

**UNICESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO CESUMAR
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE**

**ESTADO NUTRICIONAL E QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS HIPERTENSOS
CADASTRADOS NO HIPERDIA, NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ-PARANÁ**

RAQUEL CRISTINA LUIS MINCOFF

**MARINGÁ - PARANÁ
MARÇO
2014**

**UNICESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO CESUMAR
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE**

**ESTADO NUTRICIONAL E QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS HIPERTENSOS
CADASTRADOS NO HIPERDIA, NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ-PARANÁ**

Dissertação apresentada como requisito à obtenção do grau de Mestre em Promoção da Saúde, no curso de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, do Centro Universitário Cesumar.

Orientador(a): Dra. Rose Mari Bennemann
Coorientador(a): Dra. Mayra Costa Martins

**MARINGÁ - PARANÁ
MARÇO
2014**

M563

MINCOFF, Raquel Cristina Luis

Estado nutricional e qualidade de vida dos idosos hipertensos cadastrados no Hiperdia no município de Maringá-Pr. Raquel Cristina Luis Mincoff. Maringá-Pr. Unicesumar, 2014.

Mestrado em Promoção da Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Rose Mari Bennemann
Coorientadora: Profa. Dra. Mayra Costa Martins

1. Saúde. 2. Qualidade de Vida. 3. Idosos Hipertensos . 4. Hiperdia. I. Título.

CDD 22ª Ed. 614

NBR 12899 - AACR/2

DEDICATÓRIA

A Deus, por me permitir a vida. Ao meu esposo, Chrystiano; minhas filhas, Ana Carolina, Maria Clara, e meus pais, Marino e Hilda, pelo amor, dedicação e compreensão.

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, pela fé que me sustenta e me fez prosseguir.

À minha orientadora, Rose Mari Bennemann, pelas contribuições positivas, incentivo e aprendizado.

À minha coorientadora, Mayra Costa Martins, pela motivação, palavras, abraços, aprendizado que contribuíram na concretização deste trabalho.

Aos colegas do mestrado pela colaboração, em especial a Ana Paula Serra Araujo, pelo apoio, incentivo e amizade.

Aos meus amigos, Raquel Gusmão, Marcia Scardoelli, Indianara Lazilha e Odhara Ariana, pelos abraços, sorrisos e incentivos tão importantes nessa caminhada, também pelo cuidado com a Clarinha, na minha ausência.

À coordenação da pós-graduação e demais membros do Centro Universitário Cesumar (Unicesumar) pela eficiência.

À professora Vanessa Denardi, pela contribuição significativa que ampliou meu aprendizado.

Ao meu esposo, Chrystiano Mincoff, que sempre me encorajou, aconselhou e apoiou em todas as horas. Pelo carinho e compreensão nos momentos de distância que contribuíram para a finalização desse estudo.

Às minhas filhas, Ana Carolina e Maria Clara, pelo amor incondicional, carinho, paciência e compreensão nos momentos de ausência.

A todos os meus familiares, em especial meus pais, Marino e Hilda, que são meu alicerce, responsáveis por toda a trajetória de vida. Ao meu pai pela sua vida!

Um agradecimento especial a todos os idosos inscritos no programa Hiperdia., Sem vocês a realização da pesquisa que originou esta dissertação não seria possível.

Por fim, agradeço a todos que de forma direta ou indireta contribuíram para a conclusão do curso de mestrado em Promoção da Saúde e para a conclusão desta dissertação.

Muito obrigada!

“Seja forte e corajoso! Não se apavore, nem desanime, pois o Senhor, o seu Deus, estará com você por onde você andar.”

(Josué 1.9)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01
Descrição do problema.....	01
Objetivos.....	01
Revisão bibliográfica.....	01
Metodologia.....	07
ARTIGOS CIENTÍFICOS	11
Artigo 1. Estado nutricional de idosos participantes do sistema Hiperdia.....	11
Artigo 2. Qualidade de vida de idosos hipertensos.....	27
CONCLUSÕES	42
REFERÊNCIAS	43
ANEXOS	46

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

- Tabela 1.** Características sociodemográficas, tempo de hipertensão e doenças associadas, de idosos participantes do Hiperdia, Maringá, Paraná, 201318
- Tabela 2.** Distribuição dos idosos participantes do Hiperdia, segundo o estado nutricional, sexo, grupo etário e escolaridade, Maringá, Paraná, 2013.....19
- Tabela 3.** Distribuição dos idosos participantes do Hiperdia, segundo estado nutricional e estágio da PA, Maringá, Paraná, 2013.....19
- Tabela 4.** Distribuição dos idosos hipertensos participantes do Hiperdia, segundo estado nutricional e escolaridade (anos). Maringá, Paraná, 2013.....20
- Tabela 5.** Distribuição dos idosos hipertensos participantes do Hiperdia, segundo estado nutricional e estágios da PA, Maringá, Paraná, 2013.....21

Artigo 2

- Tabela 1.** Distribuição das variáveis da hipertensão dos idosos do Hiperdia, Maringá, Paraná, 2013.....32
- Tabela 2.** Distribuição dos escores de qualidade de vida, média, desvio padrão e mediana, 2013.....33
- Tabela 3.** Distribuição dos idosos pelos escores de QV, segundo escolaridade e renda dos idosos hipertensos, Maringá, Paraná, 2013.....34
- Tabela 4.** Escores de QV, segundo as variáveis da pressão arterial em idosos, Maringá, Paraná, 2013.....35

RESUMO

O estudo teve como objetivo descrever e analisar as características sociodemográficas e estágios de pressão arterial associados ao estado nutricional de idosos hipertensos. Avaliar a qualidade de vida de idosos hipertensos do Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos –Hiperdia de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Maringá, Paraná, Brasil, em 2013. O estudo foi transversal, com coleta de dados primários e secundários. O estado nutricional foi avaliado por meio do índice de massa corporal (IMC) e analisado, segundo características sociodemográficas e estágios de pressão arterial. A qualidade de vida foi avaliada por meio do *WHOQOL-bref-old*. Para a análise dos dados, utilizou-se o teste qui-quadrado e Anova. Foram avaliados 250 idosos (63,6% mulheres). A associação estatisticamente significativa foi verificada entre estado nutricional e sexo ($p=0,008$), grupo etário ($p=0,05$) e estágio de hipertensão ótima, normal e hipertensão 1. Os maiores escores de qualidade de vida, *WHOQOL-bref*, foram do domínio psicológico ($3,50\pm 0,366$). No *WHOQOL-old*, o maior escore foi na faceta morte e morrer ($15,51 \pm 3,2042$). Observou-se que a maioria dos idosos apresentou boa qualidade de vida e relativo à satisfação com a saúde. Concluiu-se que os idosos assistidos pelo Hiperdia necessitam de constante reavaliação nutricional e dos níveis pressóricos pela equipe de saúde. Também que a modificação no estilo de vida contribui para a melhora da qualidade de vida e direcionam o desenvolvimento de ações de saúde públicas promotoras da saúde.

Descritores: IMC, envelhecimento, hipertensão, diabetes, estado de saúde, nível de vida, pressão arterial.

ABSTRACT

The study aimed to describe and analyze sociodemographic characteristics and stages of blood pressure associated with the nutritional status of elderly hypertensive patients. Assessing quality of life in elderly hypertensive patients of the Registration and Monitoring of Hypertensive Diabetics -HIPERDIA a Basic Health Unit (BHU) from Maringá, Paraná, Brazil, in 2013 System The study was cross-sectional data collection primary and secondary. Nutritional status was assessed by body mass index (BMI) and analyzed according to sociodemographic characteristics and stages of blood pressure. Quality of life was assessed by using the WHOQOL-old bref-. For data analysis we used the chi-square test and ANOVA 250 elderly (63.6% women) were evaluated. Statistically significant association was found between nutritional status and gender ($p = 0.008$), age ($p = 0.05$) and normal great stage hypertension, and hypertension 1. higher scores for quality of life, WHOQOL-BREF were the domain psychological (3.50 ± 0.366). The WHOQOL-old, the highest score was on the facet death and dying (15.51 ± 3.2042). It was observed that most of the elderly showed good quality of life and on health satisfaction. It was concluded that elderly assisted by HIPERDIA nutritional require constant reassessment and blood pressure levels of the health team. Also that the change in lifestyle contributes to improved quality of life and drive the development of health-promoting actions of public health.

Keywords: BMI, Aging, Hypertension, Diabetes, health status, quality of life, blood pressure.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Descrição do problema

O tema e o objetivo da presente pesquisa foram definidos enquanto vivência como docente na supervisão de estágio a partir de 2011, junto ao grupo de hipertensos nas reuniões no Hiperdia. Inquietou-me entender a relevância do tema e, com isso, investigar o perfil dos idosos e a influência da hipertensão e o estado nutricional na qualidade de vida destes indivíduos.

Em 2012, ao assumir a docência da disciplina enfermagem na saúde do adulto e ao deparar-me com a temática que envolve as doenças crônicas não transmissíveis, em especial a hipertensão arterial sistêmica, surgiu a inquietação em estudar em nível de mestrado, o perfil e a influência da qualidade de vida dos idosos participantes do Hiperdia. A escolha pelos idosos foi reflexa ao crescimento considerável desta população em nível mundial.

1.2 Objetivos

Este estudo objetivou avaliar o estado nutricional de idosos hipertensos e a qualidade de vida de usuários participantes do Hiperdia no município de Maringá-Paraná.

1.3 Revisão de literatura

1.3.1 Demografia e epidemiologia do envelhecimento

O declínio das taxas de fecundidade e mortalidades resulta no envelhecimento populacional, uma vez que mudou o ritmo de crescimento da população e distribuição etária. O processo do envelhecimento populacional vem ocorrendo em vários países, embora em ritmo e momentos diferenciados (CAMACHO; COELHO, 2010).

Os países desenvolvidos passaram por transformações econômicas que impactaram fortemente na dinâmica da população. Nos países em desenvolvimento, o momento de queda das taxas coincidiu com os processos de industrialização e urbanização. Nos países desenvolvidos, a transição ocorreu ou ocorre mais rapidamente considerando os avanços tecnológicos anteriormente experienciados. (BLOOM, 2011).

No panorama internacional, em 2011, segundo estimativas das Nações Unidas (UNIDAS, 2010), os idosos na população mundial totalizavam 800 milhões de pessoas, o que representava 11% da população. Em 2050, as projeções apontam para um contingente de mais de 2 bilhões de idosos, o que constituirá 22% da população.

Projeta-se que entre 2011 e 2020, a taxa média de crescimento será de 1% ao ano, e entre 2040 e 2050, 0,5% ao ano. Em observação da mesma taxa por idade, o segmento idoso é o que mais cresce. Estimativas das Nações Unidas (2013) apontam o crescimento para um valor de 3,2% ao ano entre 2040 e 2050 em relação aos pacientes muito idosos, definidos como indivíduos com 80 anos ou mais de idade.

A progressão do envelhecimento no panorama brasileiro pode ser observada pela melhoria das condições de vida e da redução da população infantil (IBGE, 2010). Segundo o censo demográfico de 2010 (IBGE, 2011), a população brasileira atual é de 190.755.199 milhões de pessoas, sendo que 51% são mulheres e 49% são homens. O contingente de pessoas idosas, que, segundo a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso, tem 60 anos ou mais, é de 20.590.599 milhões, ou seja, 10,8% da população total.

Pela maior esperança de vida das mulheres e a viuvez característica desse gênero, as mulheres idosas ultrapassam dramaticamente os homens viúvos em todos os países. Contudo, se tornam vulneráveis à pobreza e ao isolamento social (LEBRÃO, 2006).

Segundo Carvalho e Wong (2008), projeções para 2050 indicam que entre as mulheres, o peso das mais idosas crescerá em percentual de 18% para 30%, isto significará o envelhecimento da própria população feminina idosa.

No entanto, a elaboração de políticas públicas caminha vagarosamente, mesmo com a criação do Estatuto do Idoso em 2003, necessitando de maiores investimentos na educação e em programas assistenciais dessa população, que apresente condições estruturais adequadas para atender a demanda de crescimento desse grupo (PARAHYBA, 2008).

1.3.2 O processo do envelhecimento

A diminuição dos processos fisiológicos no corpo humano é indicativa do envelhecimento natural que provoca alterações morfofisiológicas com manifestações externas e internas (MAFRA, 2011). Estas transformações possibilitam a exposição do idoso às vulnerabilidades que resulta no declínio parcial ou total da sua capacidade, podendo levá-lo à morte.

Considerando que a perda da capacidade funcional (CF) associada a padrões genéticos contribuem para o decréscimo ou perda da autonomia e independência dos idosos, limita a capacidade destes para o autocuidado, comprometendo a sua qualidade de vida. Também interfere na capacidade de tomada de decisão, de comando e das atividades físicas e mentais. (JACOB-FILHO; KIKUCHI, 2011).

O envelhecimento afeta diretamente o estado nutricional (EN) do idoso, por todas as alterações causadas no organismo, como redução da visão e do olfato, secreção salivar, dificuldade de mastigação e constipação intestinal, por isso, a autonomia é relevante dentro do processo do envelhecimento. (BASSLER; LAI, 2008).

No que se refere às mudanças nutricionais, o risco nutricional, em especial o declínio das funções fisiológicas, restrições dietéticas decorrentes de enfermidades e o uso constante de medicamentos, contribuem para aumento da morbimortalidade. O déficit nutricional predispõe a complicações, como menor resposta imune e tendência à infecção (CINTRA; OLIVEIRA; SILVA, 2012).

Outros fatores contribuem para condições nutricionais, como baixo peso ou excesso de peso, o tabagismo, o alcoolismo e o uso excessivo de medicamentos. Por outro lado, o estilo de vida (o sedentarismo, a má alimentação, alterações hormonais) interfere diretamente no EN do idoso (BOSCATTO et al., 2013).

As principais causas de mortalidade no mundo estão relacionadas às doenças cardiovasculares. Fatores de risco como hiperglicemia, dislipidemia, pressão arterial limítrofe e obesidade são hoje um dos maiores desafios para a saúde pública em todo o mundo, principalmente para a melhoria na qualidade de vida e o estado nutricional do idoso. Considerando a obesidade como fator importante na avaliação desses indivíduos, vale ressaltar que esta avaliação contempla as diferentes condições do estado de saúde e deve ser conduzida na identificação dos fatores que influenciam o estado nutricional e, possivelmente, no desenvolvimento de estratégias para promover a saúde (ZATTAR; BOING, 2013).

Programas de educação nutricional e o monitoramento do estado nutricional de idosos são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida, o que torna necessária a atuação do município na prevenção, proteção e recuperação da saúde, direcionando intervenções mais adequadas.

1.3.3 Envelhecimento ativo e qualidade de vida

Viver mais tempo e com qualidade é como a maioria das pessoas espera o processo de envelhecimento. A longevidade fornece uma situação ambígua vivenciada por muitas pessoas (menos para as pessoas não idosas), que é o desejo de viver mais tempo e, ao mesmo tempo, o medo de viver com deficiência e dependentes de outras pessoas. O tempo e a qualidade do viver podem categorizar se o envelhecimento é saudável e ativo (TAMAI et al., 2011).

A estrutura política destinada ao envelhecimento ativo baseia-se nos princípios das Nações Unidas para idosos, que são independência, participação, assistência, autorrealização e dignidade. O termo envelhecimento ativo e concepção subjacente foram adotados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no intuito de ampliar a noção de envelhecimento saudável, reconhecendo que além dos cuidados com a saúde, outros fatores afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem (OMS, 2005).

A OMS (2005) define o “envelhecimento ativo” como a maneira de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, que objetiva a melhora da qualidade de vida (QV) à medida que as pessoas ficam mais velhas. O envelhecimento ativo e saudável está relacionado à QV por meio de nutrição adequada, prática regular de exercício físico, convivência social ativa. Como, por exemplo, atividades prazerosas e/ou redutoras de estresse e diminuição significativa da automedicação.

O envelhecimento ativo é uma ideologia que se aplica individualmente ou em grupos populacionais, permitindo que as pessoas percebam o seu potencial, participem da sociedade de maneira específica, além de lhes propiciar proteção, segurança e cuidados adequados. Seu objetivo é aumentar a expectativa de vida de maneira saudável com garantia da qualidade de vida a todos (OMS, 2005).

Em referência à mesma organização, foi lançado, em 2002, o Plano Internacional de Ações sobre o envelhecimento ativo (Piae), cuja proposta para o envelhecimento ativo é: “uma política de saúde composta por um conjunto de sete determinantes comportamentais, pessoais, ambientais e físicos, econômico, sistemas de saúde, cada um deles com a propriedade de agir efetivamente sobre o envelhecimento.” Esta ideia se fundamenta no pressuposto de que o modo como as pessoas mais velhas continuam a participar ativamente nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, mesmo depois de terem encerrado suas atividades de trabalho, determina a sua maior ou menor qualidade de vida.

A OMS (2005) define a QV como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”

A introdução do conceito de qualidade de vida na área da saúde deve-se à mudança de modelo de abordagem das questões de saúde, tendo passado de uma ênfase biomédica para uma ênfase mais holística, biopsicossocial. As intervenções médicas deixaram de ser avaliadas exclusivamente do ponto de vista dos resultados quanto à mortalidade e a morbidade, passando a integrar a melhoria do bem-estar geral, particularmente ao que diz respeito às doenças crônicas (MAUÉS, 2010).

O Grupo World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) considera o conceito QV amplo, pois incorpora, de forma complexa, a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente (WHOQOL,1995).

Desde então, o estudo da QV em idosos é discutido por vários pesquisadores no meio científico, considerando que a velhice com boa qualidade de vida não é um atributo somente do ser biológico ou social, mas resultante da interação das pessoas em processo de mudança e a sociedade.

Beltrame (2008) reflete que envelhecer e ter boa qualidade de vida dependem do equilíbrio entre as limitações e potencialidades do indivíduo, o qual possibilitará trabalhar com as perdas que são próprias do envelhecimento.

1.3.4 Envelhecimento e hipertensão arterial

Com o crescente envelhecimento, as doenças cardiovasculares têm sido as principais causas de óbitos, principalmente nas últimas décadas. Dentre estas doenças, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos agravos crônicos mais comuns e com repercussões clínicas sérias, pois desencadeia uma série de outras comorbidades que coloca em risco a vida e a QV do idoso (BORBA, 2011).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. Em 2001, em nível mundial, um grande contingente (7,6 milhões de mortes) foi atribuído ao aumento da PA. (WILLIAM B., 2010)

No Brasil, de prevalência regional e isolada, apresentam a HAS em torno de 30% da população adulta. Considerando-se valores de PA \geq 140/90 mmHg, estudos encontraram prevalência entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 a 69 anos e 75% acima de 70 anos. (ROSÁRIO et.al, 2009).

Segundo Contiero (2009), o controle da HAS se faz por meio de tratamento medicamentoso contínuo, além de alteração do estilo de vida, como abandono do sedentarismo e adoção de hábitos alimentares saudáveis, abandono de vícios como o tabagismo e o alcoolismo associados a controle prolongado dos níveis pressóricos e exames de rotina.

Neste contexto, o Ministério da Saúde assumiu a implantação de um modelo assistencial de saúde - o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje intitulado, Estratégia Saúde da Família (ESF), cujo objetivo é reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência individualista, curativista, biologicista e hospitalar (BRASIL, 2007).

As estratégias de intervenção e ação do ESF permitem a geração de informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde a respeito do número de indivíduos portadores de HAS e/ou *Diabetes Mellitus* (DM) atendidos na atenção primária à saúde, bem como informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os indivíduos cadastrados. Isto ocorre por meio do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia) captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao DM em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2007).

O Hiperdia viabiliza a elaboração de políticas de promoção à saúde com ações em todas as áreas, governamentais ou não, que repercutem na qualidade de vida da população. Segundo Assis (2008), para se alcançar um nível maior de saúde, não basta apenas estimular ou induzir os indivíduos a adotarem condutas saudáveis, pois o meio gera ou favorece o adoecimento, assim como facilita ou dificulta a prevenção, o controle e/ou cura das doenças.

1.4 Metodologia

O estudo foi transversal, descritivo com abordagem quantitativa, com coleta de dados primários e secundários. Foram avaliados idosos (idade ≥ 60 anos), hipertensos de ambos os gêneros cadastrados no sistema Hiperdia de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Maringá, Paraná, Brasil. A UBS foi disponibilizada pelo Centro de Capacitação de Profissionais da Saúde (Cecaps).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos do Centro Universitário Cesumar (Parecer 392/040 – CEP/Unicesumar – PARANÁ). Todos os indivíduos que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), conforme Resolução nº 196, 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde.

A coleta de dados foi realizada entre setembro a novembro de 2013. Os participantes foram contatados nos dias de reuniões do Hiperdia, totalizando oito encontros. Os idosos ausentes nas reuniões foram entrevistados nos domicílios. Os encontros foram realizados em duas etapas: a primeira por meio de análise de dados secundários (nome, endereço e telefone) constantes na Ficha A de cadastro do Hiperdia e, a segunda, por meio da aplicação de questionário semiestruturado elaborado pelas pesquisadoras composto por questões referentes às características sociodemográficas: gênero (masculino e feminino), idade (caracterizada por grupo etário: 60-69 anos, 70-79 anos e 80 e mais), escolaridade (categorizada por anos de estudo em: sem escolaridade, 1-4 anos; 5-8 anos; 9-11 anos e 12 anos ou mais); renda (menos que 1 salário mínimo, de 1 a 2 e mais que 2 salários mínimos), hipertensão e doenças associadas (sim ou não) e tempo de hipertensão (caracterizado em anos: < 1, 1 a 4, 5 a 9, 10 a 19 e 20 anos ou mais). Utilizaram-se como critério de exclusão os idosos incapacitados para a realização da antropometria, como cadeirantes ou que apresentassem fraturas.

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora e por uma acadêmica de enfermagem do terceiro ano, devidamente treinada para esta finalidade. Durante dois dias foi realizado treinamento sobre a aplicação do instrumento de coleta e sobre as medições do IMC e níveis pressóricos.

O estado nutricional foi determinado pelo indicador nutricional índice de massa corporal (IMC), que foi obtido pela divisão do peso pela estatura corporal ao quadrado (P/E^2). O peso corporal foi aferido por meio de balança digital da marca Omron®, com precisão de 100 gr. Os idosos foram pesados em pé, descalços, com vestuário leve e posicionados no centro da balança com peso corporal igualmente distribuído nos dois pés. A estatura foi medida com fita métrica inextensível, com 2 m de extensão, da marca Gold®. A fita foi fixada verticalmente com fita adesiva em parede lisa, sem rodapé. A mensuração foi realizada com os idosos posicionados em pé, descalços, com os calcanhares juntos, costas retas, os braços relaxados e a cabeça posicionada no plano de Frankfort (olhando para frente, em linha reta na altura dos olhos).

Para a avaliação do estado nutricional, foram utilizados os pontos de corte apresentados pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) (13): baixo peso: $IMC < 23,0 \text{ kg/m}^2$; peso adequado: $IMC \text{ entre } 23,0 \text{ e } 28,0 \text{ kg/m}^2$; excesso de peso: $IMC > 28,0 \text{ e } \leq 30,0 \text{ kg/m}^2$; obesidade: $IMC > 30,0 \text{ kg/m}^2$.

A mensuração dos níveis pressóricos foi realizada pelo método indireto com técnica auscultatória com uso de esfigmomanômetro, devidamente calibrado da marca OMRON modelo HEM-781INT®. Os parâmetros de posicionamento do indivíduo, a técnica auscultatória da pressão arterial e os valores de referência obedeceram às recomendações da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (14).

Para elaboração do banco de dados e análise estatística foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Scienses (SPSS) versão 17.0. Na análise inferencial, adotou-se o teste do qui-quadrado com nível de significância $p \leq 0,05$.

Para a coleta de dados sobre a qualidade de vida foi utilizado o WHOQOL – bref e WHOQOL-old, que reporta os sentimentos vivenciados nos últimos 15 dias da data do encontro. Os instrumentos são autoaplicáveis, no entanto, a população estudada foi idosa; optou-se então, por entrevista realizada pelo pesquisador.

O WHOQOL–bref permite avaliar aspectos relevantes não exclusivos para a população idosa. Constitui-se de uma versão abreviada do Whoqol-100. Contém 26 questões, sendo as duas primeiras questões genéricas e as demais representam às 24 facetas que compõem o instrumento original. Essa versão abreviada é composta por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente(13).

Os domínios e suas respectivas facetas apresentam aspectos objetivos e subjetivos para avaliação e suas respostas são dadas em escala do tipo Likert. As respostas variam de intensidade (nada – extremamente), capacidade (nada – completamente), frequência (nunca – sempre) e avaliação (muito insatisfeito – muito satisfeito e muito ruim – muito bom)(14).

O WHOQOL–old foi elaborado nos mesmos princípios do WHOQOL–bref, porém acrescenta domínios específicos para idosos. O instrumento contém seis domínios (funcionamento do sensório, autonomia, atividades PPF (passadas, presentes e futuras), participação social, morte e morrer e intimidade), com quatro itens cada (totalizando 24 questões), também avaliados de acordo com a escala Likert. Para estimativa geral da qualidade de vida do idoso, o WHOQOL Group também sugere a estimativa de um domínio geral baseado em todos os 24 itens do questionário (Escore Geral do WHOQOL - old). Todos os domínios do instrumento também apresentam escores percentuais que variam de 0 a 100 (14). Foi empregada, ainda, a sintaxe WHOQOL-bref no SPSS para avaliação dos escores do instrumento de QV. Ressalta-se que a mensuração da QV é proporcional ao escore, ou seja, quanto maior o valor do escore, melhor a qualidade de vida.

Para elaboração do banco de dados e análise estatística foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Scienses (SPSS) versão 17.0. Na análise descritiva, adotou-se o teste do qui-quadrado. Para as variáveis inferenciais: estágio da PA, idade, IMC e grupo etário foi utilizado o método da análise de variância (Anova); com nível de significância $p \leq 0,05$.

2 ARTIGOS -

2.1 ARTIGO 1

ESTADO NUTRICIONAL DE IDOSOS PARTICIPANTES DO SISTEMA HIPERDIA:

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E NÍVEIS PRESSÓRICOS

NUTRITIONAL STATUS OF ELDERLY PARTICIPANTS IN THE SYSTEM

HIPERDIA: SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND PRESSURE

LEVELS

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ANCIANOS PARTICIPANTES EN EL SISTEMA

HIPERDIA: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y LOS NIVELES DE

PRESIÓN

Raquel Cristina Luis Mincoff¹, Rose Mari Bennemann², Mayra Costa Martins³

Endereço para correspondência: Raquel Cristina Luis Mincoff. Rua Pioneiro Mario Buralli, nº. 458, Parque Lagoa Dourada, Maringá, Paraná, Brasil.

¹ Enfermeira. Mestranda em Promoção da Saúde. Professora do departamento de enfermagem do Centro Universitário Cesumar (Unicesumar), Maringá, Paraná, Brasil.

² Nutricionista. Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Professora titular do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário Cesumar (Unicesumar), Maringá, Paraná, Brasil.

³ Psicóloga. Doutora em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Professora titular no Departamento de Saúde no Centro Universitário Cesumar, (Unicesumar), Maringá, Paraná, Brasil.

RESUMO

O estudo teve como objetivo descrever e analisar as características sociodemográficas e estágios de pressão arterial associados ao estado nutricional de idosos hipertensos, do Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – Hiperdia de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Maringá, Paraná, Brasil, em 2013. O estudo foi transversal, com coleta de dados primários e secundários. O estado nutricional foi avaliado por meio do índice de massa corporal (IMC) e analisado, segundo características sociodemográficas e estágios de pressão arterial. Para a análise dos dados utilizou-se o teste qui-quadrado. Foram avaliados 250 idosos (63,6% mulheres). Associação estatisticamente significativa foi verificada entre estado nutricional e sexo ($p=0,008$), grupo etário ($p=0,05$) e estágio de hipertensão ótima, normal e hipertensão 1. Concluiu-se que os idosos assistidos pelo Hiperdia necessitam de constante reavaliação nutricional e dos níveis pressóricos pela equipe de saúde.

Descritores: IMC, envelhecimento, hipertensão, *diabetes*.

ABSTRACT

The study aimed to describe and analyze the socio-demographic characteristics and stages of blood pressure associated with the nutritional status of elderly hypertensive patients, the Registration and Monitoring of Hypertensive Diabetics-HIPERDIA a Basic Health Unit System (UBS) from Maringá, Paraná, Brazil, in 2013. The study was cross-sectional collection of primary and secondary data. Nutritional status was assessed by body mass index (BMI) and analyzed according to sociodemographic characteristics and stages of blood pressure. For data analysis we used the chi-square test. 250 older adults (63.6% women) were evaluated. Statistically significant association was found between nutritional status and gender ($p = 0.008$), age ($p = 0.05$) and normal great stage hypertension, and hypertension 1. It

was concluded that elderly assisted by HIPERDIA nutritional require constant reassessment and blood pressure levels by the health team.

Descriptors: Nutricional Status, elderly, HIPERDIA

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo describir y analizar las características sociodemográficas y las etapas de la presión arterial asociado con el estado nutricional de los pacientes hipertensos de edad avanzada, el registro y seguimiento de los hipertensos diabéticos-HIPERDIA un Sistema de Unidad Básica de Salud (UBS) de Maringá, Paraná, Brasil, en 2013. El estudio fue recogida de la sección transversal de los datos primarios y secundarios. El estado nutricional se evaluó mediante el índice de masa corporal (IMC) y se analizó según las características sociodemográficas y las etapas de la presión arterial. Para el análisis de los datos se utilizó la prueba de chi-cuadrado. Se evaluaron 250 adultos mayores (63,6% mujeres). Asociación estadísticamente significativa entre el estado nutricional y el sexo ($p = 0,008$), la edad ($p = 0,05$) y una gran hipertensión normal de etapa, y la hipertensión 1. Se concluyó que la asistencia de personas mayores HIPERDIA nutricional requieren reevaluación constante y los niveles de presión arterial por el equipo de salud.

Descritores: Estado nutricional, ancianos, Hiperdia

INTRODUÇÃO

O aumento do número de idosos na população mundial e nacional é fenômeno reconhecido e amplamente destacado na literatura. No Brasil, da mesma forma, este crescimento é notório, tendo em vista que o número de idosos que em 2010 correspondia a 14 milhões passou para 21 milhões em 2050⁽²⁾. Este fenômeno está relacionado à redução das taxas de fecundidade e mortalidade associadas ao aumento da expectativa de vida⁽¹⁾.

Dentro desse universo, apesar do envelhecimento ser um processo natural, o conhecimento e a compreensão das alterações anatomofuncionais e psicológicas que ocorrem são essenciais, tendo em vista a frequente mudança nas condições de saúde e nutrição que estas alterações podem ocasionar nos indivíduos ⁽³⁾.

O idoso deve ser avaliado de maneira ampla. Distúrbios nutricionais nessa fase da vida, como a obesidade e a desnutrição, são frequentes e exigem acompanhamento adequado. Normalmente, o padrão alimentar do idoso continua similar àquele estabelecido pelos hábitos na juventude e o estado nutricional continua a ser apropriado, mesmo nessa fase da vida. Alterações no estado nutricional nos idosos estão relacionadas ao aumento de doenças e incapacidades associadas às modificações no estilo de vida, por isso a avaliação nutricional é de suma importância, deve ser criteriosa, e considerar as alterações da composição corporal, inerentes ao processo de envelhecimento ^(4,5).

As principais causas de mortalidade no mundo estão relacionadas às doenças cardiovasculares, com destaque para a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Fatores de risco como hiperglicemia, dislipidemia, pressão arterial limítrofe e obesidade são hoje um dos maiores desafios para a saúde pública em todo o mundo, principalmente para a melhoria na qualidade de vida ⁽⁶⁾.

Na Atenção Primária à Saúde (APS), os profissionais da saúde da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), por meio do Plano Nacional de Reorganização da Atenção à HAS e ao *Diabetes Mellitus* (DM), operam na geração de informações, cadastramento e acompanhamento dos hipertensos vinculados ao sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (Hiperdia) ⁽⁶⁾. A participação neste programa viabiliza a elaboração de estratégias políticas de promoção à saúde, com ações em todas as áreas, governamentais ou não, que repercutem na qualidade de vida da população ⁽⁷⁾.

Envelhecer com boa qualidade de vida depende do equilíbrio entre as limitações e potencialidades do indivíduo, as quais possibilitarão trabalhar com as perdas que são próprias do envelhecimento ⁽⁸⁾.

Este estudo teve como objetivo verificar o estado nutricional dos idosos, bem como as características sociodemográficas e os níveis pressóricos dos participantes do Hiperdia no município de Maringá-Paraná.

METODOLOGIA

O estudo foi transversal, descritivo com abordagem quantitativa, com coleta de dados primários e secundários. Foram avaliados idosos (idade \geq 60 anos) hipertensos de ambos os gêneros cadastrados no sistema Hiperdia de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Maringá, Paraná, Brasil. A UBS foi disponibilizada pelo Centro de Capacitação de Profissionais da Saúde (Cecaps).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, com seres humanos do Centro Universitário Cesumar (Parecer 392/040 – CEP/Unicesumar – PARANÁ). Todos os indivíduos que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), conforme Resolução nº 196, 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde.

A coleta de dados foi realizada entre setembro a novembro de 2013. Os participantes foram contatados nos dias de reuniões do Hiperdia, totalizando oito encontros. Os idosos ausentes nas reuniões foram entrevistados nos domicílios.

O estudo foi realizado em duas etapas: a primeira por meio de análise de dados secundários (nome, endereço e telefone) constantes na Ficha A de cadastro do Hiperdia, a segunda, por meio da aplicação de questionário semiestruturado elaborado pelas pesquisadoras composto por questões referentes às características sociodemográficas: gênero (masculino e feminino), idade (caracterizada por grupo etário: 60-69 anos, 70-79 anos e 80 e

mais), escolaridade (categorizada por anos de estudo em: sem escolaridade, 1-4 anos; 5-8 anos; 9-11 anos e 12 anos ou mais); renda (menos que 1 salário mínimo, de 1 a 2 e mais que 2 salários mínimos), hipertensão e doenças associadas (sim ou não) e tempo de hipertensão (caracterizado em anos: < 1, 1 a 4, 5 a 9, 10 a 19 e 20 anos ou mais). Utilizaram-se como critério de exclusão os idosos incapacitados para a realização da antropometria, como cadeirantes ou que apresentassem fraturas.

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora e por uma acadêmica de enfermagem do terceiro ano, devidamente treinada para esta finalidade. Durante dois dias foi realizado treinamento sobre a aplicação do instrumento de coleta e sobre as medições do IMC e níveis pressóricos.

O estado nutricional foi determinado pelo indicador nutricional índice de massa corporal (IMC), que foi obtido pela divisão do peso pela estatura corporal ao quadrado (P/E^2). O peso corporal foi aferido por meio de balança digital da marca Omron®, com precisão de 100 gr. Os idosos foram pesados em pé, descalços, com vestuário leve e posicionados no centro da balança com peso corporal igualmente distribuído nos dois pés. A estatura foi medida com fita métrica inextensível, com 2 m de extensão, da marca Gold®. A fita foi fixada verticalmente com fita adesiva em parede lisa, sem rodapé. A mensuração foi realizada com os idosos posicionados em pé, descalços, com os calcanhares juntos, costas retas, os braços relaxados e a cabeça posicionada no plano de Frankfort (olhando para frente, em linha reta na altura dos olhos).

Para a avaliação do estado nutricional, foram utilizados os pontos de corte apresentados pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas)⁽⁹⁾: baixo peso: IMC < 23,0 kg/m²; peso adequado: IMC entre 23,0 e 28,0 kg/m²; excesso de peso: IMC > 28,0 e ≤ 30,0 kg/m²; obesidade: IMC > 30,0 kg/m².

A mensuração dos níveis pressóricos foi realizada pelo método indireto com técnica auscultatória com uso de esfigmomanômetro, devidamente calibrado da marca OMRON, modelo HEM-781INT®. Os parâmetros de posicionamento do indivíduo, a técnica auscultatória da pressão arterial e os valores de referência obedeceram as recomendações da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão⁽¹⁰⁾.

Para elaboração do banco de dados e análise estatística, foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0. Na análise inferencial, adotou-se o teste do qui-quadrado com nível de significância $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

Dos 250 idosos estudados, 63,6% eram do gênero feminino, com predominância do grupo etário entre 60 e 69 anos (48,4%). A média de idade foi de $70,8 \pm 7,2$ anos, sendo $70,3 \pm 7,4$ anos para o gênero feminino e $71,8 \pm 6,8$ anos para o sexo masculino. No que se refere à escolaridade, verificou-se que 39,6% dos entrevistados relataram ter entre um e quatro anos de estudo. Em relação à hipertensão e doenças associadas, observou-se que a maioria (59,2%) referiu ter outra doença. Quanto ao tempo de hipertensão, (41,0%) dos idosos relataram ter a doença entre cinco e nove anos (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas, renda, tempo de hipertensão, hipertensão e doenças associadas dos idosos hipertensos participantes do Hiperdia. Maringá, Paraná, 2013.

VARIAVÉIS	Nº.	%
Gênero		
Feminino	159	63,6
Masculino	91	36,4
Idade (anos)		
60 – 69	121	48,4
70 – 79	88	35,2
80 anos e mais	41	16,4
Escolaridade (anos)		
Sem escolaridade	13	5,2
1 - 4	99	39,6
5 - 8	91	36,4
9 a 11 anos	43	17,2
12 anos ou mais	4	1,6
Renda (em salários mínimos)		
<1	105	42,0
1-2	123	49,2
> 2	22	8,8
Hipertensão e doenças associadas		
Sim	148	59,2
Não	102	40,8
Tempo de hipertensão (em anos)		
< 1	7	3,1
1- 4	45	19,7
5 - 9	94	41,0
10 – 19	70	30,6
≥ 20	13	5,7
Não soube responder	21	8,4

Hiperdia = Sistema de acompanhamento de hipertensos e diabéticos

Na Tabela 2 pode-se verificar a distribuição dos idosos hipertensos entre estado nutricional e gênero. Associação estatisticamente significativa foi verificada entre estado nutricional e gênero, o percentual de peso adequado é superior no gênero masculino (53,8% > 35,8%). Já o percentual de obesidade foi maior (34,0%) entre as mulheres.

Tabela 2. Distribuição dos idosos hipertensos participantes do Hiperdia, segundo estado nutricional e gênero. Maringá, Paraná, 2013.

Estado nutricional	Gênero						P
	Masculino		Feminino		Ambos os gêneros		
	N	%	N	%	N	%	
Baixo peso	9	9,9	14	8,8	23	9,2	
Peso adequado	49	53,8	57	35,8	106	42,4	0,008
Excesso de peso	19	20,9	34	21,4	53	21,2	
Obesidade	14	15,4	54	34,0	68	27,7	
Total	91	100,0	159	100,0	250	100,0	

Teste do χ^2 ; Hiperdia - Sistema de acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

Associação estatisticamente significativa ($p=0,05$) foi verificada entre o estado nutricional e grupo etário. Este resultado, provavelmente, está associado tanto ao menor percentual (12,5% e 17%) de idosos dos grupos etários entre 70 e 79 anos e 80 anos ou mais, respectivamente, que apresentaram baixo peso, quanto ao maior percentual (34,5%) entre os idosos do grupo etário entre 60 e 69 anos que apresentaram obesidade (Tabela 3.)

Tabela 3. Distribuição dos idosos hipertensos participantes do Hiperdia, segundo estado nutricional e grupo etário, Maringá, Paraná, 2013.

Estado nutricional	Grupo etário (anos)								P
	60 – 69		70 – 79		80 ou mais		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Baixo peso	5	4,1	11	12,5	7	17,1	23	9,2	0,05
Peso adequado	48	39,7	41	46,5	17	41,5	106	42,4	
Excesso de peso	26	21,5	18	20,5	9	22,0	53	21,2	
Obesidade	42	34,7	18	20,5	8	19,5	68	27,2	
Total	121	100,0	88	100,0	41	100,0	250	100,0	

Teste do χ^2 - * $p = 0,05$; Hiperdia - Sistema de acompanhamento de hipertensos e diabéticos

Com relação à escolaridade, mesmo não tendo sido constatada associação estatística entre essa variável e o estado nutricional, os idosos sem escolaridade apresentaram a maior

proporção (69,2%) com estado nutricional adequado. Já o baixo peso foi maior entre os idosos com um a quatro anos de estudo. Proporções semelhantes de excesso de peso foram verificadas nos idosos com um a quatro anos e cinco a oito anos de estudo, correspondendo a 21,2% e 22,0%, respectivamente. Obesidade foi verificada em maior proporção (39,5%) entre os idosos com nove e 11 anos de escolaridade (Tabela 4.)

Tabela 4. Distribuição dos idosos hipertensos participantes do Hiperdia, segundo estado nutricional e escolaridade (anos). Maringá, Paraná, 2013.

Estado nutricional	Escolaridade (anos)											
	Sem escolaridade		1 - 4		5 - 8		9 - 11		12 anos ou mais		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Baixo peso	-	-	13	13,1	9	9,9	1	2,3	-	-	23	9,2
Peso adequado	9	69,2	35	35,4	43	47,3	17	39,5	2	50,0	106	42,4
Excesso de peso	3	23,1	21	21,2	20	22,0	8	18,6	1	25,0	53	21,2
Obesidade	1	7,7	30	30,3	19	20,9	17	39,5	1	25,0	68	27,2
Total	13	100,0	99	100,0	91	100,0	43	100,0	4	100,0	250	100,0

Teste do χ^2 ; Hiperdia - Sistema de acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

A pressão arterial sistólica média dos idosos foi de 127,5 mmHg \pm 17,5 e a diastólica de 77,5 mmHg \pm 13,8. A PA sistólica mínima foi de 85 mmHg e a máxima 192 mmHg; a PA diastólica mínima foi 40 mmHg e a máxima 113mmHg.

Em relação à distribuição dos idosos participantes do Hiperdia, segundo estado nutricional e estágios da PA, verificou-se que os idosos com excesso de peso apresentaram maior proporção (39,6%) de idosos com hipertensão estágio 1. Já àqueles com baixo peso apresentaram 39,1% dos indivíduos com pressão arterial normal.

O percentual de PA ótima é significativamente superior no grupo obeso em relação ao grupo excesso de peso (33,8% > 17,0%); o percentual de PA normal é significativamente superior nos grupos baixo peso e peso adequado em relação ao grupo obeso (39,1% e 29,2% > 10,3%); o percentual hipertensão 1 é significativamente superior no grupo excesso em relação ao grupo peso adequado (39,6% > 18,9%).

Tabela 5. Distribuição dos idosos hipertensos participantes do Hiperdia, segundo estado nutricional e estágios da PA, Maringá, Paraná, 2013.

Pressão Arterial	Estado nutricional										P
	Baixo peso		Peso adequado		Excesso de peso		Obesidade		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Ótima	5	21,7	21	19,8	9	17,0	23	33,8	58	23,2	0,01
Normal	9	39,1	31	29,2	10	18,9	7	10,3	57	22,8	
Limítrofe	1	4,5	23	21,7	6	11,3	13	19,1	43	17,2	
Hipertensão 1	7	30,4	20	18,9	21	39,6	18	26,5	66	26,4	
Hipertensão 2	-	-	9	8,5	6	11,3	4	5,9	19	7,6	
Hipertensão 3	1	4,3	2	1,9	1	1,9	3	4,4	7	2,8	
Total	23	100,0	106	100,0	53	100,0	68	100,0	250	100,0	

Teste do χ^2 ; PA – pressão arterial; Hiperdia – sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos;

DISCUSSÃO

O envelhecimento é atualmente discutido no panorama mundial, tendo em vista o aumento do contingente de indivíduos que alcançam idades mais avançadas. Publicações recentes sobre a população idosa pelas Nações Unidas estimam que, em 2050, os idosos corresponderão a 22%.⁽¹¹⁾

No Brasil, a estimativa do IBGE é que, em 2060, os idosos devem alcançar 26,8% da população. No Paraná, a expectativa de vida saltará para 80 anos, em 2028, e a proporção de idosos crescerá dos atuais 7,9% para 15,1% em 2030.

A superioridade (63,6%) de mulheres hipertensas encontradas também foi verificada em outra publicação com usuários do Hiperdia.⁽¹¹⁾ Pesquisas feitas pelo sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis por inquérito telefônico (Vigitel) entre os anos de 2006 e 2013 apontaram que 26,3% dos indivíduos hipertensos são mulheres.⁽⁸⁾

A predominância de mulheres está relacionada à maior mortalidade masculina. Esse fenômeno, embora comum a todos os grupos etários, se torna evidente no grupo de idosos, uma vez que um número menor de homens, do que de mulheres, consegue atingir idades mais avançadas⁽²⁾.

A preeminência de mulheres pode indicar maior procura espontânea por atendimento e/ou mais acesso aos serviços de saúde do que os homens, e uma possível justificativa para o fato de ter um número maior de mulheres cadastradas no Hiperdia do que os homens⁽¹²⁻¹³⁾.

O grupo etário em destaque neste estudo foi entre 60 e 69 anos (48,4%) de idade. Achados equivalentes foram relatados no estudo sobre o perfil sociodemográfico e avaliação funcional de idosos atendidos por uma equipe de saúde da família na periferia de Goiânia, onde o percentual de idosos na mesma faixa etária correspondeu a 57,5%⁽¹⁴⁾.

Em referência à escolaridade, 39,6% dos entrevistados apresentaram tempo de estudo inferior a quatro anos. No Brasil, indivíduos com baixa escolaridade apresentam maior exposição a fatores de risco para as doenças cardiovasculares, inclusive para o desenvolvimento da HAS, do que aqueles com nível superior, tendo em vista que a mesma poderá interferir indiretamente na assimilação das informações necessárias ao tratamento.⁽⁸⁾

Com relação à renda individual, (49,2%) dos idosos apresentaram renda inferior a dois salários mínimos. O baixo nível socioeconômico também é identificado como um fator que dificulta o controle efetivo da pressão arterial e estado nutricional⁽¹⁵⁾.

Em referência ao tempo de hipertensão, 41,0% dos idosos tinham tempo da doença entre um e cinco anos. Diferentemente do presente estudo, a pesquisa realizada no sistema Hiperdia em Teresina, PI, verificou que o tempo de doença foi em média nove anos⁽¹⁶⁾.

No que concerne à hipertensão e doenças associadas, a maioria dos idosos (59,2%) possui uma doença associada. O *Diabetes* foi a comorbidade associada à maioria dos idosos hipertensos (52,7%). Os medicamentos anti-hipertensivos podem agravar esse quadro, tornando o hipertenso mais apto a desenvolver *Diabetes Mellitus*. Parecido ao encontrado no

estudo de idosos hipertensos que apresentou o percentual de 98,3% e, destes, 25% tinham o DM associado⁽¹⁷⁾.

Em relação ao estado nutricional, verificou-se que o gênero masculino apresentou o maior percentual (53,8%) de idosos com peso adequado. Já a obesidade foi mais frequente no gênero feminino, correspondendo a 34,0%. Da mesma forma, a obesidade foi verificada em 40,5% dos idosos em outro estudo. A associação com outras doenças crônicas não transmissíveis acarreta aumento da morbidade e mortalidade, além do impacto sobre o sistema de saúde e sobre a diminuição da qualidade de vida dos idosos⁽¹⁸⁾.

A maior proporção de sobrepeso entre idosos do gênero feminino e menor prevalência de baixo peso nesta pesquisa, foi semelhante ao estudo sobre peso em relação ao aspecto biológico que apresentou mulheres com maior prevalência de excesso de peso que os homens, tendo como possível explicação o acúmulo de gordura subcutânea⁽¹⁹⁾.

No estudo sobre a prevalência do excesso de peso e níveis pressóricos em idosos, 44,4% dos idosos com obesidade estavam com a PA alta. Entre os idosos com peso normal, 40% apresentaram hipertensão grave e entre aqueles com obesidade II, 100% apresentaram hipertensão branda. Resultado semelhante foi encontrado no estudo sobre a avaliação antropométrica de idosas participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade, em que 52,17% das idosas apresentaram sobrepeso⁽²⁰⁾.

Os achados sobre sobrepeso e obesidade relacionados à HAS indicam que as alterações nutricionais de peso estão diretamente ligadas à prevalência de hipertensão arterial desde idades jovens até a vida adulta.

Algumas limitações são consideradas no presente estudo como o caráter particular da amostra de indivíduos, ou seja, cidadão do município de Maringá-Paraná que, por sua vez, limita a extrapolação dos dados observados.

CONCLUSÃO

Os dados apresentados sobre o estado nutricional da população idosa em acompanhamento no sistema Hiperdia indicaram que percentual elevado de idosos apresentou peso adequado, sendo mais prevalente no gênero masculino e nos idosos com idade entre 70 a 79 anos.


Os resultados evidenciam que as características de saúde e nutricionais de idosos indicam a necessidade de ações para melhora do estado nutricional desta população. Embora a legislação brasileira relativa aos cuidados com a população acima de 60 anos seja avançada, se faz necessário para melhora do atendimento na atenção primária aos idosos.


REFERÊNCIAS

1. Lehn F, Coelho HDS, Garcia MT, Scabar LF. Estado nutricional de idosos em uma instituição de longa permanência. *J Helth Sci. Inst.* 2012; 30(1): 53-8.
2. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio: Síntese de Indicadores 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.
3. Santos AC, Machado MMO, Leite EM, Envelhecimento e alterações do estado nutricional. *Geriatrics & Gerontology.* 2010;4(3):168-175.
4. Curiati JAE, Garcia YM. Nutrição e envelhecimento. In: Carvalho Filho ET, Papaléo-Netto M. *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica.* 2. Ed. São Paulo: Atheneu; 2006, p. 707- 17.
5. Cintra RMG, Oliveira D, Silva LMG. Estado nutricional e ocorrência de hipertensão arterial e de diabetes em idosos residentes e não residentes em instituições geriátricas *Alim. Nutr.* 2012; 23(4):567-575.
6. Brasil. Ministério da Saúde. HIPERDIA. Portal da saúde. Brasília, DF, jan. 2013. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br>. Acesso em: 20 de janeiro de 2014.
7. Brasil. Hipertensão arterial sistêmica para o sistema único de saúde. Portal da saúde. Brasília, DF. 2006. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br>. Acesso em: 20 de novembro de 2013.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.* – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br>. Acesso em: 20 de janeiro de 2014.
9. Organización Pan-Americana (OPAS).XXXVI Reunión del Comitê Asesor de Investigaciones en Salud – Encuesta Multicêntrica – Salud Beinestar y Envejecimeiento (SABE) en América Latina e el Caribe – Informe preliminar. Disponível em <[URL:http://www.opas.org/program/sabe.htm](http://www.opas.org/program/sabe.htm)> (mar. 2012)
10. SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95 (1s): 1-51
11. United Nations. Department of economic and social affairs.:population division. New York : World population ageing; 2013.
12. Boing AC, Boing AF. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. *Rev Bras Hipertens.* 2007; 14(2): 84-88.


13. Machado JS, Souza VV, Silva SO, Frank AA, Soares EA. Perfil nutricional e funcional de idosos atendidos em um ambulatório de Nutrição da Policlínica José Paranhos Fontenelle na cidade do Rio de Janeiro. *Estud. interdiscip. envelhec.* 2006; 10(1):57-73.
14. Nunes DP, Nakatani DYK, Silveira ÉA, Bachion MM, Souza MR. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva.* 2010; 15(6):2887-2898.
15. Oliveira SMJV, Santos JLF, Lebrão ML, Duarte YAO, Pierin AMG. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. *Tex-to Contexto Enferm.* 2008;17(2):241-9
16. Nobre F, Coelho EB, Lopes PC, Geleilete TJM. Hipertensão arterial sistêmica primária. *Medicina.* 2013;46(3):256-72
17. Weschenfelder Magrini D., Gue Martini J.. Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificáveis na estratégia saúde da família. *Enferm. glob.* [revista em la Internet]. 2012 Abr [citado 2014 Mar 16]
18. Silva, V. S.; e colaboradores. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em idosos brasileiros. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde.* Vol. 16. Num. 4. 2011. p. 289-294
19. Zattar LC, Boing AF, Giehl MWC, d'Orsi E. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil *Cad. Saúde Pública.* 2013; 29(3):507-521.
20. Braga CP, Lopes AF, Boliani E, Almeida FQA. Avaliação antropométrica e nutricional de idosas participantes do programa universidade aberta à terceira idade (UNATI) DE 2008. *Rev. Simbio-Logias.* 2009; 2(1):1-9

2.2. Comprovante de submissão e normas da revista do artigo 1





**Revista Gaúcha
de Enfermagem**



[CAPA](#) [SOBRE](#) [PÁGINA DO USUÁRIO](#) [PESQUISA](#) [ATUAL](#)
[ANTERIORES](#) [NOTÍCIAS](#) [EDNF](#)

Capa > Usuário > Autor > Submissões > #50179 > Resumo

#50179 Sinopse

[RESUMO](#) [AVALIAÇÃO](#) [EDIÇÃO](#)

Submissão

<p>Autoria</p> <p>Título</p> <p>Documento original</p> <p>Docs. sup.</p> <p>Submetido por</p> <p>Data de submissão</p> <p>Seção</p> <p>Editor</p> <p>Comentários do Autor</p>	<p>Raquel Cristina Luis Mincoff</p> <p>ESTADO NUTRICIONAL DE IDOSOS PARTICIPANTES DO SISTEMA HIPERTONIA: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E NÍVEIS PRESSÓRICOS</p> <p>89179-02889-1-EM.DOCX 10-03-2014</p> <p>89179-02889-1-EP.PDF 10-03-2014 89179-02889-1-EP.JPG 10-03-2014 89179-02889-1-EP.JPG 10-03-2014 89179-02889-1-EP.PDF 10-03-2014</p> <p>Raquel Raquel Cristina Luis Mincoff</p> <p>setembro 10, 2014 - 23:30</p> <p>Artigos Originais</p> <p>Nenhum(a) designado(a)</p> <p>Sr. Editor, foi enviado um arquivo anexo, com informações complementares faltantes.</p>
--	---

Situação

<p>Situação</p> <p>Iniciado</p> <p>Última alteração</p>	<p>Aguardando designação</p> <p>10-03-2014</p> <p>10-03-2014</p>
--	--

Metadados da submissão

EDITAR METADADOS


Autores

<p>Nome</p> <p>Instituição/Afiliação</p> <p>País</p> <p>Resumo da Biografia</p> <p>Contato principal para correspondência</p>	<p>Raquel Cristina Luis Mincoff</p> <p>Centro Universitário Cesumar - Unicesumar</p> <p>Brasil</p> <p>Docente no departamento de enfermagem na área de saúde do adulto.</p>
--	---

Título e Resumo

<p>Título</p> <p>Resumo</p>	<p>ESTADO NUTRICIONAL DE IDOSOS PARTICIPANTES DO SISTEMA HIPERTONIA: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E NÍVEIS PRESSÓRICOS</p> <p>O estudo teve como objetivo descrever e analisar as características sociodemográficas e estilo de pressão arterial associados ao estado nutricional de idosos hipertensos, do Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – Hipedia de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Maringá, Paraná, Brasil, em 2013. O estudo foi transversal, com coleta de dados primários e secundários. O estado nutricional foi avaliado por meio do índice de massa corporal (IMC) e analisado, segundo características sociodemográficas e estilo de pressão arterial. Para a análise dos dados utilizou-se o teste qui-quadrado. Foram</p>
---	--

Idioma



OPEN JOURNAL SYSTEM

[Ajuda do sistema](#)

Usuário

Logado como **rmincoff**

- Meus periódicos
- Perfil
- Sair do sistema

Autor

Submissões

- Ativo (1)
- Arquivo (1)
- Nova submissão

Idioma

Português (Brasil) ▼

Conteúdo Da Revista

Pesquisa

Todos ▼

Procurar

- Por Edição
- Por Autor
- Por Título
- Outras revistas

Tamanho De Fonte

Informações

- Para leitores
- Para Autores
- Para Bibliotecários

2.3 ARTIGO 2

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS HIPERTENSOS**QUALITY OF LIFE OF EL****DERLY HYPERTENSIVE****CALIDAD DE VIDA DE ANCIANOS HIPERTENSOS**

Raquel Cristina Luis Mincoff⁴, Mayra Costa Martins⁵, Rose Mari Bennemann⁶

Endereço para correspondência: Raquel Cristina Luis Mincoff. Rua Pioneiro Mario Buralli, nº. 458, Parque Lagoa Dourada, Maringá, Paraná, Brasil.

RESUMO

OBJETIVO: o estudo objetivou avaliar a qualidade de vida de idosos hipertensos por meio do *WHOQOL-bref-old* no município de Maringá-Paraná. **MÉTODO:** estudo transversal, com amostra total composta por 250 idosos hipertensos cadastrados no sistema Hiperdia de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Maringá, Paraná, Brasil. Para a análise dos dados utilizou-se o teste qui-quadrado e Anova. **RESULTADOS:** predominou o gênero feminino (63,6%), com a média da idade de 70,3 anos; os maiores escores de qualidade de vida, *WHOQOL-bref* foram do domínio psicológico ($3,50 \pm 0,366$). No *WHOQOL-old*, o maior escore foi na faceta morte e morrer ($15,51 \pm 3,2042$). Observou-se que a maioria dos idosos apresentou boa qualidade de vida e relativo à satisfação com a saúde. **CONCLUSÃO:** conclui-se que a modificação no estilo de vida contribui para a melhora da qualidade de vida e direcionam o desenvolvimento de ações de saúde públicas promotoras da saúde.

Descritores: Estado de saúde, nível de vida, pressão arterial

ABSTRACT

OBJECTIVE: This study aimed to evaluate the quality of life of elderly hypertensive patients by means of *WHOQOL-BREF-old* in Maringá-Paraná .. **METHODS:** Cross-sectional study

⁴ Enfermeira. Mestranda em Promoção da Saúde. Professora no departamento de enfermagem do Centro Universitário Cesumar (Unicesumar), Maringá, Paraná, Brasil..

⁵ Psicóloga. Doutora em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Professora titular do departamento de saúde no Centro Universitário Cesumar, (Unicesumar), Maringá, Paraná, Brasil.

⁶ Nutricionista. Doutora em Saúde Pública, pela Faculdade de Saúde Pública na Universidade de São Paulo (USP). Professora titular do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde no Centro Universitário Cesumar (Unicesumar), Maringá, Paraná, Brasil.

with a total sample of 250 elderly hypertensive patients enrolled in the system HIPERDIA a Unit Basic Health Care (BHC) from Maringá, Paraná, Brazil. For data analysis we used the chi-square test and ANOVA. RESULTS: The predominant in females (63.6%) with mean age of 70.3 years; The highest scores for quality of life, WHOQOL-BREF were the psychological domain (3.50 ± 0.366). WHOQOL-old, the highest score was on the facet death and dying (15.51 ± 3.2042). It was observed that most of the elderly had good quality of life and on health satisfaction. CONCLUSION: We conclude that the change in lifestyle contributes to improved quality of life and drive the development of health-promoting actions of public health.

KEYWORDS: Health status , quality of life , blood pressure

RESUMEN

OBJETIVO: Este estudio tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida de los pacientes hipertensos de edad avanzada a través de WHOQOL-BREF de edad en Maringá-Paraná ..

MÉTODOS: Estudio transversal con una muestra total de 250 adultos mayores hipertensos inscritos en el sistema HIPERDIA de una Unidad Básica de Salud (UBS) en la ciudad de Maringá, Paraná, Brasil. Para el análisis de los datos se utilizó la prueba de chi-cuadrado y ANOVA. **RESULTADOS:** El predominantes en las mujeres (63,6%) con edad media de 70,3 años, las puntuaciones más altas para la calidad de vida, WHOQOL-BREF eran el dominio psicológico ($3,50 \pm 0,366$). WHOQOL de edad, la puntuación más alta fue en la muerte y el morir faceta ($15,51 \pm 3,2042$). Se observó que la mayoría de los adultos mayores mostraron buena calidad de vida y en la satisfacción de la salud. **CONCLUSIÓN:** Se concluye que el cambio en el estilo de vida contribuye a mejorar la calidad de vida e impulsar el desarrollo de las acciones que promueven la salud de la salud pública.

PALAVRAS CLAVE: Estado de salud, calidad de vida, la presión arterial

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é resultante das implicações no declínio das taxas de fecundidade e mortalidades que acarretaram mudanças no ritmo de crescimento da população e na distribuição etária. O processo do envelhecimento populacional vem ocorrendo em vários países, embora em ritmo e momentos diferenciados.

O processo do envelhecimento humano é uma realidade nas sociedades atuais, fenômeno vivenciado nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Nos países em desenvolvimento, o crescimento da população idosa e o aumento da longevidade, associados a mudanças nos padrões alimentares e no estilo de vida, têm forte repercussão sobre o padrão de morbimortalidade ⁽¹⁾.

No Brasil, a estimativa da projeção populacional prevê que os idosos devem alcançar 26,8% da população, 7,4% do total em 2013 e 26,7% em 2060. No período, a expectativa média de vida do brasileiro deve aumentar dos atuais 75 anos para 81 anos ⁽²⁾.

No país, considera-se idosa a pessoa com 60 anos ou mais de idade. Deste modo, é relevante destacar que o envelhecimento populacional promove grandes mudanças em todos

os setores da sociedade e desafia a habilidade de produção de políticas públicas que respondam às suas necessidades. Os idosos podem apresentar variações na sua condição de saúde, como grande carga de doenças crônicas e incapacitantes, necessitando, assim, de cuidados individualizados nesse período de vida ⁽⁴⁾.

As consequências desse envelhecimento populacional é o aumento da prevalência de doenças crônicas. No que se refere às doenças crônicas não transmissíveis, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) atinge, aproximadamente, 60,2% da população acima de 65 anos. É classificada como condição clínica multifatorial que pode levar a alterações funcionais nos órgãos-alvo, principalmente no encéfalo, no coração, nos rins e nos vasos sanguíneos, além de ser considerada risco para o desenvolvimento de outras comorbidades ^(3,5).

Pesquisas referentes à hipertensão e outras doenças crônicas estudam estratégias na redução da prevalência dos fatores de risco envolvidos, pois estão diretamente relacionados às mudanças no estilo de vida e à qualidade de vida (QV) ⁽⁶⁾.

A expressão qualidade de vida é um constructo com várias definições, pois aspectos culturais, éticos, religiosos e pessoais influenciam a forma como ela é percebida e as suas consequências. Em geral, a QV se estabelece a partir de parâmetros subjetivos e objetivos. Os parâmetros subjetivos seriam o bem-estar, a felicidade, a realização pessoal, entre outros. Já os objetivos estariam relacionados à satisfação das necessidades básicas e daquelas criadas em determinada estrutura social. A QV pode ser definida por sua relação com a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com o meio ambiente ^(7,8,9).

As alterações no estilo de vida podem estar diretamente relacionadas à hipertensão por diversos fatores como sexo, idade, tabagismo, etilismo, estado civil e renda ⁽¹⁰⁾. No entanto, entre os portadores de hipertensão, a terapêutica, as alterações no estilo de vida e hábitos pessoais são possivelmente modificáveis com a melhora na qualidade de vida ⁽³⁾.

Todavia, as informações sobre a qualidade de vida dos indivíduos possibilitam o monitoramento no processo de tratamento e nos diversos estágios da doença e facilita os cuidados em saúde ⁽¹¹⁾, além de contribuir para a investigação das condições que permitem boa qualidade de vida na velhice ⁽¹²⁾. Portanto, este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida de idosos hipertensos do sistema Hiperdia por meio do *WHOQOL-bref* e *WHOQOL old*, no município de Maringá, Paraná.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa transversal, de caráter quantitativo, realizada com idosos cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Maringá, Paraná, Brasil. A UBS foi disponibilizada pelo Centro de Capacitação de Profissionais da Saúde (Cecaps).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário de Maringá - Cesumar (Parecer 392/040 – CEP/Unicesumar – Paraná). Todos os indivíduos que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Considerou-se o número total de indivíduos acompanhados pelo Hiperdia na UBS (n = 1.174) no período de coleta dos dados, destes, selecionaram-se apenas 250 idosos hipertensos com 60 anos ou mais, de ambos os gêneros, e foram avaliados 100% dos selecionados.

Realizou-se o estudo em duas etapas: a primeira foi elaborada por meio de análise de dados secundários constantes nas fichas de cadastro do programa e, a segunda, por meio da aplicação de questionário semiestruturado para caracterização dos aspectos sociodemográficos e condições de saúde. Os critérios de exclusão foram indivíduos com deficiências sensoriais (cegueira, surdez e/ou mudez) e indivíduos incapacitados para a realização da antropometria (presença de fratura ou cadeirantes). Consideraram-se os idosos com hipertensão secundária pela comorbidades associadas.

A coleta de dados realizou-se entre setembro e novembro de 2013. Os participantes foram contatados nos dias de reuniões do Hiperdia, totalizando oito encontros com duração média de 1 h. Os indivíduos ausentes nas reuniões foram entrevistados nos domicílios.

Para a coleta de dados sobre a qualidade de vida foi utilizado o *WHOQOL – bref* e *WHOQOL-old*, que reportam os sentimentos vivenciados nos últimos 15 dias da data do encontro. Os instrumentos são autoaplicáveis, no entanto, a população estudada foi idosa, assim, optou-se por entrevista realizada pelo pesquisador.

O *WHOQOL–bref* permite avaliar aspectos relevantes não exclusivos para a população idosa. Constitui-se de uma versão abreviada do Whoqol-100. Contêm 26 questões, sendo as duas primeiras questões genéricas e as demais representam as 24 facetas que compõem o instrumento original. Essa versão abreviada é composta por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente⁽¹³⁾.

Os domínios e suas respectivas facetas apresentam aspectos objetivos e subjetivos para avaliação e suas respostas são dadas em escala do tipo Likert. As respostas variam de

intensidade (nada – extremamente), capacidade (nada – completamente), frequência (nunca – sempre) e avaliação (muito insatisfeito – muito satisfeito e muito ruim – muito bom)⁽¹⁴⁾.

O *WHOQOL-old* foi elaborado nos mesmos princípios do *WHOQOL-bref*, porém, acrescenta domínios específicos para idosos. O instrumento contém seis domínios (funcionamento do sensorio, autonomia, atividades PPF (passadas, presentes e futuras), participação social, morte e morrer e intimidade), com quatro itens cada (totalizando 24 questões), também avaliados de acordo com a escala Likert. Para estimativa geral da qualidade de vida do idoso, o *WHOQOL Group* também sugere a estimativa de um domínio geral baseado em todos os 24 itens do questionário (Escore Geral do *WHOQOL-old*). Todos os domínios do instrumento também apresentam escores percentuais que variam de 0 a 100⁽¹⁴⁾. Foi empregada, ainda, a sintaxe *WHOQOL-bref* no SPSS para avaliação dos escores do instrumento de QV. Ressalta-se que a mensuração da QV é proporcional ao escore, ou seja, quanto maior o valor do escore, melhor a qualidade de vida.

A mensuração dos níveis pressóricos foi realizada pelo método indireto com técnica auscultatória com uso de esfigmomanômetro, devidamente calibrado da marca OMRON, modelo HEM-781INT®. Os parâmetros de posicionamento do aparelho e do avaliado obedeceram aos procedimentos recomendados⁽¹⁴⁾. Estas organizam a HAS em três estágios quando a PA é $\geq 140/90$ mmHg. O estágio 1 corresponde à pressão arterial sistólica (PAS) entre 140 e 159 mmHg ou a pressão arterial diastólica (PAD) entre 90 e 99 mmHg. O estágio 2 corresponde à PAS entre 160 e 179 mmHg ou PAD entre 100 e 109 mmHg. O estágio 3 corresponde à PAS ≥ 180 mmHg ou PAD ≥ 110 mmHg.

Para elaboração do banco de dados e análise estatística, foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 17.0. Na análise descritiva, adotou-se o teste do qui-quadrado. Para as variáveis inferenciais: estágio da PA, idade, IMC e grupo etário, foi utilizado o Método da Análise de Variância (Anova); com nível de significância $p \leq 0,05$. Para as variáveis EN e PA utilizou-se o teste do qui-quadrado.

RESULTADOS

Foram avaliados 250 idosos, sendo 91 (36,4%) do gênero masculino e 159 (63,6%) do gênero feminino. Do total de idosos, 48,4% eram do grupo etário entre 60 e 69 anos, 35,2% do grupo etário entre 70 e 79 anos e 16,4% do grupo de 80 anos ou mais. A média de idade foi de $70,8 \pm 7,2$ anos, sendo $70,3 \pm 7,3$ para o gênero feminino e $71,8 \pm 6,8$ para o gênero masculino.

No que se refere ao tempo de diagnóstico da HAS, (41,0%) dos idosos referiu ter o diagnóstico entre cinco e nove anos, 59,2% relataram ter outra doença, 52,7% relataram ter *Diabetes Mellitus* associado a HAS e 22,3% ter dislipidemia.

A maioria dos idosos não fazia uso do cigarro e de álcool, 64,4% praticavam atividade física, 52,2% participavam no sistema Hiperdia no período entre um e cinco anos.

Em relação à pressão arterial sistólica, a média foi 127,5 mmHg \pm 17,5 e a diastólica foi 77,5 \pm 13,8. Sendo a PA sistólica mínima de 85 mmHg e máxima 192 mmHg; a PA diastólica mínima foi 40 mmHg e a máxima 113 mmHg.

Tabela 1. Distribuição das variáveis da hipertensão dos idosos do Hiperdia. Maringá, Paraná, 2013. Variáveis	N	%
Presença de doenças associadas à hipertensão		
Sim	148	59,2
Não	102	40,8
Qual doença?		
<i>Diabetes mellitus</i>	78	52,7
Dislipidemia	33	22,3
Outros	37	13,6
Tempo de hipertensão (em anos)		
< 1	7	3,1
1-4	45	19,7
5-9	94	41,0
10-19	70	30,6
>20	13	5,7
Não soube responder	21	8,4
Tempo de participação no grupo (anos)		
<1	51	36,4
1-4	130	52,2
5 -10	68	27,3
Grau de parentesco com hipertensão		
Pai	79	31,7
Mãe	98	39,4
Avô (a) materno/paterno	23	9,2
Não sabe	49	19,7

Hiperdia = Sistema de acompanhamento de hipertensos e diabéticos.

Na Tabela 1 é apresentada a distribuição das variáveis de hipertensão dos idosos, 59,2% relataram ter outra doença, sendo 52,7% ter *Diabetes Mellitus* associado a HAS, 52,7% e 22,3% ter dislipidemia, 41,0% referiram ter o tempo de diagnóstico da HAS entre um e

quatro anos. Verificou-se que 39,4% dos indivíduos relataram que a mãe tinha hipertensão e 19,7% não souberam responder.

Concernente à qualidade de vida, 72,8% dos idosos avaliaram-na como boa, estavam satisfeitos com a sua saúde, sendo 58,5% do sexo feminino. Na avaliação do *WHOQOL-bref*, a variável domínio psicológico teve maior escore ($3,50 \pm 3,668$), enquanto que na a avaliação pelo *WHOQOL-old* o maior escore é apontado na faceta morte e morrer ($15,51 \pm 3,204$). (Tabela 2)

Com relação ao grupo etário, os dados revelaram que 91 dos idosos (75,2%) revelaram ter boa qualidade de vida.

Tabela 2. Distribuição dos escores de qualidade de vida, média, desvio padrão e mediana, Maringá, Paraná, 2013.

Tabela 2. Distribuição dos escores de qualidade de vida, média, desvio padrão e mediana. 2013

Domínios da qualidade de vida	Média \pm DP	Mediana	Mínimo	Máximo
físico (WHOQOL-bref)	$3,20 \pm 3,79$	3,14	2,14	4,29
Psicológico	$3,50 \pm 3,66$	3,50	2,33	4,50
relações pessoais	$3,32 \pm 4,83$	3,33	1,67	4,00
meio ambiente	$3,33 \pm 3,26$	3,37	2,63	4,25
funcionamento do sensório (WHOQOL-old)	$14,63 \pm 2,40$	14,00	9,00	22,00
autonomia	$13,91 \pm 1,65$	14,00	9,00	18,00
atividades PPF	$13,66 \pm 1,69$	14,00	8,00	18,00
participação social	$13,60 \pm 1,55$	14,00	9,00	18,00
morte e morrer	$15,51 \pm 3,20$	17,00	8,00	20,00
intimidade	$14,37 \pm 1,82$	15,00	6,00	17,00

Atividades PPF: presente, passada, futura

Ao comparar a escolaridade com os escores da qualidade de vida, os idosos com maior tempo de estudo apresentaram estatística significativa ($p=0,02$) nos domínios participação social e faceta morte e morrer. Estes achados sugerem que quanto maior o nível de escolaridade melhor qualidade de vida (Tabela 3).

Verificou-se também que idosos com renda familiar superior a dois salários mínimos apontaram diferença significativamente superior ($p=0,001$) em relação aos demais indivíduos no que se refere ao funcionamento do sensório. Resultado semelhante é demonstrado nos domínios participação social ($p=0,01$) e intimidade ($p=0,005$), idosos com maior renda têm valores estatisticamente significativos superiores em relação aos demais avaliados. Concernente ao domínio físico do *WHOQOL-bref*, foi verificado que o grupo com maior

renda, estatisticamente são superiores ($p = 0,02^*$) aqueles com menor renda. Isto evidencia que a qualidade de vida é melhor em pessoas com maior poder aquisitivo.

Tabela 3. Distribuição dos idosos hipertensos, segundo os escores de QV, a escolaridade e a renda, Maringá, Paraná, 2013.

	Escolaridade (anos)					p	Renda (em salários mínimos)			p
	Sem escolaridade	1-4	5-8	9-11	>12		<1	1-2	>2	
	N	N	N	N	N		N	N	N	
Whoqol-old										
PSO	12	98	91	43	4	0,02	104	122	22	0,01
Morte e Morrer	12	98	89	43	4	0,02	103	121	22	0,001
FS	-	-	-	-	-		-	-	-	
Whoqol-bref										
Intimidade	-	-	-	-	-		104	121	22	0,05
Físico	-	-	-	-	-		104	123	22	0,02

Teste Anova – $p \leq 0,05$; QV: qualidade de vida; PSO: participação social; FS: funcionamento do sensório

Os resultados referentes às condições de saúde (uso do álcool e atividade física) e a faceta morte e morrer demonstraram que as preocupações relacionadas à morte são maiores entre os indivíduos que fazem uso do álcool do que entre os indivíduos que não fazem uso de álcool ($p=0,001$). Com relação à prática da atividade física, a variável que permaneceu associada foi a participação social ($p=0,001$), evidenciando que idosos que fazem atividade física têm interação social e isto influencia na qualidade de vida.

No que concerne à qualidade de vida dos idosos relativamente aos estágios da PA, no domínio físico os dados revelaram que os entrevistados com estágio hipertensão 2 têm valores estatisticamente superiores ($p = 0,05$) aos indivíduos com hipertensão 3 ($p = 0,04$). Os aspectos físicos como dor, fadiga, sono, atividades da vida diária, dependência de medicação e capacidade para o trabalho, têm relação estreita com a incidência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e podem ser determinantes na qualidade de vida da população.

Tabela 4. Escores de QV, segundo as variáveis da pressão arterial em idosos. Maringá, Paraná, Brasil, 2013.

PA	<i>WHOQOL-bref</i>		<i>WHOQOL-old</i>			
	Físico		Atividades PPF		Autonomia	
	N	P	N	P	N	P
Ótima	58		-	-	-	-
Normal	57		-	-	-	-
Limítrofe	43		-	-	-	-
Estágio hipertensão 1	65		-	-	-	-
Estágio hipertensão 2	19	0,05	-	-	-	-
Estágio hipertensão 3	7		-	-	-	-
Hipertensão e doenças associadas						
Sim	-		146	0,04		
Não	-		102			
Tempo de hipertensão (em anos)						
< 1	7		-	-	7	
1 - 4	45		-	-	45	0,006
5 - 9	94	0,05	-	-	93	
10 - 19	70		-	-	69	
>20	13		-	-	13	

Teste Anova $p \leq 0,05$; Atividades PPF: presentes, passadas, futuras; QV: qualidade de vida.

A maioria dos idosos revelou ser portadora de outra doença além da hipertensão ($p = 0,04$) em relação à faceta atividade presente/passada/futura. Esta faceta descreve a satisfação com as conquistas da vida e as coisas que anseiam.

No que se refere ao tempo de diagnóstico, os idosos com a doença entre cinco e dez anos apontaram estatística significativa superior ($p=0,05$) em relação ao domínio físico nos entrevistados por meio do *WHOQOL-bref* e quanto à faceta autonomia ($p=0,006$) do *WHOQOL-old* em relação aos demais grupos.

DISCUSSÃO

O predomínio de idosos hipertensos em relação ao sexo feminino é obtido em outros estudos realizados no Brasil. Em pesquisa sobre a qualidade de vida e fatores associados representou 70,0% entre idosas. Outra investigação sobre atividade física e qualidade de vida também apresentou predominância do sexo feminino.

Referente à faixa etária, observou-se semelhança em pesquisas com idosos na Amazônia Legal, MT, com predomínio de 60 a 69 anos (64,8%). Com o aumento da longevidade da população, ocorre uma agregação de outros fatores de risco que pode comprometer a qualidade de vida dos idosos⁽¹⁵⁾.

A escolaridade assemelha-se ao encontrado em pesquisa de uma comunidade rural de MG, em que 39% referiram um a quatro anos de estudo. Em estudo atual, a escolaridade é fator determinante para a melhoria da qualidade de vida⁽¹⁶⁾.

Quanto ao número de comorbidades associadas à HAS, foi verificada a prevalência do DM (52,7%). No que se refere à autopercepção de saúde, a maioria (72,8%) do sexo feminino referira como boa. Resultado semelhante foi observado no estudo sobre qualidade de vida e *diabetes* (75,0%) no DM tipo 2, mas divergente na autopercepção de saúde (53,3%), consideraram-na como nem boa, nem ruim⁽¹⁷⁾.

Os sujeitos quase na sua totalidade revelaram não fumarem e não beberem. Neste contexto, o álcool é considerado fator de risco que contribui para o agravamento da pressão arterial. O esclarecimento e a redução do consumo, portanto, é uma das medidas orientadas no tratamento não medicamentoso da HAS⁽¹⁴⁾.

Relacionado ao fumo, estudos indicam que o hábito de fumar atual ou anterior aumenta em 36% a chance de hipertensão arterial referida em idosos; agrava as doenças do coração, como a aterosclerose. A cessação do fumo proporciona melhora na respiração, aguça o paladar, normaliza o hálito bucal, além de aumentar a disposição física e o relacionamento interpessoal no geral⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

A qualidade de vida entre os domínios do WHOQOL- *brief* foi elevada no domínio psicológico ($3,50 \pm 0,36$), observado na pesquisa em idosos de Juiz de Fora, MG, cujo domínio apresentou o percentual significativo (51,3%)⁽²⁰⁾. Outra investigação revelou resultados semelhantes, observando a maior prevalência de depressão, principalmente em idosos do sexo feminino e em situação conjugal separados. O resultado aponta para a relevância do planejamento no acompanhamento dos idosos no Hiperdia, cujas ações contribuam para ações de saúde e promoção da saúde. Enquanto que na avaliação pelo WHOQOL-*old*, maior escore é apontado na faceta morte e morrer ($15,51 \pm 3,204$), esta se relaciona a preocupações, inquietações e temores sobre a morte e morrer.

O escore significativo nos domínios participação social e morte e morrer comparado à escolaridade pode estar associado à baixa renda familiar observada em idosos hipertensos acompanhados na ESF do município de Venceslau. Neste, a maioria dos sujeitos com baixa renda familiar é compreendida entre um e dois salários mínimos provenientes da

aposentadoria⁽²¹⁾. Verificou-se que pessoas de classes sociais mais baixas demonstraram pior qualidade de vida nos quatro domínios. Destaca-se que no Brasil a desigualdade na distribuição de renda, o analfabetismo, o baixo nível de escolaridade e o ambiente precário impactam negativamente sobre a qualidade de vida⁽²²⁾.

A qualidade de vida analisada pelo WHOQOL-*old* demonstrou que a renda familiar superior a dois salários mínimos foi significativa em relação aos demais grupos na faceta funcionamento do sensorio, que avalia o impacto das perdas sensoriais⁽²³⁾.

No estudo com idosos foi encontrado resultado semelhante 43,7% destas apresentou renda de um salário mínimo⁽²⁴⁾. Divergente do resultado apresentado na pesquisa com idosos de grupo de convivência em Porto Alegre – Rio Grande do Sul, cujo poder aquisitivo foi maior⁽²⁵⁾. Neste contexto, as ações em saúde pública devem adequar-se às condições econômicas dos idosos, visando o tratamento efetivo e com qualidade.

A prática da atividade física foi associada à faceta participação social do WHOQOL-*old*. Este domínio envolve oportunidades de participação em atividades na comunidade, satisfação com o nível de atividade diária e com a utilização do tempo. Destaca-se em estudos que os idosos consideram fundamental manter os relacionamentos interpessoais, fortalecer em número e qualidade os vínculos familiares, contribuindo, se possível, com a educação de filhos e netos, bem como os vizinhos e amigos, solidificando sua rede de contatos. No estudo sobre a qualidade de vida global em idosos ativos, a faceta PS esteve relacionada à melhor percepção da QV global nas entrevistadas⁽²⁶⁾.

No presente estudo foi verificado no domínio físico que os idosos com o estágio hipertensivo 2 foi significativamente superior aqueles com estágio hipertensivo 3. O domínio físico está relacionado à avaliação da dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou tratamentos e capacidade para o trabalho. Diferente do observado na pesquisa de avaliação da QV em hipertensos ou não, que apresentou o menor escore no domínio físico em ambos os entrevistados. O resultado pode estar relacionado ao número de comorbidades entre os idosos que impactariam no cotidiano gerando dor ou desconforto, diminuindo sua capacidade para o trabalho⁽¹⁵⁾.

A maioria dos idosos pesquisados neste estudo referiu doenças associadas à faceta atividade presente, passada e futura ($p=0,04$). Considerou-se no estudo o agrupamento das doenças como a depressão e ansiedade, e foram classificados na variável outros (Tabela 1) relatados por 37 idosos entrevistados (13,6%). A pesquisa sobre a prevalência de depressão em idosos apresentou percentual de 50% além de outras comorbidades.⁽²⁶⁾ Em estudo recente sobre os fatores associados à qualidade de vida em idosos, verificou-se que a diminuição da

funcionalidade impactou negativamente as conquistas futuras. Ações que favorecem o envelhecimento saudável incentivam os idosos a serem mais proativos, adaptando-se às mudanças vivenciadas nesta etapa da vida na preservação do seu bem-estar⁽²⁷⁾.

Referente ao tempo da doença entre os idosos houve significância ($p=0,05$) pelo domínio físico e significância ($p=0,006$) na faceta autonomia do WHOQOL-old. Resultado semelhante verificado em idosos da zona rural, onde quanto maior o tempo da doença, menor o escore de QV no domínio físico, contudo, não houve correlação com as facetas do WHOQOL-old.

Consideraram-se algumas limitações do estudo, pois, os dados oriundos do Hiperdia não podem ser tomados como representativos na prevalência de hipertensos e diabéticos nas regiões brasileiras. Por ser comum o cadastramento das pessoas no sistema por atendimento de demanda, ou seja, quando o usuário procura a UBS, há certamente uma sub-representação dos hipertensos e diabéticos. Além disso, o registro dos usuários depende da sistematização e remessa dos dados pelos municípios ao Ministério da Saúde. Todavia, foram pertinentes as investigações apresentadas, possibilitando estudos futuros que direcionam o desenvolvimento de ações de saúde pública, preventivas e promotoras da saúde.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu a compreensão sobre a qualidade de vida dos idosos acompanhados pelo Hiperdia. Destaca-se a relevância científica e social de se investigar a qualidade de vida dos idosos que são acompanhados no sistema público na atenção primária à saúde, e com isso, proporcionar novas pesquisas com o intuito de propor ações e políticas sociais.

Os resultados obtidos revelaram a maior proporção de mulheres (63,6%), com a média de 70,3 anos de idade. A autoavaliação da qualidade de vida de modo geral confirmou ser positiva, pois a maioria dos idosos estavam satisfeitos com a sua saúde, isto denota que de modo geral a qualidade de vida foi satisfatória. O domínio psicológico se destacou na avaliação por meio do Whoqol-bref, enquanto no Whoqol-old, predominou a faceta morte e morrer, sugere-se melhora da qualidade de vida quando a saúde equilibrada contribui para a independência física, emocional, disposição para o trabalho e o lazer.

Os demais dados sociodemográficos destacaram a importância do acompanhamento desses indivíduos pelo sistema Hiperdia, pois corroboram na conscientização e modificação no estilo de vida contribuindo para a melhora da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. WHO. World Health Organization. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Méd.* 1998; 41(10):1403-1410.
2. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio: Síntese de Indicadores 2010. Rio de Janeiro; 2013. Disponível em: www.ibge.gov.br.
3. Tavares DMS, Araujo MO, Dias FA. Qualidade de vida dos idosos: comparação entre os distritos sanitários de Uberaba-MG. *Cienc. Cuid. Saude.* 2011; 10(1):074-081.
4. Campos MAG, Pedroso ERP, Lamounier JA, Colosimo EA, Abrantes MM. Estado nutricional e fatores associados em idosos. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2006; 52(4):214-21.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Informações de Saúde. 2009. [acesso 13 Out 2009]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos>.
6. Capilheira M, Santos IS. Doenças crônicas não transmissíveis: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2011; 27:1143-53.
7. Paskulin L, Molzahn A.E. Quality of life of older adults in Brazil and Canada. *West J. Nurs. Res.* 2007; 29(1):10-26.
8. Vitorino LM, Vianna LAC. Coping religioso e espiritual de idosos institucionalizados. *Acta Paul. Enferm.* 2012; 8(25): 136-142.
9. Fleck MPA. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Editora Artmed; 2008.
10. Lim LZ, Jin A, Ng TP. Anxiety and depression, chronic physical conditions, and quality of life in an urban population sample study. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2012; 47(1):1047-53.
11. Skevington SM, McCrate FM. Expecting a good quality of life in health: assessing people with diverse diseases and conditions using the WHOQOL Bref. *Health Expect.* 2012; 15(1):49-62.
12. Vecchia, RD, Ruiz T, Bocchi SC, et al. Qualidade de vida na 4. terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2005;8:246-52.
13. WHOQOL. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Méd.* 1995; 41(10):1403-1409.
14. SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq. Bras. Cardiol.* 2010; 95(1s):1-51.

15. Tavares DMS, Paiva MM, Dias FA, Diniz MA, Martins NPF. Características sociodemográficas e qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial sistêmica que residem na zona rural: importância do papel do enfermeiro. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2013; 21(2):1-08.
16. Pimenta AM, KAC Gilberto, Gazzinelli A, Oliveira RC, Melendez GV. Associação entre obesidade central, triglicérides e hipertensão arterial em uma área rural do Brasil. *Arq Bras Cardiol.* 2008;90(6):419-425)
17. Miranzi SSC, Ferreira FS, Iwamoto HH, Pereira GA, Miranzi MAS. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(4): 672-679.
18. Oliveira DV, Bertolini SMM. Avaliação da qualidade de vida de idosos fisicamente ativos por meio do questionário WHOQOL-bref. *Revista Saúde e Pesquisa.* 2012; 5(3):547-554.
19. Costa GV, Lima AKL. Prevalência de depressão em idosos atendidos em ambulatório de geriatria da região nordeste do Brasil (São Luís-MA). *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2010;; 13(2): 289-300.
20. Braga MCP, Casella MA, Campos MLN, Paiva SP. Qualidade de vida medida pelo whoqol-bref: estudo com idosos residentes em Juiz de Fora/MG. *Rev. APS.* 2011; 14(1); 93-100.
21. Contiero AP, Pozati MPS, Challouts RI, Carreira L, Marcon SS. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2009; 30(1):62-70.
22. Azevedo ALS, Silva RA, Tomasi E, Quevedo LÁ. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde *Cad. Saúde Pública.* 2013; 29(9):1774-1782.
23. 17. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev. Saúde Pública.* 2006;40(5):785-91.
24. Tavares DS, Cândida NG, Dias FA, Santos NMF. Fatores Associados à Qualidade de Vida de Idosos com osteoporose-residentes na zona rural. *Esc. Anna Nery.* 2012; 16 (2): 371-378.
25. Colete, Mayorga, 2008 Colet CF, Mayorga P, Amador TA. Utilização de medicamentos por idosos inseridos em grupos de convivência do município de Porto Alegre/ RS/Brasil. *Lat Am J Pharm.* 2008; 27(3): 460-67.
26. Gonçalves, CV; Andrade, KL. Prevalência de depressão em idosos atendidos em ambulatório de geriatria da região nordeste do Brasil (São Luis-MA). *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v.13, n.2, p.289-299, 2010.

27. Bilgili N., Arpacı F. Quality of life of older adults in Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2014;59(2):415-421.

2 CONCLUSÕES

Este estudo possibilitou identificar o estado nutricional e a qualidade de vida dos idosos hipertensos em acompanhamento no sistema Hiperdia. Observou-se que a maioria da população estudada apresentou-se com o peso adequado na população masculina e entre os idosos com idade entre 70 a 79 anos, porém, houve predominância do sexo feminino dos idosos hipertensos estudados.

Os dados apresentados destacaram a importância do acompanhamento desses indivíduos pelo sistema Hiperdia, pois corroboram na conscientização e modificação no estilo de vida contribuindo para a melhora da qualidade de vida.

Destacou-se a relevância científica e social de se investigar a qualidade de vida dos usuários que envelhecem e são acompanhados em um dos sistemas públicos na atenção primária à saúde e, com isso, proporcionar novas pesquisas com o intuito de propor ações e políticas sociais.

REFERÊNCIAS

BELTRAME, V. **Qualidade de vida em idosos**. 2008. 101f. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

BASSLER T.C, LEI D.L.M. Diagnóstico e monitoramento da situação nutricional da população idosa em município da região metropolitana de Curitiba (PR). **Rev Nutr.** 2008; 21(3):311-21. Disponível em:
<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/12684/9712>
Acesso em: 25/08/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HIPERDIA**: Sistema de Cadastramento e acompanhamentos de Hipertensos e Diabéticos. Disponível em:
<<http://hiperdia.datasus.gov.br>>. Acesso em: 10/10/ 2012.

BORBA, T.B.; MUNIZ, R. M. Sobrepeso em idosos hipertensos e diabéticos cadastrados no Sistema HiperDia da Unidade Básica de Saúde do Simões Lopes, Pelotas, RS, Brasil. **Rev. Enferm. Saúde**, v.1, n.1, p.69-76, 2011.

BOSCATTO, E.C. et al. Nutricional status in the oldest elderferly and associate factors. *Rev Assoc Med Bras.* 2013, v. 59, n. 1, p. 40-47. Disponível em:
www.scielo.br. Acesso em 13 mar 2014.

BLOOM, D. 7 Billion and counting. **Science** v. 333, p. 562-569, 2011.

CAMACHO, A.C.L.F, COELHO, M.J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 63, n. 2, abr. 2010.

CARVALHO, J.A.M.; RODRIGUEZ-WONG, L.L. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do Século XXI. Rio de Janeiro, RJ. **Cad. Saúde Pública** v.24, n. 3, mar 2008. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 mar 2014.

CINTRA, R.M.G.; OLIVEIRA, D.; SILVA, L.M.G. Estado nutricional e ocorrência de Hipertensão arterial e diabetes em idosos residentes e não residentes em instituições geriátricas. **Alim. Nutr.**, Araraquara, SP, v.23, n. 4, p. 567-575,2012. Disponível em: <http://serv-bib.fcfar.unesp.br/>. Acesso em: 13 mar 2014.

CONTIERO, A.P. et al. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.30, n.1, p.62-70, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/apps/mapa/>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

JACOB FILHO, W.; KIKUCHI, E. L. **Geriatría e Gerontologia básicas**. Elsevier Brasil, 2011.

LEBRÃO, M.L. et al. Risk factors for mortality among elderly people. **Rev Saúde Pública**. 2006. V.40, n. 6. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/32172/34268>. Acesso em: 10 fev. 2014.

MAFRA, S. C. T. A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 14, n. 2, p. 353-63, 2011.

MAUÉS, C. R. et al. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. **Rev Soc Bras Clín Méd**, v. 8, n. 5, p. 405-10, 2010.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.1, n.1S, p.1-51, 2010.

NERI, A. L. Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. In: CONGRESSO PAULISTA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2, 2001, Santos. **Anais Eletrônico do II Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia**, Santos: GERP-SP, 2001. 2-18p. Disponível em: <http://portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/maio2007/2congresso.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2012.

UNIDAS, **Pesquisa Nacional 2010**. Disponível em: http://www.unidas.org.br/periódicos/arq_periódicos/pesquisa2010.pdf Acesso em 25 jan. 2014.

PARAHYBA, Maria Isabel; VERAS, Renato. Diferenciais sociodemográficos no declínio funcional em mobilidade física entre os idosos no Brasil. **Ciênc saúde coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1257-64, 2008.

ROSÁRIO, T. M. et al. Prevalence, control and treatment of arterial hypertension in Nobres-MT. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 93, n. 6, p. 672-678, 2009.

TAMAI SAB, PASCHOAL SMP, LITVOC J, Machado AN, CURIATI PK, PRADA LF, et al. Impact of a program to promote health and quality of life of elderly. **Einstein**. 2011; 9(1):8-13.

WHO. World Health Organization. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Méd**, v.1, n.41, p.1403-1410, Nov. 1995.

WHOQOL. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Méd**. 1995; 41(10):1403-1409.

ZATTAR, L. C. et al. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil Prevalence and factors associated with high blood pressure, awareness, and treatment among elderly. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 3, p. 507-521, 2013.

ANEXO I - NORMAS DA REVISTA GAUCHA DE ENFERMAGEM

DIRETRIZES 2013

1 Instruções para os autores

1.1 Orientações gerais

Os artigos para publicação devem ser enviados exclusivamente à Revista Gaúcha de Enfermagem, sendo permitida sua reprodução em outras publicações mediante autorização do Conselho Editorial, devendo, neste caso, constar a citação da publicação original.

Na Revista podem ser publicados artigos escritos por outros especialistas, desde que o tema seja de interesse para a área de Enfermagem.

Para submeter o manuscrito não é preciso ser assinante da Revista. Contudo, deveser efetuado pagamento das taxas: de submissão (no momento da submissão do artigo); de publicação (no momento do aceite do manuscrito para publicação) .

Ao ser designado para publicação o manuscrito deverá ser transcrito para a versão em idioma inglês cuja taxa de serviços deverá ser acordada com a empresa tradutora recomendada pela RGE.

Os manuscritos poderão ser encaminhados em português, espanhol ou inglês.

A submissão dos artigos deverá ser feita *online* no *site*:

<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem>

No momento da submissão, o nome completo de cada autor, instituição de origem, país, e-mail e resumo da biografia (afiliação completa e credenciais) devem ser informados apenas nos metadados. Os agradecimentos por ajuda financeira, assistência técnica e outros auxílios para a execução do trabalho também não deverão ser mencionados no momento da submissão. Quando do aceite do trabalho, os autores serão orientados sobre a forma de proceder para realizar a inserção dessas informações.

Os autores dos trabalhos encaminhados para avaliação deverão enviar uma Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais, elaborada conforme modelo da Revista (“Sobre” > “Políticas” > “Modelo de Declaração de Responsabilidade”), assinada por todos os autores, e encaminhá-la como documento suplementar juntamente com o artigo.

Nos manuscritos resultantes de estudos que envolvem seres humanos, os autores deverão indicar os procedimentos adotados para atender o constante na Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, e o número do protocolo de aprovação do projeto de pesquisa no corpo do texto. Uma cópia do protocolo deverá ser encaminhada à RGE como documento suplementar.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, mesmo não sendo completamente aparentes, podem influenciar seus julgamentos sobre o que é publicado. O conflito de interesses pode ser de ordem pessoal, comercial, político, acadêmico ou financeiro. Quando os autores submetem um manuscrito,

seja um artigo ou carta, são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros que possam influenciar o conteúdo do trabalho submetido à Revista.

3.2 Apresentações dos originais

A redação deve ser clara e concisa, com a exposição precisa dos objetivos. A argumentação deve estar fundamentada em evidências bem justificadas.

Para o preparo do manuscrito, recomenda-se a busca e citação de artigos pertinentes ao tema e previamente publicados na literatura científica nacional e internacional, facilitando a contextualização, coerência e continuidade para os leitores.

A Revista não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais, e se dá, portanto, o direito de decidir quanto a alterações e correções.

Os trabalhos devem ser encaminhados em *Word for Windows*, fonte *Times New Roman* 12, espaçamento duplo (inclusive os resumos), com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 e com as quatro margens de 2,5 cm. Quando os artigos forem redigidos em português devem respeitar o Acordo Ortográfico de 2008.

Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração. O título do artigo e resumo deve ser em letras maiúsculas e em negrito (Ex.: **TÍTULO; RESUMO**); *resumen* e *abstract* em maiúsculas, negrito e itálico (ex.: **RESUMEN; ABSTRACT**); seção primária em maiúscula e negrito (ex.: **INTRODUÇÃO**); e seção secundária em minúscula e negrito (ex.: **Histórico**). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto (Ex.: -, *, etc.) e alíneas [a), b), c)...

A Revista publica artigos nas seguintes seções:

Editorial: de responsabilidade a Comissão Editorial (CED) da Revista, que poderá convidar autoridades para redigi-lo. O Editorial deverá obedecer ao limite de 500 palavras;

Artigos originais: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita. Deve obedecer a seguinte estrutura: Introdução deve apresentar a questão norteadora, justificativa, revisão da literatura (pertinente e relevante) e objetivos coerentes com a proposta do estudo. Os métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. Os resultados devem ser descritos em seqüência lógica. Quando apresentar tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas. A discussão, que pode ser redigida junto com os resultados, deve conter comparação dos resultados com a literatura e a interpretação dos autores. As conclusões ou considerações finais devem destacar os achados mais importantes comentar as limitações e implicações para novas pesquisas. Devem obedecer ao limite de **4.500 palavras no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e 20 referências no máximo)**;

Artigos de revisão sistemática: são contribuições cujo método de pesquisa é conduzido por meio da síntese de resultados de estudos originais quantitativos que tem por objetivo responder a uma questão específica e de relevância para a enfermagem ou para a saúde. Deverão ser descritas detalhadamente os procedimentos metodológicos no que se refere a busca dos estudos originais, os critérios de inclusão e exclusão utilizados, por meio dos testes preliminares e de relevância segundo o referencial teórico metodológico adotado. A revisão sistemática poderá se caracterizar em meta-análise e ou metassíntese dependendo do tipo de

abordagem metodológica do manuscrito e compreensão do estudo. Deve obedecer ao limite de **5.000 palavras no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e não possui limite de referências)**;

Artigos de reflexão: formulações discursivas de efeito teorizante com fundamentação teórica filosófica sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo ou potencialmente investigativo. Devem obedecer ao limite de **2.500 palavras no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e 15 referências no máximo)**;

Os manuscritos devem conter:

Título: que identifique o conteúdo, em até 15 palavras;

Resumo: deve ser elaborado conforme a ABNT ([NBR 6028/2003](#) - *Resumo: apresentação*). Em até 150 palavras, elaborado em parágrafo único, sem subtítulo, acompanhado de sua versão para o espanhol (*Resumen*) e para o inglês (*Abstract*). O primeiro resumo deve ser no idioma do trabalho. Os artigos originais devem apresentar um resumo contendo: objetivos, método (tipo do estudo, amostra, período e local da pesquisa), resultados e conclusões. No caso de artigos de reflexão teórica, a descrição da metodologia poderá ser suprimida.

Descritores: de 3 a 6, que permitam identificar o assunto do trabalho, em Português (Descritores), Espanhol (*Descriptores*) e inglês (*Descriptors*), conforme os “Descritores em Ciências da Saúde” (<http://decs.bvs.br>), podendo a Revista modifica-los se necessário. **Título em outros idiomas:** apresentá-lo nas versões para o Espanhol (*Título*) e Inglês (*Title*) logo após os descritores do respectivo idioma.

Introdução: deve apresentar o problema de pesquisa, a justificativa, a revisão da literatura (pertinente e relevante) e os objetivos coerentes com a proposta do estudo.

Metodologia: deve apresentar o método empregado - tipo de estudo, referencial teórico do estudo e o utilizado para análise dos dados, inclusive os testes estatísticos quando apropriado, critérios de inclusão e exclusão de participantes, período do estudo, local do estudo, considerações éticas (nº de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa), uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou termo de consentimento para uso de dados quando apropriado.

Resultados: devem ser descritos em sequência lógica. Quando forem apresentados em tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas. Os resultados deverão ser apresentados separados da discussão quando se tratar de artigos originais resultantes de estudos com abordagens quantitativas.

Discussão: deve conter a comparação dos resultados com a literatura e a interpretação dos autores. Deve ser redigida junto com os resultados nos estudos qualitativos.

Conclusões ou Considerações Finais: devem destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e as implicações para novas pesquisas e para o corpo de conhecimento na Enfermagem/Saúde.

Referências: devem ser apresentadas no máximo 20 referências para os artigos originais e 15 para as reflexões. Não há limite máximo para as revisões sistemáticas. Devem ser atualizadas (últimos cinco anos); sendo aceitáveis fora desse período no caso de constituírem referencial fundamental para o estudo. No caso de teses e dissertações, recomenda-se que sejam utilizados preferencialmente os artigos oriundos das mesmas.

Devem ser digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples. Utiliza-se nesta seção “Referências” e não “Referências bibliográficas”. A lista de referências deve ser composta por todas as obras citadas, numeradas de acordo com sua ocorrência no corpo do texto. Deve-se utilizar o estilo de referências *Vancouver*, do *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)*, atualizado em 2009, e adaptado pela RGE (ver exemplos de referências). Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde (BIREME), disponível no endereço: <http://portal.revistas.bvs.br/> . Para os periódicos que não se encontram nessa listagem, poderão ser utilizadas como referência as abreviaturas do Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Seriadas do IBICT, CCN, disponível em: <http://ccn.ibict.br/busca.jsf>.

Citações: devem ser apresentadas no texto de acordo com o sistema numérico, com os números correspondentes entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre a palavra e o número da citação. Não deve ser mencionado o nome dos autores, excluindo-se expressões como: “Segundo..., De acordo com...”. Quando se tratar de citação sequencial, devem-se separar os números por hífen e, quando intercaladas, devem ser separadas por vírgula. Em caso de transcrição de palavras, frases ou parágrafo com palavras do autor (citação direta), se deve utilizar aspas iniciais e finais na sequência do texto. Recomenda-se a utilização criteriosa deste recurso (ABNT 10520/2002).

Exemplos:

Pesquisas apontam que...⁽¹⁻⁴⁾.

Alguns autores acreditam que...^(1,4,5).

“[...] e nos anos seguintes o mesmo se repetiu”⁽⁷⁾.

Os manuscritos podem ainda conter:

Depoimentos: são frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa. Não utilizar aspas e observar a seguinte estrutura: recuo do parágrafo (1,25 cm), fonte tamanho 11, em itálico, espaçamento simples, com sua identificação entre parênteses, codificada a critério do autor, e separadas entre si por um espaço simples. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes “[...]”, e as intervenções dos autores ao que foi dito pelos participantes do estudo devem ser apresentadas entre colchetes.

Ilustrações: poderão ser incluídas até **cinco** (gráficos, quadros e tabelas), em preto e branco, conforme as especificações a seguir:

- **Gráficos e quadros:** devem ser apresentados conforme ABNT (NBR 6022/2003 - Informação e documentação - Artigo em publicação periódica científica impressa - Apresentação);

- **Tabelas:** devem ser apresentadas conforme IBGE – Normas de Apresentação Tabular, disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/normastabular.pdf>;

- **Demais ilustrações:** apresentadas conforme ABNT (NBR 6022/2003 - Informação e documentação - Artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação).

Símbolos, abreviaturas e siglas: conforme ABNT (NBR 6022/2003 - Informação e documentação - Artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação).

Utilizar negrito para destaque e itálico para palavras estrangeiras.

Deve ser evitada a apresentação de apêndices (elaborados pelos autores) e **anexos** (incluídos, sem intervenção dos autores).

ANEXO II - NORMAS DA REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM

Orientação aos Autores

SOBRE A APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS

1 Apresentação gráfica

Os manuscritos devem ser elaborados em programa “Word for Windows”, versão 6.0 ou superior, fonte “Times New Roman”, tamanho 12, digitados em espaço 1,5, padrão A4 (212 x 297 mm), margens de 25 mm, limitando-se ao número de laudas e referências indicadas para os diversos tipos de trabalhos, incluindo as páginas preliminares, texto, agradecimentos, referências e ilustrações (máximo de 5).

2 As partes dos manuscritos

Todo manuscrito deverá ter a seguinte estrutura e ordem, quando pertinente:

a) páginas preliminares:

Página 1:

Título e subtítulo- nos idiomas: português, inglês, espanhol;

Autor(es) - nome completo acompanhado da profissão, cargo, função e instituição,

Autor correspondente: nome e endereço eletrônico do autor responsável para correspondência;

Indicação da Categoria do artigo: Pesquisa, Revisão Teórica, Relato de Experiência, Artigo reflexivo /Ensaio.

Página 2:

Título do artigo em português; Resumo e palavras-chave;

Título do artigo em inglês; Abstract e Key words; Título do artigo em espanhol;

Resumen e Palabras clave.

(As Palavras-chave (de três a seis), devem ser indicadas de acordo com o DECS - Descritores em Ciências da Saúde/BIREME), disponível em:

<<http://decs.bvs.br/>>.

O resumo deve conter até 250 palavras, com espaçamento simples em fonte com tamanho 10.

Página 3: a partir desta página apresenta-se o conteúdo do manuscrito precedido pelo título em português, e inclui:

b) Texto:

- introdução;
- desenvolvimento (material e método ou descrição da metodologia, resultados, discussão e/ou comentários);
- conclusões ou considerações finais;

c) Agradecimentos (opcional);

d) Referências como especificado no item 4.3;

e) Anexos, se necessário.

3 Sobre a normalização dos manuscritos:

Para efeito de normalização, serão adotadas as diretrizes do Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals - URM do International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE - (Norma de Vancouver)

disponível na íntegra nos endereços:

em português: <<http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html>>

em espanhol: <<http://www.enfermeriaencardiologia.com/formacion/vancouver.htm>>

em inglês: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

As referências são numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas pela primeira vez no texto.

As citações no texto devem ser indicadas mediante número arábico, sobrescrito, correspondendo às referências no final do artigo.

Os títulos das revistas são abreviados de acordo com o "Journals Database"- Medline/Pubmed, disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=Journals>> ou com Catálogo Coletivo de Revistas da BVS (Bireme/OPAS/OMS) disponível em: <<http://portal.revistas.bvs.br/?lang=pt>>

As ilustrações devem ser apresentadas em Preto & Branco imediatamente após a referência a elas, em conformidade com a Norma de apresentação tabular do IBGE, 3ª ed. de 1993. Dentro de cada categoria deverão ser numeradas seqüencialmente durante

o texto. Exemplo: (TAB. 1, FIG. 1, GRÁF 1). Cada ilustração deve ter um título e a fonte de onde foi extraída. Cabeçalhos e legendas devem ser suficientemente claros e compreensíveis sem necessidade de consulta ao texto. As referências às ilustrações no texto deverão ser mencionadas entre parênteses, indicando a categoria e o número da ilustração. Ex. (TAB. 1).

As abreviaturas, grandezas, símbolos e unidades devem observar as Normas Internacionais de Publicação. Ao empregar pela primeira vez uma abreviatura, esta deve ser precedida do termo ou expressão completos, salvo quando se tratar de uma unidade de medida comum.

As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser expressas em unidades

do sistema métrico decimal (metro, quilo, litro) ou seus múltiplos e submúltiplos. As temperaturas, em graus Celsius. Os valores de pressão arterial, em milímetros de mercúrio.

Abreviaturas e símbolos devem obedecer padrões internacionais.

Agradecimentos devem constar de parágrafo à parte, colocado antes das referências bibliográficas.

SOBRE O ENCAMINHAMENTO DOS MANUSCRITOS

A submissão dos manuscritos será realizada no site da REME <www.reme.org> no Sistema SGP, Versão 3.0 da GN1. Os manuscritos submetidos à publicação devem vir acompanhados dos seguintes documentos todos em formato digital:

- a)** manuscrito;
- b)** figuras e tabelas em documento separado;
- c)** documento de aprovação do Comitê de Ética em atendimento à Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos, quando couber;
- d)** comprovante de depósito relativo ao pagamento da taxa de submissão.

O autor correspondente ao submeter o manuscrito deverá firmar eletronicamente:

- a)** o compromisso de que o manuscrito não está sendo submetido a outro periódico e que, caso seja aceito, concorda(m) com a transferência dos direitos autorais para a REME;
- b)** a responsabilidade por parte de todos o(s) autor(es) acerca da autoria e da originalidade;
- c)** ausência de conflitos de interesse.

Para ensaios clínicos é necessário indicar o número de identificação em um dos registros de Ensaio Clínico, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis na url: <http://www.icmje.org>. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

ANEXO III TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Qualidade de vida dos idosos hipertensos cadastrados no município de Maringá-PR

Declaro que fui satisfatoriamente esclarecido pelas pesquisadoras **Rose Mari Bennemann, Mayra Costa Martins e Raquel Cristina Luis Mincoff** em relação a minha participação no projeto de pesquisa intitulado **Qualidade de vida dos idosos hipertensos cadastrados no programa Hiperdia no município de Maringá-PR**, cujo objetivo é analisar a qualidade de vida dos idosos hipertensos cadastrados no programa Hiperdia, no município de Maringá-PR. Os dados serão coletados por meio de entrevista utilizando questionário com perguntas abertas e fechadas, além de questionário objetivo de fácil entendimento. Na avaliação clínica serão mensurados os níveis pressóricos, medida antropométrica (peso, estatura); a coleta das informações dos participantes ocorrerá nos dias de encontro do grupo Hiperdia. Estou ciente e autorizo a realização dos procedimentos acima citados e a utilização dos dados originados destes procedimentos para fins didáticos e de divulgação em revistas científicas brasileiras ou estrangeiras, contanto que sejam mantidas em sigilo informações relacionadas à minha privacidade, bem como garantido meu direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvidas acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, além de que se cumpra a legislação em caso de dano. Caso haja algum efeito inesperado que possa prejudicar meu estado de saúde físico e/ou mental, poderei entrar em contato com o pesquisador responsável e/ou com demais pesquisadores. É possível retirar o meu consentimento a qualquer hora e deixar de participar do estudo sem que isso traga qualquer prejuízo à minha pessoa. Desta forma, concordo voluntariamente e dou meu consentimento, sem ter sido submetido a qualquer tipo de pressão ou coação.

Eu, _____, _____, *(responsável pelo menor, se for*

_____ o caso) após ter lido e entendido as informações e esclarecidas todas as minhas

dúvidas referentes a este estudo com Dra. Rose Mari Bennemann
Professor

CONCORDO VOLUNTARIAMENTE em

participar do mesmo.

Maringá / PR, / 03 / 2013

Continuação do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, Rose Mari Bennemann, declaro que forneci todas as
informações

referentes ao estudo ao sujeito da pesquisa.

Para maiores esclarecimentos, entrar em contato com os pesquisadores nos
endereços abaixo relacionados:

Nome: Rose Mari Bennemann

Endereço: Av. Guedner, 1610

Bairro: Jd. Aclimação

Cidade: Maringá

UF: PR

Fones: (44) 3027-6360

e-mail: rosemari@cesumar.br

ANEXO IV - TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
MARINGÁ - CESUMAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Qualidade de vida dos Idosos hipertensos cadastrados no programa Hipertdia no município de Maringá-PR.

Pesquisador: Raquel Cristina Luis Mincoff

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 19119013.2.0000.5539

Instituição Proponente: Centro Universitário de Maringá - CESUMAR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 392.040

Data da Relatoria: 05/09/2013

Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa tem como foco a investigação de qualidade de vida em Idosos hipertensos, tema bem pesquisado devido a longevidade desta população e de relevância para elaboração de estratégias positivas e assertivas que beneficiam esse público.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a qualidade de vida de idosos hipertensos cadastrados no programa HIPERDIA, no município de Maringá-PR.

Objetivo Secundário:

Verificar o perfil sociodemográfico dos Idosos; Identificar o tempo de permanência e frequência dos idosos no programa; Avaliar o estado nutricional dos Idosos; Identificar os fatores de risco predisponentes para hipertensão arterial; Analisar a qualidade de vida dos Idosos inseridos no programa HIPERDIA das UBS do município de Maringá-PR,

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há nenhum tipo de risco para os pesquisados.

Benefícios:

Identificar os fatores físicos e sociais que interferem na qualidade de vida dos indivíduos a serem pesquisados, proposta de ações de saúde para melhora da qualidade de vida dos Idosos

Endereço: Avenida Godner, 1810 - Bloco 07 - Tênis

Bairro: Jardim Aclimação CEP: 75.000-000

UF: PR Município: MARINGÁ

Telefone: (44)3027-6380

E-mail: cep@cesumar.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
MARINGÁ - CESUMAR



Continuação do Parecer: 302.040

portadores de hipertensão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente pesquisa tem como foco a investigação de qualidade de vida em idosos hipertensos, tema bem pesquisado devido à longevidade desta população e de relevância para elaboração de estratégias positivas e assertivas que beneficiam esse público. A participação dos idosos hipertensos acompanhados pelo programa HIPERDIA apresentam as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice? Aspectos éticos O projeto foi autorizado pelo Centro de Capacitação de Profissionais da Saúde (CECAPS), da Secretaria Municipal de Saúde do município de Maringá-PR, (Anexo A). O projeto foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Centro Universitário de Maringá (CEP/CESUMAR). Os idosos que aceitarem participar do estudo assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE. Tipo de estudo transversal, com abordagem quantitativa, com coleta de dados primários e secundários. Local do estudo Unidades Básicas de Saúde de Maringá-PR População alvo idosos hipertensos (com 60 anos, ou mais), de ambos os gêneros, cadastrados no programa HIPERDIA das UBS do município de Maringá-PR.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As autoras apresentam o consentimento do local de realização da pesquisa, o TCLE dentro dos padrões legais, no entanto o cronograma está completo no pré-projeto e continua. Incompleto no formulário, apenas constando a coleta de dados.

Recomendações:

Aprovar com a recomendação dos autores colocarem no formulário o cronograma nos moldes do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Adicionar o cronograma

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado

Endereço: Avenida Guadalupe, 1610 - Bloco 07 - Térreo
Bairro: Jardim Aclimação CEP: 75.000-000
UF: PR Município: MARINGÁ
Telefone: (44)3027-6380 E-mail: cep@cesumar.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
MARINGÁ - CESUMAR



Continuação do Parecer: 302.040

MARINGÁ, 11 de Setembro de 2013

Assinador por:
Nilce Marzolla Iderha
(Coordenador)

ANEXO V QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

Data da entrevista: ____/____/____

UBS: _____

A) DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- 1- Nome (iniciais): _____
- 2- Data de nascimento: ____/____/____ Idade (anos completos):
- 3- Sexo: () feminino () masculino
- 4- Estado civil: () solteiro(a) () união consensual (casado(a) ou mora com companheiro(a)) (separado(a) / desquitado(a) / divorciado(a))
- 5- Escolaridade (considerar nível escolar atingido e não número de anos que frequentou a escola):
 1. () Não alfabetizado ou analfabeto*
 2. () 1 a 4 anos de estudos
 3. () 5 a 8 anos de estudos
 4. () 9 a 11 anos de estudos
 5. () 12 ou mais anos de estudo
- 1- *Considerar analfabeto aquele que nunca aprendeu a ler e escrever ou que, embora tenha aprendido nunca frequentou qualquer tipo de curso escolar. Neste grupo estão inclusas as pessoas que são capazes de escrever o próprio nome.
- 6- Renda individual: () até 1SM () de 1ª 2 SM () superior a 2 SM
- 7- Situação ocupacional: () ativo () inativo

B) DADOS CLÍNICOS

10- Além da hipertensão, o senhor (a) é portador de outra doença?

() sim () não () qual: _____

11- Há quanto tempo o senhor (a) é portador da hipertensão?

12- Faz uso de medicamento?

() sim () não

qual? _____

13- É fumante? () Sim () Não

14- Faz uso de álcool? () sim () não

15- Pratica atividade física? () sim () não

16- Sabe de casos de hipertensão na família? () pai () mãe () avô (a) materno () avó (o) paterno

17- O senhor (a) acha que fazer parte do grupo de controle do diabetes ou hipertensão ajuda a compreender melhor a doença? Acredita que interfere positivamente ou negativamente na sua qualidade de vida ?

() sim () não

() positivamente () negativamente

18- Valor do nível pressórico no momento da entrevista:

_____/____ mmHg

19- IMC: _____

20- Estatura: _____

21- Peso: _____

C) OUTROS DADOS CLÍNICOS

1- Há quanto tempo e frequência o senhor (a) participa das reuniões do grupo?

ANEXO VI – Whoqol Old-Bref



WHOQOL-OLD

Instruções

ESTE INSTRUMENTO **NAO** DEVE SER APLICADO INDIVIDUALMENTE, MAS SIM **EM CONJUNTO** COM O INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

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

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

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

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

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

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

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro "Bastante", ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado "Nada" com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

Muito obrigado(a) pela sua colaboração!

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

old_01 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

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

old_02 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

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

old_03 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

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

old_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

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

old_05 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

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

old_06 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

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

old_07 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

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

old_08 O quanto você tem medo de morrer?

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

old_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

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

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

old_10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

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

old_15. Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_16. Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_17. Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_18. Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_19. Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito feliz
1	2	3	4	5

old_20. Como você avalia o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

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

oid_21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

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

oid_22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

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

oid_23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

oid_24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

VOCÊ TEM ALGUM COMENTÁRIO SOBRE O QUESTIONÁRIO?

OBRIGADO(A) PELA SUA COLABORAÇÃO!

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1(G1)	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2(G4)	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3(P1.4)	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4(P11.3)	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5(P4.1)	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6(P24.2)	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7(P5.3)	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8(P16.1)	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9(P22.1)	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre Quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10(P2.1)	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11(P7.1)	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12(P18.1)	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13(P20.1)	Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14(P21.1)	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre Quão bem ou satisfeito você se sente a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim	bom	muito bom
15(P9.1)	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16(P3.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17(P10.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18(P12.4)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19(P6.3)	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20(P13.3)	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21(P15.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22(P14.4)	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23(P17.3)	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24(P19.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25(P21.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26(P8.1)	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? _____

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? _____

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO