.2%). Referring to the individual monthly income prevailed to retirement and/or board (99.5%). On the subject of therapeutic adherence (87, 17%) were adherents. As the variables associated with the loss in quality of life: peripheral vascular disease (93.9%), heart disease and kidney problems (100%); medicines: analgesics (100%) and antihypertensives (79.1%); life habits: smoking (89.5%) and alcohol (10%). **Conclusion:** On the basis of the above, it appears that the investigated hypertensive elderly showed significant damage in their quality of life.

**Descriptors:** Nursing; Quality of Life; Elderly People; Hypertension.

## RESUMEN

RAMOS, S. S. N. L. **La calidad de vida de las personas mayores con hipertensión en la terapia de la medicación.** 2017. 104 hojas. La Tesis (Maestría en Enfermería) - Centro de Ciencia de la Salud, la Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2017.

**Introducción:** La hipertensión arterial es un importante problema de salud pública y una amenaza significativa para la calidad de vida de los ancianos hipertensos, de esta manera, es importante que los estudios evalúen la calidad de vida de esta población. **Objetivo:** Analizar la calidad de vida de las personas mayores con hipertensión en el uso de la terapia de la medicación. **Método:** Este es un estudio observacional, descriptivo, transversal y de enfoque cuantitativo del estudio, realizado con 187 ancianos en una ciudad de la microrregión de la costa sur del Estado de Paraíba, Brasil. Proyecto aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Federal de Paraíba (CAAE: 50370415.8.0000.5188). La recolección de datos se realizó entre los meses de marzo a mayo de 2016, utilizando un instrumento estructurado que abarca variables sociodemográficas y clínicas, el test de Morisky-Green y el Específico Cuestionario de Calidad de Vida Bulpitt y Fletcher. Los datos se analizaron sobre la base de las mediciones de la distribución y tendencia central, calculando el coeficiente alfa de Cronbach, prueba ji-cuadrada de Pearson y regresión logística binaria, compilado y estructurado en una base de datos mediante el software Paquete Estadístico para Ciencias Sociales, versión 22.0. **Resultados:** Acerca del sexo, predominó el femenino (56,7%). Hubo un predominio del grupo de edad entre 60 y 70 años (49,8%). La prevalencia de estado civil fue casada o en unión consensual (57,8%). Cuánto escolaridad la prevalencia no fue ningún año de estudio (80,2%). Refiriéndose a los ingresos mensuales individuales prevaleció la jubilación y/o la junta (99,5%). En cuanto a la adherencia terapéutica (87, 17%) fueron adherentes. Como las variables asociadas con la pérdida de calidad de vida: la enfermedad vascular periférica (93,9%), los problemas del corazón y las enfermedades del riñón (100%); medicamentos: analgésicos (100%) y antihipertensivos (79,1%), hábitos de vida: fumar (89,5%) y alcohol (10%). **Conclusión:** En base a lo anterior, parece ser que los ancianos hipertensos investigados mostraron un daño significativo en su calidad de vida.

**Descriptor:** Enfermería; Calidad de Vida; Personas de Edad Avanzada; Hipertensión.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Distribuição da população brasileira por faixas etárias no ano de 1980. ....	20
<b>Figura 2</b> - Distribuição da população brasileira por faixas etárias no ano de 2050. ....	21
<b>Figura 3</b> - Distribuição dos idosos quanto à adesão à terapia medicamentosa. Pedras de Fogo, PB – 2016 (n = 187).....	57

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Principais causas de HA secundária, sinais indicativos e rastreamento diagnóstico. ....	28
<b>Tabela 2</b> - Domínios do <i>World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Persons</i> (WHOQOL-Old).....	37
<b>Tabela 3</b> - Aspectos relacionados à saúde e QV do hipertenso avaliado pelo <i>Specific Questionnaire for Quality of Life Bulpitt and Fletcher's</i> . <b>Erro! Indicador não definido.</b>	
<b>Tabela 4</b> – Unidades de saúde da zona rural e respectivo quantitativo de pessoas idosas hipertensas cadastradas no HIPERDIA por USF que participaram da amostra.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>Tabela 5</b> - Pontuação do <i>Specific Questionnaire for Quality of Life Bulpitt and Fletcher's</i> .....	48
<b>Tabela 6</b> – Coeficientes de Alfa de Cronbach das dimensões do questionário de caracterização dos participantes da pesquisa. Pedras de Fogo – PB, 2016 .....	53
<b>Tabela 7</b> - Distribuição das características sociodemográficas dos idosos. Pedras de Fogo-PB 2016 (n = 187).....	54
<b>Tabela 8</b> – Principais comorbidades autorreferidas pelas pessoas idosas entrevistadas. Pedras de Fogo - PB 2016 (n = 187). ....	55
<b>Tabela 9</b> - Hábitos de vida referidos pelas pessoas idosas entrevistadas. Pedras de Fogo - PB 2016 (n = 187).....	56

**Tabela 10** - Medicamentos utilizados pelas pessoas idosas em associação ao anti-hipertensivo. Pedras de Fogo - PB 2016 (n = 187). ..... 57

**Tabela 11** – Distribuição dos resultados com base no Scoring of Health Index do Specific Questionnaire for Quality of Life Bulpitt and Fletcher's. Pedras de Fogo, PB – 2016 (n = 187). ..... 59

**Tabela 12** - Valores estatísticos e p-valores dos testes de hipótese de variáveis clínicas, terapêuticas e hábitos de vida e a associação com a qualidade de vida através do *Scoring of Health Index* do *Specific Questionnaire for Quality of Life Bulpitt and Fletcher's*. Pedras de Fogo, PB – 2016 (n = 187). ..... 60

**Tabela 13** – Variáveis clínicas e referentes aos hábitos de vida associadas ao prejuízo na qualidade de vida das pessoas idosas hipertensas investigadas no município de Pedras de Fogo, PB – 2016 (n = 187). ..... 61

**LISTA DE SIGLAS**

<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PNI</b>	Política Nacional do Idoso
<b>PA</b>	Pressão Arterial
<b>QV</b>	Qualidade de Vida
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>AVE</b>	Acidente Vascular Encefálico
<b>HAS</b>	Hipertensão Arterial Sistêmica
<b>WHOQOL-100</b>	<i>World Health Organization Quality of the Assessment</i>
<b>WHOQOL-Bref</b>	<i>World Health Organization Quality of Life – Bref</i>
<b>WHOQOL-Old</b>	<i>World Health Org. Quality of Life Assessment for Older Persons</i>
<b>MINICHAL</b>	<i>Mini-Cuestionario de Calidad Vida em Hipertensión Arterial</i>
<b>COFEN</b>	Conselho Federal de Enfermagem
<b>UFPB</b>	Universidade Federal da Paraíba
<b>SPSS</b>	<i>Statistical Package for Social Science</i>
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>xvi</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>18</b>
1.1. Relevância do estudo	25
1.2. Objetivos	26
1.2.1. Objetivo geral	26
1.2.2. Objetivos específicos	26
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>27</b>
2.1. Hipertensão Arterial Sistêmica e repercussões para o envelhecimento	27
2.2. Qualidade de vida: aspectos conceituais e instrumentos de avaliação	31
<b>3 MATERIAL E MÉTODOS</b>	<b>40</b>
3.1. Delineamento da pesquisa	40
3.2. Cenário do estudo	40
3.3. População e Amostra	41
3.4. Operacionalização da Coleta de dados	43
3.5. Instrumentos de coleta de dados	45
3.5.1 Instrumento sociodemográfico e clínico	45
3.5.2 Escala de Adesão ao Tratamento	46
3.5.3 Escala de Avaliação da Qualidade de Vida	47
3.6. Análise dos dados	49
3.7. Aspectos Éticos	50
<b>4 RESULTADOS</b>	<b>53</b>

4.1. Caracterização dos idosos participantes do estudo	53
4.2. Caracterização da condição clínica	55
4.4 Qualidade de vida considerando os domínios do Specific Questionnaire for Quality of Life Bulpitt and Fletcher's.	58
4.5 Associação das variáveis com a Qualidade de Vida	60
<b>5 DISCUSSÃO</b>	<b>62</b>
5.1. Características sociodemográficas	62
5.2. Caracterização clínica e avaliação da QV medida pelo Specific Questionnaire for Quality of Life Bulpitt and Fletcher's	68
<b>6 CONCLUSÕES</b>	<b>79</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>81</b>
<b>APÊNDICE I</b>	<b>93</b>
<b>APÊNDICE II</b>	<b>95</b>
<b>ANEXO I</b>	<b>97</b>
<b>ANEXO II</b>	<b>98</b>

## APRESENTAÇÃO

Antes de discorrer sobre o interesse pela temática da presente pesquisa, torna-se necessário descrever um pouco da trajetória vivenciada pela pesquisadora. A graduação foi concluída no ano de 2004, em uma instituição de ensino privada, onde havia grande fragilidade quanto ao incentivo e valorização da pesquisa. Dessa forma, a participação em projetos de pesquisa e extensão não foram uma realidade possível de serem vivenciadas. O interesse pela docência, aconteceu ainda no ano de 2004, durante o primeiro emprego, enquanto trabalhava em uma Unidade de Saúde da Família (USF) na zona rural do município de São Tomé – RN, e assim surgiu a chance para ser preceptora de alunos de enfermagem de nível médio, em uma USF do referido município.

Vivenciar esta experiência, despertou o desejo de pesquisar e aprofundar-se nos estudos para compartilhar conhecimentos. Dessa forma, após o término do contrato no referido município, no ano de 2005, por intermédio de uma pessoa muito especial, recebi um convite oportunidade para lecionar em uma instituição de nível médio em João Pessoa - PB.

No ano de 2008, surgiu uma oportunidade única para submeter-se à uma seleção para professor substituto na Universidade Federal da Paraíba, e assim, Deus conduziu todo processo, tornando esta conquista possível. Foi um período de experiências únicas com os alunos, com os professores, e possibilitou a participação em grupos de pesquisa. O contrato, que era temporário, finalizou-se, e ainda não foi o momento de ingressar no programa de Pós-Graduação de Enfermagem.

No ano de 2009 tivemos a oportunidade de ser preceptora da graduação em uma instituição de ensino privada. Pouco tempo depois, surgiu a oportunidade de ensinar em sala de aula, e assim o coração transbordou de alegria, pois, o sonho de ser professora estava se concretizando. As experiências não se limitaram à sala de aula, mas foi possível também trabalhar na coordenação de estágios. A atribuição de coordenar estágios tornou-se uma experiência profissional significativa, uma vez que, este setor é considerado crítico e necessita de muitas habilidades para desempenhar tal função.

A trajetória acadêmica vivenciada proporcionou realização profissional e por esta razão impulsionou o desejo de aprofundar os conhecimentos. Desse modo, após retornar ao grupo de pesquisa e percorrer toda trajetória necessária, o sonho de ingressar no mestrado concretizou-se. A aprovação na seleção do mestrado foi uma grande vitória, enchendo o coração de alegria e gratidão a Deus por mais esta conquista. Cursar o mestrado não foi fácil, diante das fragilidades relacionadas à pesquisa não vivenciadas durante a graduação e mesmo diante dos desafios, este período possibilitou grande riqueza de aprendizados, conhecimentos e experiências que contribuíram de forma significativa para o crescimento profissional.

Considerando importante as questões relativas à avaliação da Qualidade de Vida (QV), posto que estas são amplamente discutidas, no cenário acadêmico e profissional, considerando que avaliação desta pode fornecer resultados substanciais para tomada de decisões clínicas e/ou sociais e considerando ainda a grande prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em pessoas idosas, surgiu o interesse em desenvolver uma pesquisa com essa temática. Diante do exposto torna-se importante investigar as incapacidades e os agravos determinados por esta condição crônica saúde, visto que estes podem ocasionar sérios prejuízos à qualidade de vida dessa população. Estudos com esta temática oferecem aporte científico aos profissionais de saúde, para que estes proporcionem educação e apoio psíquico-emocional, às pessoas idosas portadoras de HAS, auxiliando-as na construção de ferramentas para superação de suas dificuldades, e assim, obterem sucesso na conquista e manutenção da QV.

Prosseguir com esta pesquisa e aprofundar-se nos conhecimentos sobre a temática, constitui-se uma aspiração profissional e pessoal, assim o desejo de cursar o doutorado é uma meta a ser conquistada. Notavelmente não será uma tarefa fácil, mas com dedicação e esforço e por meio da fé, este sonho será concretizado, pois “tudo é possível ao que crê”.

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é considerado um processo natural e inevitável, inerente ao ser humano, apresentando-se como um período de mudança em diferentes níveis. É uma etapa divergente, complexa e multiforme (VERAS, 2009; PIZA, 2013). Consiste em um processo contínuo que provoca impactos biológicos e psicossociais, implicando em modificações e degradação do organismo, alterando as capacidades funcionais e aumentando a vulnerabilidade e fragilidade (MANSO; BIFFI, 2015).

A Organização Mundial da Saúde – OMS (2002), define *idoso* como indivíduo que atingiu a idade de 65 anos ou mais em países desenvolvidos, enquanto que nos países em desenvolvimento, são aqueles com idade igual ou superior a 60 anos. A Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, e o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, consideram idosos, aqueles com 60 anos ou mais (BRASIL, 2004).

A pessoa idosa é assim definida, independente da forma como se apresenta física ou psicologicamente, no entanto, a idade e o envelhecimento possuem significados que vão além da quantidade de anos que se vive. O envelhecimento é considerado um processo natural e inevitável, inerente ao ser humano. É uma etapa divergente, complexa e multiforme. Consiste em um processo contínuo que provoca impactos biológicos e psicossociais, implicando em modificações e degradação do organismo, alterando as capacidades funcionais e aumentando a vulnerabilidade e fragilidade (MANSO; BIFFI, 2015; PIZA, 2013; VERAS, 2009; SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Este fenômeno é preocupante, haja vista as projeções demográficas demonstrarem que o processo de envelhecimento populacional vem ganhando destaque em números absolutos e relativos. Em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo e, já em 1998, quase cinco décadas depois, este contingente alcançava 579 milhões, um crescimento de quase oito milhões de pessoas idosas ao ano. Atualmente, a estimativa média da população de idosos no mundo é de 893 milhões (IBGE, 2010; OMS, 2015).

A expectativa de vida dos brasileiros para ambos os sexos que era de 50 anos na década de 1950 passou para 74,8 anos em 2013. Estima-se que a expectativa de vida nos países desenvolvidos nos próximos anos será de 87,5 anos para os homens e 92,5 para as mulheres, e que em 2025 a população idosa atingirá o montante de um bilhão e duzentos milhões (CAMARGOS; GONZAGA, 2015). Projeções para o ano de 2050 indicam que esse quantitativo poderá atingir cerca de dois bilhões de pessoas idosas, a maioria vivendo em países em desenvolvimento. Esta realidade demanda grandes desafios no que tange às questões de ordem socioeconômicas, culturais, demográficas e políticas desses países (FECHINE; TROMPIERI, 2012; IBGE, 2013).

Alguns fatores contribuíram para a expansão deste fenômeno, entre eles destacam-se a queda da mortalidade e fecundidade, às mudanças sociais, as melhorias dos hábitos de vida, os descobrimentos de novas tecnologias, além do avanço da medicina que através dos tempos tem realizado descobertas de novos medicamentos e tratamentos complexos que proporcionam maior sobrevida (FLECK, 2011; MANSO; BIFFI, 2015).

No Brasil, o envelhecimento populacional acontece de forma acelerada. Essa mudança que vem ocorrendo no perfil populacional brasileiro é motivada por alguns fatores, entre os quais destaca-se a redução da natalidade ao longo do tempo (ALVAREZ; GONÇALVES, 2012). No ano de 1960, a taxa de fecundidade brasileira era de 6,21 filhos por casal. Em 2010, esse número declinou para 1,84. A este fato soma-se a redução das taxas de mortalidade e o aumento da expectativa de vida que passou de 54,69 anos para 73,08 anos, nesse mesmo período, aliados as transformações sociais e econômicas, bem como à mudança no perfil epidemiológico e ofertas dos serviços de saúde (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

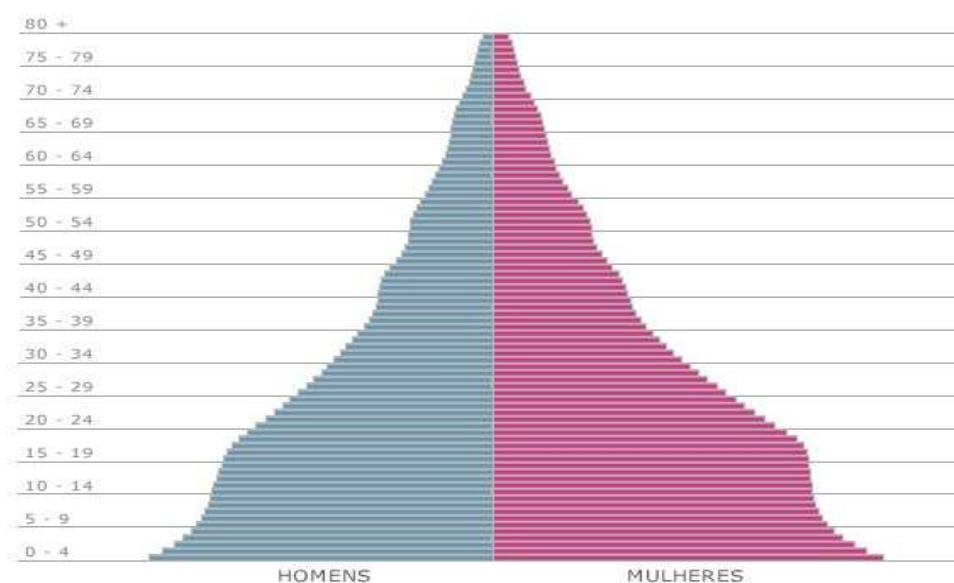
A população atual brasileira apresenta cerca de 201 milhões de pessoas, possuindo um percentual de aproximadamente 12,6% delas com 60 anos ou mais. A representatividade das mulheres, neste universo é de cerca de 55,7%, enquanto que a de homens 44,3% (IBGE, 2013). Com o aumento progressivo de pessoas idosas, e redução significativa da população jovem, a tendência deste modelo de crescimento populacional, será sua inversão (BRITO et al., 2011).

Um levantamento realizado através do Censo Demográfico demonstrou que em 2010, os idosos correspondiam a 11% da população brasileira, e em 2014

representavam 13,7% dessa população. Comparando esta proporção com o ano de 2004, que foi de 9,7%, verificou-se elevado crescimento, considerando o intervalo de apenas dez anos. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a estimativa para o ano de 2025 é que o Brasil atinja o quantitativo de 34 milhões de idosos, com predominância da faixa etária acima de 80 anos, representando cerca de 14,2% da população do país (IBGE, 2015).

A Figura 1 mostra uma pirâmide etária, esta caracteriza-se por agrupamentos em barras horizontais de grupos de idades separados por sexo. A parte inferior reflete o grupo mais jovem, em termos de faixa etária, enquanto que a parte superior reflete a população idosa. Com base nesta figura pode-se constatar que no ano de 1980 o Brasil podia ser considerado um país com maior população de jovens.

**Figura 1** - Distribuição da população brasileira por faixas etárias no ano de 1980.



Fonte: IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Projeção da população por sexo e idade: Brasil 2000-2060. Revisão 2013.

A rapidez desse processo proporciona uma transição demográfica que vai modificando a estrutura da pirâmide etária onde a base, que era composta por jovens, se estreita e o topo, representado por idosos, aumenta. Esta realidade constitui-se em alerta para que a sociedade brasileira contemporânea, esteja

sensível às questões relativas ao envelhecimento, e torne-se atraída pelo processo de busca de um envelhecimento com QV (NERI, 2011).

O cenário brasileiro atual apresenta-se como um país adulto, em fase de transição (IBGE, 2015). Considerando uma projeção para 2060, a pirâmide etária Figura 2 evidencia o processo de envelhecimento, conduzindo a uma realidade de um país com elevada população de pessoas idosas.

**Figura 2** - Distribuição da população brasileira por faixas etárias no ano de 2050.



Fonte: IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Projeção da população por sexo e idade: Brasil 2000-2060. Revisão 2013.

De fato, o expressivo crescimento da população idosa brasileira, alterou seu perfil demográfico, implicando em consequências que repercutem em diversas áreas da sociedade. Conforme evidenciado, na década de 1980, a predominância da população brasileira era de jovens, assim, as políticas públicas eram voltadas para atender as necessidades desta faixa etária. Com a mudança de faixa etária são necessários investimentos e ações que contemplem a população idosa atual, e planejamento para condutas futuras (GABRIEL et al., 2013).

Fatores vinculados às questões relativas às pessoas idosas, como maior investimento financeiro do governo em saúde, maior despesa com a previdência social, e o investimento de empresas no atendimento desse público, tornaram

perceptível a importância desta população, gerando a necessidade de mudanças estruturais profundas e rápidas semelhantes às ocorridas nos países desenvolvidos (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

As alterações demográficas, econômicas e sociais, ocorridas nas últimas décadas, determinaram significativas mudanças nos padrões de morbimortalidade no Brasil e no mundo. As transformações ocorridas no processo de transição epidemiológica resultaram em uma formação de grupos populacionais com características específicas. A formação deste cenário é resultante de um problema atual relacionado ao processo de envelhecimento populacional, cujos principais atores são as mudanças na redução da natalidade e da mortalidade por doenças relacionadas à pobreza, além do aumento considerável das doenças não-transmissíveis (PEREIRA; ALVES-SOUZA; VALE, 2015).

Diante desse contexto, o Brasil vem tentando nas últimas décadas organizar os serviços de promoção da saúde e prevenção dessas doenças, através de um sistema baseado nos princípios da universalidade e integralidade das ações, denominado Sistema Único de Saúde, criado no Brasil em 1988 com a promulgação da nova Constituição Federal, Lei 8.080/1990 (CAZARIM; ARAÚJO, 2011; GOMES et al., 2013).

Este sistema procura estabelecer a garantia de acesso à saúde para todos os cidadãos brasileiros. Os desafios relacionados à transição demográfica brasileira, especialmente no que se refere ao processo de envelhecimento populacional, são diversos, portanto são necessárias a realização de ações assertivas que proporcionem uma assistência digna e de qualidade a este grupo populacional, especialmente aqueles portadores de condições crônicas de saúde (CAZARIM; ARAÚJO, 2011; COSTA et al., 2015).

Dada a sua magnitude, o envelhecimento deve ser considerado uma importante questão de saúde pública, por ser um processo multidimensional, que sofre influência de diversos fatores intrínsecos e extrínsecos. Apenas abordagens biológicas não são suficientes para o delineamento de políticas públicas adequadas às reais demandas das pessoas idosas, tornando-se imprescindível que o processo de envelhecimento seja analisado sob uma perspectiva mais abrangente, objetivando promover e manter o bem-estar e QV dessa população (RODRIGUES; NERI, 2012).

O conceito de QV é deveras abrangente, e compreende diversos aspectos relacionados ao contexto biopsicossocial, a relação com a família e ao meio ambiente, além de fatores políticos e socioeconômicos (FREITAS; PY, 2016). Existem outros elementos que influenciam tal conceito, dessa forma faz-se necessário estabelecer sua definição. Segundo a OMS (1995 p.1403) QV é a “percepção que um indivíduo tem sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Pesquisas revelam que a QV está relacionada com a manutenção da saúde nas dimensões biopsicossociais, salientando as alterações fisiológicas e perda da autonomia, que podem ser ocasionadas pelo processo de envelhecimento, como principais fatores que, tornam a pessoa idosa susceptível ao surgimento das condições crônicas de saúde, e conseqüentemente prejuízos à QV (NUNES; MENEZES; ALCHIERI, 2010; BRANDÃO et al., 2010).

Entre essas condições crônicas, a que mais acomete esta faixa etária da população idosa é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA)  $\geq 140$  e/ou 90 mmHg, também pode ser classificada como fator de risco (CARVALHO et al., 2013; PINTO; BARHAM; PRETTE, 2016). A HAS está associada a alterações metabólicas e funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e agrava-se na presença fatores de risco associados, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e Diabetes Melito (DM), causando conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Independentemente do nível social e econômico de um país, essa alteração da saúde tem sido uma das maiores causas de morbidade e mortalidade no mundo (GAZONI et al., 2009; SOARES et al., 2015). Segundo Guimarães (2015), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constitui-se uma das maiores ameaças à QV, em razão do impacto negativo causado à saúde e bem-estar, por esta razão, a detecção precoce e controle desse fenômeno são considerados importantes estratégias de cuidado em saúde. O autor ressalta ainda, que essa alteração da saúde, em 2011, foi responsável por 17 milhões de mortes em todo o mundo, e projeções para 2025 determinam que aproximadamente 1,56 bilhão (29%) de

indivíduos sejam acometidos por essa condição crônica nesse cenário. A prevalência de HA no Brasil varia de acordo com a população estudada e o método de avaliação. Os dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) mostraram que entre os anos de 2006 a 2014 indicam que a prevalência de HAS autorreferida entre indivíduos com de 60 a 64 anos, (44,4%), entre 65 a 74 anos (52,7%) e com 75 anos ou mais (55%) (BRASIL, 2014).

Pesquisas indicam também que mais de 80% dos óbitos causadas pela HAS estão associadas a fatores de risco passíveis de prevenção, como o excesso de peso, o sedentarismo, a ingesta aumentada de sal e do álcool, logo, a intervenção sobre esses fatores, poderão contribuir para o seu controle reduzindo significativamente as limitações funcionais e a incapacidade entre pessoas idosas (MOZAFFARIAN et al., 2016; TAVARES et al., 2016).

Estudos comprovam que pessoas idosas hipertensas possuem uma diminuição significativa na QV quando comparadas às normotensas (BRAGA, 2014). Dessa forma, a HAS requer tratamento contínuo que englobam medidas farmacológicas e não-farmacológicas, as quais incluem a adoção e manutenção de um estilo de vida saudável, através de uma dieta equilibrada, aliada à atividade física regular, abandono do tabagismo e do álcool (BORIM; GUARIENTO; ALMEIDA, 2011).

Nesse contexto, torna-se imprescindível o reconhecimento do impacto que esta condição crônica e seu tratamento, produz sobre à saúde e bem-estar da pessoa idosa. Considerando isso, torna-se extremamente importante a mensuração da QV, das pessoas idosas com HAS, o que permite melhor entendimento desse fenômeno, o que contribui para uma melhor assistência de saúde voltada à recuperação e manutenção da QV dessa população.

## 1.1. Relevância do estudo

Pesquisas sobre a QV de pessoas idosas hipertensas em terapia medicamentosa ainda são escassas, dessa forma, necessitam ser incentivadas, com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos, que identifiquem as condições que favoreçam melhores intervenções de enfermagem (RODRIGUES; NERI, 2012; SUZANO et al., 2016).

Na observação do contexto nacional, após investigações realizadas na literatura com os descritores “qualidade de vida” combinado com “pessoas idosas”, “hipertensão arterial”, e “enfermagem”, não se verificou pesquisa específica que tenha avaliado a QV de pessoas idosas hipertensas em terapia medicamentosa, utilizando-se o *Specific Questionnaire for Quality of Life Bulpitt and Fletcher's*.

Dessa forma, justifica-se esta pesquisa pela relevância social da mesma, pois os resultados, obtidos por meio dela, representam subsídios significativos para tomada de decisões, no planejamento do cuidado de enfermagem à pessoa idosa com esta condição crônica de saúde, almejando contribuir para o estabelecimento e manutenção da sua QV.

Diante dos aspectos ora mencionados, o presente estudo foi guiado pelas seguintes questões norteadoras:

- ✓ Qual a influência da HAS e terapêutica na QV das pessoas idosas hipertensas em uso de terapia medicamentosa, considerando os domínios do *Specific Questionnaire for Quality of Life Bulpitt and Fletcher's*?
- ✓ Quais os fatores associados a prejuízos na QV dessas pessoas?
- ✓ Quais características sociodemográfica e clínica estão associados a prejuízos na QV?
- ✓ A adesão à terapia medicamentosa apresenta relação com a QV?

## 1.2. Objetivos

### 1.2.1. Objetivo geral

- ✓ Analisar a QV de pessoas idosas com HAS em uso de terapia medicamentosa.

### 1.2.2. Objetivos específicos

- ✓ Caracterizar as pessoas idosas com HAS investigadas, considerando variáveis sociodemográficas, comorbidades autorreferidas e adesão ao tratamento;
- ✓ Investigar a adesão à terapia medicamentosa, com base na escala do *Teste de Morisky-Green*;
- ✓ Mensurar a QV das pessoas idosas com HAS em terapia medicamentosa, segundo os domínios do *Specific Questionnaire for Quality of Life Bulpitt and Fletcher's*.
- ✓ Verificar associação entre QV e fatores sócio-demográficos, comorbidades autorreferidas, hábitos de vida, e medicações utilizadas.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1. Hipertensão Arterial Sistêmica e repercussões para o envelhecimento**

A HAS é definida como uma condição crônica de saúde, não transmissível, de natureza complexa (CORREA; BARTHOLO; BRANDÃO, 2014). Esta desordem de etiologia multifatorial é caracterizada pela elevação persistente da Pressão Arterial, aliadas a alterações metabólicas, elevando o risco de complicações cardiovasculares (CIPULLO et al., 2010; ARAÚJO-GIRÃO et al., 2015).

Esta condição crônica de saúde configura-se pela elevação dos valores pressóricos, estabelecendo-se quando o valor da pressão arterial sistólica encontra-se superior ou igual a 140 mmHg, e a diastólica com valor superior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não fazem uso de fármaco anti-hipertensivo (BRASIL, 2014).

Classifica-se em hipertensão arterial primária e secundária. A Primária ou essencial, é a mais frequente, corresponde de 90 a 95% dos casos, recebe este nome por não serem conhecidos os mecanismos do seu surgimento, geralmente associada a fatores genéticos e/ou relacionados ao estilo de vida do indivíduo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). Já a HA secundária tem prevalência de 3 a 5% dos casos, e é denominada assim, por possuir causa secundária a patologias pré-existentes, algumas das principais causas de HA secundária, os sinais indicativos e rastreamento diagnóstico, estão descritos na Tabela 1.

**Tabela 1** – Principais causas de HA secundária, sinais indicativos e rastreamento diagnóstico.

<b>Achados clínicos</b>	<b>Hipótese diagnóstica</b>	<b>Estudos adicionais</b>
Edema, anorexia, fadiga, creatinina e ureia elevadas, alterações do sedimento urinário.	Doença renal parenquimatosa	Exame de urina, Ultrassom renal, pesquisa de albuminúria / proteinúria.
Pulsos em femorais ausentes ou de amplitude diminuída, PA diminuída em membros inferiores, alterações na radiografia de tórax.	Coarctação de aorta	Ecocardiograma e/ou angiografia de tórax por tomografia computadorizada.
Sopro abdominal, Edema Agudo de Pulmão súbito, alteração da função renal por medicamentos.	Doença renovascular	Ultrassom com Doppler renal e/ou renograma, angiografia, arteriografia rena
Intolerância ao calor, perda de peso, exoftalmia, tremores, palpitações, taquicardia e reflexos exaltados.	Hipertireoidismo	TSH e T4 livre.
HA paroxística com cefaleia, sudorese e palpitações.	Feocromocitoma	Metanefrinas plasmáticas livres, catecolaminas séricas e metanefrinas urinárias.
Fadiga, ganho de peso, perda de cabelo e fraqueza muscular.	Hipotireoidismo	TSH e T4 livre.

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016. p. 67.

Salienta-se a importância da investigação da HA secundária em pessoas idosas, cujas causas mais comuns são a alterações de função tireoidiana, estenose de artéria renal, a Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS), e

uso de alguns medicamentos. Isto posto, destaca-se que a investigação pode ser necessária como parte do diagnóstico, dessa maneira o tratamento da causa pode contribuir para a cura ou o controle da HAS.

A HAS apresenta alta prevalência em todo o mundo. Projeções para 2025 calculam um crescimento de 80% no número de hipertensos nos países em desenvolvimento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). Na América Latina a prevalência de HAS varia bastante entre os países. No ano de 2013, a Argentina apresentou prevalência de 25% a 36%, o Uruguai de 30%, e o Paraguai, entre 21% a 30%. No Chile, foram encontradas diferenças nos índices de prevalência da HAS, considerando o nível socioeconômico, o baixo nível econômico: 24,5%, e o elevado nível econômico: 17,9%. No México, foram encontradas diferenças dependendo das zonas de habitação: 30% nas zonas urbanas e 11,7% nas zonas rurais (GARRIDO et al., 2013).

No Brasil, estima-se a existência de 17 milhões de pessoas hipertensas, apresentando variabilidade de prevalência conforme a idade. Pesquisa realizada nas regiões geográficas brasileiras revelou que a prevalência da HAS em pessoas entre 60 e 69 anos, atingiu cerca de 55%, chegando a 75% em indivíduos com mais de 70 anos (GABRIEL et al., 2013; MENDES; MORAES; GOMES, 2014; LIRA, 2015).

Ressalta-se que a HAS é a condição crônica não transmissível mais atinge a população de pessoas idosas, representa significativo problema de saúde pública, no que se refere dificuldades relacionadas ao acompanhamento e tratamento contínuo desta condição, especialmente nesta faixa etária (OLIVES et al., 2013). De acordo com a VII Diretrizes Brasileira de Hipertensão (2016) a HAS pode desencadear, na pessoa idosa, o surgimento de outras condições clínicas, a exemplo da insuficiência renal crônica, apresentando-se também como fator de risco para o surgimento do Acidente Vascular Encefálico (AVE) e do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A medida que a idade progride eleva-se a prevalência da HAS. Além dos fatores associados ao estilo de vida, a alta prevalência da HAS também está relacionada ao próprio processo fisiológico do envelhecimento, que provoca alterações na morfofisiologia dos vasos e artérias contribuindo para modificações no sistema cardiovascular (ARONOW et al., 2011).

Pesquisas apontam que a HAS é uma condição crônica de saúde com elevada prevalência na população idosa em todo o mundo. Na Europa, Estados Unidos e Canadá os índices de pessoas idosas hipertensas alcançam a percentual entre 30% e 35% respectivamente, evidenciando a relação direta e linear da HAS com o aumento da idade (CIPULLO et al., 2010; ALLEN; KELLY; FLEMING, 2013; BRASIL, 2013). Além do fator idade, a HAS possui outros elementos desencadeantes, como o sexo, a hereditariedade, o etilo de vida, o estresse, os fatores socioeconômicos, as influências ambientais entre outros (SANTOS; MOREIRA, 2012; TAVARES et al., 2013).

A alta prevalência e baixas taxas de controle, contribuem para que a HAS seja considerada um dos principais fatores de risco ao surgimento de agravos à saúde e um dos mais importantes problemas de saúde pública (TAVARES et al., 2013). A HAS torna o indivíduo, especialmente, as pessoas idosas, suscetível a eventos cardiovasculares e constitui-se primeira causa de mortalidade, sendo importante determinante de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (MARTINEZ, 2011; SOARES et al., 2015).

Em algumas situações a HAS instala-se de forma assintomática na fase inicial, podendo ser diagnosticada tardiamente. Este fato, frequentemente implica agravos da condição clínica e pode implicar em maiores despesas relacionadas à reabilitação, e cuidados continuados (BAKAS et al., 2012). Destarte, o diagnóstico precoce e o acompanhamento efetivo são de fundamental importância, uma vez que, o controle dos níveis pressóricos contribui para a redução das complicações, dos agravos, e do risco de morbimortalidade (BONDS et al., 2009).

No Brasil, o desafio da prevenção e controle da HAS, especialmente na rede pública de cuidado em saúde, é tarefa das equipes da Atenção Básica à Saúde. Para isso, a literatura recomenda estabelecer métodos de educação permanente, que auxiliem os profissionais, atuantes nesse nível de atenção à saúde, na construção de novas práticas e melhorias dos processos de trabalho (RAPSOMANIKI et al., 2014). Propõem-se, também, uma parceria dos profissionais com a família da pessoa idosa hipertensa, para acompanhamento do tratamento, realizando ações educativas, que possibilitem a adesão das condutas terapêuticas, do tratamento não-farmacológico para prevenção e controle dos agravos (BRASIL, 2011).

A redução das taxas de morbimortalidade, de origem cardiovascular, constitui o objetivo principal do tratamento da HAS. Para que este tratamento aconteça de forma eficaz, são necessárias uma série de medidas, que englobam diversos aspectos relacionados uso correto e contínuo dos medicamentos anti-hipertensivos associados às mudanças no estilo de vida (BORIM et al., 2011). Esta condição crônica de saúde exige vigilância constante, posto que, o monitoramento adequado, evita agravamento da condição clínica, reduz significativamente as limitações funcionais e a incapacidade em pessoas idosas, uma vez que estas, necessitam de avaliação e acompanhamento rigoroso do tratamento, em especial do farmacológico, devido às particularidades das alterações fisiológicas, próprias do envelhecimento (CIPULLO et al., 2010; BRASIL, 2013).

O tratamento da HAS deve ser realizado de forma eficaz e adequada, uma vez que os prejuízos causados ao organismo, provocam impacto negativo à saúde (BRASIL, 2010). Seu controle contribui significativamente na redução dos riscos e dos agravos, colaborando efetivamente na diminuição de prejuízos à QV (BAKAS et al., 2012).

Recomenda-se que a terapêutica medicamentosa anti-hipertensiva seja realizada de maneira contínua e adequada ao contexto familiar, econômico e social da pessoa idosa. Neste contexto, a equipe de saúde precisa estar sensível às características e especificidades próprias desta população, orientando o tratamento correto, a fim de contribuir para o sucesso do mesmo, e dessa forma favorecer o equilíbrio da saúde (CUSHMAN et al., 2010).

O tratamento não medicamentoso inclui alterações no estilo de vida, associado à uma dieta equilibrada, ao controle do peso, à prática regular de atividade física, ao abandono do tabagismo e à redução ou abandono do consumo de álcool (BRASIL, 2013). Ressalta-se a importância de incentivar essas mudanças, orientar o tratamento adequado, contribuindo para o estabelecimento e manutenção da QV.

## **2.2. Qualidade de vida: aspectos conceituais e instrumentos de avaliação**

A QV contextualiza-se em várias dimensões nomeadamente filosóficas, políticas e relacionadas com a saúde, porém, as definições de QV no contexto da

saúde são limitadas, tornando difícil sua compreensão, com noção abrangente e geral (BAKAS et al., 2012). De acordo com a OMS (1995), a definição de QV caracteriza-se pela percepção do indivíduo que engloba padrões característicos de satisfação nas dimensões físicas, sociais e mentais, associados a valores, aspirações e anseios.

A definição de QV está intrinsecamente associada ao conceito de saúde. A primeira tentativa, em escala global, para estabelecer uma definição mais abrangente de saúde, nesse contexto, foi realizada pela OMS, em 1948, definindo o fenômeno como sendo uma condição de “perfeito bem-estar físico, psicológico, social e, não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (SCLIAR, 2007 p.29). Esta importante definição impulsionou o início da consideração de QV como uma experiência humana relevante para a saúde. Não obstante, destaca-se que a dificuldade em definir o termo QV é uma realidade para as diversas áreas do conhecimento, porquanto, possui significado intangível e multidimensional, que reflete o pensamento e compreensão da realidade de cada indivíduo (CARVALHO, 2010).

A primeira menção do termo QV foi efetivada em livro sobre economia e bem-estar, no ano de 1920, por Pigou, que discutiu sobre o suporte governamental para aqueles de classes sociais desfavorecidas e o impacto sobre suas vidas, no entanto, naquele momento o termo não foi valorizado (DINIZ, 2013). Posteriormente o termo foi utilizado pelo presidente estadunidense Lyndon Johnson, em 1964, em sua clássica declaração: “[...] os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (FLECK et al., 1999 p. 21).

Outros autores afirmam que o termo surgiu em meados da década de 1945, com o fim da II Guerra Mundial, quando se estabeleceu o termo “boa vida” para quem apresentasse melhoria do padrão de vida, principalmente relacionado à obtenção de bens materiais, como casa própria, carro, e outros bens adquiridos (MANSO; BIFFI, 2015). Assim, a expressão se popularizou nos anos subsequentes, contudo, por seu significado ser subjetivo e multidimensional, variando conforme o contexto histórico, classe social, e faixa etária, tornou-se algo difícil alcançar uma definição consensual para a mesma (DINIZ, 2013).

Para a literatura científica a QV tornou-se um indicador significativamente importante contribuindo para o aumento de pesquisas e práticas relacionadas à saúde (BRASIL, 2014). O interesse pelo conceito QV na área da saúde tem sido crescente e tem contribuído na promoção de pesquisas nas instituições por profissionais de saúde, visto que nos últimos anos vem crescendo uma concepção de saúde centrada na promoção da QV, por meio dos seus principais objetivos que são: a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde (OMS, 2015).

O estudo acerca da QV tem suas raízes acadêmicas nas disciplinas de psicologia e sociologia, na década de 1970, conforme ministradas. Pesquisas apontam que na América Latina e no Brasil, o interesse pelo estudo da QV é contemporâneo, quando se compara com a literatura internacional. Os estudos passaram a possuir algum significado e importância na literatura brasileira de ciências da saúde a partir da década de 1990. Não há registros de publicações anterior a este período com esta temática (FREITAS; PY, 2016).

Na área de saúde, pesquisas apontam para a importância da mensuração da QV com o objetivo de obter informações sobre a evolução do paciente e a decisão quanto ao tratamento mais indicado (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012). No entanto, esta mensuração tem sido feita por indicadores bioestatísticos, psicométricos e econômicos, os quais não se aliam ao contexto sociocultural, história de vida e peculiaridades dos avaliados, tornando necessário instrumentos de avaliação, que perpassem a mensuração dos sintomas, e incluam itens qualitativos, semelhantes aos utilizados em pesquisas sociológicas (PIMENTA et al., 2008).

O fato de inexistir uma definição consensual de QV, torna laboriosa sua operacionalização e estudo, devido às imprecisões teóricas e metodológicas (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012). No entanto, esta falta de especificidade do termo, não diminuiu seu uso e popularidade como uma medida de resultado, em centenas de estudos publicados nacional e internacionalmente.

A ausência de uma clara definição do conceito, mostra que o mesmo não depende apenas de critérios relacionados à saúde, pois reflete o pensamento e compreensão da realidade de cada indivíduo, englobando aspectos de vida associado aos valores de cada sociedade, relacionados à autoestima e ao bem-estar, e motivada por naturezas distintas desde o estilo de vida, satisfação pessoal, até à interação social, suporte familiar, nível socioeconômico e cultural, em

interação com situações passadas, atuais e futuras, podendo mudar com o passar do tempo (FECHINE; TROMPIERI, 2012).

A avaliação da QV de pessoas idosas tem sido importante objeto de estudo em vários segmentos e disciplinas, no entanto, o envelhecimento possui características multiformes, em que os indivíduos traçam sua trajetória de vida, considerando diferentes valores, princípios, expectativas e desejos. Possuem especificidades, e particularidades cujo produto do desfecho, será pautado nas vivências e escolhas da própria trajetória (NUNES; MENEZES; ALCHIERI, 2010). Salienta-se que existem fatores determinantes permanentes: a raça, o sexo, o ambiente social e familiar no qual o indivíduo está inserido, enquanto outros estão sujeitos a alterações: os hábitos e estilos de vida, e a visão de mundo, o que contribui na avaliação geral da QV (FREITAS; PY, 2016).

Possuir saúde, QV e bem-estar são aspirações compartilhadas pela maioria dos indivíduos. Uma condição crônica de saúde instalada não limita a pessoa idosa de desfrutar sensação de bem-estar. Os fatores que contribuem significativamente para o estabelecimento e manutenção da QV nessa faixa etária, não limitam-se a ausência de doenças, mas estão associados a vivência com familiares, ao compartilhamento de experiências em grupos de apoio, realização de atividades físicas e de lazer (PASKULIN; VIANNA; MOLZAHN, 2009). Assim sendo, torna-se evidente a importância de avaliar a QV sob o critério da subjetividade e de preferência, sob a percepção de quem está sendo avaliado.

Salienta-se que a maioria dos instrumentos de avaliação de QV são elaborados em países de língua inglesa, e posteriormente traduzidos, validados e aplicados em diferentes culturas. Este fato provoca divergências e críticas, na comunidade acadêmica, pelo fato de cada população apresentar especificidades (SANTOS, 2016). Apesar desta realidade, os instrumentos de avaliação da QV, são ferramentas indispensáveis para sua mensuração.

Destarte, torna-se significativa a escolha de instrumentos que possibilitem tal verificação, porquanto os resultados empíricos obtidos, através desta, tornam-se elementos capazes de produzir indicadores e julgamentos clínicos das condições crônicas de saúde, e avaliar o impacto que essas condições podem acarretar a QV, especialmente da pessoa idosa.

A avaliação da QV relacionada à saúde tornou-se objeto de estudo em todo o mundo e tem sido uma importante medida de impacto para a saúde (DOS SANTOS, 2016). Considerando isto, nos últimos anos a comunidade acadêmica tem desenvolvido e testado instrumentos estruturados, com o propósito de avaliar o estado de saúde e QV da população. Além disso, os resultados empíricos obtidos através dessas pesquisas, tem colaborado no desenvolvimento de medidas de controle, manutenção e recuperação da saúde, atenuando os impactos causados pelos agravos das condições crônicas de saúde (VITORINO; PASKULIN; VIANNA, 2013).

O interesse pela mensuração do fenômeno se dá tanto nas práticas assistenciais quanto nas políticas públicas, nos campos de prevenção de doenças e de promoção à saúde, pois, constituem recurso significativo para pesquisas exploratórias, possibilitando avaliação das disfunções e desconfortos físicos e/ou emocionais, favorecendo assim, a elaboração de intervenções e tratamentos adequados (SANTOS, 2016).

Os instrumentos de avaliação também contribuem para a compreensão das necessidades e conhecimento dos fatores relacionados à saúde que necessite de intervenções e permitem avaliar o impacto dessas intervenções na saúde da população pesquisada, visto que, estes possibilitam a aquisição de dados que possam ser comparados aos resultados, constituindo-se uma maneira econômica para aquisição de medidas de resultados confiáveis e válidas (GJERSING; CAPLEHORN; CLAUSEN, 2010).

Considera-se que um instrumento possua confiabilidade quando apresenta as seguintes propriedades: reprodutibilidade, validade e sensibilidade. Quanto à reprodutibilidade: os resultados devem ser semelhantes após aplicação com mesmo indivíduo, considerando permanência do estado clínico; quanto a validade: o foco do mesmo é mantido; e quanto a sensibilidade: relaciona-se a capacidade de refletir as verdadeiras mudanças ou diferenças na QV do indivíduo (SANTOS, 2016).

Os instrumentos de avaliação podem partir de uma única pergunta até questionários sofisticados, onde as questões são agrupadas em domínios ou dimensões, de acordo com o seu significado ou condição a ser avaliada. Para mensuração da QV os instrumentos criados têm o objetivo de transformar medidas subjetivas em dados objetivos que possam ser quantificados e analisados (BAKAS et al., 2012). Esses instrumentos podem ser classificados em três classes: (1) os que

avaliam a QV geral; (2) os que verificam a QV relacionada à saúde e; (3) os que verificam a QV relacionada a uma doença específica, a exemplo do adotado neste estudo (FLECK et al., 2011).

Na década de 1990 havia uma carência de instrumentos que avaliassem a QV, este cenário impulsionou à OMS a desenvolver um instrumento que atendesse tal necessidade. Assim, com a finalidade de avaliar este fenômeno, foi elaborado o *World Health Organization Quality of the Assessment (WHOQOL-100)* que é um instrumento genérico composto por 100 questões (FLECK, et al., 2000; KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2010).

A versão em português deste instrumento foi elaborada por Fleck et al. em 1999. Existe também uma versão abreviada do WHOQOL-100 que denomina-se *World Health Organization Quality of Life – Bref (WHOQOL-Bref)*. Esta versão possui 26 questões, duas gerais e as demais estão divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK, et al., 2000).

Outro instrumento utilizado para avaliação da QV é o *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Persons (WHOQOL-Old)*. No entanto, este foi desenvolvido com o objetivo de verificar se os instrumentos genéricos, descritos anteriormente, eram aplicáveis aos idosos e, se necessário, realizar as adaptações necessárias. O *WHOQOL-Old* possui seis domínios ou facetas conforme descritas na Tabela 2 (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006).

**Tabela 2** - Domínios do *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Persons (WHOQOL-Old)*.

Domínios	Propósito
I- Funcionamento do Sensório	✓ avalia funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais nas atividades da vida diária - AVD e capacidade de interação com outras pessoas na qualidade vida de idosos.
II- Autonomia	✓ refere-se à independência na velhice, descrevendo até que ponto se é capaz de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões.
II - Atividades	✓ refere-se a atividades passadas, presentes e futuras, descrevendo a satisfação sobre conquistas na vida e projetos anseios futuros.
IV - Participação Social	✓ refere-se à participação social, que delinea a participação em atividades do cotidiano, na comunidade em que se está inserido.
V - Morte e Morrer	✓ relacionada às preocupações, inquietações, expectativas e temores sobre a morte e morrer.
VI - Intimidade	✓ refere-se à intimidade, que avalia a capacidade de ter relações pessoais e íntimas.

Fonte: FLECK et al., 2000 (p.83), SANTOS, 2016 (p. 122)

Os instrumentos mencionados são utilizados para mensuração da QV de forma global, em indivíduos adultos ou idosos conforme o *WHOQOL-Old*. Embora este, seja específico para avaliação da QV em pessoas idosas, não avalia o impacto à saúde

que a HAS pode provocar. A literatura dispõe de alguns instrumentos específicos para a avaliação da QV de indivíduos hipertensos, entre eles destacam-se o *Mini-Cuestionario de Calidad Vida em Hipertensión Arterial* – MINICHAL e o *Specific Questionnaire for Quality of Life - Bulpitt e Fletcher* (GUSMAO; PIERIN, 2009).

O *Mini-Cuestionario de Calidad Vida em Hipertensión Arterial - MINICHAL* foi desenvolvido na Espanha em 2001. É composto por 16 questões agrupadas em dois domínios: Estado Mental, que é formado por 10 questões e Manifestações Somáticas, por seis questões. As questões deverão ser respondidas considerando os acontecimentos dos últimos sete dias (MELCHIORS et al., 2010).

Tal questionário foi validado no Brasil (*MINICHAL-Brasil*) através de um estudo realizado por Schulz (2006) em Curitiba – PR, entre julho e setembro do ano de 2006, utilizando uma amostra composta por 300 indivíduos, dos quais, 155 hipertensos e 145 normotensos (MELCHIORS et al., 2010). Esse instrumento permite uma medida comum de investigação de pacientes hipertensos em diferentes contextos, possibilitando comparações, com menor gasto de tempo e recursos financeiros.

Outro instrumento que pode ser utilizado é *Specific Questionnaire for Quality of Life Bulpitt e Fletcher's*. Foi validado no Brasil por Gusmão e Perim (2009). A versão final do instrumento foi submetida à avaliação de um corpo de juízes formado por três médicos e três enfermeiras, bilíngues, conhecedores da doença pesquisada, da finalidade do questionário e dos conceitos a serem analisados. Este instrumento é capaz de detectar alterações psicológicas em decorrência do diagnóstico, no humor, de efeitos adversos do plano terapêutico de pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial (GUSMAO; PIERIN, 2009).

O referido questionário foi idealizado para ser utilizado em estudos com até um ano de duração e ele não permite a detecção de alterações, em longo prazo, decorrentes de condições que possam afetar a independência dos indivíduos, como por exemplo, nos casos de sequelas por acidente vascular encefálico pois, seu objetivo é somente avaliar o impacto da HAS, doença assintomática, e apenas detecta alterações psicológicas em decorrência do diagnóstico, no humor e efeitos adversos do tratamento em pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial (BULPITT; FLETCHER, 1994).

Estudos utilizando este instrumento, têm demonstrado que o conhecimento do diagnóstico de HAS pode influenciar o relato de sintomas, visto que este trata de aspectos de bem-estar físico e psicológico e da percepção do paciente sobre o efeito do tratamento anti-hipertensivo em seu estilo de vida. O instrumento é objetivo, claro e atende aos principais aspectos envolvidos na HAS (GUSMÃO; PIERIN, 2009). Inclui questões que avaliam a QV do indivíduo relacionada aos aspectos possivelmente relacionados à doença ou ao seu tratamento, conforme demonstrado na Tabela 3.

**Tabela 3** - Aspectos relacionados à saúde e QV do hipertenso avaliado pelo Specific Questionnaire for Quality of Life Bulpitt and Fletcher's.

<b>Categoria</b>	<b>Dimensões</b>
Aspectos possivelmente relacionados à doença ou ao seu tratamento	Quadro clínico Efeitos colaterais das medicações Aspectos sociais Aspectos profissionais Aspectos afetivos Aspectos sexuais

Fonte: GUSMÃO; PIERIN, 2009.

Embora seja um instrumento validado, específico e de fácil aplicação, na literatura brasileira os estudos utilizando-se o questionário *Bulpitt e Fletcher* ainda são escassos. Os instrumentos de mensuração da QV devem apresentar confiabilidade e vantagem na utilização, logo a escolha dos instrumentos que se propõem a avaliação dessa variável, deve ser apropriada, conforme cada situação, neste caso, direcionado ao segmento populacional de idosos (RAMOS, 2016; SANTOS, 2016).

Não obstante, salienta-se a inexistência na literatura brasileira, de instrumento específico validado no Brasil, que avalie a QV de pessoas idosas hipertensas (FERREIRA et al., 2015). Considerando o crescimento desta população, cumpre assinalar que as especificidades, relativas a este grupo etário, indicam a importância do desenvolvimento de instrumentos específicos e apropriados para o cumprimento eficiente desta avaliação.

### **3 MATERIAL E MÉTODOS**

Nessa etapa do trabalho serão apresentados os procedimentos metodológicos utilizados para desenvolver a presente pesquisa e, dessa forma, responder aos seus objetivos.

#### **3.1. Delineamento da pesquisa**

O presente estudo utilizou o método de pesquisa descritiva, de corte transversal e abordagem quantitativa. Os estudos descritivos descrevem a realidade, as características de determinada população ou fenômeno, os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, utilizando técnicas padronizadas de coleta de dados a partir de instrumentos e observação sistemática (ARAGÃO, 2011).

Os estudos transversais ou de corte transversal são estudos que visualizam a situação de uma população em um determinado momento, como instantâneos da realidade (ROUQUAYROL et al., 2013).

A pesquisa quantitativa busca a validação das hipóteses através da utilização de dados estruturados, estatísticos, com análise de um expressivo número de casos representativos, quantifica os dados e generalizando os resultados da amostra para os interessados, possui alcance abrangente, permitindo um conhecimento pragmático efetivo e facilidade de estruturar os dados em tabelas (MATTAR, 2014). Neste tipo de pesquisa torna-se importante que as ferramentas estatísticas sejam aplicadas com imaleabilidade, com o objetivo de existir a confiança necessária para que, por intermédio da amostra, sejam inferidos os resultados sobre a população pesquisada.

#### **3.2. Cenário do estudo**

A presente pesquisa foi desenvolvida nas Unidades de Saúde da Família, da zona rural de um município brasileiro do estado da Paraíba, Brasil, situado na região da mata paraibana, que faz divisa com o estado de Pernambuco, sofrendo forte influência deste.

De acordo com o Censo realizado pelo IBGE (2010), este município é composto por uma população estimada em 27.032 habitantes. Seu nome tem origem nas pedras avermelhadas, comumente encontrada na região, que soltavam faíscas, quando em atrito com os cascos dos cavalos e dos bois dos colonos tropeiros. A economia é predominantemente proveniente da agricultura, com destaque para produção de cana-de-açúcar, abacaxi e mandioca (SILVA, 2013).

A Secretaria Municipal de Saúde, deste município, organiza sua rede de cuidado disponibilizando à comunidade acesso aos serviços básicos e assistência hospitalar. A rede de serviços da Atenção Básica de Saúde deste município conta atualmente cinco Unidades de Saúde da Família (USF) na zona rural, onde foi realizado o presente estudo.

A escolha do local determinou-se, por não encontrar estudos, no referido cenário, utilizando-se o questionário específico do presente estudo, avaliando a QV de pessoas idosas com HAS. Ademais, as particularidades e desafios encontrados na zona rural, fomentam a importância da realização de pesquisas, com a referida temática, posto que para o controle desta condição crônica de saúde são necessários o tratamento contínuo e o acompanhamento clínico.

Isto posto, torna-se relevante identificar os fatores que trazem prejuízos e impactam negativamente à saúde e o bem-estar, dessa população e assim, estabelecer medidas práticas para o restabelecimento e manutenção da QV. As unidades amostrais de interesse do estudo foram separadas por unidades da Estratégia Saúde da Família, localizadas na zona rural do referido município.

### **3.3. População e Amostra**

A população foi constituída por pessoas com idade igual ou superior a 60 anos de ambos os sexos, diagnosticados com HAS, em uso de terapia medicamentosa, cadastradas no programa HIPERDIA, do Governo Federal, nas USFs do referido município. No período da coleta dos dados, março a maio do ano de 2016, o quantitativo de pessoas idosas cadastradas nas USFs da zona rural, foi de 729, destes, 360 foram diagnosticados e cadastrados como hipertensos.

A amostragem foi do tipo não probabilística por conveniência, que é bastante usual e consiste em selecionar uma amostra da população que esteja exequível. Isto é, os indivíduos participantes da pesquisa são selecionados por estarem disponíveis, não sendo selecionados por meio de um critério estatístico (GUIMARÃES, 2012). A escolha por esta técnica se deu diante das peculiaridades e da realidade da região para selecionar aqueles que participaram da presente pesquisa. A coleta foi proporcional ao tamanho das unidades de saúde. Isto posto, os participantes desta pesquisa foram selecionados e abordados em suas residências, bem como nas unidades de saúde quando compareciam para consultas clínicas.

A Tabela 4 menciona as unidades de saúde da zona rural, cenário do estudo e respectivo quantitativo de pessoas idosas hipertensas cadastradas no HIPERDIA por USF que participaram da amostra.

**Tabela 4** - Unidades de saúde da zona rural e respectivo quantitativo de pessoas idosas hipertensas cadastradas no HIPERDIA por USF que participaram da amostra.

<b>USFs da zona rural</b>	<b>Total de idosos cadastrados</b>	<b>Total de idosos selecionados</b>
USF de Corvoada	92	68
USF de Bela Rosa	78	42
USF de Itabatinga	76	34
USF de Jangada	56	25
USF de Alagadiço	58	18
Total	360	187

FONTE: Acervo da autora (2016).

Como o objetivo do estudo foi avaliar a QV das pessoas idosas hipertensas assistidos por essa rede, o interesse recaiu em estimar uma proporção representativa dessa população. Desse modo, considerando que a população é finita (N=360), o cálculo do tamanho da amostra ( $n$ ) foi obtido através da seguinte fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Onde:

$n$ : É o tamanho da amostra que deverá ser calculada;

$N$ : É o tamanho do universo;

$Z$ : É o desvio do valor médio aceito para alcançar o nível de confiança desejado;

$e$ : É a margem de erro máximo que se pode admitir, neste caso 5%

$p$ : é a proporção, dentro da população, que espera-se encontrar.

Considerando este cálculo, a amostra investigada foi constituída por 187 indivíduos. Participaram do estudo aqueles que atenderam aos seguintes requisitos:

- ✓ ter idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos;
- ✓ ser diagnosticado com HAS;
- ✓ ser cadastrado no HIPERDIA;
- ✓ possuir residência permanente no distrito sanitário pesquisado;
- ✓ fazer uso de terapêutica medicamentosa anti-hipertensiva;
- ✓ ter capacidade de compreender e responder as questões do instrumento de coleta de dados.

Antes da coleta de dados determinou-se a exclusão nesta pesquisa, das pessoas idosas, em uso continuado de medicações para comorbidades não associadas à HAS uma vez que haveria a possibilidade de produzir viés nos resultados obtidos.

### **3.4. Operacionalização da Coleta de dados**

Para possibilitar a execução do projeto, realizou-se um contato prévio com a Secretaria Municipal de Saúde do município, informando-a sobre o objetivo da pesquisa e solicitando à mesma o consentimento prévio e a assinatura da Carta de Anuência (ANEXO III). Após a autorização do referido serviço, encaminhou-se, o

projeto para o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, e após a aprovação do projeto por este Comitê, foi realizado o contato com a Secretaria de Saúde, do referido município, e igualmente com as enfermeiras, de cada USF da zona rural para o planejamento da coleta de dados.

Antes da coleta de dados realizou-se um teste-piloto com 05 pessoas idosas com HAS voluntárias, em seus domicílios. Este quantitativo foi utilizado por julgar-se suficiente para verificar a necessidade de adequação do vocabulário no momento da entrevista, para identificação de possíveis dificuldades na compreensão das questões e para estimar o tempo investido na aplicação do instrumento. O teste-piloto é uma ferramenta utilizada para averiguar a validade do instrumento elaborado, baseia-se em testar previamente o instrumento da pesquisa em um pequeno grupo da população da amostra, antes de aplicar definitivamente a fim de evitar resultados incorretos. Por ser aplicado antes do pesquisador entrar em contato com os sujeitos do estudo, considera-se este teste como uma estratégia metodológica que contribui para a validação do instrumento de pesquisa proposto (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013). Ressalta-se que aqueles que participaram do teste também foram incluídos na pesquisa.

A coleta dos dados ocorreu durante o período de março a maio de 2016, através da técnica de entrevista estruturada, subsidiada por instrumento com variáveis sociodemográficas e clínicas, além do Teste de *Morisky-Green* e do *Specific Questionnaire for Quality of Life Bulpitt and Fletcher's*, utilizados para mensurar respectivamente a adesão terapêutica e o impacto da HAS na qualidade de vida das pessoas idosas investigadas.

A maioria das entrevistas foram realizadas nas residências das pessoas idosas, com horário definido pelos mesmos, por proporcionar melhor aproximação do cenário em que os mesmos estavam inseridos, algumas entrevistas foram realizadas nas unidades de saúde, por ocasião destes se dirigirem para realização de consulta médica e de enfermagem.

Como o objetivo de possibilitar um melhor entendimento do instrumento, foi realizado um treinamento, previamente a coleta dos dados, com duração de quatro horas, com as enfermeiras das unidades de saúde e alguns agentes comunitários de saúde, enfatizando a finalidade da investigação e a metodologia utilizada. As

enfermeiras das unidades de saúde foram responsáveis pelo recrutamento dos agentes comunitários de saúde, e pela supervisão do processamento dos dados.

Durante o treinamento os entrevistadores voluntários receberam o instrumento proposto para registrar as informações coletadas, assim como orientações quanto a organização da coleta e aplicação do referido instrumento, objetivando a padronização das condutas no campo. Foi estipulado um prazo de um mês para os agentes entregarem os instrumentos à enfermeira de sua respectiva unidade, que posteriormente entregou à pesquisadora responsável para averiguação dos mesmos.

### **3.5. Instrumentos de coleta de dados**

#### **3.5.1 Instrumento sociodemográfico e clínico**

As informações sociodemográficas são extremamente importantes no processo de planejamento e tomada de decisão no cuidado em saúde, uma vez que a compreensão das tendências de distribuição da população por idade e sexo, por exemplo, podem contribuir para o processo de delineamento e elaboração de políticas voltadas para o atendimento das demandas sociais de determinada população. Isto posto, para a obtenção de informações quanto aos dados sociodemográficos das pessoas idosas, o presente estudo utilizou um instrumento estruturado (APÊNDICE II), contemplando informações sobre o sexo, a idade, a escolaridade, a situação do estado civil, a quantidade de filhos e renda.

Quanto aos dados clínicos, estes são coadjuvantes na obtenção de informações sobre o impacto de determinado problema de saúde, bem como dos efeitos terapêuticos, sobre a vida de determinada população. Os dados clínicos desta pesquisa, corresponderam a informações relacionadas as comorbidades autorreferidas, os hábitos comportamentais como etilismo, tabagismo, atividade física e dieta e as medicações utilizadas (APÊNDICE II).

### 3.5.2 Escala de Adesão ao Tratamento

Para mensurar a adesão ao tratamento medicamentoso utilizou-se o *Teste de Morisky-Green* (ANEXO I), instrumento muito utilizado no Brasil para tal propósito. Foi validado nos Estados Unidos da América em indivíduos hipertensos, utilizando como padrão-ouro o controle da pressão arterial, com especificidade razoável, de 81%, para identificar o comportamento não aderente. A avaliação do seu desempenho em português foi realizada em pelo menos quatro estudos envolvendo pessoas hipertensas (MORISKY et al., 1996).

O *Teste de Morisky-Green* é uma escala psicométrica com quatro itens aos quais os entrevistados respondem de forma dicotômica (sim ou não). Tais questões são formuladas com o objetivo de evitar vieses de respostas positivas dos mesmos a perguntas realizadas pelos profissionais de saúde, por meio da inversão das suas respostas relacionadas ao comportamento de aderência (MORISKY et al., 2008).

O objetivo deste teste é identificar atitudes e comportamentos frente à tomada de remédios, que têm se mostrado úteis para identificação de pacientes aderentes ou não ao tratamento, e envolve os questionamentos que se seguem, considerando que a resposta sim equivale a zero ponto, enquanto a resposta não equivale a 01 ponto:

1. Você, alguma vez, se esquece de tomar os seus medicamentos?
2. Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio?
3. Quando você se sente bem, alguma vez deixa de tomar o remédio?
4. Quando você se sente mal, alguma vez, você deixa de tomar o remédio?

Na análise do teste considera-se aderente ao tratamento o paciente que obtém pontuação máxima de quatro pontos e não aderente o que obtém três pontos ou menos (MORISKY et al., 1996).

### 3.5.3 Escala de Avaliação da Qualidade de Vida

Para a mensuração da QV, das pessoas idosas hipertensas, foi utilizado o *Specific Questionnaire for Quality of Life Bulpitt and Fletcher's* (ANEXO II). Trata-se de um instrumento específico para avaliação da QV em pacientes hipertensos. Foi submetido ao processo de tradução e adaptação transcultural no Brasil, onde teve comprovada sua validade, confiabilidade e sensibilidade às mudanças do tratamento anti-hipertensivo, portanto, apto a ser utilizado na investigação e prática clínica (GUSMÃO; PIERIN, 2009).

Os elaboradores do instrumento recomendam que medidas empregadas na avaliação da QV do paciente hipertenso devem, entre outros aspectos, serem sensíveis na avaliação dos eventos adversos de cada droga anti-hipertensiva, sugerindo que as dimensões escolhidas em estudos da QV em pessoas hipertensas reflitam o potencial de eventos adversos do tratamento, assim como o déficit na performance no trabalho, problemas com a função sexual e efeitos deletérios no humor (BULPITT; FLETCHER, 1994).

O instrumento é composto por 46 perguntas, sendo 35, com possibilidade de respostas *sim* ou *não*, e 11 com possibilidade de respostas abertas, as quais possuem natureza apenas descritiva e complementar (ANEXO II).

O escore do questionário *Bulpitt e Fletcher* é o resultado das respostas objetivas do mesmo, conforme ilustrado na Tabela 5. Considerando isso, quanto maior o número de respostas positivas, maior o déficit na QV (GUSMÃO; PIERIN, 2009).

Essas questões avaliam os domínios aspectos sociais, capacidade funcional, estado geral de saúde, aspectos físicos, dor, saúde mental, aspectos emocionais e vitalidade. Esses domínios são basicamente classes de caracterização de diferentes aspectos envolvidos na análise da QV de uma pessoa (BULPITT; FLETCHER, 1994).

**Tabela 5** - Pontuação do *Specific Questionnaire for Quality of Life Bulpitt and Fletcher's*.

Questões	Respostas	Pontuação
1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 30, 35, 39, 42, 44, 46	Sim	0
	Não	1
14	0 a 1	1
	2 e >2	0
19	melhor que a média	1
	mesma que a média	1
	pioir que a média	0
28	1 ou mais vezes por dia	0
	1 até 6 vezes por semana	0
	menos que uma vez por semana	1
31	menor	0
	o mesmo ou maior	1
32 (depende da 33)	sim	1
	não e questão 33 outra razão relacionada à saúde	0
	não e questão 33 falta de interesse ou outra razão	0
	não relacionada à saúde	1
35	sim	0
	não	1
36	Se emprego remunerado ou	1
	emprego não remunerado ou	0
	aposentado Desempregado	
37	Se > 0 < 1	1
	Se > 1	0
3, 5, 10, 11, 19, 29, 33, 34, 38, 40, 41, 43, 45	DESCRITIVAS	

Fonte: GUSMÃO; PIERIN, 2009 (p 10).

O escore obtido constitui o resultado da soma dos pontos, dividido por 35, conforme ilustrado a seguir:

$$Escore = \frac{\text{soma de todos os pontos}}{35}$$

Para o cálculo do escore, estabelece-se nota 0 para óbito. As demais notas atribuídas aos itens, situam-se no intervalo entre 0 e 1, sendo esta a nota máxima. De acordo com Gusmão e Pierin (2009) os valores atribuídos para se calcular a nota de cada questionário distribuem-se conforme as seguintes situações:

- zero:** morte;
- 0,125:** confinado à cama;
- 0,375:** confinado à casa, mas não à cama;
- 0,500:** dormindo ou em repouso constante;
- 0,625:** desempregado por razões médicas;
- 0,750:** incapaz de trabalhar por período superior a três dias ou incapaz de realizar tarefas ao redor da casa;
- 0,800:** hipertensão ou seu tratamento interferindo em atividades de lazer ou sociais;
- 0,875:** nenhuma das situações descritas anteriormente, porém o paciente apresenta 30% de sintomas, conforme questões 1 a 30 do questionário;
- 0,975:** nenhuma das situações descritas anteriormente, o paciente apresenta menos que 30% de respostas positivas nas questões 1 a 30 do questionário.
- 1,000:** nenhuma das situações descritas anteriormente, sem nenhuma resposta positiva nas questões de 1 a 30.

### **3.6. Análise dos dados**

A análise dos dados, consiste em um processo em que se ordena, se estrutura e se dá significado aos mesmos, transformando-os em conclusões úteis e creíveis, seu objetivo é promover a organização dos dados e consubstanciar de maneira que possibilitem a obtenção da resolução do problema proposto na investigação (MATIAS-PEREIRA, 2012).

Para realização do processo analítico dos dados empíricos, estes foram compilados, digitados e estruturados em um banco de dados informatizado, por meio

de um software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0 para propiciar o tratamento estatístico.

Após esta etapa foi realizada a verificação da consistência dos dados, e iniciou-se a análise descritiva das variáveis, calculando-se as medidas de distribuição (média, desvio-padrão, frequência absoluta e frequência relativa), para fins de caracterização dos participantes.

Calculou-se o coeficiente *Alfa de Cronbach* para verificar a confiabilidade dos instrumentos a partir da análise da consistência interna dos seus itens, considerando a correlação entre as respostas (HORA et al., 2010). Para a análise da associação entre as variáveis utilizou-se o teste *Qui-quadrado de Pearson* considerando-se um nível de significância de 5%.

Os dados também foram submetidos à regressão logística binária, que é uma técnica estatística empregada para descrever o comportamento entre uma variável dependente categórica binária e variáveis independentes métricas e/ou não métricas, e tem por objetivo investigar o efeito das variáveis pelas quais os indivíduos ou objetos estão expostos sobre a probabilidade de ocorrência de determinado evento de interesse (FÁVERO et al., 2009). Para a análise dos dados referentes a QV, considerou-se a sintaxe do instrumento de medida, conforme já mencionado.

### **3.7. Aspectos Éticos**

Quanto aos aspectos éticos do presente estudo ressalta-se que o projeto de pesquisa foi registrado no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP) e, posteriormente, entregue ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, este consiste em um colegiado interdisciplinar e independente, obrigatório nas instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos.

No Brasil, este comitê foi criado para defender os interesses das pessoas em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos, é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos

éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos (BATISTA; ANDRADE; BEZERRA, 2012).

O projeto de pesquisa foi aprovado sob protocolo nº 108.125 e recebeu equivalente número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 50370415.8.0000.5188 (ANEXO IV).

Durante todo o processo da pesquisa, especialmente na fase da coleta de dados, foram observados os aspectos éticos que normatizam a pesquisa envolvendo seres humanos dispostos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, especialmente quanto ao sigilo e confidencialidade das informações fornecidas pelos participantes da mesma (BRASIL, 2012).

A Enfermagem detém componentes intrínsecos de conhecimentos científicos e técnicos, construídos e reproduzidos por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. Enquanto profissão, está vinculada ao Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), cuja finalidade principal é a fiscalização do exercício profissional.

Considerando isso, tal Conselho desenvolveu Resoluções que norteiam os enfermeiros, no exercício profissional, incluindo a pesquisa. Dessa forma, o presente estudo observou as diretrizes contidas na Resolução do N° 311/2007 do código de ética dos profissionais da enfermagem, que no capítulo III trata dos direitos, responsabilidades e deveres, e proibições do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica e em seu Art. 89, declara que o enfermeiro deve “atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação” (COFEN, 2007 p. 8).

A coleta de dados foi precedida pela orientação e esclarecimento aos participantes da pesquisa, assim como da entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE I), para ser assinado pelos participantes, em duas vias, que concordaram em participar da pesquisa, para os quais, foi repassada a informação de que lhes seria concedida a liberdade de desistência em qualquer etapa do estudo.

Ressalta-se que após a defesa pública desta pesquisa, os resultados obtidos serão apresentados aos serviços onde a mesma foi realizada e à comunidade acadêmica por meio de sua publicação em periódicos, conforme está disposto na

Resolução do COFEN N° 311/2007 em seu Art. 92 que os enfermeiros devem “disponibilizar os resultados de pesquisa à comunidade científica e sociedade em geral”.

## 4 RESULTADOS

Os resultados obtidos foram divididos em três partes. A primeira composta pela caracterização sociodemográfica, a segunda parte compreende os resultados relativos caracterização clínica e a terceira corresponde a mensuração da QV das pessoas idosas hipertensas medida pelo *Specific Questionnaire for Quality of Life Bulpitt e Fletcher's*.

### 4.1. Caracterização dos idosos participantes do estudo

O coeficiente de *alfa de Cronbach* expressa, por meio de um fator (0 -1), o grau de confiabilidade das respostas decorrentes de um questionário. É uma propriedade inerente ao padrão de resposta da população estudada e não uma característica da escala por si só. Na literatura considera-se para o coeficiente alfa de Cronbach que o valor aceitável seja 0,70 e o valor máximo aceitável é 0,90 sendo considerado ideais os valores entre 0,80 e 0,90 (MAROCO; GARCIA-MARQUES, 2006; MARTINS, 2006). Considerando isso, a Tabela 6 demonstra que a dimensão adesão terapêutica obteve um nível de confiabilidade substancial. No entanto, as dimensões problemas de saúde autorreferidos e medicações utilizadas e Seção 1 (*Bulpitt e Fletcher*) alcançaram um nível moderado e as dimensões hábitos de vida e Seção 2 (*Bulpitt e Fletcher*) chegaram a um nível considerado razoável.

**Tabela 6** – Coeficientes de *Alfa de Cronbach* das dimensões do questionário de caracterização dos participantes da pesquisa. Pedras de Fogo – PB, 2016.

Dimensões	Alfa	Nº de itens
Sociodemográfica	0,13	06
Problemas de saúde autorreferidos	0,43	07
Hábitos de vida	0,25	05
Medicações utilizadas	0,56	06
Adesão terapêutica	0,70	04
Seção 1 ( <i>Bulpitt e Fletcher</i> )	0,50	36
Seção 2 ( <i>Bulpitt e Fletcher</i> )	0,21	10

FONTE: Acervo da autora (2016).

Nas dimensões sociodemográficas descritas na Tabela 7, observou-se maior robustez aos resultados. Dos 187 participantes 81 (43,3%) são do sexo masculino e 106 (56,7%), do sexo feminino, e que a idade variou entre 60 e 100 anos, com predomínio de idosos na faixa etária entre 60 a 70 (49,8%). Quanto ao estado civil 108 (57,8%) são casados ou vivem em união consensual e 53 (28,3%) viúvos. A maioria 59 (31,6%) referiu ter entre dez a quinze filhos. Quanto à escolaridade a prevalência foi aqueles com nenhum estudo (80,2%). No que concerne a renda familiar dos entrevistados, 186 (99,5%) possuem renda proveniente da aposentadoria e ou pensão.

**Tabela 7** - Distribuição das características sociodemográficas dos idosos. Pedras de Fogo-PB 2016 (n = 187).

<b>Variável</b>	<b>Categorias</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	Feminino	106	56,7
	Masculino	81	43,3
<b>Estudo</b>	Nenhum ano de estudo	150	80,2
	De 1 a 3 anos de estudo	26	13,9
	De 4 a 6 anos de estudo	10	5,3
<b>Estado civil</b>	Casados ou união consensual	108	57,8
	Viúvos	53	28,3
	Divorciados/Separados/Solteiros	26	13,9
<b>Nº de filhos</b>	De 1 a 3	34	18,2
	De 4 a 6	57	30,5
	De 7 a 9	24	12,8
	De 10 a 15	59	31,6
	Mais de 16	13	7,0
<b>Renda mensal</b>	Aposentadoria e/ou pensão	186	99,5
	Emprego remunerado	01	0,5
<b>Faixa etária</b>	Entre 60 e 70	93	49,8
	Entre 71 e 80	61	32,6
	Entre 81 e 90	30	16,1
	Entre 90 e 100	03	1,6

FONTE: Acervo da autora (2016).

## 4.2. Caracterização da condição clínica

A condição clínica das pessoas idosas participantes da pesquisa foi utilizada para obter uma visão panorâmica do estado de saúde geral dos mesmos. Após avaliação das respostas acerca das comorbidades autorreferidas, verificou-se que 58 (31,02%) dos entrevistados não referiram algum tipo de comorbidade e 57 (35,5%) não souberam informar. As comorbidades referidas estão elencadas na Tabela 8.

**Tabela 8** – Principais comorbidades autorreferidas pelas pessoas idosas entrevistadas. Pedras de Fogo - PB 2016 (n = 187).

Variável	Categorias	n	%
Comorbidades autorreferidas	Doença vascular periférica	33	17,6
	Doença cardíaca	24	12,8
	Acidente vascular encefálico	18	9,6
	Problemas renais	12	6,4
	Osteoporose	11	5,9
	Artrite/Artrose	08	4,3
	Hérnia de disco	07	3,7
	Gastrite	05	2,7
	Hemiplegia	04	2,1
	Câncer de próstata	04	2,1
	Não informaram	57	30,5
	Não possuem	58	31,02

FONTE: Acervo da autora (2016). \*O somatório é superior ao n e 100% pelo fato de ter ocorrido mais de uma variável referida por apenas um participante.

Conforme o exposto, verifica-se um importante número de comorbidades, entre as quais destacam-se a osteoporose, a artrite/artrose, a hérnia de disco, a gastrite, o câncer de próstata, e a depressão. No entanto, ressalta-se que os

resultados obtidos não apresentaram associação com prejuízo na QV. De acordo com a OMS os hábitos de vida compreendem ao:

[...] conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização. Esses hábitos e costumes incluem o uso de substâncias tais como o álcool, fumo, chá ou café, hábitos dietéticos e de exercício. Eles têm importantes implicações para a saúde e são frequentemente objeto de investigações epidemiológicas. (2004, p 37).

Referente aos hábitos de vida das pessoas idosas que participaram deste estudo, destacaram-se a ingestão de frutas e legumes, 183 (97,9%) e a ingestão de sal por 166 (88,8%) deles, conforme ilustrado na Tabela 9.

**Tabela 9** - Hábitos de vida referidos pelas pessoas idosas entrevistadas. Pedras de Fogo - PB 2016 (n = 187).

Variável	n	%
Ingestão de frutas e legumes	183	97,9
Ingestão de sal	166	88,8
Tabagismo	19	10,2
Atividade física	17	9,1
Ingestão de álcool	10	5,3

FONTE: Acervo da autora (2016). \*O somatório é superior ao n e 100% pelo fato de ter ocorrido mais de uma variável referida por apenas um participante.

Dentre as principais medicações utilizadas destacou-se o uso de diuréticos, com 112 (59,9%) usuários. Verificou-se também que 39 (20,9%) referiram uso de antiagregante plaquetário, que 32 (17,1%) dos idosos utilizavam antidepressivo ou ansiolíticos e apenas 18 (9,6%) relataram uso de analgésicos e outros medicamentos 57 (30,5%), conforme evidenciado na Tabela 10.

**Tabela 10** - Medicações utilizadas pelas pessoas idosas em associação ao anti-hipertensivo. Pedras de Fogo - PB 2016 (n = 187).

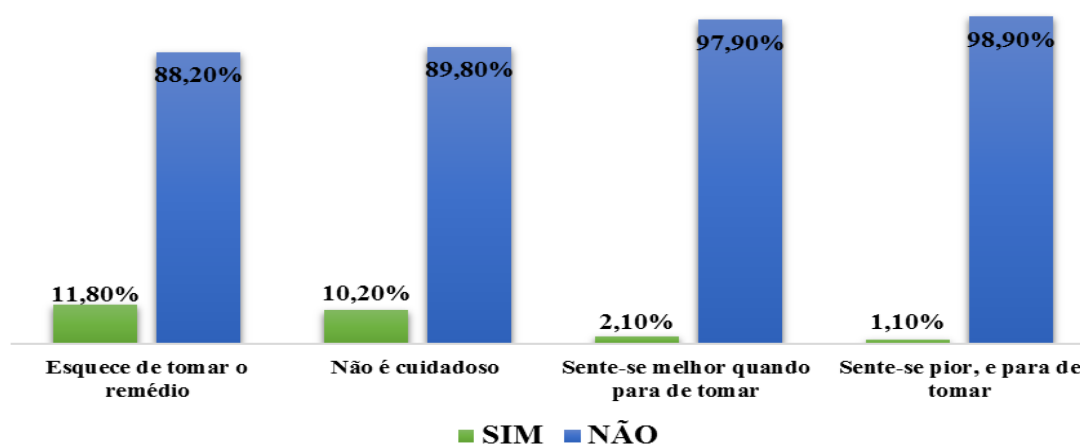
Medicação	n	%
Diurético	112	59,9
Antiagregante plaquetário	39	20,9
Antidepressivo e/ou Ansiolítico	32	17,1
Analgésico	18	9,6
Outros medicamentos	57	30,5

FONTE: Acervo da autora (2016). \*O somatório é superior ao n e 100% pelo fato de ter ocorrido mais de uma variável referida por apenas um participante.

### 4.3 Adesão à terapia medicamentosa

No que se refere a adesão à terapia medicamentosa o resultado do presente estudo, obtido através do *Teste de Morisky-Green*, considerou aderentes 163 (87,17%) pessoas idosas, uma vez que responderam negativamente às quatro questões do teste, atendendo à exigência do mesmo para a adesão. Na Figura 3 estão apresentados os resultados em valores totais e percentuais.

**Figura 3** - Distribuição dos idosos quanto à adesão à terapia medicamentosa. Pedras de Fogo, PB – 2016 (n = 187).



FONTE: Acervo da autora (2016).

#### **4.4 Qualidade de vida considerando os domínios do *Specific Questionnaire for Quality of Life Bulpitt and Fletcher's*.**

Verifica-se na ao nível de 5%, utilizando-se de um alto rigor, que há evidências para admitir-se a existência de dependência entre a distribuição do escore do *Specific Questionnaire for Quality of Life Bulpitt and Fletcher's* a partir das notas atribuídas.

Não foram obtidos resultados entre os escores 1,000, 0,975 e 0,125. Dessa forma, considerando a ausência de classificação do prejuízo na QV, por parte da escala, e julgando-se os resultados obtidos através da mesma, adotou-se a seguinte categorização: as pessoas idosas que obtiveram escore 0,875 foram consideradas como aquelas que expressaram QV *com pouco prejuízo*. Ao passo que aquelas que alcançaram escores situados entre 0,800 e 0,375, foram consideradas com evidência de QV *com prejuízo significativo*.

Dessa forma 39 (20,9%) das pessoas idosas foram classificadas entre aquelas que possuíam QV com pouco prejuízo na QV, enquanto que a grande parcela 148 (79,1%), apresentaram escores que as classificaram como possuindo QV com prejuízo significativo. Este resultado evidencia que a HAS, os medicamentos usados em seu tratamento, os hábitos de vida e/ou comorbidades autorreferidas afetaram significativamente a QV dessa população.

**Tabela 11** – Distribuição dos resultados com base no *Scoring of Health Index* do *Specific Questionnaire for Quality of Life Bulpitt and Fletcher's*. Pedras de Fogo, PB – 2016 (n = 187).

	Valores*	Frequência	%	% acumulado
confinado à cama	0,125	-	-	-
confinado à casa, mas não à cama;	0,375	04	2.1	2.1
dormindo ou em repouso constante;	0,500	11	5.9	8.0
desempregado por razões médicas;	0,625	57	30.5	38.5
incapaz de trabalhar por período superior a três dias ou incapaz de realizar tarefas ao redor da casa;	0,750	23	12.3	50.8
hipertensão ou seu tratamento interferindo em atividades de lazer ou sociais	0,800	53	28.3	79.1
nenhuma das situações descritas anteriormente, porém o paciente apresenta 30% de sintomas;	0,875	39	20.9	100.0
nenhuma das situações descritas anteriormente, o paciente apresenta menos que 30% de respostas positivas nas questões 1 a 30 do questionário;	0,975	-	-	-
nenhuma das situações descritas anteriormente, sem nenhuma resposta positiva nas questões de 1 a 30.	1,000	-	-	-
<b>Total</b>	-	187	100.0	-

FONTE: Acervo da autora (2016). \* Valores atribuídos para se calcular a nota de cada questionário.

#### 4.5 Associação das variáveis com a Qualidade de Vida

Os valores das estatísticas e os p-valores dos testes de hipótese estão apresentados na Tabela 12. Com base nesta tabela verifica-se ao nível de 5%, e utilizando-se de um alto rigor, que há evidências para admitir-se a associação entre a Classificação do Specific Questionnaire for Quality of Life Bulpitt e Fletcher's e as variáveis problemas renais, doença vascular periférica, doença cardíaca, consumo de álcool, tabagismo, analgésicos e anti-hipertensivos.

**Tabela 12** - Valores estatísticos e p-valores dos testes de hipótese de variáveis clínicas, terapêuticas e hábitos de vida e a associação com a qualidade de vida com base no *Scoring of Health Index do Specific Questionnaire for Quality of Life Bulpitt and Fletcher's*. Pedras de Fogo, PB – 2016 (n = 187).

Variável	Estatística Qui-quadrado	P valor
Doença Vascular Periférica	35,84	0,000
Consumo de álcool	24,21	0,000
Doença Cardíaca	16,35	0,006
Problemas Renais	14,25	0,014
Tabagismo	10,65	0,059
Analgésicos	5,25	0,022

FONTE: Acervo da autora (2016). \*Utilizado o teste qui-quadrado com nível de significância p valor igual ou < 0,05.

Os resultados apresentados na Tabela 13, conforme classificados anteriormente (Tabela 11), apresentam a relação das variáveis responsáveis por ocasionar pouco prejuízo ou prejuízo significativo à QV das pessoas idosas pesquisadas.

Dessa forma, observa-se que se destacaram entre os medicamentos utilizados: o consumo de anti-hipertensivos 148 (79,1%) e o uso de analgésicos 18 (100%); entre comorbidades autorreferidas: a doença vascular periférica 31 (93,9%), a doença cardíaca 24 (100%) e os problemas renais 12 (100%) e entre os hábitos de vida o tabagismo 17 (89,5%) e o consumo de álcool 5 (50%).

**Tabela 13** – Variáveis clínicas e referentes aos hábitos de vida associadas ao prejuízo na qualidade de vida das pessoas idosas hipertensas investigadas no município de Pedras de Fogo, PB – 2016 (n = 187).

Variável	QV com prejuízo significativo*		QV com pouco prejuízo**	
	n	%	n	%
<b>Comorbidades autorreferidas</b>				
Doença vascular periférica	31	93,9	02	6,1
Doença cardíaca	24	100	-	-
Problemas renais	12	100	-	-
<b>Medicamentos utilizados</b>				
Anti-hipertensivos	148	79,1	39	20,9
Analgésicos	18	100	-	-
<b>Hábitos de vida</b>				
Tabagismo	17	89,5	02	10,5
Consumo de álcool	05	50	05	50

FONTE: Acervo da autora (2016). \*Pessoas idosas que expressaram os indicadores situados nos itens entre 0,800 e 0,375. \*\*Pessoas idosas que evidenciaram indicadores de pouco prejuízo na QV presente no escore 0,875.

## 5 DISCUSSÃO

Este segmento do trabalho destina-se à discussão dos resultados referentes à caracterização sociodemográfica, clínica e o impacto causado à QV das pessoas idosas hipertensas em terapia medicamentosa, com base na avaliação dos domínios da QV contemplados no *Scoring of Health Index* do *Specific Questionnaire for Quality of Life* Bulpitt e Fletcher's.

### 5.1. Características sociodemográficas

Considerando as características sociodemográficas julga-se o local onde realizou-se a pesquisa, significativamente importante para a avaliação dos resultados, uma vez que essa se desenvolveu em uma região rural. A área rural de um município geralmente é o local onde se desenvolvem atividades agropecuárias, agroindustriais, extrativismo, é também utilizada conservação ambiental através de reservas florestais ou demarcação de terras indígenas e além de realização de práticas de lazer e turismo (RODRIGUES et al., 2016). Um estudo apontou que grande parte dos municípios brasileiros (75%) são classificados como território rural, pois apresentam um quantitativo de habitantes inferior a 25.000 (MARTINS et al, 2007). Entretanto muitas regiões rurais brasileiras ainda apresentam a carência de unidades de saúde, dificultando o acesso às consultas e tratamentos.

As pesquisas realizadas neste tipo de região são consideradas desafiadoras, especialmente pelas dificuldades, relativas ao acesso aos cuidados em saúde, enfrentadas pela população. Tais percalços podem estar relacionados às especificidades loco-regionais e às singularidades geográficas, culturais e sociais. Dessa forma, torna-se importante ressaltar alguns desafios relativos à assistência e promoção à saúde enfrentados pelos residentes desta localidade.

Um estudo recente realizado na zona rural do município de Uberaba-MG inferiu que uma das dificuldades enfrentadas pelas pessoas idosas residentes na zona rural era o acesso aos serviços de saúde. Muitos deles enfrentam limitações quanto ao acesso aos medicamentos, esta dificuldade está relacionada ao deslocamento, uma vez que, para locomover-se as pessoas idosas necessitam de

um meio de transporte adequado para seu deslocamento até às unidades de saúde, e por residirem em áreas distantes e desprovidas de transporte coletivo regular, dependem dos familiares para os conduzirem de sua residência até o local de realização de consultas e/ou exames e tratamentos (TAVARES et al., 2016).

Outra dificuldade apontada no referido estudo, trata-se da topografia da zona rural que muitas vezes pode apresentar-se acidentada, e em períodos chuvosos pode agravar a situação, dificultando ainda mais o deslocamento das pessoas idosas. Considera-se que estas circunstâncias são capazes provocar impactos à saúde e bem-estar das pessoas idosas residentes em áreas rurais, uma vez que, podem gerar interferência no acompanhamento médico regular, bem como o tratamento clínico e o controle da HAS, ocasionando prejuízos à QV dessa população idosa (RODRIGUES et al., 2016; TAVARES et al., 2016).

Quanto as características da população pesquisada, o presente estudo inferiu a prevalência de pessoas idosas do sexo feminino (56,7%). Este resultado assemelha-se a outros estudos, que apontam as mulheres compondo a maioria da população idosa, em diversas regiões do mundo (NICODEMO; GODOI, 2010). No contexto brasileiro, considerando a população em geral, observou-se no último censo demográfico, que o contingente feminino acima de 60 anos de idade, passou de 2,2%, em 1940, para 4,7% em 2000, e 6% em 2010, correspondendo a 55,5% da população idosa (IBGE, 2011).

Este cenário ilustra um significativo componente de gênero com predominância de mulheres, caracterizando-se como um processo de feminização da velhice (SILVA SALES et al., 2016). Não obstante, esse aumento da longevidade feminina, associa-se a elementos determinantes de prejuízos à saúde e QV dessa população, uma vez que, associado a este elevado crescimento de mulheres idosas, observa-se significativa prevalência de HAS neste grupo (CIPULLO et al, 2010).

Os resultados de um levantamento realizado pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, em 2011, corroboram com o presente estudo, uma vez que, este apresentou predominância do sexo feminino na sua amostra, cujo diagnóstico de HAS foi elevado na população feminina, atingindo cerca de 25,4% desse público, enquanto que na população masculina, este índice representa 19,5% (BRASIL, 2012). Após a avaliação da QV esta pesquisa inferiu que do total das pessoas idosas investigadas 148 (79%)

apresentaram QV com prejuízo significativo, e entre essas (63,5%) foram do sexo feminino, o que comprova que o sexo feminino apresenta maior vulnerabilidade no que tange aos impactos causados pela HAS ao organismo.

Considerando a conjuntura do cenário nacional e mundial cuja realidade aponta para uma elevação do contingente de mulheres idosas, torna-se relevante o estabelecimento e o cumprimento de medidas assistenciais especializadas, direcionadas às necessidades e especificidades destas, que favoreçam o controle eficiente da HAS manutenção da QV.

No que concerne à escolaridade das pessoas idosas entrevistadas destacou-se o fato de 150 (80,2%) delas referirem nenhum estudo, e apenas 26 (13,9%) confirmaram frequência escolar por um período entre um e três anos. Considerando a circunstância que essa população cresceu durante um período crítico da história da educação brasileira, onde o difícil acesso à escola, gerados por diversos fatores, tal conjuntura limitou o recebimento dos conhecimentos necessários para educação e formação dos mesmos. Ademais, relatos de alguns entrevistados apontaram como causas de não terem frequentado à escola ou avançado nos estudos, a inexistência de escolas na região da zona rural, o difícil acesso as escolas que existiam na cidade, e principalmente o não incentivo dos pais, que preferiam tê-los colaborando nas atividades domésticas e/ou agrícolas, como forma de sobrevivência e obtenção de renda.

Acredita-se que estes resultados podem trazer implicações à saúde e bem-estar, uma vez que estudos populacionais realizados expressam que a QV também pode ser influenciada pela escolaridade e pela renda dos indivíduos, visto que os baixos níveis de educação e distribuição de renda estão diretamente relacionados à prejuízos no fenômeno estudado (WANG et al., 2008; PAIVA, 2016). Um estudo realizado, com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios comprovou que, quanto menor a escolaridade do indivíduo maior será a carga da sua condição crônica (OLIVEIRA; THOMAZ; SILVA, 2014). Esses resultados refletem a consequência do nível de instrução sobre as condições de saúde e QV desses indivíduos (BARROS et al, 2011).

Quanto ao estado civil dos participantes da pesquisa, verificou-se prevalência dos casados ou união consensual 108 (57,8%), neste sentido, um estudo comparou a QV entre indivíduos que não tinham companheiros e indivíduos casados,

concluindo que estes apresentaram QV relativamente satisfatória, quando comparados aos que não tinham (ANDRADE; MARTINS, 2011). Corroborando com este estudo, Pimenta et al. (2008) demonstraram que esta mesma classe de pessoas, apresentaram maior pontuação em domínios do *Questionário de Qualidade de Vida SF-36S*, enquanto que não houve diferença nos domínios daqueles que moravam sozinhos.

Segundo Andrade et al. (2014), pessoas idosas casadas ou em união consensual, apresentaram melhores escores de QV e estado de saúde do que aquelas sem companheiro. Dessa forma constata-se que usufruir da companhia de alguém que lhe ofereça estabilidade em diferentes níveis, quer emocional, financeiro ou social, constitui-se fator determinante no estabelecimento e manutenção do bem-estar, outrossim aqueles que desfrutam da companhia, de um cônjuge manifestam níveis satisfatórios de QV, quando comparados aos que não vivenciavam esta experiência.

Embora o percentual de pessoas idosas viúvas no presente estudo não tenha se apresentado relevante, ressalta-se que este estado civil pode causar prejuízos ao bem-estar social, ocasionar declínio à saúde e, impactar negativamente a QV dessa população. O presente estudo não inferiu associação no prejuízo da QV entre os indivíduos viúvos participantes da pesquisa, contudo, um estudo recente mostrou que pessoas nesta situação apresentaram baixos escores quanto à avaliação da QV, além disso, salienta-se que neste ciclo da vida a rede social é principalmente identificada na família, portanto evidencia-se a importância da valorização das relações adquiridas no contexto familiar e social como estratégia cabível para o enfrentamento do luto e consequente manutenção da QV (RODRIGUES et al., 2016).

No tocante ao número de filhos, evidenciou-se alta prevalência no quantitativo desses em que 59 (31,6%) das pessoas idosas entrevistadas referiram ter entre 10 e 15 filhos. Pesquisas revelam que a convivência com os filhos, estimula a afetividade familiar, e constitui-se elemento determinante na manutenção da QV. Independentemente do contexto em que se vive, a família, apesar das modificações ocorridas ao longo das gerações, em especial os filhos, constituem um sistema social que desempenha funções importantes que fornecem suporte de natureza afetiva, educativa, reprodutiva e de socialização (ANDRADE; MARTINS, 2011; ALLEN; KELLY; FLEMING, 2013).

Um estudo realizado destacou a importância do suporte familiar oferecido pelos filhos, no que tange ao enfrentamento da HAS, uma vez, que aqueles que receberam o suporte oferecido pelos filhos apresentaram melhores respostas ao tratamento, dessa forma, constata-se que o apoio e encorajamento, despontaram como ferramentas indispensáveis nesse processo (ANDRADE; MARTINS, 2011; ABREU, 2015). Ressalta-se a necessidade desse estreitamento de vínculo familiar com os filhos, no sentido de favorecer e melhorar as relações e identificar os fatores potenciais e limitantes da relação, e estes últimos uma vez identificados, torna-se essencial estimular a subtração dos mesmos, uma vez que podem tornar-se obstáculos para QV das pessoas idosas.

Quanto à renda individual mensal o presente estudo verificou que entre os participantes da pesquisa, quase que a totalidade, referiram possuir renda proveniente da aposentadoria e/ou pensão. A aposentadoria além de ser um benefício social é também constitucional, visto que, esta é um direito que as pessoas idosas possuem e através deste benefício torna-se possível a sobrevivência de grande parte desta população, especialmente nos países subdesenvolvidos (BARROS et al., 2011). No Brasil a renda proveniente da aposentadoria também participa do orçamento e da manutenção familiar. Para muitos o complemento da renda, vem daqueles que já deixaram o mercado de trabalho, pois, através da receita proveniente das pessoas aposentadas, tais famílias asseguram o pagamento de contas, tornando possível a manutenção e a estabilidade familiar e social (SILVA; POYER, 2015).

Considera-se a renda um componente determinante no que se refere à QV das pessoas idosas, posto que, as baixas condições socioeconômicas possuem relação com as incapacidades resultantes das condições crônicas de saúde, sendo estas mais prevalentes na população com menor poder aquisitivo, podendo proporcionar prejuízos à QV, especialmente para pessoas idosas hipertensas (BARROS et al., 2011).

No que se refere à faixa etária o presente estudo apontou maior prevalência nas idades entre 60 e 70 anos. Dentre as características sociodemográficas, a idade é a que exerce principal influência na QV, uma vez que, com o avanço da idade vão ocorrendo progressivas perdas na capacidade física e cognitiva (TIER et al., 2014; KRUGER et al., 2015). Pesquisas indicam que quanto mais elevada a idade, maior

impacto à saúde e bem-estar, e maiores as chances dos indivíduos desenvolverem condições crônicas de saúde, deficiências e perdas em diversos níveis, influenciando negativamente a manutenção e o padrão da QV (ANDRADE et al., 2014).

Na velhice as idades podem ser classificadas em subfases, esta divisão é importante por favorecer pesquisas com esta população, visto que, uma análise generalizada da faixa-etária pode produzir viés (ROSSET et al., 2011). De maneira sucinta pode-se classificar as pessoas idosas, dividindo-as entre o grupo dos mais saudáveis, ativos e vigorosos, um grupo com aqueles que sofreram perda significativa de algumas funções físicas ou cognitivas, tornando-se mais propensos a fragilidades, e outro grupo dos que apresentam limitações no desempenho de algumas atividades da vida diária (ROSSET et al., 2011; REIS et al., 2016).

No Brasil a taxa média geométrica de crescimento anual da população de pessoas idosas mais velhas, ou seja, aquelas com faixa etária dos 80 aos 84 anos, é cerca de 5,4%, enquanto que a taxa geral é de aproximadamente 3,3% (IBGE, 2013). De acordo com a prevalência das pessoas idosas, da presente pesquisa, entende-se que os mesmos classificam-se no grupo dos idosos *mais jovens*, entretanto, salienta-se que esta classificação pode ser mutável, existindo exceções, uma vez que, o processo de envelhecimento é complexo, pluridimensional e munido de características individuais.

O processo de envelhecimento implica em diversas transformações, sejam estas biológicas, psíquicas ou sociais, no entanto, essas mudanças não ocorrem de maneira simultânea nos indivíduos, uma vez que o envelhecimento possui multiplicidades. Tais transformações, próprias deste ciclo da vida e aliadas a outros fatores, também são capazes de provocar impactos à saúde e bem-estar. Dessa forma, no que se refere à QV das pessoas idosas, observa-se o desejo pela manutenção deste fenômeno no cotidiano das mesmas. Neste sentido, a mensuração da QV, especialmente em pessoas idosas hipertensas, torna-se imprescindível para descortinar os elementos que a inviabilizam e dessa forma diminuir ou eliminar tais componentes.

## **5.2. Caracterização clínica e avaliação da QV medida pelo *Specific Questionnaire for Quality of Life Bulpitt and Fletcher's***

Estabelecer a caracterização clínica de uma determinada população torna-se importante, em razão dessas características possibilitar resultados que contribuam para a realização de ações mais assertivas com a possibilidade de oferecer uma assistência qualificada. Este importante delineamento busca traçar um perfil do comportamento de saúde de uma população específica e estabelecer as particularidades, e assim, por meio de um planejamento assistencial contínuo e multiprofissional, possibilitar o atendimento às diversas dimensões de saúde afetadas (COSTA et al., 2015), para este estudo foram observadas as características clínicas que causaram prejuízos na QV.

Após a análise dos resultados obtidos por intermédio das associações entre as variáveis comorbidades autorreferidas e o *Scoring of Health Index Bulpitt e Fletcher*, inferiu-se a existência da associação com prejuízo na QV de algumas pessoas idosas hipertensas que participaram do mesmo. Dentre as variáveis que apresentaram associação com a QV destacaram-se quanto às comorbidades autorreferidas, a doença vascular periférica, a doença cardíaca e os problemas renais; relacionado aos hábitos de vida, a prática do tabagismo e o consumo de álcool e no que referente ao uso de medicamentos destacaram-se o uso de analgésicos, uso de anti-hipertensivos.

As alterações biofisiológicas que ocorrem durante o envelhecimento podem desencadear o surgimento das condições crônicas de saúde, e as comorbidades, contribuem significativamente para o agravamento da carga patológica dessas, impactando negativamente à saúde. É fato que a HAS representa grande prevalência, e se constitui significativo problema de saúde pública no Brasil, no entanto, este enfrenta outro desafio, relacionado às elevadas taxas de comorbidades e estas, configuram-se pela presença simultânea de dois ou mais diagnósticos de doença crônica ou não, em um indivíduo (FOCHESATTO FILHO; BARROS, 2013).

Um das comorbidades mais comuns em pessoas idosas é a doença vascular periférica, que caracteriza-se como um distúrbio e/ou disfunção da circulação, que provoca estenose e enrijecimento dos vasos que conduzem o sangue ou linfa para

os membros superiores e inferiores, comprometendo a fisiologia dos mesmos e tem como principal consequência a presença de sinais e sintomas característicos de isquemia (FOCHESATTO FILHO; BARROS, 2013).

O presente estudo verificou que do total de pessoas que referiram a comorbidade doença vascular periférica, todos manifestaram prejuízos em sua QV. Salienta-se que esta comorbidade envolve um grupo distinto de doenças e síndromes que afetam o sistema arterial, venoso e linfático. Sua prevalência aumenta significativamente com a idade, estando em maior proporção, após os 60 anos, em ambos os sexos, variando entre 15% e 20% em indivíduos acima de 70 anos de idade. Está relacionada ao aumento no risco de morbimortalidade, agravando-se à medida que se associa à HAS (FECHINE; TROMPIERI, 2012; CAMPOS; ORCY; FERREIRA, 2015).

De acordo com Vieira et al (2016), os sintomas mais frequentes da doença vascular periférica manifestam-se nos membros inferiores, e incluem o surgimento de varizes ou veias dilatadas, acompanhadas de dores, edemas, câimbras, fadiga, e alteração da cor ou temperatura da pele. Estudos apontam que esses sintomas estão diretamente relacionados à um abalo considerável na saúde da pessoa idosa, uma vez que, se constituem causadores de incômodos significativos, que se agravam no envelhecimento, favorecendo a diminuição, ou restrição da marcha, desencadeando uma condição de prejuízo à QV (CUSHMAN et al, 2010; CORDEIRO et al, 2015).

Os sintomas ora descritos corroboram com uma pesquisa realizada para avaliar a QV de indivíduos com doença vascular periférica, utilizando-se o *WHOQOL-bref*, considerando as dimensões físicas, psicológicas, as relações sociais, e o ambiente, do indivíduo para esta mensuração. Com finalidade de viabilizar esta pesquisa, foram selecionados 101 pacientes, internados em um serviço de angiologia e cirurgia vascular de um hospital português e verificou-se uma redução da QV geral, em aproximadamente 50% dos pacientes acometidos por esta comorbidade, antes da realização do tratamento. Os autores, ainda confirmam que após o tratamento, verificou-se distinta melhora na QV, cujo escore de avaliação do *WHOQOL-bref*, diminuiu de 41,05 para 38,3 (VAZ et al., 2013; VIEIRA et al., 2016).

Diante do exposto, salienta-se a importância de medidas assertivas na terapêutica desta comorbidade, posto o tratamento adequado representa

considerável alternativa para o restabelecimento e manutenção da QV, daqueles com esta condição de saúde, especialmente as pessoas idosas hipertensas.

O processo natural do envelhecimento envolve inúmeras transformações e alterações biofisiológicas em todas as estruturas do organismo humano, ocorrendo de maneira gradativa. O sistema cardiovascular não se isenta dessas mudanças, posto que, este apresenta uma diminuição do número e intensidade dos batimentos cardíacos, uma redução da frequência cardíaca, e da resistência vascular, constituindo-se, em um dos fatores contribuintes para o desenvolvimento das doenças cardíacas, que segundo a OMS (2011), compreendem a principal causa de morte no mundo (DAWALIBI et al., 2013).

No Brasil, as doenças cardíacas foram responsáveis por 29% do total de óbitos dados registrados no ano de 2011 (BRASIL, 2014), esta realidade torna o resultado deste estudo, preocupante, posto que, este inferiu um resultado positivo na associação com prejuízo na QV, das pessoas idosas acometidas por esta comorbidade. Diante da realidade do cenário brasileiro, torna-se importante que os profissionais de saúde assistam acertadamente as pessoas idosas hipertensas, com o objetivo de diminuir os agravos causados por esta comorbidade, uma vez que, estudos realizados em diversos países, especialmente, nos países em desenvolvimento, apresentam elevadas taxas de mortalidade provocadas pelas doenças cardíacas (SOARES et al., 2015).

Os problemas renais constituem-se uma comorbidade frequente em indivíduos com HAS. Um estudo realizado no Brasil apontou a HAS como uma das principais doenças causadoras problemas renais (JUNIOR et al., 2010), o que corrobora com o resultado deste estudo, apontando que 6,4% dos entrevistados referiram problemas renais, embora não apresente-se como um percentual elevado dentro do universo da amostra, constitui-se um importante achado, posto que as pessoas que referiram tal comorbidade apresentaram QV com prejuízo significativo.

Diante do exposto, ressalta-se que a pessoa idosa hipertensa, que sinalizar qualquer problema ou alteração renal seja assistida adequadamente, recebendo a terapêutica de forma singular, de acordo com a sua necessidade clínica. Destaca-se a importância do diagnóstico precoces, sendo fundamental, para o estabelecimento da assistência, uma vez que, quanto mais precoce a intervenção e tratamento,

maiores as chances de recuperação e manutenção da QV (FLECK, 2011; COSTA et al., 2015).

Segundo Carvalho et al. (2013), as transformações sofridas pelo organismo, desencadeadas pelas comorbidades, podem evoluir para instalação de um quadro de restrições da independência e autonomia, sendo que estes são fatores primordiais para a manutenção da saúde e bem-estar, isto posto, torna-se relevante o diagnóstico precoce e tratamento correto, além do acompanhamento regular do estado de saúde, com o propósito de tornar possível a manutenção da QV. Ressalta-se que outros agravos foram mencionados pelos participantes da pesquisa, entretanto, considerando o universo da amostra, estes apresentaram menor representatividade e dessa forma, não apresentaram relação direta com prejuízo na QV.

No tocante aos hábitos de vida, estes são comportamentos repetidos regularmente, no cotidiano dos indivíduos, e classificam-se em saudáveis ou prejudiciais ao indivíduo. Os saudáveis são aqueles que proporcionam benefícios e contribuem para o equilíbrio da saúde e do bem-estar. Entre eles destacam-se a realização de atividade física regular, a ingestão de uma dieta equilibrada, possuir padrão de sono satisfatório, entre outros. As práticas cotidianas que causam prejuízos à saúde, classificam-se como maus hábitos (GOMES et al., 2013). Dentre esses, destacam-se o alcoolismo e o tabagismo, sendo estes os hábitos de vida referidos pelas pessoas idosas investigadas neste estudo, que apresentaram associação com prejuízo na QV.

No que se refere ao tabagismo o presente estudo apontou que 17 (89,5%) dos participantes desta pesquisa que referiram tal hábito e dessa forma, classificam-se como possuindo prejuízo significativo na QV. Outras pesquisas apontam que no cenário mundial dentre as de pessoas acima dos 60 que são tabagistas, aproximadamente 22% são do sexo masculino, enquanto que 8% são do sexo feminino. De acordo com o Inquérito de Saúde realizado no estado de São Paulo, a realidade brasileira apresenta prevalência de 17,5% das pessoas idosas fumantes entre as idades de 60 a 69 anos, como sendo do sexo masculino (ZAITUNE et al., 2012).

Tal realidade conduz à uma reflexão sobre os impactos negativos à saúde que tal prática pode causar, posto que, uma recente pesquisa realizada que destacou o

tabagismo como elemento predisponente na elevação da pressão arterial, da frequência cardíaca, e da resistência vascular periférica, em virtude da ação da nicotina, que age promovendo liberação de toxinas prejudiciais ao organismo e favorecendo o comprometimento da QV dos fumantes (VITORINO; PASKULIN; VIANNA, 2013; CORDEIRO et al., 2015). Isto posto, considera-se este hábito de vida extremamente danoso à saúde e à QV.

Entretanto, embora as consequências danosas à saúde do tabagismo, sejam conhecidas, e pressupõe-se que esse fato estimule o abandono desta prática, uma pesquisa realizada apontou que para algumas pessoas idosas, o consumo do tabaco, constitui-se uma questão cultural, por este representar um componente de satisfação pessoal, que na concepção do indivíduo, favorece a elevação da autoestima, oferece relaxamento e, em algumas situações, a diminuição do estresse ou até a suavização das dores e incômodos, geralmente frequentes neste ciclo da vida (PEREIRA et al., 2011).

De fato, o tabagismo está associado à diversos prejuízos à saúde, uma vez que constitui causa determinante para elevação dos níveis pressóricos e é também fator predisponente para o desenvolvimento do câncer de pulmão, e de outros órgãos do sistema respiratório. Considerando isto, torna-se importante o acompanhamento das pessoas idosas que desempenham esta prática (NUNES et al., 2015).

A Enfermagem possui importante função, no combate a esta prática, devendo exercer este papel de maneira efetiva, através de intervenções educativas, objetivando descortinar os prejuízos e agravos desta prática para a saúde e à QV, uma vez que através de orientações e de campanhas de conscientização, encorajando-os a abandonar essa prática, e à medida que a pessoa idosa manifeste o desejo de mudança desse comportamento, é fundamental orientar quanto a realização do tratamento adequado (ARAÚJO-GIRÃO et al., 2015).

Considera-se a ingestão de álcool uma prática habitual no contexto da população brasileira. Alguns estudos indicam que o consumo moderado desta substância promove alguns benefícios à saúde, desde que o indivíduo não apresente restrições médicas. No entanto, o consumo abusivo deste, é capaz de provocar sérios e irreversíveis danos à saúde, especialmente em pessoas idosas, pois estudos indicam que o consumo do álcool constitui-se fator contribuinte na elevação

dos níveis pressóricos, designando que 10% das pessoas hipertensas, desenvolveram a HAS, em consequência deste consumo (CONFORTIN et al., 2015)

Em referência ao hábito de vida ingestão de álcool, o resultado da presente pesquisa, demonstrou que entre aqueles que referiram o consumo de álcool 50% classificam-se entre os que apresentaram QV com prejuízo significativo. Além dos prejuízos à saúde e à QV que o excesso no consumo de álcool pode causar, pesquisadores alertam que este constitui-se uma das principais causas de resistência à terapêutica anti-hipertensiva, além de representar significativo fator de risco para surgimento de adiposidade na região abdominal, outrossim, ambos ou, a associação dos mesmos, contribuem para o agravamento do quadro clínico da pessoa hipertensa (ALLEN; KELLY; FLEMING, 2013).

Tal circunstância torna-se mais grave em pessoas idosas, portanto, dentro desse contexto torna-se necessário que os profissionais de saúde realizem um trabalho de metodologias educacionais, enfocando a educação em saúde, no sentido de conscientização quanto ao abandono deste hábito, com o objetivo de possibilitar a melhora na QV (REIS et al., 2016).

No tocante aos medicamentos utilizados pelas pessoas idosas entrevistadas, os que apresentaram associação com a QV foram os analgésicos e os anti-hipertensivos. No Brasil, é amplamente observada, a elevada taxa de consumo de medicamentos na faixa etária a partir dos 60 anos. Esta conduta deve-se, em parte, às condições clínicas que tornam, as pessoas idosas propensas à farmacoterapia, podendo estar frequentemente associada à prática da automedicação, culturalmente praticada pela população brasileira (CAZARIM; ARAÚJO, 2011).

O uso indiscriminado de medicamentos tem sido uma prática real e crescente na faixa etária a partir dos 60 anos no Brasil, representando um percentual de 50% dos multiusuários de fármacos. Pesquisas confirmam a associação entre o aumento do uso de medicamentos com o surgimento dos transtornos relacionados aos mesmos. Estes problemas comprometem a saúde, o bem-estar, a QV e tornam a população de pessoas idosas vulnerável ao surgimento de complicações e agravos à saúde (SILVA et al., 2016).

O presente estudo inferiu que o consumo dos analgésicos, embora significativamente baixo, posto que, apenas 18 (9,6%) declararam fazer uso desta

classe de medicamentos, apresentaram relação com prejuízos na QV. Os analgésicos são uma classe de medicamentos constantemente utilizada de maneira indiscriminada no Brasil e no mundo, especialmente pela população idosa. Esta prática pode estar relacionada aos incômodos que as dores, especialmente nas articulações e ossos costumam provocar nessa fase da vida (POKELA et al., 2010).

No Brasil, uma pesquisa apontou que 37,0 % da população geriátrica avaliada, utilizava analgésicos (GOMES et al., 2013). Uma pesquisa realizada na Finlândia revelou que 45,4 % dos indivíduos acima de 75 anos de idade faziam uso de um ou mais analgésicos (POKELA et al. 2010). Outro estudo realizado na Suíça, em 2008, para avaliação da QV, revelou que 22,0% das pessoas idosas participantes, que faziam uso dessa classe de medicamento, apresentaram prejuízos na QV (DINARELLO, 2010).

A literatura confirma que o uso excessivo dessa classe de medicamentos é capaz de desencadear expressivos transtornos à saúde, especialmente durante o envelhecimento, quando os indivíduos, desse grupo etário, estão mais vulneráveis aos efeitos colaterais e a complicações que estes medicamentos podem causar, acentuando o risco de morbimortalidade, e comprometendo seu bem-estar provocando impacto negativo à sua QV (MANSO; BIFFI, 2015). Nesse sentido, os profissionais de saúde recebem papéis que representam magnitude científica e social, para desempenhar a função de refletir, discutir e orientar quanto aos aspectos que envolvem os cuidados com a saúde, relacionados ao consumo indiscriminado de analgésicos, principalmente nesta faixa etária em de maior incidência de ocorrência da HAS.

No que se refere ao uso do anti-hipertensivo, uma importante associação foi encontrada relacionada à prejuízos na QV, uma vez que, a população pesquisada constituiu-se de pessoas hipertensas, e desse modo o tratamento farmacológico da HAS com anti-hipertensivos é fundamental. Contudo aqueles que referiram uso desta classe de medicamentos, foram classificados como possuindo uma QV com prejuízo significativo. Corroborando com este resultado, uma pesquisa comprovou que o uso de anti-hipertensivo pode estar associado a eventos como nictúria, tontura e perda de equilíbrio, situações que podem contribuir significativamente no declínio ou agravamento do quadro de saúde (PASKULIN; VIANNA; MOLZAHN, 2009; ROCA-CUSACHS, 2012; PAIVA et al., 2016).

Um estudo realizado utilizando o questionário *SF-36* para verificação da associação entre a QV, o tratamento e o controle da HAS, em pessoas idosas, revelou que nem esta, nem o tratamento com os anti-hipertensivos tiveram associação com prejuízo na QV (VITORINO; PASKULIN; VIANNA, 2013), o que contrapõe os resultados da presente pesquisa. Outro estudo revelou que o uso regular do anti-hipertensivo, contribui significativamente para manutenção dos níveis pressóricos adequados, colaborando significativamente no desempenho do tratamento medicamentoso da HAS e contribuindo de forma significativa na manutenção e equilíbrio da QV (BANEGAS et al., 2006; PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Uma pesquisa realizada para verificar a QV relacionada à terapia medicamentosa da HAS constatou que esta estabelece importantes benefícios ao organismo, contribuindo de forma significativa para um bom desempenho físico e mental, e dessa forma participa ativamente na melhora da QV. Todavia a literatura aponta que a manutenção da QV, das pessoas hipertensas que utilizam medicamentos anti-hipertensivos, está relacionada com a natureza do fármaco utilizado no tratamento da HAS (SOUZA; BORGES; MOREIRA, 2016).

Neste contexto, entende-se a probabilidade de existir diferentes maneiras de reação à terapia medicamentosa com anti-hipertensivos, especialmente no que se refere a pessoas idosas. O organismo pode responder de maneira negativa, ou de forma positiva, sem produzir prejuízos à QV, as respostas positivas estão relacionadas ao tipo e a adaptação do fármaco utilizado no tratamento, associada ao tratamento não-farmacológico, ao estado físico e mental e a resposta individual do organismo de cada indivíduo (OLIVEIRA et al., 2016).

Independentemente da forma como se apresenta, a HAS imprime impacto à saúde e determina prejuízo à QV. Esta condição crônica pode evoluir para instalação de um quadro de morbidade e progredir para mortalidade, especialmente em pessoas idosas. O impacto que esta imprime à saúde e ao bem-estar, pode estar associado ou não, ao uso contínuo das drogas anti-hipertensivas, conforme demonstram alguns estudos (PAIVA et al., 2016). Outrossim, estes prejuízos podem estar vinculados a elementos relacionados à falta do controle eficaz desta condição crônica ou às debilidades do organismo, próprias do envelhecimento.

Este estudo mediu a adesão à terapia medicamentosa das pessoas idosas hipertensas através do Teste de *Morisky-Green*, este constatou que a grande maioria dos entrevistados eram aderentes ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo, sendo este um resultado satisfatório, uma vez que, segundo Rocha et al (2015) a adesão constitui-se fator determinante e primordial para o tratamento bem-sucedido da HAS.

O conceito de adesão é dinâmico, complexo, multidimensional. De acordo com a OMS (2003 p. 3) *adesão é a medida com que o comportamento de uma pessoa - tomar a sua medicação, seguir a dieta e/ou mudar seu estilo de vida, corresponde às recomendações de um profissional de saúde*. Corroborando com esta definição Rezende (2011 p. 76), afirma que a adesão é o *comportamento de um paciente diante das recomendações médicas ou de outros profissionais de saúde, quanto ao uso de medicamentos, adoção de dietas ou mudanças do estilo de vida*.

Conforme verificado, o processo de adesão está intimamente associado ao estilo de vida, variando de acordo com fatores que envolvam o cotidiano, e a acessibilidade do indivíduo favorece a estabilidade da condição clínica (OLIVEIRA, 2011). Estudos comprovam que a adesão à terapia medicamentosa é de fundamental importância para o sucesso do tratamento, por auxiliar no controle dos níveis pressóricos, diminuir as chances de agravos à saúde, e proporcionar benefícios ao bem-estar e QV da pessoa idosa hipertensa (FREITAS; NIELSON; PORTO, 2015).

A literatura aponta diversos benefícios relacionados à adesão medicamentosa anti-hipertensiva, especialmente na manutenção dos níveis pressóricos, entretanto, uma pesquisa realizada ressaltou que o uso constante desses medicamentos podem estar diretamente relacionado a prejuízo na QV, uma vez que, o uso contínuo dos anti-hipertensivos pode conduzir à mudanças e alterações bioquímicas no organismo. Tais modificações são capazes de provocar efeitos colaterais e adversos, causando, entre outros sintomas, tontura, diminuição da capacidade de concentração, noctúria, xerostomia, náusea, êmese, prurido e/ou lesão na pele, condições estas que impactam negativamente e comprometem a saúde e bem-estar desses indivíduos (RAPSOMANIKI et al., 2014; SOUZA; ANDRADE; SOBRINHO, 2015).

Contrapondo à adesão medicamentosa, existe a não-adesão medicamentosa, esta classifica-se como a causa principal da HAS não controlada, representando risco significativo ao surgimento de eventos cardiovasculares, especialmente nas pessoas idosas (FREITAS; NIELSON; PORTO, 2015).

Salienta-se que a não-adesão representa um importante problema de saúde pública, uma vez que o abandono do tratamento, ou até mesmo a negligência, pode contribuir significativamente para o agravamento do quadro clínico, acarretando consequências danosas à saúde, e assim acarretar elevada demanda financeira ao governo, em financiamento de tratamentos complexos, cirurgias e hospitalizações (FREITAS; NIELSON; PORTO, 2015; PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

De acordo com a literatura, a principal causa para não-adesão ao tratamento, o fator idade, estando reduzida em indivíduos acima de 60 anos, podendo estar relacionada à falta de conhecimento, a crenças, à não aceitação da doença ou do uso de medicamentos, além da ausência de apoio familiar ou social (GIROTTO et al., 2013). Um estudo revelou que o fator econômico, também pode estar associado, em razão da limitação financeira e baixo poder aquisitivo, de algumas pessoas idosas, que na falta da distribuição do anti-hipertensivo, na rede pública de saúde, de alguma maneira, não prioriza a aquisição do mesmo (OLIVEIRA et al., 2016). Considerando os fatores ora mencionados, torna-se importante viabilizar estratégias de educação e ações que estimulem as pessoas idosas hipertensas quanto à adesão à terapia medicamentosa anti-hipertensiva.

Neste contexto, os profissionais de saúde possuem fundamental responsabilidade, no que se refere ao processo de educação, uma vez que estes precisam estar envolvidos no processo de ensino-aprendizagem com o objetivo de estabelecer uma comunicação eficaz, para auxiliar na compreensão e reconhecimento da importância da adesão medicamentosa. Torna-se fundamental que estes profissionais, especialmente o enfermeiro, estimulem constantemente quanto ao autocuidado e incentivem o abandono dos hábitos de vida nocivos à saúde, além de outros fatores que comprometem o controle eficaz da HAS, e conseqüentemente, prejudicam a QV (OLIVEIRA 2011; ALVAREZ; GONCALVES, 2012).

Após avaliação dos resultados, inferiu-se que os mesmos não evidenciaram associação entre a adesão medicamentosa e prejuízos à QV na população

pesquisada. Entretanto, salienta-se que existiu expressiva associação da terapia medicamentosa anti-hipertensiva com o prejuízo na QV. Outras pesquisas relativas a esta temática, realizadas no Brasil e no mundo, divergem deste achado, entretanto salienta-se que os resultados dessas pesquisas foram obtidos por meio de instrumentos diferentes do utilizado para mensuração avaliação da QV neste estudo.

Diante do exposto, considera-se a mensuração da QV uma prática essencialmente importante, sobretudo, nas pessoas idosas em situação vulnerável, a exemplo daquelas acometidas pela HAS (GUIMARÃES, 2015). A mensuração da QV de pessoas idosas hipertensas, caracteriza-se como significativo indicador no prognóstico de morbimortalidade e oferece importante parâmetro de referência para a saúde pública, uma vez que esses resultados têm contribuído para detecção do impacto da HAS nesta população.

## 6 CONCLUSÕES

No envelhecimento, a manutenção da saúde e do bem-estar relacionam-se com a harmonia entre as diferentes dimensões da QV. Entretanto, as alterações próprias da senescência, quando associadas aos agravos à saúde causados pela HAS, pelas comorbidades, pelos maus hábitos de vida e pelos medicamentos utilizados no tratamento desta condição crônica, constituem-se significativa ameaça à QV das pessoas idosas.

O objetivo desta pesquisa foi analisar a QV de pessoas idosas com HAS, em terapia medicamentosa e a relação desta condição os com fatores sociodemográficos, comorbidades autorreferidas, hábitos de vida, medicações utilizadas e adesão à terapêutica. Seus resultados proporcionaram depreendimentos de algumas conclusões que serão aqui apresentadas.

No que se refere às características sociodemográficas, identificou-se a prevalência de pessoas idosas do sexo feminino, com predominância da faixa etária entre 60 e 70 anos. Quanto ao estado civil, o predomínio foi de pessoas idosas casadas ou união consensual (57,8%), seguido das viúvas (28,3%). Em relação à escolaridade, prevaleceram os indivíduos com nenhum estudo. No tocante à renda, a maior parte dos entrevistados referiram uma receita referente à um e dois salários mínimos brasileiro, proveniente da aposentadoria e ou/pensão.

No que tange a QV, esta foi considerada fragilizada, uma vez que, os resultados revelaram um percentual de 79% de pessoas idosas com significativo prejuízo em sua QV. Dessa forma, este resultado permitiu evidenciar os elementos determinantes no impacto à saúde e ao bem-estar, desta população.

Diante do exposto, ressalta-se que a avaliação da QV de pessoas idosas hipertensas constitui-se temática significativa para a sociedade e o governo. Torna-se importante que este, aliado aos gestores e profissionais das áreas social e da saúde, especialmente da Enfermagem, investigue os elementos promotores do prejuízo à QV, e assim, contribua de maneira significativa, na prestação de uma assistência direcionada às necessidades dessa população.

Ressalta-se ainda a importância da elaboração de um planejamento estratégico, direcionado às pessoas idosas, residentes nas áreas rurais, afim de que estas tenham melhor acesso aos serviços de saúde, aos programas de educação em saúde, a campanhas de conscientização que auxiliem na modificação ou adoção de hábitos de vida saudáveis, e dessa forma estimular as ações individuais para o autocuidado, que favoreçam o controle dos níveis pressóricos e conseqüentemente a manutenção da QV.

O estudo realizado apresentou limitações importantes quanto ao local da aplicação do instrumento de avaliação da QV, fato este relacionado a aplicação ser apenas em área de zona rural, uma vez que, se o instrumento fosse aplicado também na população urbana do mesmo município, haveria uma amostra superior, e a possibilidade de um comparativo entre as amostras e, dessa forma, poderia trazer maior riqueza aos resultados. Outra limitação refere-se ao universo e à amostra, que, devido ao quantitativo de indivíduos com HAS cadastrados nas USFs da zona rural do referido município apresentar-se reduzido, julga-se circunscrita.

Os resultados obtidos, por meio desta pesquisa, apresentam importantes contribuições para a comunidade, para a formação acadêmica e especialmente para a Enfermagem, uma vez que o desvelamento dos elementos que impactam negativamente o bem-estar e à QV, da população idosa com HAS, contribuem para obtenção de informações, que podem contribuir para o planejamento e a implementação de intervenções e práticas de enfermagem que proporcionem favorecimento de melhora na QV desta população.

Esta pesquisa constitui significativo alicerce para o ensino e o desenvolvimento de outras que subsidiem a prática, envolvendo a temática ora exposta. Nessa perspectiva, recomenda-se que outros estudos envolvendo a avaliação da QV, sejam realizados, sob a ótica de contribuir, tanto para o restabelecimento, como para a manutenção da QV, considerando a importância dessa medida de avaliação.

## REFERÊNCIAS

ABREU, G.F.P. Auto-percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde. Dissertação (Mestrado em Educação Física) Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa, 53 f. 2015.

ALEXANDRE, L.B.S.P. Epidemiologia aplicada nos serviços de saúde. São Paulo: **Martinari**, 2012.

ALLEN, Michael; KELLY, Kim; FLEMING, Isobel. Hypertension in elderly patients recommended systolic targets are not evidence based. *Canadian Family Physician*, v. 59, n. 1, p. 19-21, 2013.

ALVAREZ, A.M. GONCALVES, L.H.T. Enfermagem e o cuidado ao idoso no domicílio. **Rev. Bras. Enferm.** v. 65, n. 5, p. 715-716, 2012.

ANDRADE, AINPA; MARTINS, R. Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. **Millenium**, n. 40, p. 185-199, 2011.

ANDRADE, J. M. O. et al. Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. **Rev. Ciênc. Saúde Col.** v. 19, n. 8, 2014.

ANDRADE, J.P. (org). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 17, p. 1-51, 2010.

ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Rev. Práxis**; v. 3, n. 6, 2011.

ARAÚJO-GIRÃO, A.L. et al. A interação no ensino clínico de enfermagem: reflexos no cuidado à pessoa com hipertensão arterial. **Rev. Sal. Pub.** v. 17, n. 1, p. 47-60, 2015.

BAKAS, T. et al. Systematic review of health-related quality of life models. **Healt. Qual. of life Outc.** v. 10, n. 1, p. 134, 2012.

BANEGAS, J.R. et al. Association between awareness, treatment, and control of hypertension, and quality of life among older adults in Spain. **Am. J. Hypertens.** v. 19, n. 7, p. 686-693, 2006.

BARROS, M.B.A. FRANCISCO, P.M.S.B. ZANCHETTA, L.M. et al. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. **Rev. Cienc. Saúd. Colet.** 2011.

BATISTA, KT. ANDRADE, RR. BEZERRA, NL. O papel dos comitês de ética em pesquisa. **Rev. Bras. Cir. Past.**, v. 27, n. 1, p. 15, 2012.

BONDS, D. E. et al. A multifaceted intervention to improve blood pressure control: The Guideline Adherence for Heart Health (GLAD) study. **American Heart Journal**, Saint Louis, v. 157, n. 2, p. 278-284, 2009.

BORIM, F.S.A. GUARIENTO, M.E. ALMEIDA, E.A. Perfil de adultos e idosos hipertensos em unidade básica de saúde. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.**, v. 9, n. 2, p. 107/110, 2011.

BRAGA, C. GALLEGUILLOS, T.G.B. Saúde do Adulto e do Idoso. Grupo Saraiva. **Ed. Érica**. São Paulo; 2014.

BRANDÃO, A.A. (org). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Soc. Bras. de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol**, v. 17, p. 1-51, 2010.

BRASIL. Comissão de Ética e Pesquisa - CONEP. **Resolução nº 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Conselho Federal De Enfermagem. **Resolução COFEN 311/2007** de 08 de fevereiro de 2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Estatuto do idoso**: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Cad. Aten Basic, n. 37. Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Manual de HAS e DM. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cad Aten Basic, n. 19. Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2011: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 a.

BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2011: **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRITO, C.J. VOLP, A.C.P. NÓBREGA, O.T. et al. Exercício físico como fator de prevenção aos processos inflamatórios decorrentes do envelhecimento. **Motriz**; v.17, n.3, p. 544-555, 2011.

BULPITT, C.J. FLETCHER A.E. Quality of life instruments in hypertension. **Phannac. Econom.**, v. 6, n. 6, p. 523-535, 1994.

BULPITT, C.J. FLETCHER, A.E. The measurement of quality of life in hypertensive patients: a practical approach. **Br. J. Clin. Pharmac.** v. 30, n. 3, p. 353-364, 1990.

CAMARGOS, M.C.S. GONZAGA, M.R. Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. **Cad. saúde pública**, v. 31, n. 7, p. 1460-1472, 2015.

CAMPOS, T.P. ORCY, R.B; FERREIRA, G.D. Oito semanas de treinamento intervalado na doença vascular periférica: um estudo de caso. **Ciênc. Saúde**, v. 8, n. 1, p. 42-46, 2015.

CARVALHO, M.V. SIQUEIRA, L.B. SOUSA, A.L.L. et al. A Influência da Hipertensão Arterial na Qualidade de Vida. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 100, n. 2, p. 164-174, 2013.

CAZARIM, M.S; ARAÚJO, A.L.A. O paciente idoso sob o aspecto da utilização de antimicrobianos: repercussão ao sistema público de saúde brasileiro (SUS). *Rev Ciênc Farm Bas*, v. 32, n. 3, 2011.

CIPULLO, J.P. MARTIN, J.F.V. CIORLIA, L.A.S. et al. Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. **Arq Bras Cardiol**, v. 94, n. 4, p. 519-526, 2010.

CONFORTIN, S.C. et al. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. **Cad Sau Pub**, v. 31, n. 5, p. 1049-1060, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN-311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro (Brasil): **COFEN**. 2007.

CORDEIRO, L. M. PAULINO, J. L. BESSA, M. E. P. et al. Qualidade de vida do idoso fragilizado e institucionalizado. **Acta Paul Enferm**, v. 28, n. 4, p. 361-366, 2015.

CORREA, C.M.N. BARTHOLO, P.P. BRANDÃO, A.A. Apneia do Sono é Causa Secundária de Hipertensão Arterial? **Rev Bras Cardiol**, v. 27, n. 5, 2014.

COSTA, M. S. SAMPAIO, J. B. TEIXEIRA, O. F. B. et al. Doenças renais: perfil social, clínico e terapêutico de idosos atendidos em um serviço de nefrologia. **Esp Saúde-Rev de Saú Púb do Paraná**, v. 16, n. 2, p. 77-85, 2015.

CUSHMAN W.C. EVANS G.W. BYINGTON R.P. et al. Effects of intensive blood-pressure control in type 2 *diabetes mellitus* ACCORD Study Group. **N Engl. J Med.** v. 2010, n. 362, p. 1575-1585, 2010.

DAWALIBI, N. W. ANACLETO, G. M. C. WITTER, C. et al. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. **Est de Psicol**, v. 30, n. 3, p. 393-403, 2013.

DINARELLO, C.A. Anti-inflammatory Agents: Present and future. **Cell**, v. 140, n. 6, p. 935-950, 2010.

DINIZ, D.P. (coord.). Guia de Qualidade de Vida: Saúde e Trabalho, 2 ed. Barueri, SP. **Manole**, 2013.

FÁVERO, L.P. BELFIORE, P. SILVA, F.L. et al. Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões. Rio de Janeiro: **Elsevier**, 2009.

FECHINE, B.R.A. TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Rev Cient Intern** v. 1, n. 20, 2012.

FERREIRA, M.L.L. SOUZA, A.I. MOURA, J.F.P. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de idosos em tratamento quimioterápico. **Rev Bras Geriat Gerontol**, 2015.

FLECK, M.P. CHACHAMOVICH, E. TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Rev Sau Pub**, v. 40, n. 5, 2006.

FLECK, M.P.A. (org). **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 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. 21, p. 1, 1999.

FLECK, M.P.A. LOUZADA, S. XAVIER, M. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida 'WHOQOL-bref'. **Rev Sau Pub**, v. 33, n. 2, p. 198-205, 1999.

FOCHESATTO FILHO, L. BARROS, E. **Medicina Interna na Prática Clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FREITAS, E. PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 4 ed, cap 2. Guan. Koogan, 2016.

FREITAS, J.G.A. NIELSON, S.E.O. PORTO, C.C. Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Soc Bras Clin Med**, v. 13, n. 1, p. 75-84, 2015.

GABRIEL, C.B. SANTOS, L. SALLES, P.G. et al. Efeitos agudos da atividade física sobre o estado e humor de indivíduos da 3ª idade. **Rev Sau Fis Ment**, v. 2, n. 1, p. 11-21, 2013.

GARRIDO, J. CHACÓN, J. SANDOVAL, D. et al. Control del Hipertenso, un desafío no resuelto: Avances logrados en Chile mediante el Programa de Salud Cardiovascular. **Rev Chil Cardiol**, v. 32, n. 2, p. 85-96, 2013.

GAZONI, F.M. BRAGA, I.L.S. GUIMARÃES, H.P. LOPES R.D. Hipertensão sistólica no idoso. **Rev Bras Hipertens**, v. 16, n. 1, p. 34-37, 2009.

GIROTTI, E. ANDRADE, S.M. CABRERA, M.A.S. MATSUO, T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Cien Sau Col**, v. 18, n. 6, p. 1763-1772, 2013.

GOMES I, NOGUEIRA EL, ENGROFF P, et al. The multidimensional study of the elderly in the family health strategy in Porto Alegre, Brazil (EMI-SUS). **Pan Amer Journ of Aging Research**, v. 1, n. 1, p. 20-24, 2013.

GUIMARÃES, H.E. **Destaques da American Heart Association**: Atualização das diretrizes de RCP e ACE. 2015.

GUIMARÃES, P.R.B. **Métodos quantitativos estatísticos**. Curitiba: IESDE Brasil SA, 1 ed, p. 252, c. 1, 2012.

GUSMÃO, J.L. PIERIN, A.M.G. Instrumento de avaliação da qualidade de vida para hipertensos de Bulpitt e Fletcher. **Rev Esc Enf**, v. 43, p. 1034-1043, 2009.

HORA, H.R.M. MONTEIRO, G.T.R. ARICA, J. Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um Estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. **Product e Product**, v. 11, n. 2, p. 85-103, 2010.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. Brasília; 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2014**. IBGE, 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população por sexo e idade: Brasil 2000-2060**, IBGE, 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. IBGE, 2010.

JUNIOR, A. A. G. ACÚRCIO, F. A. ANDRADE, E. I. G. et al. Ciclosporina versus tacrolimus no transplante renal no Brasil: uma comparação de custos. **Cad Sau Pub**, v. 26, n. 1, p. 163-174, 2010.

KLUTHCOVSKY, A.C.G.C. KLUTHCOVSKY, F.A. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Rev Psiq do RS**, v. 31, n. 3, 2010.

KRUGER, A.P. MERGENERB, M. POZZOBONCET A. et al. Avaliação da qualidade de vida de hipertensos usuários de uma unidade básica de saúde. **Rev Aten Sau**, v. 13, n. 46, p. 43-50, 2015.

LIRA, M.T. Impacto de la hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular. **Rev Med Clin Las Cond**, v. 26, n. 2, p. 156-163, 2015.

MANSO, M.E.G. BIFFI, E.C.A. **Manual da Liga de estudos do processo de envelhecimento – LEPE**. Martinari. São Paulo; 2015.

MAROCO, J.; GARCIA-MARQUES, T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? **Rev Lab de Psic**, v. 4, n. 1, p. 65-90, 2006.

MARTINS, C.R. ALBUQUERQUE, F.J.B. GOUVEIA, C.N.N.A. et al. Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. **Estud Interdiscip Envelhec**, v. 11, 2007.

- MARTINS, G. A. Sobre confiabilidade e validade. **Rev Bras de Gest Negóc**, v. 8, n. 20, p. 01-12, 2006.
- MATIAS-PEREIRA, J. **Manual de metodologia da pesquisa científica**, 3 ed. Atlas, 2012.
- MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing: metodologia, planejamento**. São Paulo, 7 ed. Atlas, 2014.
- MELCHIORS, A.C. CORRER, C.J. PONTAROLO, R. et al. Qualidade de vida em pacientes hipertensos e validade concorrente do Minichal - Brasil. **Arq Bras Card**, v. 94, n. 3, p. 64-357, 2010.
- MORISKY, D.E. ANG, A. KROUSEL-WOOD, M. WARD, H.J. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. **J Clin Hypert**, v. 10, n. 5, p. 348-354, 2008.
- MORISKY, D.E. GREEN, L.W. LEVINE, D.M. Concurrent and predictive of a self-reported measure of medication adherence. **Med Care**, v. 24, n. 1, p. 67-74, 1986.
- MOZAFFARIAN, D. BENJAMIN, E.J. ARNETT, D.K. et al. Executive Summary: heart disease and stroke statistics-2016. A report from the American Heart Association. **Circulat**, v. 133, n. 4, p. 447-454, 2016.
- NERI, A.L. (org.) **Qualidade de vida na velhice**: enfoque multidisciplinar. Alínea. São Paulo, 2011.
- NERI, A.L. DIOGO, MJD. CACHIONI, M (org.). **Saúde e Qualidade de Vida na Velhice**. 4. ed. Alínea, São Paulo; 2013.
- NERI, A.L; GUARIENTO, ME (org.). **Assistência Ambulatorial ao Idoso**. Alínea, São Paulo. 2010.
- NICODEMO, D. GODOI, M. P. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **Rev Cienc Extens**, v. 6, nº. 1, p. 40-53, 2010.
- NUNES, T. M. et al. Hipertensão Arterial Sistêmica em Idosos do Município de Tubarão, SC–Brasil: Estudo Populacional. **Int. j. cardiovasc. sci.(Impr.)**, v. 28, n. 5, p. 370-376, 2015.

NUNES, V. M. A. MENEZES, R. M. P. ALCHIERI, J. C. Avaliação da Qualidade de Vida em idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte. **Acta Scient Health Scien**, v. 32, n. 2, p. 119-126, 2010.

OLIVEIRA, B.L.C.A. THOMAZ, E.B.A.F. SILVA, R.A. Associação da cor/raça aos indicadores de saúde para idosos no Brasil: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2008). **Cad Sau Pub**, v. 30, n. 7, p. 01-15, 2014.

OLIVEIRA, C.J. Revisão do diagnóstico de Enfermagem “Falta de Adesão” em pessoas com Hipertensão Arterial. 246 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, 2011.

OLIVEIRA, G.A.S.A.O. SILVA, A. P. A. POMPEO, D. A. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso e capacidade para o autocuidado de pacientes com hipertensão arterial. **Arq Cien Sau**, v. 23, n. 2, p. 76-80, 2016.

OLIVES, C. MYERSON, R. MOKDAD, A.H. et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in United States countries, 2001-2009. **Plos One**, v. 8, n. 4, p. 603-608, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, p. 1403-1409, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **A glossary of terms for community health care and services for older persons**. WHO Centre for Health Development, Ageing and Health Technical Report, v. 5, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Adherence to long-term therapies-evidence for action**, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Segurança dos medicamentos**: um guia para detectar e notificar reações adversas a medicamentos. p. 01-20, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Active aging: a policy framework**. 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diminuindo diferenças**: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. 2015.

- PAIVA, M.M. et al. Impacto da hipertensão arterial na qualidade de vida de idosos residentes na zona rural. **Rev Enf At Sau**, v. 5, n. 1, p. 12-22, 2016.
- PASKULIN, L. VIANNA, L. MOLZAHN, A.E. Factors associated with quality of life of Brazilian older adults. **Int Nurs Rev**, v. 56, n. 1, p. 109-115, 2009.
- PEREIRA, E.F. TEIXEIRA C.S. SANTOS A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev Bras Educ Fis Esp**, v. 26, n. 2, p. 241-250, 2012.
- PEREIRA, R.A. ALVES-SOUZA, R. A. VALE, J.S. O processo de transição epidemiológica no brasil: uma revisão de literatura. **Rev Cient FAEMA**, v. 6, n. 1, p. 99-108, 2015.
- PEREIRA, R.J. COTTA, R.M. FRANCESCHINI S.C.C. et al. Influência de fatores socio sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. **Cien Sau Col**, v. 16, n. 6, p. 2907-2917, 2011.
- PIMENTA, F. A. P. SIMIL, F. F. TÔRRES, H. O.G. et al. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. **Rev Assoc Med Bras**, v. 54, p. 55-60, 2008.
- PINTO, F.N.F.R. BARHAM, E.J. PRETTE, Z.A.P.D. Interpersonal Conflicts Among Family Caregivers of the Elderly: The Importance of Social Skills. **Paidéia**, v. 26, n. 64, p. 161-170, 2016.
- PIZA, E.C. Envelhecimento Populacional e Política Fiscal: Aspectos Teóricos. **Fund Inst Pesq Econ**, 2013.
- POKELA, N. et al. Analgesic use among community-dwelling people aged 75 years and older: a population-based interview study. **Am J Geriat Pharmac**, v. 8, n. 3, p. 233-244, 2010.
- RAMOS, S.S.N.L. et al. Qualidade de vida de idosos hipertensos: instrumentos específicos de avaliação. Congresso Internacional de Envelhecimento Humano, 4., 2016, Campina Grande.
- RAPSOMANIKI, E. TIMMIS, A. GEORGE, J. et al. Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases: lifetime risks, healthy life-years lost, and age-specific associations in 125 million people. **The Lancet**, v. 383, n. 9932, p. 1899-1911, 2014.

REIS, C.B. et al. Condições de saúde de idosos jovens e velhos. **Rev Rene**, v. 17, n. 1, p. 120-127, 2016.

REZENDE, J.M. **Linguagem Médica**. Velpes, São Paulo, 2011.

ROCA-CUSACHS, A. Hypertension and health policy in Catalonia, Spain: from theory to practice. **Med Clin**, v. 138, n. 15, p. 678, 2012.

ROCHA, T.P.O et al. Estudo comparativo entre diferentes métodos de adesão ao tratamento em pacientes hipertensos. **Int J Cardiovasc Sci**, v. 28, n. 2, p. 122-129, 2015.

RODRIGUES, L.R., DOS SANTOS TAVARES, D.M., SILVEIRA, F.C.O. et al. Qualidade de vida, indicativo de depressão e número de morbidades de idosos da zona rural. **Rev Enf At Sau**, v. 4, n. 2, p. 33-44, 2016.

RODRIGUES, N.O. NERI, A. L. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA. **Rev Cie Sau Col**, v. 17, n. 8, p. 2129-2139, 2012.

ROSSET, I. et al. Tendências dos estudos com idosos mais velhos na comunidade: uma revisão sistemática (inter)nacional. **Rev Esc Enf USP**, v. 45, n. 1, p. 264-271, 2011.

ROUQUAYROL M.Z., SILVA, M. G. (org) **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: 7 ed. Medbook, 2013.

SANTOS, J.C. MOREIRA, T.M.M. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Rev Esc Enf USP**, v. 46, n. 5, p. 1125-1132, 2012.

SANTOS, P.M. Principais instrumentos de avaliação da qualidade de vida de idosos no brasil: vantagens e desvantagens na utilização. **Rev Corpoconsc**, v. 19, n. 2, p. 25-36, 2016.

SCHNEIDER, R.H. IRIGARAY T.Q. O Envelhecimento na Atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Estudos de Psicologia. Campinas, v.25, n.4, p.585-593, 2008.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SILVA SALES, J.C. et al. Feminization of old age and its interface with depression: integrative review. **J of Nurs UFPE on line**, v. 10, n. 5, p. 1840-1846, 2015.

SILVA, D.C.G. et al. Potentially inappropriate medication use among elderly patients from a Brazilian general hospital. **Infarma Cien Farm**, v. 28, n. 1, p. 27-32, 2016.

SILVA, M.K.D.D. Avaliação da sustentabilidade na produção de mandioca no município de Pedras de Fogo - PB. 138 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) - UEPB, 2013.

SILVA, N.B. POYER, H. Os idosos aposentados e suas relações financeiras no município de Santa Terezinha–MT: qualidade de vida ou exploração? **Rev Elet Interd**, v. 1, n. 13, 2015.

SOARES, G.P. KLEIN, C.H. SILVA, N.A.S. et al. Evolução da mortalidade por doenças do aparelho circulatório nos municípios do Estado do Rio de Janeiro, de 1979 a 2010. **Arq Bras Card**, v. 104, n. 5, p. 356-365, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Soc. Bras. de Hipertensão; Soc. Bras. de Nefrologia. VII Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Card**, 2016.

SOUZA, A. C. C., BORGES, J. W. P. MOREIRA, T. M. M. Qualidade de vida e adesão ao tratamento em hipertensão: revisão sistemática com metanálise. **Rev Saúde Públ**, v. 50, p. 71, 2016.

SOUZA, F.F.R. ANDRADE, K.V.F. SOBRINHO, C.L.N. Adesão ao tratamento farmacológico e controle dos níveis pressóricos de hipertensos acompanhados na Estratégia de Saúde da Família. **Rev Bras Hipert**, v. 22, p. 133-138, 2015.

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

TAVARES, D.M.S, ARDUINI, A.B. DIAS, F.A. et al. Homens idosos residentes na zona rural: aspectos relacionados à qualidade de vida **Rev Enf UERJ**, 2016.

TAVARES, D.M.S. et al. Qualidade de vida e adesão ao tratamento farmacológico entre idosos hipertensos. **Rev Bras Enf**, v. 69, n. 1, p. 134-141, 2016.

TIER C.G. SANTOS S.S.C. POLL M.A. et al. Health conditions of elderly in Primary Health Care. **Rev Rene**, v. 15, n. 4, p. 668-675, 2014.

VASCONCELOS, A.M.N. GOMES, M.M.F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epid Serv Sal**, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.

VAZ, C. Duarte, V. Santos, A. R. et al. Doença arterial periférica e qualidade de vida. **Ang Cirurg Vascul**, v. 9, n. 1, p. 17-23, 2013.

VERAS, R. Envelhecimento Populacional Contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Sau Pub**, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

VIEIRA, E.C. CARDOSO, A.C.C. MACÊDO, L.B. et al. ocorrência de internações hospitalares por doenças do aparelho circulatório no estado da Bahia. **Rev Pesq Fisiot**, v. 6, n. 2, p. 115-123, 2016.

VITORINO, L.M. PASKULIN, L.M.G. VIANNA, L.A.C. Quality of life of seniors living in the community and in long term care facilities: a comparative study. **Rev Lat-america Enf**, v. 21, p. 03-11, 2013.

WANG, H. BEYER, M. GENSICHEN, J. et al. Health-related quality of life among general practice patients with differing chronic diseases in Germany: Cross sectional survey. **BMC Pub Health**, v. 8, n. 1, p. 246, 2008.

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

ZAITUNE MPA, et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: inquérito de saúde no estado de São Paulo (ISA-SP). **Cad Sau Pub**, v. 28, n. 3, p. 583-595, 2012.

## APÊNDICE I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) Senhor (a),

Esta pesquisa é sobre **Qualidade de vida de pessoas idosas hipertensas em terapia medicamentosa** e está sendo desenvolvida pela pesquisadora Sigrid Shally Nascimento de Lyra Ramos, aluna do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, nível mestrado, sob a orientação da Professora Dr<sup>a</sup> Maria das Graças Melo Fernandes.

Os objetivos do estudo constituem avaliar a qualidade de vida de pessoas idosas hipertensas em terapia medicamentosa através do instrumento *Specific Questionnaire for Quality of Life Bulpitt and Fletcher's*, caracterizar as pessoas idosas hipertensas, considerando variáveis sociodemográficas, estado de saúde autorreferido e adesão ao tratamento e verificar associação entre prejuízo na qualidade de vida e fatores e fatores sócio-demográficos, estado de saúde autorreferido e adesão terapêutica.

A finalidade desta pesquisa é contribuir para elaboração de estratégias de intervenção à saúde de forma integral e resolutive. Solicitamos a sua colaboração para responder a entrevista, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição

As pesquisadoras estarão disponíveis para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

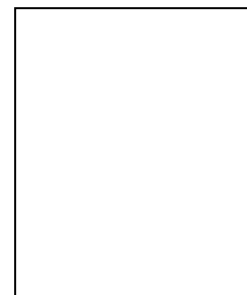
---

Assinatura do Participante da Pesquisa

Observação: em caso de analfabeto fornecer a digital.

---

Assinatura da Testemunha



\* Contato com o Pesquisador (a) responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a) Dr<sup>a</sup>. Maria das Graças Melo Fernandes

Endereços:

Departamento de Enfermagem Clínica e Cirúrgica, Centro de Ciências da Saúde, UFPB. Telefone: (83) 3216-7248

Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UFPB – Cidade Universitária / Campus I. Bloco Arnaldo Tavares, sala 812 – Fone: (83) 3216-7791

Atenciosamente,

---

Assinatura do Pesquisador Responsável

---

Assinatura do Pesquisador Participante

Obs.: O sujeito da pesquisa ou seu representante e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo suas assinaturas na última página do referido Termo.

**APÊNDICE II**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**qualidade de vida de pessoas idosas hipertensas**  
**em terapia medicamentosa**

- 1- NÚMERO DO QUESTIONÁRIO: \_\_\_\_\_  
2- DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
3- USF: \_\_\_\_\_  
4- INICIAIS DO NOME: \_\_\_\_\_

**1. VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS**

**1) Sexo:** M (1) F (2)

**2) Idade:** \_\_\_\_\_ (anos completos)

**3) Escolaridade:**

3.1). Quantos anos frequentou a escola? \_\_\_\_\_ anos (Se nenhum, colocar "0")

**4) Estado civil:**

(1) Solteiro (a) (2) Casado(a) (3) Viúvo(a) (4) União Estável

(5) Divorciado/Separado (a)

**5) Número de filhos:** \_\_\_\_\_ ( ) NS/NR

**6) Renda:**

6.1) (1) Não tem (2) Tem

6.2) Proveniente de: \_\_\_\_\_

6.2) Valor mensal: R\$ 880,00 (Referente ao salário mínimo brasileiro do ano de 2016).

(a) Menos que 1 salário

(b) De 1 à 2 salários

(c) De 3 à 5 salários

## 2. VARIÁVEIS CLÍNICAS

### COMORBIDADES AUTORREFERIDAS

1.1) Acidente Vascular Encefálico	(1) Não	(2) Sim	(3) NSI*
1.2) Problemas renais	(1) Não	(2) Sim	(3) NSI
1.3) Doença vascular periférica	(1) Não	(2) Sim	(3) NSI
1.4) Doença cardíaca:	(1) Não	(2) Sim	(3) NSI
1.5) Varizes	(1) Não	(2) Sim	(3) NSI
1.6) Hemiplegia	(1) Não	(2) Sim	(3) NSI
1.7) Outra	(1) Não	(2) Sim	(3) NSI
1.8) Qual?			

### HÁBITOS DE VIDA

1) Consumo de álcool	(1) Não	(2) Sim
2) Tabagismo	(1) Não	(2) Sim
3) Ingestão de sal	(1) Não	(2) Sim
4) Realiza atividade física	(1) Não	(2) Sim
5) Ingestão de frutas e legumes	(1) Não	(2) Sim

### MEDICAÇÕES UTILIZADAS

1) Anti-hipertensivos	(1) Não	(2) Sim
2) Diuréticos	(1) Não	(2) Sim
3) Antiagregante plaquetário	(1) Não	(2) Sim
4) Antidepressivos/ Ansiolíticos	(1) Não	(2) Sim
5) Analgésicos	(1) Não	(2) Sim
6) Outros:	(1) Não	(2) Sim

\* Não soube informar

**ANEXO I****ADESÃO TERAPÊUTICA**

---

***Teste de Morisky-Green<sup>1</sup>***

---

(1) Alguma vez você esqueceu-se de tomar o remédio?	Não	Sim
(2) Às vezes você não é cuidadoso tomando o medicamento?	Não	Sim
(3) Quando você se sente melhor, às vezes para de tomar o remédio?	Não	Sim
(4) Às vezes, se você se sente pior quando toma seus remédios, você para de tomá-los?	Não	Sim

---

<sup>1</sup>Considera-se como não adesão, ao responder afirmativamente pelo menos uma questão.

**ANEXO II****Protocolo de Pesquisa: *Specific Questionnaire for Quality of Life Bulpitt e Fletcher's.******Scoring of Health Index (Pontuação do Índice de Saúde)*****Seção 1**

Por favor, assinale a alternativa correspondente à sua resposta ou coloque um número no local apropriado.

Ex.: horas de sono (8).

1. No último mês você sentiu tontura ou teve algum desmaio?

SIM  NÃO

Se NÃO, por favor pule para a questão 4.

2. Se SIM, a tontura ou desmaio ocorreram enquanto você estava em pé?

SIM  NÃO

3. Por quantas horas no dia você sentiu tontura ou desmaio?

Menos do que uma

1 a 2 horas

mais do que duas horas

4. No último mês, você se sentiu frequentemente sonolento durante o dia?

SIM  NÃO

5. Quantas horas, em média, você dorme por dia?

\_\_\_\_\_ horas

6. No último mês você sentiu fraqueza nas pernas?

SIM  NÃO

7. Você sentiu a vista turva ou embaçada no último mês?

SIM  NÃO

8. Você tem falta de ar quando caminha no chão plano em comparação a pessoas de sua idade?

SIM  NÃO

9. Seus tornozelos incham no final do dia?

SIM  NÃO

10. Comparando-se a outros homens e mulheres de sua idade, você tende a caminhar:

mais lentamente

mais rapidamente

no mesmo passo

11. Com que frequência normalmente seus intestinos funcionam?

Coloque o número de vezes por dia ( ) ou

Número de vezes por semana ( )

12. Você apresenta intestino solto ou fezes líquidas com frequência?

SIM  NÃO

13. No último mês, você ficou com o intestino preso muitas vezes?

SIM  NÃO

14. Quantas vezes, em média, você levanta durante a noite para urinar?

0  1  2  + que 2

15. No último mês você tem sentido a boca seca?

SIM  NÃO

Se NÃO, por favor passe para a questão 17

16. Se SIM, a boca seca atrapalha você para falar ou comer?

SIM  NÃO

17. No último mês você tem sido incomodado por um gosto ruim na boca?

SIM  NÃO

18. No último mês você tem sido incomodado por nariz entupido ou escorrendo?

SIM  NÃO

19. Comparando-se a outras pessoas de sua idade, sua capacidade de concentração é:

melhor que a média  mesma que a média  pior que a média

20. No último mês você sentiu vermelhidão no seu rosto ou pescoço?

SIM  NÃO

21. Durante o último mês, você foi frequentemente incomodado por sonhos agitados que pareciam reais ou por pesadelos?

SIM  NÃO

22. Durante o último mês, você sentiu enjoo ou vomitou com frequência?

SIM  NÃO

23. Você teve alguma lesão na pele no último mês?

SIM  NÃO

24. Você tem apresentado coceira no último mês?

SIM  NÃO

25. Seus dedos ficam pálidos quando está frio?

SIM  NÃO

Se NÃO, por favor passe para a questão 27

26. Se SIM, eles ficam doloridos?

SIM  NÃO

27. Você tem sofrido de dor de cabeça no último mês?

SIM  NÃO

Se NÃO, passe para a questão 30

Se SIM, por favor passe para a questão 28 e 29

28. Com que frequência suas dores de cabeça ocorrem?

1 ou mais vezes por dia  1 até 6 vezes por semana  menos que uma vez por semana

29. Em que hora do dia sua dor de cabeça ocorre?

ao acordar pela manhã  durante o dia, sem estar presente quando você acorda

durante à noite

30. Você tem tido tosse seca no último mês?

SIM  NÃO

31. As próximas questões se referem à sua vida sexual. Sabemos que estas questões são de natureza muito pessoal, mas são importantes, pois estamos interessados em todos os aspectos do seu bem-estar e gostaríamos que você as respondesse. Gostaríamos de enfatizar, novamente, que essa informação é confidencial.

Seu interesse em sexo está:

menor  o mesmo ou maior

32. Você tem relação sexual?

SIM  NÃO

Se NÃO, por favor pule para a questão 33

Se SIM, por favor pule para a questão 34

33. Suas razões para não ter relações sexuais são (assinale quantas alternativas forem necessárias)

Falta de interesse

Outra razão relacionada com sua saúde (por favor especifique)

Outra razão não relacionada com sua saúde (por favor especifique)

---

34. Com que frequência você tem relações sexuais? Por favor, escreva no espaço o número de:

vezes por semana  vezes por mês ou  vezes por ano

35. Somente para homens

Durante a relação sexual você é incomodado por não conseguir manter uma ereção?

SIM  NÃO

Somente para mulheres

Durante a relação sexual você tem sentido dificuldade para se excitar (ficar molhada/lubrificada)?

SIM  NÃO

## Seção 2

36. Por favor assinale a alternativa que melhor representa a sua situação

emprego remunerado

emprego não remunerado, mas trabalhando em casa ou com parentes

desempregado, mas procurando por um trabalho

desempregado, afastado por motivos de doença

aposentado

37. Se você assinalou em “emprego remunerado”, no último mês, quantos dias você faltou devido à sua doença? (Por favor escreva o número de dias no espaço, ou assinale nenhum se você não teve falta devido à doença) (\_\_\_\_) dias

38. Se você faltou ao trabalho por motivos de doença, escreva qual foi a razão

---

39. Durante o último mês, você tem se sentido incapaz de realizar atividades domésticas habituais devido à sua doença?

SIM  NÃO

40. Se SIM, por quantos dias você esteve incapacitado de realizar suas atividades habituais devido à doença?

Por favor, escreva o número de dias (\_\_\_\_)

41. Quais foram as razões pelas quais você esteve incapaz de realizar suas atividades habituais?

---

42. Você tem alguma atividade de lazer ou divertimento?

SIM  NÃO

43. Se SIM, por favor escreva quais são as suas atividades de lazer ou divertimento

---

44. Seu estado de saúde tem interferido nas suas atividades de lazer ou divertimento?

( ) SIM ( ) NÃO 45. Se SIM, de que maneira?

46. O seu estado de saúde tem interferido de alguma outra maneira na sua vida recentemente? ( ) SIM ( ) NÃO Se SIM, de que maneira?

**Pontuação do Questionário Bulpitt e Fletcher**

Questões	Respostas	Pontuação
1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 30, 35, 39, 42, 44, 46	Sim Não	0 1
14	0 a 1 2 e >2	1 0
19	melhor que a média mesma que a média pior que a média	1 1 0
28	1 ou mais vezes por dia 1 até 6 vezes por semana menos que uma vez por semana	0 0 1
31	menor o mesmo ou maior	0 1
32 (depende da 33)	sim não e questão 33 outra razão relacionada à saúde não e questão 33 falta de interesse ou outra razão não relacionada à saúde	1 0 0 1
35	sim não	0 1
36	Se emprego remunerado ou emprego não remunerado ou aposentado Desempregado	1 0
37	Se > 0 < 1 Se > 1	1 0
3, 5, 10, 11, 19, 29, 33, 34, 38, 40, 41, 43, 45	<b>DESCRIPTIVAS</b>	

$$Score = \frac{\text{soma de todos os pontos}}{35}$$