



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA - DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

ANA LÚCIA BECKER VIEIRA BILLIG

**QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO HIPERTENSO  
EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO  
DE CARDIOLOGIA, RS, 2014**

Porto Alegre  
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA - DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

ANA LÚCIA BECKER VIEIRA BILLIG

**QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO HIPERTENSO  
EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO  
DE CARDIOLOGIA, RS, 2014**

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado como requisito parcial  
para obtenção do Certificado de  
Especialização em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Porto Alegre

2014

*Ao Rudah e Osvaldo, meu querido filho e esposo.*

*A eles, minha eterna gratidão.*

## **HOMENAGEM ESPECIAL**

*Agradeço ao meu orientador, professor doutor Ronaldo Bordin, por ter dedicado a este estudo sua capacidade intelectual, compartilhando seus conhecimentos, apoiando-me durante esta trajetória. A você, meu especial respeito profissional e agradecimento, por poder contar com sua afetividade, disponibilidade e confiança em mim depositada, além da solidariedade no partilhar de momentos significativos de minha vida.*

*Ao professor coordenador do curso de especialização em Saúde Pública, doutor Roger dos Santos Rosa, pela sua competência e ética. Seu apoio foi fundamental para a concretização deste estudo.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Agradeço a DEUS, pela iluminação constante!*

*Aos meus pais, Júlio e Ivoni (in memoriam). Muito do que me ensinaram está presente na construção deste árduo, mas dignificante trabalho.*

*Aos mestres, meu reconhecimento por terem contribuído para a minha formação científica.*

*Às secretárias Daiane e Letícia, pelo cordial atendimento.*

*Finalmente, aos pacientes participantes deste estudo, sem eles nada seria possível.*

*Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós.*

*Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.*

*Saint-Exupéry*

## RESUMO

**Introdução:** No Brasil, a prevalência estimada de hipertensão arterial – HA é de 35% da população acima de 40 anos, sendo de 50% entre os idosos. **Objetivo:** Descrever a qualidade de vida de idosos hipertensos em um serviço especializado de cardiologia, situado em Porto Alegre (RS), 2014. **Métodos:** 226 pacientes com diagnóstico prévio de hipertensão arterial, atendidos no Ambulatório de Hipertensão do Instituto de Cardiologia da Fundação Universitária de Cardiologia – IC/FUC no período de novembro/2013 a julho/2014. Coleta de dados realizada por aplicação direta do instrumento (57 pacientes - 25,2%) e através de análise de prontuário e aplicação do instrumento por telefone (169 pacientes - 74,78%). Os dados foram coletados por meio de um instrumento baseado no estudo SABE e, para avaliação da qualidade de vida, foi aplicado o questionário de Bulpitt e Fletcher. **Resultados:** Os níveis médios pressóricos sistólicos e diastólicos foram de, respectivamente,  $155,5 \pm 18,2$  e  $99,5 \pm 8,4$ . A maior prevalência foi de hipertensos de grau I (45,1%). Quanto aos escores de qualidade de vida, a média do escore total de Bulpitt e Fletcher foi de 46,5 pontos ( $\pm 11,6$ ), variando de 14,3 a 77,1 pontos. Houve associação significativa entre os escores de qualidade de vida e a faixa etária ( $p=0,017$ ), a escolaridade ( $p=0,002$ ) e o estado civil ( $p=0,031$ ). É possível observar que, à medida que aumenta a faixa etária, os escores diminuem. Também pode ser ressaltado que idosos viúvos apresentam escores significativamente mais baixos de qualidade de vida. Quanto à escolaridade, os escores de qualidade de vida aumentam à medida que aumenta o nível de escolaridade dos idosos. Após ajuste por possíveis fatores confundidores, permaneceram associadas aos escores de Bulpitt e Fletcher a obesidade ( $p=0,049$ ), a escolaridade ( $p=0,003$ ) e a frequência cardíaca ( $p=0,010$ ). Idosos obesos de mais baixa escolaridade e com maior frequência cardíaca apresentaram menores escores de qualidade de vida na escala Bulpitt e Fletcher. **Conclusão:** A realização deste estudo possibilitou demonstrar a caracterização sociodemográfica e clínica dos idosos. Os resultados evidenciaram o impacto na qualidade de vida desses idosos, demonstrando a necessidade de diferentes abordagens no tratamento da hipertensão.

**Unitermos:** Qualidade de Vida, Hipertensão, Epidemiologia, Administração e Planejamento em Saúde, Saúde do Idoso.

## LISTA DE TABELAS E ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – Caracterização da amostra.....	20
Tabela 2 – Associação entre as variáveis e os escores de Bulpitt e Fletcher .....	21
Figura 1 – Associação entre escolaridade e escore de qualidade de vida de Bulpitt e Fletcher.....	22
Figura 2 – Associação entre frequência cardíaca e escore de qualidade de vida de Bulpitt e Fletcher .....	22
Tabela 3 – Análise de regressão linear multivariada para avaliar fatores associados aos escores de Bulpitt e Fletcher.....	23

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BHS – British Hypertension Society

DBH – Diretriz Brasileira de Hipertensão

DCNT – Doença crônica não transmissível

DCV – Doença cardiovascular

FR – Fatores de risco

HA – Hipertensão arterial

HAS – Hipertensão arterial sistêmica

HDL – High density lipoproteins

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC/FUC – Instituto de Cardiologia – Fundação Universitária de Cardiologia

NHANES – National Health and Nutrition Examination Survey

OMS – Organização Mundial da Saúde

PA – Pressão arterial

QV – Qualidade de vida

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA.....	11
1.2 JUSTIFICATIVA .....	11
1.3. OBJETIVOS .....	11
<b>1.3.1 Objetivo Geral</b> .....	<b>11</b>
<b>1.3.2 Objetivos Específicos</b> .....	<b>11</b>
<b>2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>12</b>
2.1 ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	14
2.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	14
<b>3 REVISÃO TEÓRICA</b> .....	<b>15</b>
3.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA .....	16
3.2 PREVALÊNCIA / INCIDÊNCIA.....	17
3.3 QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO.....	17
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>20</b>
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	<b>24</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>26</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>27</b>
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	<b>31</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE PRONTUÁRIOS DE PACIENTES E DE BANCO DE DADOS PARA PROJETOS DE PESQUISA</b> .....	<b>32</b>
<b>APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO DE BULPITT E FLETCHER: QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE HIPERTENSO</b> .....	<b>33</b>
<b>APÊNDICE D - PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS</b> .....	<b>39</b>
<b>ANEXO A - PROTOCOLO DE APROVAÇÃO CEP UFRGS</b> .....	<b>42</b>
<b>ANEXO B - PROTOCOLO DE APROVAÇÃO CEP IC/FUC</b> .....	<b>43</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa brasileira tem provocado alterações profundas na sociedade. Este impacto, que deverá ser ainda maior no futuro, é sentido na economia, no mercado de trabalho, nas relações familiares e no sistema de saúde. Projeções indicam que a população idosa representará em torno de 15% da população brasileira no ano de 2020, bem acima dos 4% que ocupava em 1940. O Brasil, em 2015, já será o sexto país do mundo em número de idosos (PICCINI, 2006).

As pessoas idosas apresentam fragilidades específicas do ponto de vista fisiológico, psicológico e social, decorrentes das perdas que ocorrem ao longo da vida e que as tornam suscetíveis às alterações no estado de saúde; seus problemas se caracterizam pela diversidade, cronicidade e complexidade.

Neste contexto de rápida mudança demográfica e de vulnerabilidade dos indivíduos idosos, coloca-se a necessidade de novas formas de organização dos serviços de saúde, os quais passam a lidar com um perfil epidemiológico caracterizado pelo predomínio de doenças crônicas e degenerativas, exigindo uma assistência de longa duração, com ênfase no controle dos fatores de risco.

Entre as doenças crônicas, as cardiovasculares constituem a principal causa de morte nas pessoas idosas, pois podem gerar incapacidades, dependências e perda de autonomia, representando um alto custo econômico e social.

Constata-se que a hipertensão arterial sistêmica – HAS é a mais prevalente e aumenta progressivamente com a idade (SANTOS, 2002).

Estudos epidemiológicos demonstraram que a elevação da pressão arterial aumenta a morbimortalidade cardiovascular, de forma que, com a redução dos níveis pressóricos sistólicos e/ou diastólicos, há importante redução da morbimortalidade cardiovascular (BORELLI, 2008).

No Brasil, a prevalência estimada de hipertensão arterial – HA é de 35% da população acima de 40 anos, o que representa, em números absolutos, um total de 17 milhões de portadores da doença. Entre os idosos, a prevalência é de 50% da população, e cerca de 75% das pessoas recorrem ao Sistema Único de Saúde – SUS para receber atendimento na Atenção Básica (BRASIL, 2006).

## 1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Perfil dos preditores mais evidentes em variáveis de avaliação da qualidade de vida do idoso hipertenso

## 1.2 JUSTIFICATIVA

Segundo o Ministério da Saúde (2013), a hipertensão arterial é a doença mais comum no Brasil. Pesquisa realizada com a população adulta das capitais e do Distrito Federal identificou uma frequência de diagnóstico médico prévio de hipertensão arterial de 24,3% (VIGITEL, 2008). A mesma pesquisa identificou, em Porto Alegre, um percentual de 26,2% do total da população como hipertensos.

Estudos relacionados à qualidade de vida têm mostrado sua importância em vários segmentos, especialmente na população idosa. Como o envelhecimento é uma experiência heterogênea, cada indivíduo direciona sua vida de acordo com padrões, normas, expectativas, desejos, valores e princípios diferentes.

É relevante que os serviços de saúde priorizem ações visando diminuir a influência sobre o cotidiano e a autonomia do idoso. Além disso, pode-se buscar, junto à família e comunidade, recursos que favoreçam as expectativas futuras e novas realizações e implementação de atividades comunitárias que atendam aos seus desejos (TAVARES, 2011).

Neste contexto, este estudo objetiva descrever a qualidade de vida de idosos hipertensos em um serviço especializado de cardiologia.

## 1.3. OBJETIVOS

### 1.3.1 Objetivo Geral

Descrever a qualidade de vida de idosos hipertensos em um serviço especializado de cardiologia, no Rio Grande do Sul – RS, em 2014.

### 1.3.2 Objetivos Específicos

- Descrever a casuística de idosos segundo variáveis sociodemográficas;
- Sistematizar as variáveis de avaliação de qualidade de vida segundo os domínios do instrumento de Bulpitt e Fletcher.

## 2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A presente pesquisa faz parte de um estudo maior, configurando-se como subprojeto de tese de doutorado, realizado em um serviço especializado de cardiologia

Este estudo se conforma em um delineamento analítico, transversal e descritivo, com perfil quantitativo. Ele foi desenvolvido no período de novembro de 2013 a julho de 2014.

A amostra deste estudo compreendeu 226 pacientes com diagnóstico prévio de hipertensão arterial, atendidos no Ambulatório de Hipertensão do Instituto de Cardiologia da Fundação Universitária de Cardiologia – IC/FUC. Esse ambulatório presta atendimento a usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, provenientes de Porto Alegre e do interior do RS, totalizando cerca de 14 mil consultas anualmente.

Critérios de inclusão:

- Pacientes com 60 anos ou mais, de ambos os sexos;
- Pacientes com diagnóstico prévio de hipertensão;
- Pacientes com condições físicas, mentais e intelectuais para comunicar-se com a pesquisadora;

Pacientes que aceitem participar do estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

Critério de exclusão:

- Pacientes com lesões clinicamente evidentes em órgãos alvo.

A coleta de dados ocorreu em dois momentos. O primeiro, por aplicação direta do instrumento, quando foram coletadas informações de 57 pacientes (25,22% da amostra). Como complemento, o restante da coleta de dados se deu através de análise de prontuário e aplicação do instrumento por telefone, perfazendo 169 pacientes (74,8% do total da amostra).

A alteração no procedimento de coleta dos dados se fez necessário em virtude de tratar-se de um estudo transversal e a captação direta dos dados (pacientes), tornaria uma dimensão de tempo não adequada ao tempo existente para sua realização.

Os dados foram coletados através de um instrumento elaborado pela pesquisadora, embasado no estudo SABE (LEBRÃO & DUARTE, 2003). Para

avaliação da qualidade de vida, foi aplicado o questionário de Bulpitt e Fletcher (GUSMÃO & PIERIN, 1999), sendo este o primeiro instrumento para avaliação da qualidade de vida específico para hipertensos no Brasil.

Foram coletadas as seguintes variáveis sociodemográficas: sexo, idade, peso, escolaridade em anos, ocupação, estado civil e renda mensal. As variáveis de avaliação de qualidade de vida foram agregadas segundo os domínios do instrumento de Bulpitt e Fletcher e o protocolo específico elaborado pela pesquisadora.

O questionário de Bulpitt e Fletcher é o primeiro instrumento de qualidade de vida específico para hipertensos no Brasil, que passou por todo o processo de tradução e adaptação transcultural proposto pela literatura. Dessa maneira, tendo sido comprovada sua validade no tratamento anti-hipertensivo, está apto a ser utilizado na investigação e prática clínica (GUSMÃO & PIERIN, 2009).

O questionário de Bulpitt e Fletcher 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. Ele inclui questões referentes ao quadro clínico, aos efeitos colaterais do tratamento e aos aspectos sociais, profissionais, afetivos e sexuais, possivelmente relacionados à doença ou ao seu tratamento. É objetivo, claro e atende aos principais aspectos envolvidos na hipertensão arterial.

O segundo instrumento aplicado foi o protocolo elaborado pela pesquisadora baseado no estudo SABE (LEBRÃO & DUARTE, 2003), sendo que o projeto SABE – Saúde, bem-estar e envelhecimento, foi coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde com o objetivo de coletar informações sobre as condições de vida dos idosos com 60 anos ou mais, residentes em áreas urbanas de metrópoles de sete países da América Latina e Caribe. O referido protocolo retirou na íntegra do Estudo SABE a seção “C” – Estado de saúde e os itens relacionado á hipertensão.

Foi aferida a pressão arterial dos pacientes na entrevista, usando-se o aparelho automático OMRON-705, validado e aprovado pela British Hypertension Society – BHS. Os valores da pressão arterial foram aferidos de acordo com as normas estabelecidas pela VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (2010). Todos os participantes do estudo foram submetidos a exames bioquímicos de sangue (colesterol, HDL, triglicérides, glicemia, potássio, creatinina) de acordo com o protocolo do serviço de atendimento do Ambulatório de Hipertensão do Instituto de Cardiologia da Fundação Universitária de Cardiologia do RS.

## 2.1 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para o cálculo amostral, foram considerados os achados de Chachamovich (2007), que apresentou desvio-padrão de 40 pontos, uma diferença esperada de 15 pontos entre os pacientes com hipertensão, com um nível de significância de 5% e poder de 80%, delimitando uma amostra de 226 pacientes para este estudo.

As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio-padrão, e as categóricas descritas por frequências absolutas e relativas.

Para comparar médias entre os grupos, foram empregados o teste t de *Student* para amostras independentes ou análise de variância (ANOVA) *one-way*. A associação entre as variáveis quantitativas e ordinais foi avaliada pelos coeficientes de correlação de Pearson e Spearman, respectivamente.

Para controle de fatores confundidores, foi utilizada a análise de regressão linear multivariada. O critério para a entrada da variável no modelo foi apresentar um valor  $p < 0,20$  na análise bivariada.

O nível de significância adotado foi de 5% ( $p \leq 0,05$ ) e as análises foram realizadas no programa SPSS, versão 21.0.

## 2.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi norteado pela Resolução CNS nº 466/2012, que trata de pesquisas com seres humanos. O protocolo foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Cardiologia/Fundação Universitária de Cardiologia, com registro na unidade de pesquisa sob o protocolo de número 4895/13. Sendo um subprojeto, foi registrado junto à Comissão de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS (protocolo nº 26344). Todos os participantes do estudo receberam orientações sobre o estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

### 3 REVISÃO TEÓRICA

A Organização Mundial da Saúde – OMS (1984) define o idoso a partir da idade cronológica: pessoa com 60 anos ou mais em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos (BRASIL, 2005). No Brasil, segundo o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003), idoso é a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2003).

Projeções demográficas estimam que a população mundial acima de 60 anos de idade será de 1,9 bilhões de pessoas em 2050. Em 2008, uma em cada dez pessoas possuía 60 anos de idade ou mais; em 2050, estima-se que a relação será de 1:5 em todo o mundo, e de 1:3 nos países desenvolvidos (IBGE, 2009).

Segundo Carvalho e Garcia (2003), o número de idosos no Brasil passou de 3 milhões em 1960 para 7 milhões em 1975, atingindo 20 milhões em 2008 – um aumento de quase 700% em menos de 50 anos. As projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas.

Hoje, o Brasil é um “jovem país de cabelos brancos”. A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. O país contava, em 2010, com um total de 20,5 milhões de idosos (10,8% da população total). Acima da média nacional, o Rio Grande do Sul possui 1.459.597 (13,6%) idosos (IBGE, 2009). Para Veras (2009), a maior concentração de idosos na população envolveu aumento na incidência de doenças crônicas e degenerativas, que podem ser acompanhadas por sequelas que limitam o desempenho funcional e geram dependência (DUARTE, 2005).

Nos países das Américas e no Caribe, as doenças crônicas chegam a ser a causa de 75% dos óbitos, de forma que as doenças cardiovasculares são as responsáveis por aproximadamente 30% delas. No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por mais de 250 mil mortes por ano, e a hipertensão arterial sistêmica participa de quase metade delas (MIRANDA, 2002).

Segundo Mendes (2008), as elevações da pressão sanguínea são observadas durante o ciclo da vida. Nas pessoas com mais de 60 anos, a prevalência da hipertensão é de 60%. Dados confirmados por estudos de Ramos *et*

*al.*, 1991 (*apud* AMADO & ARRUDA, 2003), encontraram, entre idosos, uma prevalência de hipertensão arterial de 60%.

Resultados do estudo de Framingham demonstram que não ocorreu redução na prevalência da hipertensão arterial nas últimas quatro décadas ou progresso em sua detecção e tratamento (DÓREA & LOTUFO, 2001 *apud* AMADO & ARRUDA, 2003). Entre todos os grupos de doenças, as cardiovasculares são as mais frequentes, sendo a hipertensão arterial sistêmica a mais prevalente, aumentando de forma progressiva com a idade (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

### 3.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A hipertensão arterial sistêmica – HAS é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2012; WILLIAMS, 2010).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular – DCV aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg, de forma linear, contínua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2012)

Existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência da HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos (CESARINO, 2008).

A influência do nível socioeconômico na ocorrência da HAS é complexa e difícil de ser estabelecida (CONEN, 2009). No Brasil, foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade (CESARINO, 2008).

Outros fatores de risco cardiovascular frequentemente se apresentam de forma agregada; a predisposição genética e os fatores ambientais tendem a contribuir para essa combinação em famílias com estilo de vida pouco saudável (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2012; CESARINO, 2008).

### 3.2 PREVALÊNCIA / INCIDÊNCIA

A hipertensão arterial é uma doença frequente nos países desenvolvidos, atingindo entre 20 a 30% da população adulta (YARN, 2004).

A hipertensão arterial é elevada em idosos. A respeito disso, de acordo com estudo NHANES III, a sua taxa de prevalência em indivíduos > 60 anos de idade é estimada em > 60% (ONG, 2007).

As taxas de prevalência de hipertensão arterial diferem de maneira significativa em todos os países, apresentando valores mais elevados na Europa (44%) do que nos Estados Unidos (28%) (ONG, 2007; WOLF-MAIER, 2003).

A taxa de prevalência da hipertensão arterial no afro-americano é duas vezes maior do que a respectiva taxa nos americanos brancos, e as complicações mais graves apresentam-se no primeiro grupo de origem (ONG, 2007). Vários estudos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos e na Europa concluíram que a hipertensão é prevalente nas faixas etárias entre 53% e 72% (SUNDQUIST, 2001).

Na Grécia, os resultados de um estudo realizado por Nemea Skliros *et al.* (SKLIROS, 2002) indicaram que a prevalência de hipertensão arterial em idosos com idade > 65 anos de idade foi de 69%, enquanto a taxa de prevalência mais baixa (50%) foi relatada no Estudo Didymos para a mesma faixa etária (STERGIOU, 1999).

Além disso, as maiores taxas de prevalência têm sido relatadas para as faixas etárias de 65 e 74 anos, homens 39,5% e mulheres 49,6%, respectivamente (PITSAVOS, 2006).

### 3.3 QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

Considerando-se que as doenças e as incapacidades funcionais causam impacto sobre a família, o sistema de saúde e o cotidiano dos idosos, é importante buscar postergar sua evolução para garantir longevidade com autonomia, independência e maior qualidade de vida (VERAS, 2009).

Segundo Duarte (2003), idosos com maior número de doenças apresentam pior qualidade de vida. Porém, segundo o autor, a mensuração da qualidade de vida tem sido realizada por meio de instrumentos genéricos que apresentam limitações

para detectar itens relevantes para essa faixa etária.

Um estudo recente demonstrou que intervenções por parte de profissionais da saúde podem contribuir para minimizar o impacto das incapacidades e morbidades na qualidade de vida do idoso.

O conceito de qualidade de vida é multidimensional, sendo definido pela Organização Mundial de Saúde, em 1995, como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto cultural e no sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

No entendimento de Seidl (2004), é importante enfatizar dois aspectos: a subjetividade, ou seja, o indivíduo avalia a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida; e a multidimensionalidade, que se refere ao reconhecimento de que o construto é composto por diferentes dimensões. Outras definições mais restritas e específicas existem, como as econômicas e aquelas desenvolvidas no setor de saúde, sendo estas fundamentadas na percepção da saúde, nas funções sociais, psicológicas e físicas, bem como nos danos relacionados a elas (MINAYO, 2000).

Nesse contexto, a qualidade de vida pode ser dividida em parâmetros objetivos, com indicadores externos de natureza biológica, clínica e epidemiológica, ou parâmetros subjetivos com avaliações de indivíduos ou grupos, com indicadores internos relativos à saúde e ao bem-estar (CHACHAMOVICH, 2007).

Para os idosos, a determinação da qualidade de vida tem influência da percepção de saúde que consiste em sentir-se bem na ausência de agravos e doenças significativas que possam impedir a realização de habilidades e capacidades (VILARTA, 2004).

No âmbito da saúde coletiva e das políticas públicas, as informações sobre qualidade de vida têm sido usadas como indicadores para avaliação da eficácia e eficiência e do impacto de determinados tratamentos e para a comparação entre procedimentos que buscam controlar a doença. Para Seidl (2004), outro papel importante desses dados está ligado às práticas assistenciais, pois eles servem como indicadores clínicos para avaliar o impacto físico e psicossocial da enfermidade no indivíduo. Isso representa um fundamental acréscimo nas intervenções e nas repercussões de determinadas situações do tratamento individual ao longo da vida (CAVALCANTE, 2007).

A qualidade de vida não é um parâmetro estático; ela pode variar entre os sujeitos ao longo do tempo. Definir a qualidade de vida na velhice é um trabalho complexo, pois este é um fenômeno multideterminado e multidimensional, isto é, depende dos valores vigentes na sociedade, das condições biológicas, sociais e psicológicas em interação com situações passadas, atuais e prospectivas e envolve comparações entre critérios objetivos e subjetivos sujeitos a alterações no decorrer do tempo (CHACHAMOVICH, 2007).

## 4 RESULTADOS

A amostra foi composta por 226 idosos com média de idade de 69,8 anos ( $\pm 7,4$ ). A prevalência na amostra foi do sexo feminino (63,7%), casado (45,1%), escolaridade igual ou inferior a quatro anos de estudo (74,3%), trabalhador domiciliar (96,9%) e com renda mensal de um salário mínimo (66,4%). O índice de massa corporal – IMC médio foi de 28,6 kg/m<sup>2</sup> ( $\pm 9,9$ ), com percentual de obesidade de 28,3%. A caracterização da amostra está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização da amostra

Variáveis	n=226
Idade (anos) – Média $\pm$ DP	69,8 $\pm$ 7,4
Sexo – n (%)	
Masculino	82 (36,3)
Feminino	144 (63,7)
IMC (kgm <sup>2</sup> ) – Média $\pm$ DP	28,6 $\pm$ 9,9
Obesos – n (%)	64 (28,3)
Escolaridade (anos) – Média $\pm$ DP	4,0 $\pm$ 1,5
Classificação da escolaridade – n (%)	
$\leq$ 4 anos	168 (74,3)
> 4 anos	58 (25,7)
Ocupação – n (%)	
Trabalhador domiciliar	219 (96,9)
Trabalhador externo	7 (3,1)
Estado civil – n (%)	
Casado	102 (45,1)
Viúvo	80 (35,4)
Solteiro	10 (4,4)
Separado	34 (15,0)
Renda mensal – n (%)	
1 SM	150 (66,4)
2 a 3 SM	75 (33,2)
4 a 5 SM	1 (0,4)
PAS (mmHg) – média $\pm$ DP	155,5 $\pm$ 18,2
PAD (mmHg) – média $\pm$ DP	99,5 $\pm$ 8,4
FC (bpm) – Média $\pm$ DP	73,8 $\pm$ 11,4
Classificação da pressão arterial – n (%)	
Normal alta	1 (0,4)
Hipertensão grau I	102 (45,1)
Hipertensão grau II	65 (28,8)
Hipertensão grau III	58 (25,7)

Obs.: SM = salário mínimo, equivalente a R\$ 724, em julho de 2014.

Os níveis médios pressóricos sistólicos e diastólicos foram de, respectivamente, 155,5  $\pm$  18,2 e 99,5  $\pm$  8,4. A maior prevalência foi de hipertensos de grau I (45,1%).

Quanto aos escores de qualidade de vida, a média do escore total de Bulpitt foi de 46,5 pontos ( $\pm 11,6$ ), variando de 14,3 a 77,1 pontos.

A associação entre os escores de qualidade de vida de Bulpitt e as variáveis em estudo está apresentada na Tabela 2.

Tabela 2 – Associação entre as variáveis e os escores de Bulpitt e Fletcher

Variáveis	Escore de Bulpitt Média ± DP	p
Faixa etária		0,017*
60 – 69	48,3 ± 10,6	
70 – 79	45,2 ± 12,9	
≥ 80	42,0 ± 11,1	0,561**
Sexo		
Masculino	47,1 ± 11,7	
Feminino	46,2 ± 11,5	
Obesos		0,138**
Sim	44,7 ± 11,0	
Não	47,3 ± 11,7	
Classificação da escolaridade		0,002**
≤ 4 anos	45,2 ± 11,7	
> 4 anos	50,6 ± 11,2	
Ocupação		0,396**
Trabalhador domiciliar	46,4 ± 11,6	
Trabalhador externo	50,2 ± 8,5	
Estado civil		0,031*
Casado	47,8 ± 11,1	
Viúvo	43,6 ± 12,2	
Solteiro	51,1 ± 10,1	
Separado	48,3 ± 10,6	
Renda mensal		0,295**
1 SM	47,2 ± 10,7	
> 1 SM	45,3 ± 13,1	
Classificação da pressão arterial		0,138*
Normal alta/Hipertensão grau I	48,2 ± 10,9	
Hipertensão grau II	45,4 ± 12,3	
Hipertensão grau III	44,9 ± 11,5	

\* Análise de variância (ANOVA) *one-way*, \*\* Teste t de *Student*

Houve associação significativa entre os escores de qualidade de vida e faixa etária ( $p=0,017$ ), escolaridade ( $p=0,002$ ) e estado civil ( $p=0,031$ ). É possível observar que à medida que aumenta a faixa etária, os escores diminuem. Também pode ser ressaltado que idosos viúvos apresentam escores significativamente mais baixos de qualidade de vida.

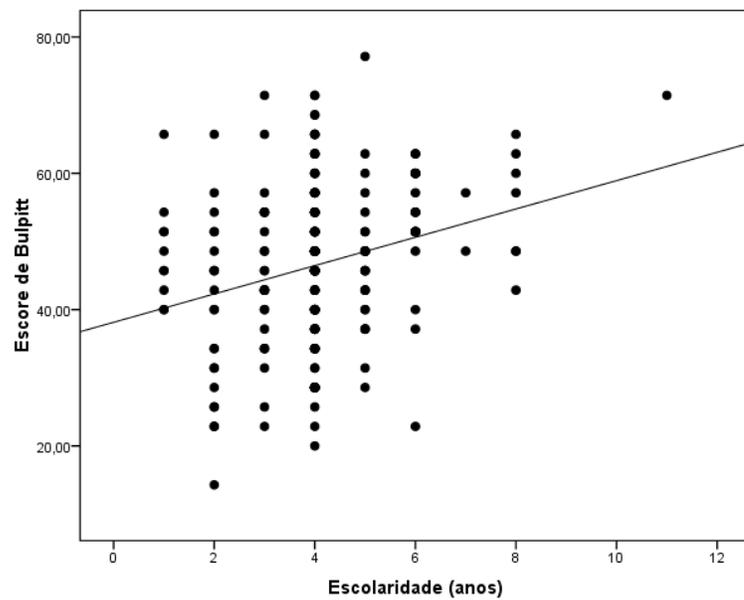


Figura 1 – Associação entre escolaridade e escore de qualidade de vida de Bulpitt e Fletcher

Também houve associação inversa significativa entre os escores de Bulpitt e Fletcher e a frequência cardíaca ( $r=-0,182$ ;  $p=0,006$ ), ou seja, quanto maior a frequência cardíaca, menores os escores de Bulpitt (Fig. 2).

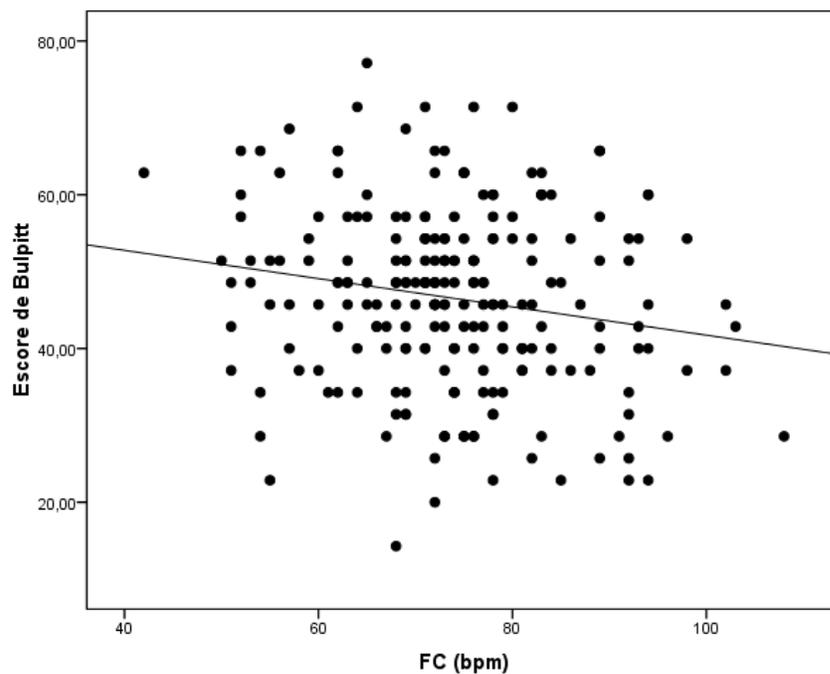


Figura 2 – Associação entre frequência cardíaca e escore de qualidade de vida de Bulpitt e Fletcher

Após ajuste devido a possíveis fatores confundidores, permaneceram associadas ao escore de Bulpitt a obesidade ( $p=0,049$ ), escolaridade ( $p=0,003$ ) e frequência cardíaca ( $p=0,010$ ). Idosos obesos de mais baixa escolaridade e com maior frequência cardíaca apresentaram menores escores de qualidade de vida na escala Bulpitt (Tab. 3).

Tabela 3 – Análise de regressão linear multivariada\* para avaliar fatores associados aos escores de Bulpitt e Fletcher

Variáveis	b (IC 95%)	Beta ( $\beta$ )	p
Idade	-0,12 (-0,40 a 0,16)	-0,076	0,410
Obesidade	-3,35 (-6,69 a -0,02)	-0,131	0,049
Escolaridade (anos)	1,76 (0,61 a 2,90)	0,225	0,003
Estado civil (viúvo)	-1,68 (-5,84 a 2,49)	-0,070	0,428
Classificação da pressão arterial	-0,77 (-2,69 a 1,16)	-0,055	0,432
FC	-0,18 (-0,32 a -0,04)	-0,178	0,010

\* Teste de Fisher:  $F(6,219) = 5,92$ ;  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 14\%$

## 5 DISCUSSÃO

Em um estudo semelhante, Carvalho *et al.* (2013) encontraram variáveis consideráveis em um grupo de hipertensos relacionadas a comorbidades, pressão arterial – PA não controlada, frequência cardíaca – FC elevada, excesso de peso, idade mais avançada, menor renda, menor escolaridade e ausência de companheiros, as quais tiveram impacto significativo na qualidade de vida.

A maioria dos idosos entrevistados era do sexo feminino (63,7%). Nesse sentido, sugere-se que os serviços de saúde desenvolvam ações que busquem captar os idosos do sexo masculino, incentivando o cuidado com a sua saúde. Destaca-se que 35,4% dos indivíduos eram viúvos. Neste contexto, há de se verificar o arranjo de moradia do idoso e buscar o possível apoio familiar para o cuidado com a sua saúde. O especialista em saúde pública pode identificar, na comunidade, os espaços de apoio social que poderão dar suporte na atenção ao idoso. Esse profissional pode, ainda, estimular o autocuidado do idoso por meio de atividades educativas em saúde, desenvolvidas em grupo ou individualmente, nas consultas de enfermagem ou visitas domiciliares.

Os idosos hipertensos com menor grau de escolaridade (25,7%) apresentaram um escore menor de qualidade de vida – QV em relação aos idosos com maior grau de escolaridade (74,3%).

Neste contexto, os profissionais de saúde devem identificar se as possíveis dificuldades relacionadas ao tratamento da hipertensão arterial – HA possuem relação com a compreensão e aprendizagem das orientações recebidas. Desta forma, devem reforçá-las em atividades que valorizem a memória visual e a participação do idoso.

No que tange à renda, mais da metade dos idosos hipertensos (66,4%) relatou receber um salário mínimo. Isso reflete o fato de as pessoas com inserção socioeconômica desfavorável estarem mais propensas ao aumento da pressão arterial e à qualidade de vida não ideal proveniente do estresse e das dificuldades econômicas. Os profissionais em saúde pública juntamente com os idosos e familiares, deve discutir estratégias que possibilitem o tratamento da HA de acordo com suas possibilidades financeiras.

Reforçando este trabalho, Tavares & Dias (2012) apresentam resultados que assemelham-se aos deste estudo.

Um achado importante do presente estudo foi o relacionado à ocupação; verificou-se que 96,9% dos indivíduos eram trabalhadores domiciliares (aposentados). Com essa situação, a pessoa idosa tem como espaço de convivência, prioritariamente, o domicílio. Essa nova condição social pode determinar limitações que influenciarão na saúde física e emocional, desencadeando ou agravando as doenças crônicas não transmissíveis – DCNTs e impactando na qualidade vida – QV. Nessa perspectiva, há de se acrescentar duas situações a serem enfrentadas na atenção à saúde: uma relativa às estratégias de ampliação da rede social e outra relacionada à implementação de tecnologias voltadas à melhoria da funcionalidade das pessoas idosas.

Converge com esses dados o estudo de Tavares & Dias (2012), que apresenta resultados semelhantes.

A obesidade foi fator preponderante na população estudada, com percentual de 28,3%. No entanto, mesmo que alguns estudos mostrem que idosos de determinada região geográfica tenham uma dieta saudável, percebe-se que a dieta da população brasileira, independentemente da faixa etária, é rica em gorduras saturadas e pobre em alimentos ricos em fibras. Esse panorama nutricional, aliado ao sedentarismo e ao perfil genético, é um dos principais fatores etiológicos das DCNTs, como a obesidade e a hipertensão.

Evidenciando os resultados deste estudo, Gottlieb *et al.* (2011) demonstram achados similares.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os idosos se diferenciaram nas variáveis escolaridade e estado civil. Também houve associação significativa entre os escores de Bulpitt e Fletcher e a frequência cardíaca, ou seja, quanto maior a frequência cardíaca, menores os escores de Bulpitt. Na amostra, os resultados demonstraram prevalência do sexo feminino, de trabalhadores domiciliares e de renda mensal de um salário mínimo. A maior prevalência foi de hipertensos de grau I.

Os escores elevam-se à medida que aumenta o nível de escolaridade dos idosos. Também é possível observar que, com o aumento da faixa etária, os escores de qualidade de vida diminuem. Além disso, pode ser ressaltado que os idosos viúvos apresentam escores significativamente mais baixos de qualidade de vida.

As variáveis obesidade, escolaridade e frequência cardíaca permaneceram associadas de forma significativa aos escores. Idosos obesos, com mais baixa escolaridade e com maior frequência cardíaca apresentaram menores escores de qualidade de vida.

O bem-estar ou a qualidade de vida de cada pessoa estão vinculados às perspectivas de envelhecimento ativo, cujas diferenças individuais dependem do contexto sociodemográfico e econômico em que se está inserido, bem como das características culturais e dos padrões de comportamento.

Em suma, a realização desta pesquisa permitiu evidenciar a caracterização sociodemográfica e clínica dos idosos. Embora estudos assim realizados não possam ser generalizados, sua relevância é pertinente para profissionais da área da saúde e gestores, pois possibilitam implementar ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, contribuindo para o delineamento de novas políticas públicas específicas para a saúde do idoso que objetivem o acompanhamento de suas condições de saúde fundamentadas em contexto real, podendo serem replicados em novos cenários.

## REFERÊNCIAS

- Amado TCF, Arruda, IKG. Hipertensão arterial no idoso e fatores de risco associados. *Rev. Brasileira de Nutrição Clínica*. 2004; 19(2):94-99.
- Borelli FAO *et al.* Hipertensão arterial no idoso: importância em se tratar. *Rev Bras Hipertens*. 2008;15(4):236-9.
- Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. [capturado em 22 dez. 2013]. Disponível em [http://dtr2001.saude.gov.br/editora/ produtos/livros/pdf/04\\_0569\\_M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/ produtos/livros/pdf/04_0569_M.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção de Saúde. *Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.*
- Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. *Hipertensão arterial sistêmica*. Brasília; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, 15).
- Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Contagem Populacional*. [capturado em 10 jul. 2013]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
- Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília/DF, 2005. [capturado em 10 maio 2014]. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelheci>
- Brasil. VIGITEL Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. In: Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2009.
- Carvalho JAM, Garcia RA. O Envelhecimento da População Brasileira: um enfoque demográfico. *Caderno Saúde Publica*. 2003; 19(3):725-33.
- Carvalho, MV *et al.* A Influência da Hipertensão Arterial na Qualidade de Vida. *Arq Bras Cardiol*. 100(2):164-174, 2013.
- Cavalcante MA *et al.* Qualidade de vida de pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial. *Arq Bras Cardiol*. 2007; 89 (4): 223-8.
- Cesarino CB. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. *Arq Bras Card* 2008; 91(1): 31-35.

Chachamovich E, Trentini C, Fleck MP. Qualidade de vida em idosos: conceituação e investigação. In: Neri AL, organizadora. Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar. Campinas/SP: Alínea; 2007. p. 61-81.

Conen D. Socioeconomic status, blood pressure progression, and incident hypertension in a prospective cohort of female health professionals. *Eur Heart J* 2009; 30:1378-1384.

Duarte YAO. Desempenho funcional e demandas assistenciais. In: Lebrão ML, Duarte YAO. SABE – saúde, bem-estar e envelhecimento – o projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p. 185-200.

Duarte YAO, Lebrão ML, Lima FD. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2005 Jun.; 17(5/6):370-8.

Gottlieb MG *et al*. Envelhecimento e Longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2011; 14(2):365-380

Gusmão JL, Pierin ÂMG. Instrumento de avaliação da qualidade de vida para hipertensos de Bulpitt e Fletcher. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo. 2009; 43.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2009 [*online*]. Brasília (DF): Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2009. [capturado em 02 jul. 2013]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home>

Lebrão ML, Duarte YA. SABE – saúde, bem-estar e envelhecimento. O projeto Sabe no Município de São Paulo: Uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. [capturado em 21 nov. 2013]. Disponível em <http://www.fsp.usp.br>

Mendes R, Barata JLT. Envelhecimento e pressão arterial. *Acta Med port*. 2008; 21(2):193-98.

Minayo MC, Hartz ZM, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000; 5(1):7-18.

Miranda RD *et al*. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. *Rev Bras Hipertens*. 2002;9(3):293-300.

Munaretti DB *et al*. Hipertensão arterial referida e indicadores antropométricos de gordura em idosos. *Rev Assoc. Med Bras* 2011; 57(1):25-30

Organização Mundial da Saúde - OMS. Os usos da Epidemiologia no estudo dos idosos. Geneva/ Switzerland, 1984.

ONG, K.L. *et al.* Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension among United States Adults 1999-2004. *Hypertension* 2007;49(1): 69-75.

Passos VMA, Assis TD, Barreto SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiologia e Serviços da Saúde*; 2006. 15(1):35-45.

Piccini RX *et al.* Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciências Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):657-67.

Pitsavos CH *et al.* Prevalence of self-reported hypertension and its relation to dietary habits, in adults: a nutrition and health survey in Greece. *BMC Public Health* 2006; 6:206. [capturado em 13 set. 2013]. Disponível em: sabe/Extras/Livro\_SABE.pdf

Santos SR *et al.* Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Rev Latino Am. Enferm.* 2002;10(6):757-64.

Seidl EM, Zannon CM. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(2):580-8.

Skliros EA, Papaioannou I, Sotiropoulos A. A high level of awareness but a poor control of hypertension among elderly Greeks. The Nemea primary care study. *J Human Hypertens* 2002; 16:285-287.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq. Bras Cardiol*; 2012. 1-57.

Stergiou GS, Thomopoulou GC, Skeva II, Mountokalakis TD. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in Greece: the Didima study. *Am J Hypertens*. 1999;12:959-965.

Sundquist J, Winkleby MA, Pudaric S. Cardiovascular disease risk factors among older black, mexican-american and white women and men: an analysis of NHANES III, 1988-1994. Third National Health and Nutrition Examination Survey. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49(2):109-116.

Tavares DMS, Dias FA. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. 2012 jan-mar; 21(1): 112-20.

Tavares DMS. Qualidade de vida de idosos com e sem hipertensão arterial. *Rev. Eletr. Enf.* 2011 abr/jun. 13(2): 211-8.

Veras, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Pública. 2009 Mai-Jun; 43(3):548-54.

Vilarta R, Gonçalves A. Qualidade de vida – concepções básicas voltadas à saúde. In: Gonçalves A, Vilarta R. organizadores. Qualidade de vida e atividade física. São Paulo: Manole; 2004. p. 27-62.

Williams B. The year in hypertension. JACC 2010; 55(1): 66-73.

Wolf-Maier K *et al.* Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada, and the United States. JAMA 2003; 289(18):2363-2369.

Yarn D *et al.* The global burden of chronic diseases: overcoming impediments to prevention and control. JAMA 2004; 291(21): 2616-2622.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Alterações próprias do envelhecimento tornam o indivíduo mais propenso ao desenvolvimento da hipertensão arterial, sendo esta a principal doença crônica nessa população. Estima-se que no Brasil haja mais de 50% de idosos hipertensos, sendo uma das principais causas de mortalidade e redução da qualidade de vida nessa faixa etária. Desta forma, o(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do estudo “Morbidades e Qualidade de Vida do Idoso Hipertenso”, cujo objetivo é avaliar a qualidade de vida de idosos hipertensos associada às comorbidades (manifestação que predispõe o aparecimento de outra doença), atendidos no ambulatório de hipertensão do IC/FUC. Para o estudo, a pesquisadora aplicará questionários (Teste de Morisky-Green, QV-Bulpitt e Fletcher.) que terão a duração de 30 minutos. Todos os participantes da pesquisa serão submetidos a exames bioquímicos de sangue (colesterol, triglicerídeos, glicemia, sódio, potássio, creatinina). Será coletado sangue no valor equivalente a 10 ml, e o Sr(a) poderá sentir um desconforto pela picada da agulha. O descarte do material seguirá as normas de segurança laboratoriais. Será garantida a segurança de que você não será identificado(a). O senhor(a) poderá ter todas as informações que quiser e também poderá não participar da pesquisa, retirando seu consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo no seu atendimento e/ou tratamento. Pela sua participação no estudo, não receberá remuneração. As informações serão de caráter confidencial, relacionadas à sua privacidade, pois os questionários aplicados serão numerados, garantindo o sigilo e anonimato. Será fornecida uma cópia do TCLE ao senhor(a). Serão garantidos todos os preceitos éticos e legais durante e após o término da pesquisa, bem como o compromisso de acesso às informações em todas as etapas da pesquisa e aos seus resultados.

A explicação que recebi esclarece os benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento e que isso não afetará meu atendimento e/ou tratamento.

Nome completo do paciente:

Assinatura:

## **APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE PRONTUÁRIOS DE PACIENTES E DE BANCO DE DADOS PARA PROJETOS DE PESQUISA**

Título do Projeto: “Morbidades e Qualidade de Vida do Idoso Hipertenso”

Cadastro UP: 4895/13

Os autores do presente Projeto se comprometem a manter o sigilo dos dados coletados em prontuários e banco de dados referentes a pacientes atendidos no Instituto de Cardiologia do RS – IC/FUC. Concordam, igualmente, que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente com finalidade científica, preservando integralmente o anonimato dos pacientes.

Porto Alegre, julho de 2013.

Autor do Projeto: Ana Lúcia Becker Vieira Billig

Nome: Ana Lúcia Becker Vieira Billig

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prever procedimentos que assegurem a confiabilidade e a privacidade, a proteção da imagem, a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou comunidades, inclusive em termos de autoestima e de prestígio econômico e/ou financeiro.

Utilizar material biológico e dados obtidos na pesquisa exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

Diretriz 12 (CIOMS) – O pesquisador deve estabelecer salvaguardas seguras para a confiabilidade dos dados de pesquisa. Os indivíduos participantes devem ser informados dos limites da habilidade do pesquisador em salvaguardar a confidencialidade e das possíveis consequências da quebra de confidencialidade.

## APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO DE BULPITT E FLETCHER: QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE HIPERTENSO

### 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 o desmaio ocorreram enquanto você estava em pé?

( ) SIM      ( ) NÃO

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

( ) Menos do que 1 hora

( ) 1 a 2 horas

( ) mais do que 2 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 com 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

( ) a 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 a 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 relações sexuais?

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 à sua saúde (por favor, especifique)
- Outra razão não relacionada à 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 fica 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 “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 motivo 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 de 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sim</li> <li>• não</li> </ul>	0 1
14	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 a 1</li> <li>• 2 e &gt;2</li> </ul>	0 1
19	<ul style="list-style-type: none"> <li>• melhor ou mesma que a média</li> <li>• pior que a média</li> </ul>	1 0
28	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 ou mais vezes por dia</li> <li>• 1 até 6 vezes por semana</li> <li>• menos que uma vez por semana</li> </ul>	0 0 1
31	<ul style="list-style-type: none"> <li>• menor</li> <li>• o mesmo ou maior</li> </ul>	0 1
32 (depende da 33)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sim</li> <li>• não e questão 33 outra razão relacionada à saúde</li> <li>• não e questão 33 falta de interesse ou outra razão</li> <li>• não relacionada à saúde</li> </ul>	1 0  1
35	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sim</li> <li>• não</li> </ul>	0 1
36	<ul style="list-style-type: none"> <li>• se emprego remunerado ou emprego não remunerado ou aposentado</li> <li>• desempregado</li> </ul>	0 1
37	<ul style="list-style-type: none"> <li>• se <math>\geq 0 \leq 1</math></li> <li>• se <math>&gt; 1</math></li> </ul>	1 0
3, 5, 10, 11, 19, 29, 33, 34, 38, 40, 41, 43, 45	Descritivas	

Score = soma de todos os pontos x 100

## APÊNDICE D - PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS

Cod:\_\_\_\_\_ Sexo:\_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
 Altura:\_\_\_\_\_ Escolaridade em anos: \_\_\_\_\_ PAS: \_\_\_\_\_  
 PAD:\_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_

1. Ocupação: A ( ) trabalhador(a) domiciliar                      B ( ) trabalhador(a) externo
2. Estado civil: A ( ) Casado(a)    B ( ) Viúvo(a)    C ( ) Solteiro(a)    D ( )  
Separado(a)
3. Qual sua renda mensal: A ( ) 1 SM    B ( ) 2 a 3 SMs    C ( ) Até 5 SMs    D ( )  
Mais de 5 SMs
4. Além da pressão alta, o Sr(a) tem outra doença? A ( ) Sim    B ( ) Não
  - 4.1 A ( ) Diabetes    B ( ) Osteoporose    C ( ) Catarata    D ( ) Osteoartrose    E ( )  
D. vascular
5. O Sr(a) está tomando algum medicamento para baixar a sua pressão  
sanguínea?  
A ( ) Sim                      B ( ) Não
6. Além do medicamento para pressão alta, o Sr(a) toma a outra medicação?  
A ( ) Sim                      B ( ) Não
  - a. A ( ) Diurético                      B ( ) Anti-hipertensivo                      C ( ) Ansiolítico  
D ( ) Hipoglicemiantes    E ( ) Anticoagulante                      F ( ) Outros
7. O Sr(a) diria que sua saúde é muito boa, boa, regular ou ruim?  
A ( ) Muito boa    B ( ) Boa    C ( ) Regular    D ( ) Ruim
8. Comparando sua saúde de hoje com a de doze meses atrás, o Sr(a) diria que  
agora sua saúde é melhor, igual ou pior do que estava?  
A ( ) Melhor                      B ( ) Igual                      C ( ) Pior
9. Em comparação com outras pessoas de sua idade, o Sr(a) diria que sua saúde é  
melhor, igual ou pior?  
A ( ) Melhor                      B ( ) Igual                      C ( ) Pior
10. Nas duas últimas semanas, quantos dias o Sr(a) deixou de realizar suas  
atividades habituais por motivo de doença?

- A ( ) 1 dia      B ( ) 3 dias      C ( ) 7 dias      D ( ) 10 dias ou mais      E ( ) Nenhum
11. Nas duas últimas semanas, quantos dias o Sr(a) esteve acamado?  
A ( ) 1 dia      B ( ) 3 dias      C ( ) 7 dias      D ( ) 10 dias ou mais      E ( ) Nenhum
12. Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que o Sr(a) tem pressão sanguínea alta, ou seja, hipertensão?  
A ( ) Sim      B ( ) Não
13. Com que idade foi diagnosticada pela primeira vez sua hipertensão?  
A ( ) Menos de 40 anos      B ( ) Entre 40 e 60 anos      C ( ) Mais de 60 anos
14. Para baixar sua pressão sanguínea, durante os últimos doze meses, você perdeu peso?  
A ( ) Sim      B ( ) Não
15. Para baixar sua pressão sanguínea, durante os últimos doze meses, você fez exercícios físicos?  
A ( ) Sim      B ( ) Não
16. Sua pressão sanguínea geralmente está controlada?  
A ( ) Sim      B ( ) Não
17. Em comparação com doze meses atrás, o seu problema de pressão alta está melhor, igual ou pior?  
A ( ) Melhor      B ( ) Igual      C ( ) Pior
18. O Sr(a) costuma ir ao serviço de saúde para controle da sua hipertensão?  
A ( ) Uma vez por mês      B ( ) A cada 2 ou 3 meses      C ( ) A cada 6 meses  
D ( ) Uma vez por ano
19. O Sr(a) precisou ser internado no hospital nos últimos doze meses por causa de sua hipertensão?  
A ( ) Nunca      B ( ) Uma vez      C ( ) 3 vezes ou mais
20. O Sr(a) ingere bebida alcoólica? A ( ) Sim      B ( ) Não
- a. Quais bebidas?  
A ( ) Cerveja      B ( ) Vinho      C ( ) Cachaça      D ( ) Uísque      E ( ) Outras
- 20.2 Com que frequência ingere bebida alcoólica

A ( ) Diariamente      B ( ) Uma vez por semana      C ( ) Três vezes por semana

D ( ) Quinzenalmente      E ( ) Uma vez por mês

21. O Sr(a) é fumante? A ( ) Sim      B ( ) Não      C ( ) Ex-fumante

21.1 Quantos cigarros fuma diariamente?

A ( ) 1 a 2 cigarros      B ( ) 3 a 5 cigarros      C ( ) 6 a 9 cigarros

D ( ) 10 a 20 cigarros      E ( ) mais de 20 cigarros

21.2 Há quanto tempo deixou de fumar?

A ( ) 6 meses      B ( ) 1 ano      C ( ) 5 anos      D ( ) 10 anos      E ( ) mais de 20 anos

22. Exames bioquímicos:

A) Colesterol total \_\_\_\_\_ B) Colesterol HDL \_\_\_\_\_ C) Triglicérides \_\_\_\_\_ D) Glicose \_\_\_\_\_ E) Creatinina \_\_\_\_\_ F) Potássio \_\_\_\_\_

## ANEXO A - PROTOCOLO DE APROVAÇÃO CEP UFRGS

**Sistema Pesquisa - Pesquisador: Ronaldo Bordin**

**Dados Gerais:**

Projeto Nº:	26344	Título:	QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO HIPERTENSO EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO DE CARDIOLOGIA, RS, 2014		
Área de conhecimento:	Epidemiologia	Início:	21/01/2014	Previsão de conclusão:	30/07/2014
Situação:	Projeto em Andamento				
	Não possui projeto pai		Não possui subprojetos		
Origem:	Faculdade de Medicina Departamento de Medicina Social		Projeto Isolado		
Local de Realização:	não informado		Projeto sem finalidade adicional Projeto não envolve aspectos éticos		
Objetivo:	<p>Geral: Descrever a qualidade de vida de idosos hipertensos em um serviço especializado de cardiologia, RS, 2014.          A amostra de 226 pacientes com diagnóstico prévio de hipertensão arterial, atendidos no Ambulatório de Hipertensão do Instituto de Cardiologia da Fundação Universitária de Cardiologia - IC/FC.</p>				

**Palavras Chave:**

EPIDEMIOLOGIA  
 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA  
 POLÍTICAS DE SAÚDE  
 QUALIDADE DE VIDA  
 SAÚDE PÚBLICA

**Equipe UFRGS:**

Nome: RONALDO BORDIN  
 Coordenador - Início: 21/01/2014 - Previsão de término: 30/07/2014  
 Nome: Ana Lúcia Reicher Vieira Billig  
 Pesquisador - Início: 21/01/2014 - Previsão de término: 30/07/2014

**Equipe Externa:**

Nome: Iseu Gus  
 Instituição: FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE CARDIOLOGIA  
 Pesquisador desde: 21/01/2014

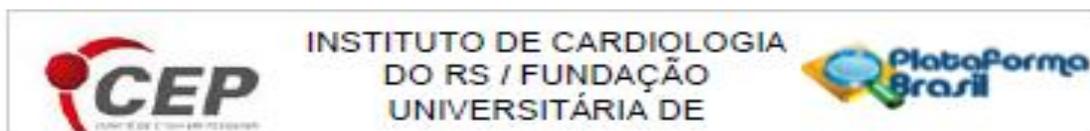
**Avaliações:**

Comissão de Pesquisa de Medicina - Aprovado em 01/04/2014 [Clique aqui para visualizar o parecer](#)

**Anexos:**

[Projeto Completo](#) Data de Envio: 20/01/2014  
[Documento de Aprovação](#) Data de Envio: 18/03/2014

## ANEXO B - PROTOCOLO DE APROVAÇÃO CEP IC/FUC



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** MORBIDADE E QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO HIPERTENSO

**Pesquisador:** Silva Goldmeyer

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 21682713.8.0000.5333

**Instituição Proponente:** Instituto de Cardiologia do RS / Fundação Universitária de Cardiologia

**Patrocinador Principal:** Instituto de Cardiologia do RS / Fundação Universitária de Cardiologia

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 417.470

**Data da Relatoria:** 16/10/2013

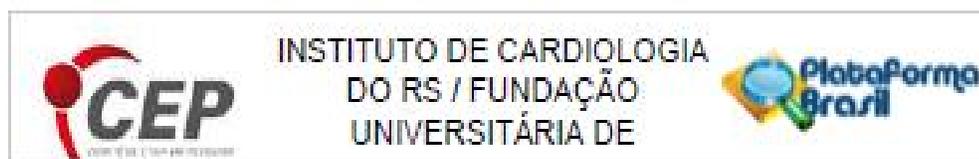
**Apresentação do Projeto:**

Conforme o pesquisador, do presente Projeto de Pesquisa: "Alterações próprias do envelhecimento tomam o indivíduo mais propenso ao desenvolvimento da hipertensão arterial, sendo esta a principal doença crônica nessa população. Estima-se que no Brasil mais de 50% dos idosos sejam hipertensos, sendo uma das principais causas de mortalidade e redução da qualidade e expectativa de vida nessa faixa etária." Caracteriza como um "Estudo com delineamento analítico, transversal e descritivo, com característica quantitativa e qualitativa a ser desenvolvido no segundo semestre de 2013. Serão selecionados 128 pacientes atendidos no ambulatório de hipertensão do IC/FUC, com diagnóstico prévio de hipertensão em tratamento há dois meses. Os dados serão coletados por meio dos instrumentos Bulpitt e Fletcher para avaliação da qualidade de vida. A adesão ao tratamento será mensurada pelo instrumento teste de Morisky-Green e através do MRPA. A pressão arterial na primeira consulta será aferida conforme a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão 2010. Os demais dados serão coletados por meio de um protocolo elaborado pela pesquisadora com os dados pessoais e comorbidades atuais ou pré-existentes do paciente. Conclusões: Serão descritos e apresentados no término da pesquisa."

**Objetivo da Pesquisa:**

\*Objetivo geral

Endereço: Avenida Princesa Isabel, nº 370 Centro Cultural Rubem Rodrigues Ramal: 4136  
 Bairro: Santana CEP: 90.620-001  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3230-3600 Fax: (51)3223-2746 E-mail: secretariageral-up@cardiologia.org.br



Continuação do Parecer: 417.470

“Avaliar a qualidade de vida de idosos hipertensos em tratamento associadas às comorbidades.”

**Objetivos específicos**

Descrever a casuística de idosos com relação às variáveis sócio-demográficas, econômicas e clínicas;  
 Verificar quais as comorbidades mais prevalentes associadas com o idoso hipertenso e correlacionar a qualidade de vida;  
 Investigar quais comorbidades tem maior impacto na qualidade de vida.”

**PROBLEMA DA PESQUISA**

Em relação à percepção de qualidade de vida e morbidades associadas, os idosos hipertensos atendidos no ambulatório de hipertensão do IC/FUC, tem uma boa qualidade de vida?”

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Pelo que a pesquisadora propõe, haverá a utilização de prontuários e de banco de dados principalmente. Baixo risco e muitos benefícios para a Ciência.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Tema muito procedente, atual e importante.

A pesquisadora deve fazer a atualização no seu Projeto, pág. 21, quanto a Resolução CNS Nº196/96, que está revogada pela atual Resolução CNS nº466 de 12 de dezembro de 2012.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta todos os Termos necessários.

**Recomendações:**

Foram atendidas as recomendações solicitadas pela presente relatora e referentes ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há mais pendências ou Inadequações.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: Avenida Princesa Isabel, nº 370 Centro Cultural Rubem Rodrigues Ramal: 4138  
 Bairro: Santana CEP: 90.620-001  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3223-3800 Fax: (51)3223-2746 E-mail: secretaria@cardiologia.org.br



INSTITUTO DE CARDIOLOGIA  
DO RS / FUNDAÇÃO  
UNIVERSITÁRIA DE



Continuação do Parecer: 417.470

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

PORTO ALEGRE, 07 de Outubro de 2013

---

Assinador por:  
Leonardo Martins Pires  
(Coordenador)

Endereço: Avenida Princesa Isabel, nº 370 Centro Cultural Rubem Rodrigues Ramal: 4136  
Bairro: Santana CEP: 90.620-001  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3230-3800 Fax: (51)3223-2746 E-mail: [secretariageral-up@cardiologia.org.br](mailto:secretariageral-up@cardiologia.org.br)