

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

**CAROLINA CARNEIRO DAS NEVES SANTOS**

**Qualidade de vida de idosos portadores de hipertensão arterial:  
Estratégia Saúde da Família, Ribeirão Preto, SP**

**Ribeirão Preto - SP**

**2014**



**CAROLINA CARNEIRO DAS NEVES SANTOS**

**Qualidade de vida de idosos portadores de hipertensão arterial:  
Estratégia Saúde da Família, Ribeirão Preto, SP**

Dissertação apresentada à Faculdade de  
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de  
São Paulo para obtenção do título de Mestre junto  
ao Departamento de Medicina Social.  
Área de concentração: Saúde na Comunidade.

**Orientador - Profº Drº Jair Lício Ferreira Santos.**

**Ribeirão Preto - SP**

**2014**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

### FICHA CATALOGRÁFICA

Santos, Carolina Carneiro das Neves

Qualidade de vida de idosos portadores de hipertensão arterial: Estratégia Saúde da Família, Ribeirão Preto, SP. Ribeirão Preto, 2014.

77 p.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: Santos, Jair Lício Ferreira.

1. Idosos. 2. Qualidade de vida. 3. Hipertensão arterial. 4. Depressão. 5. Estratégia Saúde da Família.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Carolina Carneiro das Neves Santos

Qualidade de vida de idosos portadores de hipertensão arterial: Estratégia Saúde da Família, Ribeirão Preto, SP

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre.  
Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Aprovado em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Banca examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

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

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

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

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

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



## Velhas Árvores

*Olha estas velhas árvores, mais belas  
Do que as árvores novas, mais amigas:  
Tanto mais belas quanto mais antigas,  
Vencedoras da idade e das procelas...*

*O homem, a fera, e o inseto, à sombra delas  
Vivem, livres de fomes e fadigas;  
E em seus galhos abrigam-se as cantigas  
E os amores das aves tagarelas.*

*Não choremos, amigo, a mocidade!  
Envelheçamos rindo! Envelheçamos  
Como as árvores fortes envelhecem:*

*Na glória da alegria e da bondade,  
Agasalhando os pássaros nos ramos,  
Dando sombra e consolo aos que padecem!*

*(Olavo Bilac)*



*Dedico este trabalho à minha família  
com quem dividi todos os momentos  
desse meu caminho repleto de lutas,  
tropeços e vitórias.*

*Ao meu pai **Roberto** por sua perseverança e dedicação.*

*À minha mãe **Solange** por seu zelo e compreensão.*

*À minha irmã **Clarissa** por seu companheirismo e alegria.*

*Ao meu irmão **Robertinho** por sua tranquilidade e equilíbrio.*

*Às minhas queridas avós **Alice** e **Celina** que me ensinam de perto  
os tantos significados da velhice.*

*A essas pessoas fundamentais em minha vida e formação, que  
tanto me incentivaram nessa jornada, meu eterno e amoroso  
agradecimento!*



## *AGRADECIMENTOS*

*Simplesmente agradecer é pouco diante de tamanha ajuda que recebi dos tantos que estiveram ao meu lado, apoiando, orientando, dando forças, tendo paciência com a minha impaciência e mostrando os caminhos.*

*Agradeço acima de tudo a Jeová Deus por ter me abençoado ao longo de todo este caminho pelo qual percorri e por estar presente em cada dia da minha vida, protegendo-me a cada passo que dou. Obrigada meu Deus por colocar as melhores pessoas no meu caminho, por abrir as portas que precisavam ser abertas, por secar as minhas lágrimas que caíram diante de tanta pressão e, principalmente, obrigada por fazer de mim sua filha amada.*

*Agradeço ao Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Jaír Lício Ferreira Santos por sua serena, singela e sempre acolhedora orientação. Por seu jeito doce, leve e humilde de mostrar o melhor caminho. Por todos os e-mails encorajadores e pela tamanha compreensão diante de todas as minhas dificuldades. Todo o meu carinho e gratidão por tudo.*

*Ao Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Amaury Lelis Dal Fabbro, à Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sueli Marques, à Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sofia Cristina Iost Pavarini e à Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia-Bava pelas ricas contribuições, sugestões e direcionamentos que tanto colaboraram para este estudo.*

*Aos funcionários do Departamento de Medicina Social que estiveram sempre dispostos a esclarecerem minhas dúvidas e me auxiliar. Muito obrigada pelo apoio.*

*Aos funcionários da Unidade de Saúde da Família Maria Casagrande Lopes pela acolhida, disponibilidade e contribuição para a realização da pesquisa. Obrigada pelo apoio e torcida.*

*Aos idosos que com muito bom humor e boa vontade concordaram em participar da pesquisa. A estes, agradeço não apenas pelas informações que me forneceram, mas principalmente pelas tantas histórias e experiências de vida que levarei comigo, pelas conversas descontraídas e tempo bem aproveitado ao lado de cada um.*

*A todos os amigos que encontrei na pós-graduação, em especial **Michela Gomes** e **Flávia Volpato**, minhas companheiras com quem dividi cada angústia, medo, desabafo, momento de desespero e dúvida. E também cada alegria, cada obstáculo vencido, cada passo a frente, cada suspiro de alívio e confiança. Levo vocês meninas dentro do meu coração para sempre e agradeço imensamente a Deus por vocês estarem em minha vida.*

*À amiga **Cleide** e sua família e à prima **Juliana Pina** que me acolheram em suas casas em Ribeirão Preto todas as vezes que precisei permanecer na cidade para cumprir meus objetivos. Obrigada por toda a hospitalidade e carinho de vocês ao longo desses anos.*

*Aos meus grandes amigos de vida: **Jaqueline Marcelino**, **Carolina Manca**, **Fabiana Kapur**, **Mary Ellen Almeida**, **Celma Dias**, **Beatriz Frigerio**, **Amanda Brombi**, **Samuel Canevari**, **Matheus Marino**, **Alex Gonçalves**, **Márcio Akito**, **Almir Dibaí**. Pessoas com que compartilhei meus sentimentos, minhas queixas, aflições e minhas intermináveis crises. Meus companheiros em tantos momentos. Sem vocês eu realmente não conseguiria sobreviver aos turbilhões que enfrentei e aos que ainda estão por vir. Agradeço pela compreensão e por cada conversa, sorriso, gargalhada, ombro, madrugada ou tarde de sol. Não existem palavras que podem me ajudar a expressar o amor e a gratidão que tenho por vocês e o que cada um representa em minha vida.*

## RESUMO

SANTOS, C. C. N. **Qualidade de vida de idosos portadores de hipertensão arterial: Estratégia Saúde da Família, Ribeirão Preto, SP.** 2014. 77 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

A presença de uma ou mais doenças crônicas pode afetar a percepção da qualidade de vida dos idosos, em especial se associadas à presença de sintomas depressivos e falta de tratamento adequado. O presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida referida por idosos hipertensos atendidos pela Estratégia Saúde da Família do município de Ribeirão Preto/SP. Foi realizado com 100 idosos cadastrados em Unidade de Saúde da Família (USF), escolhidos por conveniência, que responderam ao questionário WHOQOL-Breve e à Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15). Os entrevistados eram predominantemente do sexo feminino (68%), todos com idade igual ou superior a 60 anos. Foram divididos em dois grupos: os “sem sintomas depressivos” (62%) e os “com sintomas depressivos” (38%). As médias e os desvios-padrão (DP) do Whoqol-Breve foram analisados por domínio e os escores comparados. Encontraram-se diferenças significativas em todos os domínios: o primeiro grupo teve médias mais altas que o segundo grupo em todos os domínios. Isso significa que os idosos *sem sintomas depressivos* deram mais respostas positivas que os idosos *com sintomas depressivos*. Foi possível entender que, para esses idosos, qualidade de vida e saúde não estão baseadas apenas na ausência de doenças, e parecem estar mais relacionadas com bem estar psicológico, pois este interfere nas emoções. Com isso, a depressão, quando associada à hipertensão arterial (HAS), pode causar mais prejuízos à qualidade de vida dos idosos do que outras doenças ou fatores cotidianos.

**Palavras-Chave:** Idosos, qualidade de vida, hipertensão arterial, depressão, Estratégia Saúde da Família.



## ABSTRACT

SANTOS, C. C. N. **Quality of life among elderly with hypertension: Family Health Strategy, Ribeirão Preto, SP.** 2014. 77 f. Dissertation (Master's Degree) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

The presence of chronic diseases can affect the perception of elderly's quality of life, particularly if associated with the presence of depressive symptoms and lack of adequate treatment. The present study aimed to evaluate the quality of life reported by elderly hypertensive patients attended by Family Health Strategy in Ribeirão Preto, SP. It was conducted with 100 elderly registered in Family Health Unit (USF), chose for convenience, who answered to the surveys WHOQOL-Bref and Geriatric Depression Scale (GDS-15). The respondents were predominantly females (68%), all aged 60 years and over. They were divided in two groups: one group without depressive symptoms (62%) and the other with depressive symptoms (38%). The means and standard deviations (SD) of WHOQOL-Bref scores were analyzed by each of the five domains. Significant differences in domains were found: the first group had higher averages than the second group in all domains. That means that the elderly without depressive symptoms gave more positive answers than the elderly with depressive symptoms, then it was possible to understand that for these elderly, quality of life and health are not based only in the absence of diseases, but seems to be associated with psychological wellness, because this interferes with emotions. The depression, when associated with hypertension can cause more damages to quality of life for elderly than other diseases or routine factors.

**Key words:** Elderly, Quality of Life, Hypertension, Depression, Family Health Strategy.



## LISTA DE QUADRO

<b>Quadro 1 – Domínios e facetas do WHOQOL-Breve .....</b>	<b>29</b>
--	-----------



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Distribuição dos idosos hipertensos segundo faixa etária e sexo. Ribeirão Preto, 2013 .....	48
<b>Tabela 2</b> - Distribuição dos idosos hipertensos segundo sintomas depressivos. Ribeirão Preto, 2013 .....	50
<b>Tabela 3</b> - Qualidade de vida e sintomas depressivos. Ribeirão Preto, 2013 .....	54
<b>Tabela 4</b> - Satisfação com a saúde e sintomas depressivos. Ribeirão Preto, 2013 .....	55
<b>Tabela 5</b> - Médias e desvios-padrão dos escores de qualidade de vida por domínio, segundo presença ou não de sintomas depressivos. Ribeirão Preto, 2013 .....	56



## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> Qualidade de vida segundo autopercepção de idosos hipertensos. Ribeirão Preto, 2013 .....	49
<b>Gráfico 2.</b> Satisfação com a saúde segundo idosos hipertensos. Ribeirão Preto, 2013 .....	51
<b>Gráfico 3.</b> Média das pontuações obtidas por idosos hipertensos por domínio no Whoqol-Breve. Ribeirão Preto, 2013 .....	52
<b>Gráfico 4.</b> Distribuição dos idosos hipertensos sem sintomas depressivos segundo sexo. Ribeirão Preto, 2013 .....	54
<b>Gráfico 5.</b> Distribuição dos idosos hipertensos com sintomas depressivos segundo sexo. Ribeirão Preto, 2013 .....	54



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	25
1.1 Envelhecimento populacional .....	25
1.2 Qualidade de vida no envelhecimento .....	27
1.3 Depressão e hipertensão arterial na velhice.....	31
1.4 Estratégia Saúde da Família .....	37
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	39
2.1 Objetivo Geral .....	39
2.2 Objetivos específicos .....	39
<b>3. MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	41
3.1 Delineamento do estudo .....	41
3.2 Local e campo do estudo .....	41
3.3 Aspectos éticos .....	43
3.4 População e amostra do estudo .....	43
3.5 Coleta de dados .....	44
3.5.1 Instrumentos de coleta de dados .....	44
3.5.2 Procedimento para coleta de dados .....	45
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	47
4.1 Qualidade de vida de idosos hipertensos .....	47
4.2 Comparação da percepção de qualidade de vida de idosos hipertensos com e sem sintomas depressivos .....	53
<b>5. CONCLUSÕES</b> .....	59
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	63
<b>ANEXOS</b> .....	69



# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 Envelhecimento populacional

O envelhecimento é um processo natural, comum a todos os seres humanos. Ao longo dele, ocorrem mudanças universais caracterizadas, principalmente, por um acúmulo de perdas e aumento da vulnerabilidade, causados por transformações biológicas, fisiológicas e cognitivas que, apesar de valerem para todos, ocorrem de forma heterogênea quanto ao seu ritmo e duração, respondendo a particularidades de cada organismo, meio social e cultural, hábitos de vida e predisposições genéticas (NERI, 2005).

A velhice é a última fase do curso de vida e é demarcada por todas essas alterações do processo de envelhecimento. Atualmente, tal fase comporta subdivisões - conhecidas como velhice inicial, velhice e velhice tardia - uma vez que o curso vital se alonga cada vez mais (NERI, 2005).

Os idosos são os indivíduos que compõem essa última fase do curso de vida, e podem ser assim categorizados a partir dos 60 anos de idade, nos países em desenvolvimento, e a partir dos 65, nos países desenvolvidos. No entanto, quanto mais velhos ficam os idosos, mais aumenta a heterogeneidade entre eles, e fatores como gênero, classe social, educação, saúde, personalidade e história passada tornam-se determinantes dessas diferenças (NERI, 2005).

O envelhecimento populacional está relacionado com o aumento do número de indivíduos idosos na população. O padrão de crescimento populacional observado nos últimos 50 anos tem sido um dos fatores

responsáveis pelo aumento no número de indivíduos com 60 anos e mais na América Latina, assim como pelas alterações na média da idade da população geral e da grande velocidade de envelhecimento nessa região (PALLONI & PELÁEZ, 2003).

Salienta-se que tal envelhecimento populacional decorre de fatores demográficos, como o declínio das taxas de fecundidade, destacado a partir de 1970, a elevação da expectativa de vida e o declínio da mortalidade, frutos de um novo perfil epidemiológico no qual estão envolvidas as doenças crônicas e infecciosas (PALLONI & PELÁEZ, 2003).

No Brasil, o índice de envelhecimento aponta para mudanças na estrutura etária da população. Em 2008, para cada grupo de 100 crianças de zero a 14 anos existiam 24,7 idosos de 65 anos ou mais. Para 2050, prevê-se que este quadro será de 100 crianças para 172,7 idosos (IBGE, 2008). Diante dessa realidade, cada vez mais se faz imprescindível agregar qualidade à vida dos idosos.

## 1.2 Qualidade de vida no envelhecimento

Visando promover e melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa, a Gerontologia, uma ciência que estuda o processo de envelhecimento em dimensão biopsicossocial de maneira multi e interdisciplinar, levando em conta os aspectos normais e patológicos do envelhecimento, encontra o desafio de garantir que a velhice seja orientada e bem-assistida (ABG, 2013).

Torna-se um desafio para a Gerontologia que o aumento da expectativa de vida seja acompanhado de qualidade de vida e bem-estar nos países em desenvolvimento, como o Brasil, uma vez que a população idosa em crescimento deixa em evidência algumas necessidades sociais e de saúde, tais como: analfabetismo, pobreza, doenças crônicas, pouco acesso aos serviços sociais e de saúde, insuficiência de programas para a população idosa e ausência de políticas voltadas para a prevenção e promoção de saúde que considerem a população em questão (ABG, 2013).

Levando-se em conta que os idosos estão mais sujeitos a uma multiplicidade de alterações no estado de saúde, no qual os aspectos físicos, mentais e sociais encontram-se fortemente interligados, faz-se necessária uma ampliação do leque de investigações na área de saúde para além de aspectos clínicos, seguindo, assim, o atual conceito de qualidade de vida, suas diferentes definições e utilização no campo de saúde (CHACHAMOVICH; TRENTINI; FLECK, 2007).

De acordo com o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL Group), qualidade de vida é “a *percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores*

*nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”* (WHOQOL Group, 1994 apud FLECK et.al, 1999 p. 199). Justamente por se tratar de uma “percepção”, o conceito de qualidade de vida é tão amplo, referindo-se à individualidade e satisfação na realização das necessidades pessoais, podendo abordar o estado de saúde física e psicológica, grau de independência, condições socioeconômicas e relações sociais e ambientais (PEREIRA et al., 2006).

Há mais ou menos 30 anos, vários pesquisadores, ao se depararem com um alto número de idosos na sociedade, foram percebendo a necessidade de haver estudos relacionando o tema qualidade de vida com o envelhecimento (NERI, 2000). Uma vez que tal construto é multidimensional, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu instrumentos para a aferição da qualidade de vida compostos de domínios, o que se faz entender que o tema é um produto da interação de diversas áreas independentes da vida do indivíduo (CHACHAMOVICH; TRENTINI; FLECK, 2007). Há também o reconhecimento de que a qualidade de vida tem dimensões positivas, como funcionalidade, e negativas, como sentimentos negativos. Sendo assim, uma adequada avaliação deve abordar a percepção subjetiva em todas as dimensões (GRUPO WHOQOL, 1995).

Primeiramente, o Grupo desenvolveu o instrumento WHOQOL-100, um instrumento de avaliação da qualidade de vida traduzido e validado para ser utilizado em vários países do mundo (GRUPO WHOQOL, 1995). A versão em português foi elaborada com 100 questões distribuídas em seis domínios:

físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente, aspectos espirituais/religião/crenças (FLECK, 1999).

Mais tarde, tornou-se necessário o desenvolvimento de instrumentos mais curtos, que avaliassem a qualidade de vida com a mesma faixa de satisfação para os pesquisadores e que demandassem menos tempo. Surgiu então, o WHOQOL-Breve, com apenas 26 questões, uma versão abreviada do WHOQOL-100. Essas 26 questões são compostas por duas questões gerais sobre a qualidade de vida e as demais 24 questões estão distribuídas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, conforme descrito no quadro 1 (FLECK et al., 2000).

**Quadro 1 – Domínios e facetas do WHOQOL-Breve**

---

Domínio 1 - Domínio físico
1. Dor e desconforto
2. Energia e fadiga
3. Sono e repouso
9. Mobilidade
10. Atividades da vida cotidiana
11. Dependência de medicação ou de tratamentos
12. Capacidade de trabalho
Domínio 2 - Domínio psicológico
4. Sentimentos positivos
5. Pensar, aprender, memória e concentração
6. Auto-estima
7. Imagem corporal e aparência
8. Sentimentos negativos
24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
Domínio 3 - Relações sociais
13. Relações pessoais
14. Suporte (Apoio) social
15. Atividade sexual
Domínio 4 - Meio ambiente
16. Segurança física e proteção
17. Ambiente no lar
18. Recursos financeiros
19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
23. Transporte

---

Fonte: FLECK, M.P.A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V., 2000.

Considera-se que os resultados advindos da aplicação dos instrumentos de avaliação da autopercepção da qualidade de vida propostos pelos pesquisadores do grupo WHOQOL, possibilitam identificar em que aspectos da vida os entrevistados estão menos satisfeitos e assim buscar melhorias específicas e particulares, quando necessárias, sendo eficientes e satisfatórias para os idosos, para a família, para o meio social e ainda, que sejam úteis para a determinação de políticas públicas de âmbito nacional, propiciando assim, o alcance de melhores condições de vida para a população. Isso porque muitas das pessoas que participaram da pesquisa de validação consideraram o instrumento como *“uma oportunidade para refletir acerca de importantes aspectos de suas próprias vidas”* e que o mesmo *“traz questionamentos capazes de motivá-los para buscar aprofundamento com um psicólogo, psiquiatra ou o próprio médico.”* (FLECK, 1999).

### 1.3 Depressão e hipertensão arterial na velhice

Chama-se a atenção para o forte impacto que os sintomas de depressão, cada vez mais prevalentes entre os idosos, podem exercer na percepção da qualidade de vida desses indivíduos. Em alguns estudos, pesquisadores buscam entender como depressão e percepções da qualidade de vida estão associadas em diferentes situações, porém, sem conseguir estabelecer uma relação de causalidade entre elas: quando os sintomas depressivos proporcionam uma avaliação pior da qualidade de vida e quando uma qualidade de vida percebida como ruim acentua ou gera sintomas depressivos (MOREIRA et.al., 2009).

Torna-se importante destacar que a depressão é uma síndrome psiquiátrica com alta prevalência na população em geral, sendo sua incidência maior dentre os pacientes ambulatoriais (TENG, HUMES, DEMETRIO, 2005; MOREIRA et.al., 2009). O aparecimento dos sintomas nem sempre é percebido, tanto pelos próprios idosos ou sua família quanto pela sociedade ou profissionais da saúde, e quando são, nem sempre são reconhecidos como um fator agravante do estado de saúde do idoso, sendo, muitas vezes, considerado um aspecto normal ao processo de envelhecimento (FRANK, RODRIGUES, 2006).

A Escala de Depressão Geriátrica (EDG) é um instrumento de grande ajuda para os profissionais da saúde para o rastreamento de sintomas depressivos em idosos, uma vez que proporciona medidas válidas e confiáveis que possibilitam detectar, rapidamente, alterações de humor significativas. A escala original em inglês, com 30 perguntas de fácil entendimento, foi descrita

por Yesavage et al em 1983, e foi desenvolvida exatamente com o objetivo de rastrear transtornos de humor em idosos. Em 1986, foi elaborada por Sheikh & Yesavage uma versão curta desta escala, a EDG-15, contendo 15 perguntas compostas a partir dos itens da versão maior, tornando-se mais utilizada para o rastreamento de sintomas depressivos em idosos pelos mais diversos profissionais da saúde, especialmente pela rapidez em sua aplicação e confiabilidade de seus resultados (PARADELA, LOURENÇO, VERAS, 2005).

No entanto, o diagnóstico e tratamento corretos da depressão tem expressiva relevância para a qualidade de vida, principalmente nos casos que envolvem doenças crônicas. Na doença de Parkinson, por exemplo, a manifestação de sintomas depressivos é bastante frequente, mas seu diagnóstico preciso pode ser confundido por sintomas comuns de ambas as doenças, como alterações no sono e apetite, perda de peso, perda de interesse e concentração, comprometimento da memória e redução da libido (NAKABAYASHI et.al., 2008), podendo gerar o subdiagnóstico da depressão, conforme já mencionado, afetando a qualidade de vida negativamente.

Resultados de outro estudo mostraram a existência de correlação entre a depressão e a queda de alguns aspectos da qualidade de vida, como condicionamento físico, funcionalidade física, funcionalidade social e emocional, saúde mental, dor e a percepção geral da saúde em pacientes com Síndrome da Fibromialgia (BERBER, KUPEK, BERBER, 2005). Alguns autores afirmam que a saúde de pacientes tende a piorar, clinicamente, com a permanência de sintomas depressivos, acarretando em uma maior mortalidade

associada a tais sintomas quando os pacientes são idosos portadores de doenças crônicas (TENG, HUMES, DEMETRIO, 2005).

Infelizmente, rotular a velhice como um estado de perdas e incapacidades é uma tendência sociocultural, uma vez que se trata de uma fase da vida que pode ser marcada pelo comprometimento de funções, presença de doenças crônicas, limitações causadas por estas doenças e, conseqüentemente, possível aumento da dependência. No entanto, velhice não é sinônimo de incapacidade, e apesar de ser possível o velho apresentar limitações, não é toda a população idosa que se encontra prejudicada como se imagina (PAVARINI; NERI, 2005), mesmo essa população sendo grande alvo de muitas doenças crônicas atualmente.

Dentre as doenças crônicas mais comuns na velhice estão as doenças hipertensivas, tendo em vista as mudanças estruturais e fisiológicas do sistema cardiovascular decorrentes do envelhecimento normal que favorecem a instalação de patologias dessa natureza. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a principal doença crônica que acomete a população acima de 60 anos, além de ser o mais importante fator de risco para doença vascular encefálica, lesões do coração, dos vasos e dos rins (MIRANDA et.al., 2002).

Conforme já citado, a presença de uma ou mais doenças crônicas, geralmente, afeta a percepção da qualidade de vida dos seus portadores. No entanto, ainda assim é possível que o mesmo se sinta saudável, especialmente quando recebe um tratamento adequado e pode contar com suporte dos serviços e programas de educação em saúde (FRANCIONI E SILVA, 2007).

Doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte no Brasil, e foram responsáveis por mais de 300 mil óbitos no ano de 2007. Dentre as DCV, a hipertensão arterial (HAS) aparece como uma doença de alta prevalência e tornou-se um problema de saúde pública (SBC, 2010). Especialistas da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2011) mencionaram a hipertensão como causa principal de 54% dos casos de acidente vascular encefálico (AVE) e 47% dos casos de infarto agudo do miocárdio (IAM) (SCALA, PÓVOA, PASSARELLI-JR, 2011).

A HAS caracteriza-se pela presença de níveis elevados da pressão arterial (PA) de um indivíduo e pode ser classificada como: Limítrofe (130-139 mmHg / 85-89 mmHg), Estágio 1 (140-159 mmHg / 90-99 mmHg), Estágio 2 (160-179 mmHg / 100-109 mmHg), Estágio 3 (  $\geq$ 180 mmHg /  $\geq$ 110 mmHg) e Sistólica Isolada (  $\geq$ 140 mmHg /  $<$ 90 mmHg), segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010). Este mesmo estudo destaca que mais de 50% dos indivíduos que apresentam PA classificada a partir do estágio 1 tem entre 60 e 69 anos (SBC, 2010).

Dentre os principais fatores de risco para hipertensão arterial estão: idade avançada, consumo excessivo de sal, excesso de peso e obesidade, consumo elevado de álcool e sedentarismo. Estes fatores de risco podem aparecer na forma combinada, especialmente, quando há predisposição genética para doenças cardiovasculares, ambiente e estilo de vida pouco saudável (SBC, 2006; SBC, 2010).

Outro fator que se torna um risco importante no caso da HAS é a falta de tratamento adequado e controle da PA. No Brasil, os níveis mais

satisfatórios de tratamento e controle da hipertensão foram encontrados em áreas onde há cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF), revelando o papel essencial dos profissionais de saúde e da comunidade na prevenção e no controle de doenças (SBC, 2010).

O tratamento de HAS pode ser realizado tanto de maneira não medicamentosa quanto medicamentosa, dependendo do estágio da hipertensão do indivíduo e também dos riscos cardiovasculares apresentados pelo mesmo. Com isso, para que seja tomada uma decisão terapêutica adequada, realizam-se avaliações clínicas e laboratoriais com o objetivo de confirmar o diagnóstico de hipertensão, identificar os fatores de risco para doenças cardiovasculares, pesquisar lesões em órgãos alvo e pesquisar presença de outras doenças associadas (SBC, 2010).

Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), os tratamentos não medicamentosos tem uma abordagem multiprofissional e podem ser manejados de forma individual com controle de peso, mudanças de hábitos alimentares (incluindo redução de sal e do consumo de bebidas alcoólicas) e realização de atividades físicas (combinação de exercícios aeróbicos e resistidos de pelo menos 30 minutos diários). Já os tratamentos medicamentosos são recomendados principalmente nos casos de hipertensão limítrofe em que existe alto risco cardiovascular global e nos casos acima do estágio 1 (SBC, 2010; COTIERO & POZATI et.al, 2009).

Contudo, visto que no Brasil 75% da assistência à saúde é realizada através do Sistema Único de Saúde (SUS), voltamos a mencionar a indispensável colaboração dos profissionais envolvidos no PSF para o

tratamento de HAS, uma vez que o seu planejamento deve ocorrer visando à adesão ao mesmo e à qualidade de vida do indivíduo (SBC, 2010).

#### 1.4 Estratégia Saúde da Família

De acordo com o exposto, o crescimento da população idosa no país somado ao grande número de idosos portadores de hipertensão arterial, implica em aumento na demanda dos sistemas de saúde, e no caso dos países em desenvolvimento, como o Brasil, o impacto é maior devido ao alto percentual da população geral em situação de baixa escolaridade e pobreza, conseqüentemente mais expostas a fatores de risco para as doenças crônicas (RODRIGUES et.al., 2009).

A população brasileira deve ter o acesso igualitário aos serviços de saúde garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que foi criado pela Constituição de 1988, e que desde 1994 adotou o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia de reorganização da atenção básica, visando gerar uma melhor atuação no atendimento e prevenção de doenças na comunidade (RODRIGUES et.al., 2009).

Uma das principais diretrizes dessa estratégia é buscar a integralidade da assistência, embasados no envolvimento dos agentes de saúde e no conhecimento da população territorial atendida, destacando os aspectos promocionais, preventivos e de recuperação da saúde (PROTTI, 2002).

Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família tem como uma de suas responsabilidades a atenção à saúde do idoso, sendo seus profissionais os encarregados pela promoção de saúde dessa população e prevenção de agravos à mesma. Ou seja, a equipe de saúde deve ser capaz de identificar os fatores de risco, estimular a família quanto à atenção à saúde do idoso e auxiliar na inserção destes indivíduos nos ambientes familiares e sociais,

fundamental para a manutenção de seu equilíbrio mental e físico, sempre visando uma melhor qualidade de vida (FLORIANO, 2004).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o tema do envelhecimento vem sendo discutido em vários países do mundo dado as consequências maléficas que este fenômeno pode apresentar caso os investimentos na área de Geriatria e Gerontologia sejam insuficientes, como por exemplo, os altos custos nos serviços de saúde e sobrecarga de funcionalidade nos serviços de atendimentos aos idosos (WHO, 2005).

Sendo assim, faz-se necessário que a responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde públicos seja compartilhada entre comunidade, profissionais e instituições. Ao mesmo tempo, esse trabalho requer um esforço maior de pesquisas em saúde, modificações na educação e no ensino dos profissionais dessa área, visando uma mudança de atitude e de organização dos serviços que focalizem as necessidades integrais e específicas do indivíduo mais velho.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral:**

Avaliar a qualidade de vida referida por idosos hipertensos atendidos pela Estratégia Saúde da Família do município de Ribeirão Preto/SP.

### **2.2 Objetivos específicos:**

- Analisar a qualidade de vida geral e por domínios de idosos hipertensos usuários de uma USF;
- Comparar a percepção da qualidade de vida referida por idosos com e sem sintomas depressivos;
- Conhecer os programas já existentes na atenção básica do município, voltados para a população idosa;
- Discutir possíveis intervenções multiprofissionais socioeducativas e de saúde, voltadas à população investigada, que possam ser implementadas pelas equipes de Saúde da Família.



### **3. MATERIAL E MÉTODOS**

#### **3.1 Delineamento do estudo**

Este é um estudo transversal de abordagem quantitativa. Um estudo transversal (ou de prevalência) consiste na observação de acontecimentos que ocorrem em um determinado momento em uma população escolhida, equivalente a uma fotografia dessa população. Apesar de nem sempre permitir estabelecer relação de causalidade entre uma exposição e uma doença, a metodologia transversal é bastante utilizada por permitir a verificação de associações de eventos, por sua facilidade e rapidez de execução e baixo custo (PASSOS, RUFFINO-NETTO, 2011).

#### **3.2 Local e campo do estudo**

Realizou-se este estudo no município de Ribeirão Preto, que está localizado no interior do estado de São Paulo, a 330 km da capital. Atualmente, estima-se que a cidade possua uma população de mais de 649 mil habitantes (IBGE, 2013), sendo que mais de 75 mil destes tem idade igual ou superior a 60 anos (Coordenadoria de Comunicação Social de Ribeirão Preto, 2011).

Segundo estudo do IBGE divulgado em agosto de 2013, Ribeirão Preto é a cidade que mais cresceu no estado de São Paulo, mantendo-se à frente em taxa de crescimento das 24 maiores cidades do estado, inclusive a capital. O município também ocupa a terceira posição em aumento percentual entre as 30 maiores cidades brasileiras, atrás apenas de Salvador e Manaus. Tamanho crescimento tem importância econômica para o município, porém existe

necessidade de planejamento para que os efeitos não sejam contrários, especialmente com respeito ao trânsito, falta de segurança e saúde (PAVINI, 2013).

Ribeirão Preto possui uma vasta rede de serviços de saúde, sendo estes de natureza privada, estadual e municipal, disponíveis para a população do município e da região, que atendem nos níveis de atenção primária, secundária e terciária. O município se divide em cinco Distritos de Saúde: Central, Sul, Leste, Oeste e Norte.

Oficialmente, a Estratégia de Saúde da Família foi iniciada em Ribeirão Preto em 1999, e hoje o município conta com 14 Unidades de Saúde da Família (USF), sendo cinco delas Núcleos de Saúde da Família.

Inicialmente, pretendeu-se realizar a pesquisa em mais de um local, sendo desconsiderados apenas os núcleos, visto que não fazem parte das dependências desta Secretaria de Saúde, da qual se obteve autorização para a pesquisa. Porém, quando a pesquisadora entrou em contato com as unidades, apenas uma delas informou realização de grupos educativos de hipertensão/diabetes naquele dado momento, no qual poderia haver um número considerável de idosos hipertensos reunidos. Por este motivo, foi escolhida apenas a USF “Ernesto Che Guevara” – Jardim Maria Casagrande Lopes para a realização deste estudo.

A USF “Ernesto Che Guevara” – Jardim Maria Casagrande Lopes conta com quatro equipes de saúde da família, que agem nas áreas de clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, odontologia, enfermagem, assistência farmacêutica, vacinação, assistência domiciliar, planejamento

familiar e atividades educativas. Em sua área de abrangência estão os bairros Maria Casagrande Lopes, Vila Tecnológica, Orestes Lopes de Camargo e parte de Alexandre Balbo, e estimou-se em 2010 a cobertura de uma população de 8.973 habitantes (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO).

### **3.3 Aspectos Éticos**

As questões éticas são norteadas pelos princípios éticos da Resolução CNS nº 466/2012 sobre as Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa em Seres Humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

Este projeto de pesquisa foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisas em Seres Humanos do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – CSE-FMRP-USP (Anexo A).

Para a realização desta pesquisa, foi solicitada e concedida a autorização pela Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto (Anexo B).

Os participantes foram esclarecidos dos objetivos da pesquisa e registraram a concordância em participar, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C).

### **3.4 População e amostra do estudo**

A população de referência foi composta de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. A população de estudo foram os idosos hipertensos cadastrados em Unidade de Saúde da Família (USF) de abrangência do

Distrito Oeste no município de Ribeirão Preto/SP. A amostra, composta por 100 idosos com hipertensão arterial, foi obtida por conveniência com seleção casual visto que alguns idosos foram indicados pelos agentes de saúde, levando-se em conta a proximidade geográfica, e outros encontrados na própria unidade. Em todos os casos, a hipertensão foi relatada pelo próprio paciente, e aqueles que se identificaram com hipertensos, foram incluídos na amostra.

Não foram incluídos na pesquisa aqueles portadores de alguma enfermidade que impedisse a comunicação.

### **3.5 Coleta de dados**

#### **3.5.1 Instrumentos de coleta de dados**

Os instrumentos utilizados para a coleta dos dados foram:

- **WHOQOL-Breve (Anexo D), da Organização Mundial de Saúde (OMS)**: Composto por 26 questões, sendo elas duas questões gerais sobre a qualidade de vida e as demais 24 questões distribuídas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e relações ambientais (FLECK et al., 2000).

- **Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) (Anexo E)**: EDG-15 possui 15 questões, cada uma podendo pontuar zero (para sintoma não presente) ou um (para sintoma presente), sendo que o número máximo de sintomas depressivos presentes aceitável (ponto de corte) é cinco, podendo-se considerar a possibilidade de depressão grave quando identificada nota acima de 10 pontos (FRANK; RODRIGUES, 2006).

### 3.5.2 Procedimento para coleta dos dados

A escolha da unidade de saúde foi feita após contato telefônico com a gerência e com as equipes de enfermagem de todas as unidades. A equipe da USF Maria Casagrande informou atender grande número de pacientes hipertensos e realizar mensalmente grupos educativos de hipertensão/diabetes. Por este motivo, a pesquisadora optou por realizar a coleta neste local. Salieta-se que, dentre as outras unidades, aquelas que possuíam grupos educativos não estavam com essas atividades ativas na época, e a maioria delas apresentou alguma resistência para a realização da pesquisa por abordagem direta do paciente nas dependências gerais da unidade, pelo fato de estarem realizando outra atividade no momento, que envolviam outras faixas etárias.

A coleta de dados ocorreu em três fases. Para a primeira, foi feito um levantamento junto às equipes de enfermagem para verificar a existência de Grupos Educativos de Hipertensão/Diabetes onde possivelmente estivesse reunido um número considerável de idosos hipertensos. Nesta fase, os idosos foram informados a respeito da pesquisa durante a realização do encontro dos grupos, e os que aceitaram participar preencheram os questionários Whoqol-Breve e EDG-15 na presença da pesquisadora ou foram entrevistados pela própria pesquisadora.

Na segunda fase, visto que o número de idosos frequentes nos grupos educativos era mínimo, optou-se por realizar a coleta nas dependências da Unidade de forma geral. A pesquisadora abordou diretamente as pessoas idosas que se encontravam nas salas de espera de farmácia, coleta de

exames, curativos e consultórios, tomando o cuidado de se certificar, através das perguntas realizadas na abordagem inicial, que o idoso realmente era hipertenso. Aqueles que relataram hipertensão e aceitaram participar, foram entrevistados pela própria pesquisadora.

Já na terceira fase, foi feito um levantamento junto aos agentes comunitários dos idosos hipertensos de cada microárea. Os mesmos foram visitados em seus domicílios pela pesquisadora, que em alguns casos foi acompanhada pelo agente comunitário. Mais uma vez, aqueles que aceitaram participar da pesquisa, foram entrevistados.

As entrevistas foram realizadas nos meses de junho, agosto e novembro de 2013.

Foram levantadas as variáveis: sexo (identificado pelo preenchimento do nome no TCLE) e idade (identificada na abordagem inicial do participante), e os sintomas depressivos e qualidade de vida foram avaliados segundo os instrumentos de coleta de dados. Todas elas foram tabuladas no programa Excel e analisadas estatisticamente com o auxílio do programa *Special Package for Social Sciences* (SPSS) versão 17.0.

A amostra foi dividida em dois grupos: 38 idosos hipertensos que apresentaram sintomas de depressão e 62 idosos hipertensos que não apresentaram sintomas de depressão (segundo a pontuação da EDG-15). A qualidade de vida foi então comparada entre os grupos formados. Foi empregado o teste exato de Fisher e teste de Mann Whitney para verificar associação entre qualidade de vida e satisfação com a saúde com presença de sintomas depressivos (SIEGEL, CASTELLAN, 2006).

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado com 100 idosos hipertensos cadastrados no Programa Saúde da Família de Ribeirão Preto.

Primeiramente os resultados serão apresentados de forma geral com a intenção de alcançar o objetivo de conhecer os significados de qualidade de vida e saúde para esses idosos e, posteriormente, os mesmos idosos aparecerão divididos em dois grupos: os que não apresentaram sintomas depressivos e os que apresentaram sintomas depressivos, para melhor entender a possibilidade de influência entre a presença desses sintomas e a qualidade de vida dos idosos.

### 4.1 Qualidade de vida de idosos hipertensos

Examinando a tabela 1, nota-se que do total de idosos entrevistados, 32% eram do sexo masculino e 68% eram do sexo feminino. Observa-se que a maior concentração de homens apareceu igualmente nas faixas etárias de 60 a 64 anos (12%) e de 65 a 69 anos (12%). No sexo feminino, a maior concentração acha-se na faixa etária de 60 a 64 anos (26%). A última faixa etária foi a de menor concentração em ambos os sexos, totalizando 7% de todos os entrevistados. Observa-se que na maioria das faixas etárias a concentração de mulheres foi bem maior que a de homens (excetuando-se a faixa de 65 a 69 anos).

Justificam-se tais dados com a própria composição populacional do país. De modo geral, nascem mais crianças do sexo masculino que do

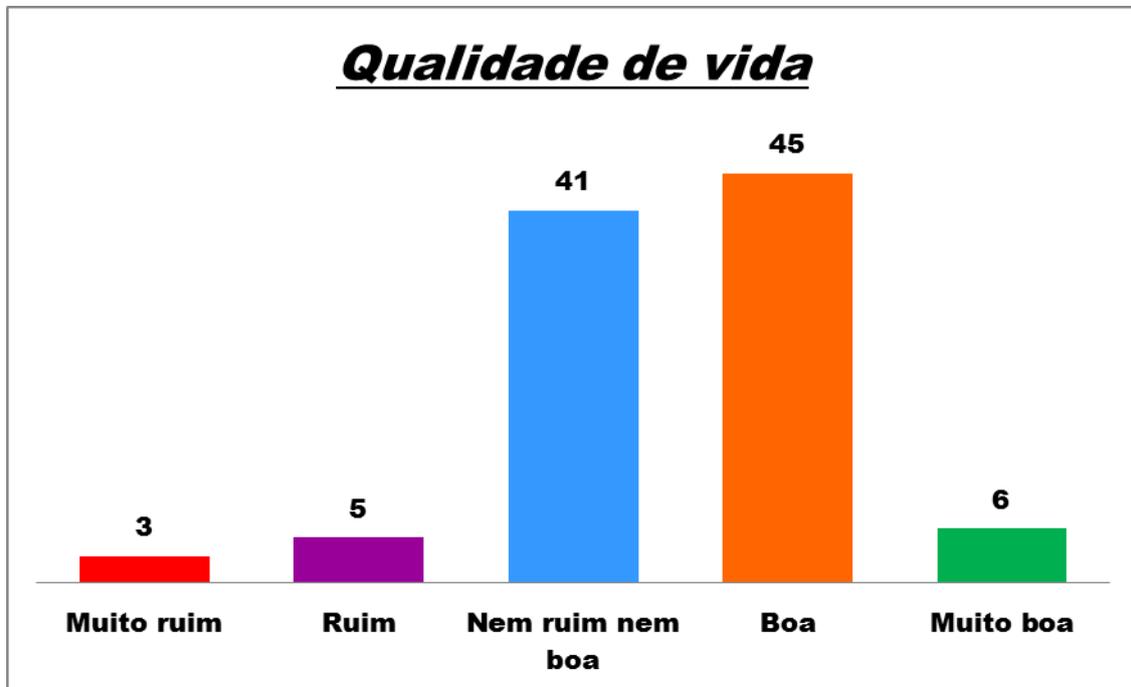
feminino, no entanto, o número de mulheres é superior ao de homens em consequência da mortalidade masculina ser maior que a feminina ao longo de todo o curso de vida (IBGE, 2011).

**Tabela 1.** Distribuição dos idosos hipertensos segundo faixa etária e sexo. Ribeirão Preto, 2013.

FAIXA ETÁRIA	SEXO				TOTAL	
	Masculino		Feminino			
	N	%	N	%	N	%
60 – 64	12	12	26	26	38	38
65 – 69	12	12	12	12	24	24
70 – 74	3	3	14	14	17	17
75 – 79	4	4	10	10	14	14
80 e mais	1	1	6	6	7	7
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>68</b>	<b>68</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

O gráfico 1 diz respeito às respostas referentes à primeira questão do Whoqol-Breve, que indica a autopercepção da qualidade de vida. Estas se concentraram em “nem ruim nem boa” (41%) e “boa” (45%). Foram detectadas poucas respostas negativas: 3% avaliaram sua qualidade de vida como “ *muito ruim*” e 5% como “*ruim*”. A avaliação mais positiva da qualidade de vida entre os idosos pode ser decorrente de desenvolverem estratégias de compensação emocional mesmo quando acometidos por doenças crônicas, pois passam a ter maior capacidade de lidar com perdas quando comparados aos indivíduos mais jovens. Em casos de doenças crônicas como a hipertensão, torna-se importante a manutenção da resiliência psicológica do idoso para melhor adaptação diante das mudanças de estilo de vida, um tratamento prolongado e,

consequentemente, menor declínio na qualidade de vida (ARBEX, ALMEIDA, 2009).



**Gráfico 1.** Qualidade de vida segundo autopercepção de idosos hipertensos. Ribeirão Preto, 2013.

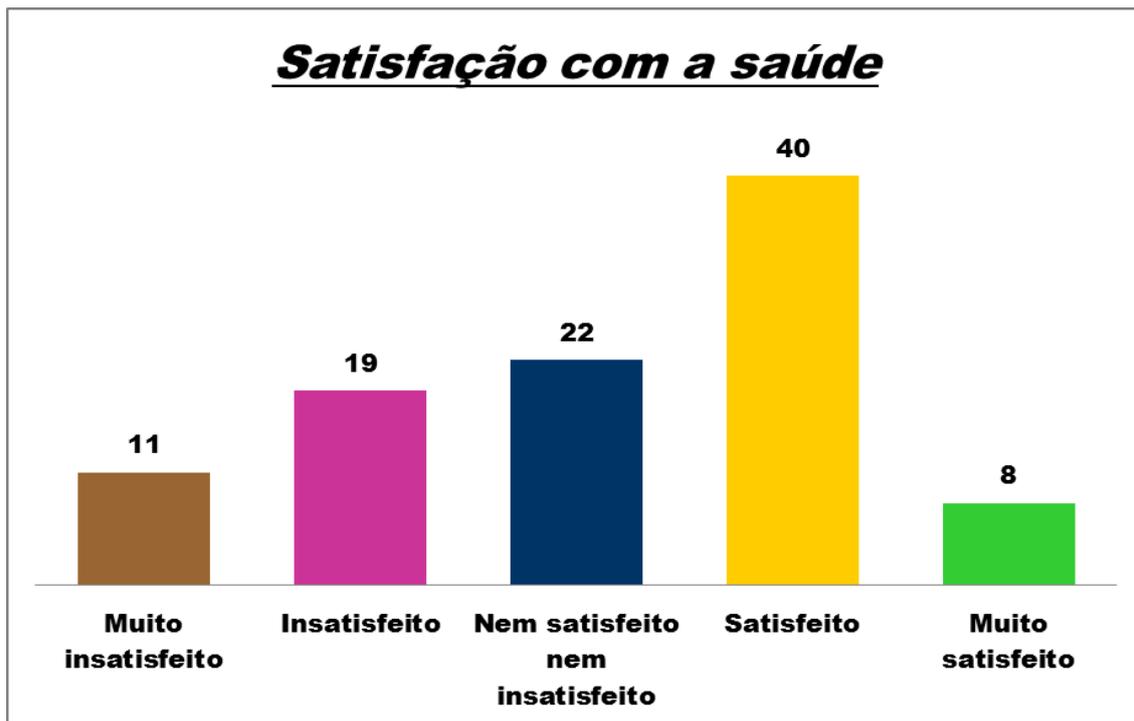
Respostas negativas podem sugerir humor deprimido, que é um importante colaborador para o declínio na saúde e de pior percepção de bem-estar (Lai et. al., 2005). Neste estudo, o número de idosos que apresentaram sintomas depressivos foi menor que o dos que não apresentaram (38% e 62%, respectivamente). A tabela 2 distribuiu os idosos segundo suas notas na EDG-15 e observa-se que a maioria apresentou nota menor ou igual cinco, indicando que esses idosos apresentaram nenhum ou sintomas depressivos aceitáveis. A pontuação intermediária (29%) indica que tais idosos merecem atenção maior quanto à presença de sintomas depressivos e os 9% restantes, com nota

acima de 10 pontos, indica a possibilidade de existência de sintomas depressivos graves.

**Tabela 2.** Distribuição dos idosos hipertensos segundo sintomas depressivos. Ribeirão Preto, 2013.

<b>SINTOMAS DEPRESSIVOS (EDG-15)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
0-5	62	62
6-9	29	29
10-15	9	9
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Quanto às cinco possibilidades de resposta a respeito da satisfação com a saúde, 40% dos idosos responderam estar “*satisfeitos*”, seguidos de 22% “*nem satisfeitos nem insatisfeitos*”, conforme gráfico 3. Observa-se que apesar dos participantes serem portadores de uma doença crônica que interfere no cotidiano, esta parece não influenciar os escores obtidos nas questões sobre qualidade de vida e satisfação com a saúde dos idosos estudados.

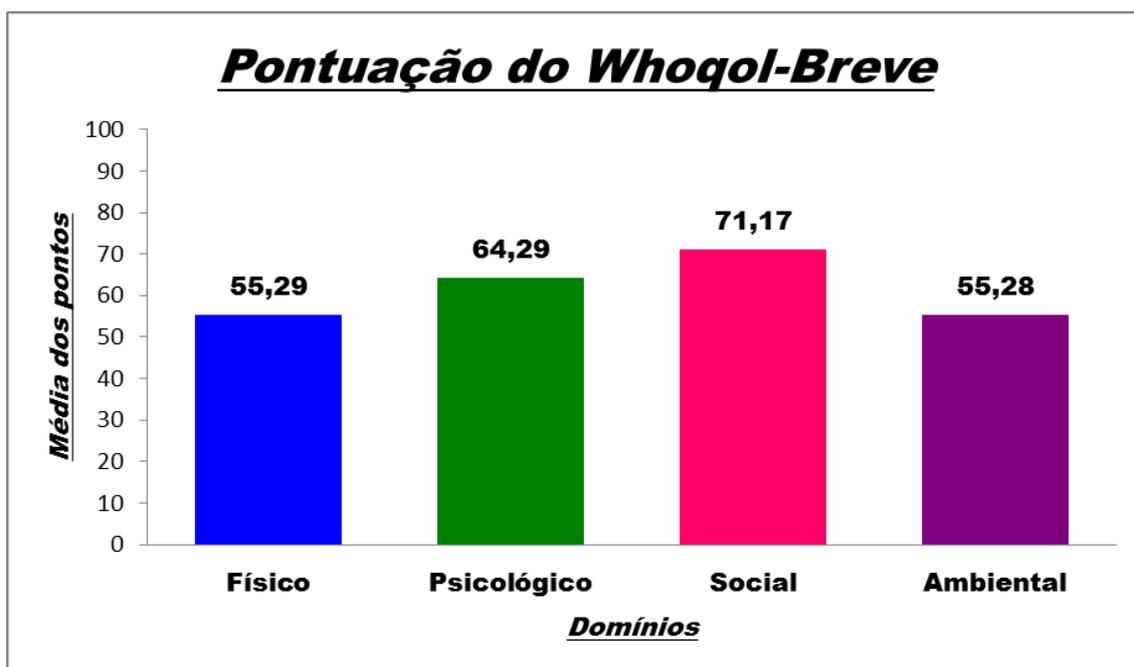


**Gráfico 2.** Satisfação com a saúde segundo idosos hipertensos. Ribeirão Preto, 2013.

Esses resultados podem ter relação com o fato de os idosos selecionarem alvos mais relevantes aos seus objetivos, ajustando-os aos seus atuais recursos e competências. Arbex e Almeida (2009) realizaram levantamento de estudos que avaliaram a qualidade de vida de idosos hipertensos, e em alguns destes mencionou-se que com o avançar da idade os indivíduos tendem a valorizar mais os aspectos emocionais (saúde mental) que os físicos (presença de doenças) da sua saúde. Com isso, quanto menos os idosos considerarem a hipertensão uma doença grave que interfira negativamente em seu bem estar emocional, melhor avaliarão sua qualidade de vida e saúde (ARBEX, ALMEIDA, 2009).

O gráfico 3 traz as médias das pontuações obtidas por domínios do Whoqol-Breve e pode-se notar que as médias não são muito altas. Gusmão e

Pierin (2009) e Carvalho e col. (2013) mencionaram que pacientes hipertensos tendem a manifestar pior qualidade de vida quando comparados aos normotensos, principalmente no caso das mulheres, que possuem maior predisposição para o excesso de peso, danos em órgãos-alvo e elevada frequência cardíaca (GUSMÃO, PIERIN, 2009; CARVALHO et. al., 2013).

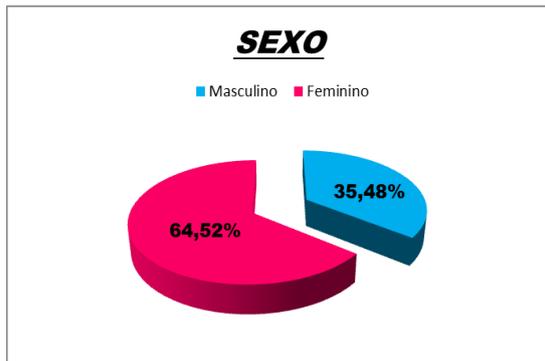


**Gráfico 3.** Média das pontuações obtidas por idosos hipertensos por domínio no Whoqol-Breve. Ribeirão Preto, 2013.

## **4.2 Comparação da percepção de qualidade de vida de idosos hipertensos com e sem sintomas depressivos**

Nesta secção os entrevistados aparecem divididos em dois grupos: os “sem sintomas depressivos” (aqueles com pontuação de 0 a 5 na EDG-15) e os “com sintomas depressivos” (aqueles com pontuação de 6 a 15 na EDG-15). Essa divisão foi feita com a intenção de descrever separadamente a autopercepção da qualidade de vida dos idosos hipertensos que apresentaram pontuação aceitável na EDG-15 e dos que apresentaram pontuação acima da nota de corte adotada. A nomenclatura usada (sem sintomas depressivos e com sintomas depressivos) não indica os primeiros idosos estejam livres de qualquer diagnóstico de depressão e os segundos sejam considerados depressivos, visto que a escala é um instrumento utilizado para rastreio de sintomas depressivos, sendo necessárias maiores investigações clínicas para se fazer um diagnóstico.

As figuras 2 e 3 mostram a distribuição segundo o sexo dos 62 idosos hipertensos sem sintomas depressivos e dos 38 idosos com sintomas depressivos, respectivamente.



**Gráfico 4.** Distribuição dos idosos hipertensos sem sintomas depressivos segundo sexo. Ribeirão Preto, 2013.



**Gráfico 5.** Distribuição dos idosos hipertensos com sintomas depressivos segundo sexo. Ribeirão Preto, 2013.

Para verificar a relação entre qualidade de vida e presença de sintomas depressivos, foi aplicado o teste exato de Fisher, que apresentou resultado significativo, conforme tabelas 3.

**Tabela 3.** Qualidade de vida e sintomas depressivos. Ribeirão Preto, 2013.

<b>QUALIDADE DE VIDA</b>	<b>SINTOMAS DEPRESSIVOS</b>		<b>TOTAL</b>
	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	
<i>MUITO RUIM</i>	0 0,00	3 7,89	3 3,00
<i>RUIM</i>	1 1,61	4 10,53	5 5,00
<i>NEM RUIM NEM BOA</i>	21 33,87	20 52,63	41 41,00
<i>BOA</i>	34 54,84	11 28,95	45 45,00
<i>MUITO BOA</i>	6 9,68	0 0,00	6 6,00
<b>TOTAL</b>	62 100,00	38 100,00	100 100,00

Teste exato de Fisher. P = 0,001

Nota-se que há maior concentração daqueles sem sintomas depressivos nas categorias “nem ruim nem boa”, “boa” e “muito boa”, sendo

que 54,84% avaliaram sua qualidade de vida como “boa”. Enquanto que no grupo dos que apresentaram sintomas depressivos, a maioria deu respostas negativas, sendo seu pico na resposta regular (52,63%). O fato de 28,95% dos participantes com sintomas depressivos considerarem sua qualidade de vida “boa” pode ser resultante de os idosos perceberem a qualidade de vida levando em conta outros fatores, tais como: convivência com familiares e amigos, participação em atividades de lazer e possuírem recursos suficientes para suprir suas necessidades (PASKULIN et. al., 2010).

Quanto à relação entre satisfação com a saúde e sintomas depressivos, também foi aplicado o teste exato de Fisher, que apresentou resultado significativo, conforme tabelas 4.

**Tabela 4.** Satisfação com a saúde e sintomas depressivos. Ribeirão Preto, 2013.

<b>SATISFAÇÃO COM A SAÚDE</b>	<b>SINTOMAS DEPRESSIVOS</b>		<b>TOTAL</b>
	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	
<i>MUITO INSATISFEITO</i>	2 3,23	9 23,68	11 11,00
<i>INSATISFEITO</i>	9 14,52	10 26,32	19 19,00
<i>NEM SATISFEITO</i>	16	6	22
<i>NEM INSATISFEITO</i>	25,81	15,79	22,00
<i>SATISFEITO</i>	31 50,00	9 23,68	40 40,00
<i>MUITO SATISFEITO</i>	4 6,45	4 10,53	8 8,00
<b>TOTAL</b>	62 100,00	38 100,00	100 100,00

Teste exato de Fisher. P = 0,002

Nota-se que os indivíduos sem sintomas depressivos se concentraram nas categorias das respostas positivas, com 50% deles “satisfeitos” com sua

saúde, enquanto que no grupo dos que apresentaram sintomas depressivos, a concentração ocorreu nas duas categorias de insatisfação com a saúde (26,32% “insatisfeitos” e 23,68% “muito insatisfeitos”).

A presença de sintomas depressivos pode prejudicar a satisfação com a saúde em pacientes hipertensos, uma vez que tais sintomas causam sensações desagradáveis, como por exemplo, ansiedade e alterações no comportamento, e os indivíduos se sentem menos saudáveis que aqueles que não apresentam tais sintomas (ARBEX, ALMEIDA, 2009).

A tabela 5 traz as médias e os desvios-padrão (DP) do Whoqol-Breve por domínio. Os escores foram comparados pelo teste de Mann Whitney, sendo encontradas diferenças significativas em todos os domínios. Conforme observado, o primeiro grupo teve médias mais altas que o segundo grupo em todos os domínios. Isso significa que os idosos *sem sintomas depressivos* deram mais respostas positivas que os idosos *com sintomas depressivos* ao longo do questionário.

**Tabela 5.** Médias e desvios-padrão dos escores de qualidade de vida por domínio, segundo presença ou não de sintomas depressivos. Ribeirão Preto, 2013.

<b>SINTOMAS DEPRESSIVOS</b>	<b>DOMÍNIOS WHOQOL-BREVE</b>							
	<b>FÍSICO</b>		<b>PSICOLÓGICO</b>		<b>SOCIAL</b>		<b>AMBIENTAL</b>	
	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
<b>NÃO</b>	61,4	15,5	70,8	12,6	74,2	14,0	57,7	13,6
<b>SIM</b>	45,3	14,3	53,7	15,1	66,2	19,4	51,3	16,1
<b>TESTE DE MANN WHITNEY</b>	p < 0,000		p < 0,000		p = 0,030		p = 0,013	

Estes achados se assemelham a outros anteriores. Melchior e cols. (2010), em um estudo realizado com pacientes hipertensos em unidades básicas de saúde, verificaram pior avaliação da qualidade de vida pelos indivíduos com diagnóstico de depressão em todos os domínios do Whoqol-Breve e atribuíram tal resultado ao forte impacto da depressão na qualidade de vida relacionada à saúde. Bottan (2013) considerou em seu estudo com idosos a depressão como um dos fatores determinantes da percepção da qualidade de vida, concluindo que quanto maior a intensidade dos sintomas depressivos, menor seria a qualidade de vida (MELCHIOR et.al, 2010; BOTTAN, 2013).



## 5. CONCLUSÕES

O presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida referida por idosos hipertensos atendidos pela Estratégia Saúde da Família do município de Ribeirão Preto/SP. Por meio de seus achados foi possível entender melhor o que é qualidade de vida e saúde na visão de idosos que convivem com uma doença crônica modificadora de hábitos de vida, como no caso da hipertensão arterial. Para os idosos, qualidade de vida e saúde não estão baseadas apenas na ausência de doenças, e parecem estar mais relacionadas com bem estar psicológico, pois este interfere nas emoções. Com isso, a depressão, quando associada à HAS pode causar mais prejuízos à qualidade de vida dos idosos do que outras doenças ou fatores cotidianos.

No entanto, este estudo apresenta algumas limitações. Não foi levada em consideração a presença de outras doenças, além da HAS e sintomas depressivos, nem o tempo de diagnóstico. Cabe salientar que se optou por não se utilizar um instrumento específico para avaliação de qualidade de vida de idosos, como o Whoqol-Old, em conjunto com o Whoqol-Breve, pois isso demandaria mais que o dobro do tempo gasto em cada entrevista, o que poderia acarretar em grande número de desistências, visto que a maioria dos idosos foi abordada nas salas de espera de consultas, curativos e farmácia, na própria USF.

Outro limitador importante foi que a amostra ficou concentrada em apenas uma Unidade de Saúde da Família do município, impossibilitando uma comparação entre as atividades oferecidas e as características da população de cada região de abrangência. Pelos contatos realizados com algumas das

unidades, pode-se perceber que, embora quase todas oferecessem atividades educativas em grupos, como os grupos de diabetes/hipertensão, nos quais havia maior concentração de pessoas idosas, todos estavam com as atividades desses grupos interrompidas ou suspensas. Outras atividades mencionadas pelas USF foram atividades físicas matinais (caminhada e alongamento) e arte terapia, as quais, segundo informações, são bastante frequentadas por pessoas idosas.

Nota-se que essas atividades físicas ou educativas que reúnem grande número de idosos são realizadas por diversos profissionais, tais como: farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, psicólogos e os próprios agentes comunitários. Com isso, chegamos à importância da inserção na equipe de saúde da família dos profissionais que possam pensar essas atividades com maior foco nas necessidades específicas da velhice, os gerontólogos.

Essa visão multidimensional é fundamental para que os objetivos dos tratamentos visem não somente cura de doenças e restauração de saúde, mas também melhoria da qualidade de vida e a preservação da autonomia. Para tal, faz-se necessário que a avaliação do idoso nas unidades onde estão cadastrados seja realizada de forma sistemática desde o acolhimento, com a garantia de monitoramento e reavaliação, possibilitando assim, a implantação de estratégias terapêuticas adequadas à faixa etária mais avançada, visando o equilíbrio biopsicossocial.

Sugere-se que outros estudos sejam realizados sobre esse tema com foco nas intervenções realizadas nas USF, atentando-se especialmente para a

presença de sintomas depressivos associados às doenças crônicas, visando diminuir impacto negativo na qualidade de vida, e que considerem as especificidades da população idosa e no trabalho multi e interprofissional.



## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABG – Associação Brasileira de Gerontologia. **O que é Gerontologia?** Disponível no site: <http://abgeronto.blogspot.com.br/>, em setembro de 2013.

BERBER, J.S.S.; KUPEK, E.; BERBER, S.C. **Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com Síndrome de Fibromialgia.** Rev Bras Reumatol, v. 45, n. 2, p. 47-54, mar./abr., 2005.

BOTTAN, G. **Determinantes da qualidade de vida de idosos usuários de centro de atenção psicossocial.** 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

CARVALHO, M.V.; SIQUEIRA, L.B.; SOUSA, A.L.L., JARDIM, P.C.B.V. **A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida.** Arq Bras Cardiol, 2013; 100(2):164-174.

CHACHAMOVICH, E.; TRETINI, C; FLECK, M.P.A. **Qualidade de vida em idosos: Conceituação e investigação.** In: NERI, A.L. (Org.) Qualidade de Vida na Velhice: Enfoque multidisciplinar. Campinas, SP: Alínea, 2007. p. 61-81.

**Conselho Nacional de Saúde.** Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível no site: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>, em 05 de maio de 2014.

CONTIERO, A.P.; POZATI, M.P.S.; CHALLOUTS, R.I.; CARREIRA, L.; MARCON, S.S. **Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família.** Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS): 2009; 30(1):62-70.

FLECK, M.P.A.; LEAL, O.F.; LOUZADA, S. et al.. **Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS.** Rev Bras Psiquiatr. 1999, 21 (1).

FLECK, M.P.A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. **Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de saúde (WHOQOL-100).** Rev. Saúde Pública. 1999; 33 (2).

FLECK, M.P.A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. **Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref".** Rev. Saúde Pública. 2000; 34 (2).

FLORIANO, P.J. **O perfil de idosos assistidos por uma equipe de saúde da família do Centro de Saúde de Sousas, no município de Campinas – SP.** Campinas, SP: Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, 2004.

FRANCIONI, F.F; SILVA, D.G.V. **O processo de viver saudável de pessoas com diabetes mellitus através de um grupo de convivência.** Texto Contexto Enferm. Florianópolis, v. 16, n. 1, 2007, p. 105-111.

FRANK, MH; RODRIGUES, NL. **Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio.** In: FREITAS et. al. Tratado de geriatria e gerontologia - 2. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006; p. 376-387.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível no site:

[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1272&id\\_pagina](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1272&id_pagina), em 15 de fevereiro de 2009.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. **Características da população e dos domicílios**. Rio de Janeiro: 2011.

Lai, KL; Tzeng, RJ; Wang, BL; Luu, HS; Amidon, RL; Kao, S. Health-related quality of life and health utility for the institutional elderly in Tawain. *Qual. Life Res.*, v. 14, 2005. p. 1169-1180.

MELCHIORS, A.C; CORRER, C.J.; PONTAROLO, R.; SANTOS, F.O.S.; SOUZA, R.A.P. **Qualidade de vida em pacientes hipertensos e validade concorrente do Minichal-Brasil**. *Arq Bras Cardiol.* 2010; 94(3): 357-364.

Disponível no site: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n3/13.pdf>, em 5 de agosto de 2013.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

MIRANDA, R.D. et al. **Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento**. *Rev Bras Hipertens*, 2002; 9: 293-300.

MOREIRA, R.O.; AMÂNCIO, A.P.R.L.; BRUM, H.R.; VASCONCELOS, D.L.; NASCIMENTO, G.F. **Sintomas depressivos e qualidade de vida em pacientes diabéticos tipo 2 com polineuropatia distaldiabética**. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 2009; 53/9.

NAKABAYASHI, T.I.K.; CHAGAS, M.H.N.; CORRÊA, A.C.L.; TUMAS, V.; LOUREIRO, S.R.; CRIPPA, J.A.S. **Prevalência de depressão na doença de Parkinson**. *Rev Psiq Clín.* 2008;35(6):219-27.

NERI, A.L. **Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário**. In: DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D'E. (Org.). Atendimento domiciliário: Um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.

NERI, A.L. **Palavras-chave em Gerontologia**. 2ª ed. Campinas: Alínea, 2005, pp. 114-115.

PALLONI, A.; PELÁEZ, M. Histórico e Natureza do Estudo. In: LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. **SABE – Saúde, Bem-esta e Envelhecimento**. 1.ed. Brasília: Organização Pan americana de Saúde, 2003.

PASKULIN, L.M.G.; CÓRDOVA, F.P.; COSTA, F.M.; VIANNA, L.A.C. **Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida**. Acta Paul Enferm, 2010; 23(1):101-7.

PASSOS, ADC; RUFFINO-NETTO, A. **Estudos Transversais**. In: FRANCO, LJ; PASSOS, ADC (Org.). **Fundamentos de epidemiologia**. 2ª ed. Barueri, SP: Manole, 2011, pp. 242-246.

PAVINI, C. **Ribeirão Preto atinge 650 mil habitantes, segundo o IBGE**. Jornal A Cidade. Ribeirão Preto, 29 de agosto de 2013. Disponível no site: [http://www.jornalacidade.com.br/noticias/cidades/NOT\\_2,2,876096,Ribeirao+Pr+eto+atinge+649-556+mil+habitantes+segundo+o+IBGE.aspx](http://www.jornalacidade.com.br/noticias/cidades/NOT_2,2,876096,Ribeirao+Pr+eto+atinge+649-556+mil+habitantes+segundo+o+IBGE.aspx), em 05 de janeiro de 2014.

PEREIRA et al. **Qualidade de vida global de idosos**. Rev Psiquiatr RS 2006; 28(1):27-38.

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. **Coordenadoria de Comunicação Social**. Disponível no site: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ccs/snoticias/i33principal.php?id=18743>, em 16 de junho de 2011.

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. **Secretaria Municipal de Saúde**. Disponível no site: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/i16saude.php>, em 14 de maio de 2012.

PROTTI, S.T. **A saúde do idoso sob a ótica da equipe do Programa de Saúde da Família**. Ribeirão Preto, SP: Dissertação (mestrado) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde-Pública, 2002.

RODRIGUES, M.A.P. et al. **Uso de serviços básicos de saúde por idosos**. Rev Saúde Pública, 2009;43(4):604-12.

SIEGEL, S.; CASTELLAN-JR, N.R. **Estatística não paramétrica para as ciências do comportamento**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo: 2006.

TENG, C.T.; HUMES, E.C.; DEMETRIO, F.N. **Depressão e comorbidades clínicas**. Rev. Psiq. Clín. 32 (3); 149-159, 2005.

The WHOQOL Group. **The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties**. Soc Sci Med 1998; 46:1569-85.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução Suzana Gontijo – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível no site: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf), em 10 de outubro de 2008.



## ANEXO A

CENTRO DE SAÚDE ESCOLA  
DA FACULDADE DE MEDICINA  
DE RIBEIRÃO PRETO -

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL: ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, RIBEIRÃO PRETO, SP

**Pesquisador:** Carolina Carneiro das Neves Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 08481613.6.0000.5414

**Instituição Proponente:** Departamento de Medicina Social

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 272.485

**Data da Relatoria:** 14/05/2013

**Apresentação do Projeto:**

A pesquisadora ressalta a questão do envelhecimento da população brasileira, destacando a importância de avaliar a qualidade de vida nessa população especial. Além disso, a pesquisadora traça um paralelo entre a redução da qualidade de vida e a depressão e a presença de outras doenças crônicas, como a hipertensão arterial sistêmica nos idosos, pois existe uma associação inadequada de velhice e incapacidade. Diante disso a Estratégia de Saúde da Família pode favorecer o acesso dessa população ao SUS.

**Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar a qualidade de vida referida por idosos hipertensos atendidos pela Estratégia Saúde da Família do município de Ribeirão Preto.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O estudo será transversal, e os idosos (>60 anos) entrevistados deverão estar registrados nos Núcleos de Saúde da Família dos distritos Leste, Oeste ou Norte de Ribeirão Preto. Os voluntários serão divididos em hipertensos ou não. Não está explícito no projeto, mas serão aplicados aos idosos um questionário para avaliar a qualidade de vida e outro para avaliar o grau de depressão.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Aparentemente a pesquisa não traz riscos aos pacientes, pois será aplicado dois questionários aos

**Endereço:** TERESINA 690

**Bairro:** SUMAREZINHO

**CEP:** 14.055-380

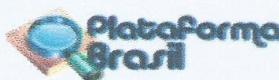
**UF:** SP

**Município:** RIBEIRAO PRETO

**Telefone:** (16)3602-0009

**E-mail:** csecuiaba@fmrp.usp.br

CENTRO DE SAÚDE ESCOLA  
DA FACULDADE DE MEDICINA  
DE RIBEIRÃO PRETO -



Continuação do Parecer: 272.485

idosos, que são validados e extensamente utilizados na literatura.

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

A folha de rosto foi preenchida de forma adequada, e conta com a assinatura do Chefe do Departamento e do Diretor da Unidade autorizando o estudo. O orçamento apresentado está correto, além disso a pesquisadora menciona no texto que possui a autorização da Prefeitura Municipal, porém essa não foi apresentada. O TCLE apresentado não informa a aplicação do questionário sobre depressão, além disso informa que o sigilo dos pacientes será garantido pela substituição dos nomes.

**Recomendações:**

Nenhuma

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

Todas as sugestões foram atendidas.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Acatado parecer do relator.

Aprovado.

RIBEIRAO PRETO, 15 de Maio de 2013

---

Assinador por:  
**LAÉRCIO JOEL FRANCO**  
(Coordenador)

Endereço: TERESINA 690

Bairro: SUMAREZINHO

CEP: 14.055-380

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3602-0009

E-mail: csecuiaba@fmrp.usp.br

## ANEXO B

**Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto**

Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

Of. nº 4433/12  
CAAP-fcp

Ribeirão Preto, 20 de outubro de 2012.

Prezado orientador,  
Prof. Dr. Jair Licio Ferreira Santos  
Prezada pesquisadora,  
Carolina Carneiro das Neves Santos

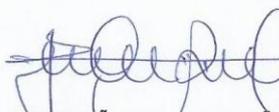
A diretora do Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas – **Ilka Barbosa Pegoraro** e o coordenador do Programa de Controle de Hipertensão Arterial – **Nélio Rezende Cardoso**; manifestaram a **concordância** da coleta de dados do projeto de pesquisa “**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL: ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**”, nas dependências desta Secretaria da Saúde.

Conforme despachos no Processo Administrativo 02 2012 045120 0.

Solicitamos, entretanto, que se apresente com uma semana de antecedência ao gerente ou coordenador da unidade de saúde, para agendamento da pesquisa, tendo em vista as rotinas destes estabelecimentos de saúde.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente e a concordância da SMS-RP como instituição co-participante.

Cordialmente,



Fernanda Cristina Padtat  
CRB-8/8168

Apoiadora da **COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PROJETOS PESQUISA**  
**Secretaria Municipal da Saúde**

**ANEXO C****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Eu, Carolina Carneiro das Neves Santos, pesquisadora, convido o(a) sr.(a) para participar da pesquisa “Qualidade de vida de idosos portadores de hipertensão arterial: Estratégia Saúde da Família – Ribeirão Preto - SP”, que será desenvolvida sob a orientação do professor Dr<sup>o</sup>. Jair Lício Ferreira Santos, docente do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Você foi selecionado, pois tem idade igual ou superior a 60 anos e é cadastrado no Programa de Saúde da Família do Município de Ribeirão Preto. Este convite está sendo feito a todos os idosos das Unidades de Saúde da Família - USF deste município. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação comigo, com os profissionais da USF ou com o atendimento na unidade na qual está cadastrado. O objetivo desta pesquisa é avaliar a qualidade de vida referida por idosos portadores de hipertensão arterial, atendidos pela Estratégia Saúde da Família do município de Ribeirão Preto. Sua participação nesta pesquisa consistirá de entrevista realizada por mim, com a aplicação de um instrumento para avaliação da qualidade de vida e outro para a verificação da existência de sintomas depressivos. A sua participação na pesquisa não acarretará em gasto adicional, nem para o(a) senhor(a), nem para sua família, e contribuirá para o conhecimento sobre o cuidado a pessoas idosas com hipertensão arterial. As suas informações para a pesquisa serão confidenciais, sigilosas e seu nome não irá aparecer nos resultados, pois asseguramos sigilo sobre sua participação. Os dados serão divulgados de forma a não possibilitar a sua identificação e de nenhum participante, já que os nomes serão substituídos. Você receberá uma cópia deste termo, no qual constam os telefones para contato, e poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

CAROLINA CARNEIRO DAS NEVES SANTOS: Tel. (16) 8148-7606 / (16) 8205-9335

carolcarneiro@usp.br / carol\_carneiro84@hotmail.com

PROF<sup>o</sup> DR<sup>o</sup> JAIR LÍCIO FERREIRA SANTOS: Tel. (16) 3602-2536 / (16) 3602-3070

jalifesa@usp.br / jairlfs@fmrp.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA CSE-FMRP-USP: Tel.(16) 3602-0009

Eu \_\_\_\_\_, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do (a) participante da pesquisa**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura da pesquisadora**

**ANEXO D**

# WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE  
GENEBRA

**Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil**

**Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck**  
**Professor Adjunto**  
**Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal**  
**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**  
**Porto Alegre – RS - Brasil**

## 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	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	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	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	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 sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

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

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

Você tem algum comentário sobre o questionário?

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

## ANEXO E

**ESCALA DE DEPRESSÃO EM GERIATRIA**

Pontuação igual a 5 ou mais é indicativa de depressão.

	<b>QUESTÕES</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1	Você está basicamente satisfeito com sua vida?	0	1
2	Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	1	0
3	Você sente que sua vida está vazia?	1	0
4	Você se aborrece com frequência?	1	0
5	Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	0	1
6	Você tem medo de que algum mal vá lhe acontecer?	1	0
7	Você se sente feliz a maior parte do tempo?	0	1
8	Você sente que sua situação não tem saída?	1	0
9	Você prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas?	1	0
10	Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	1	0
11	Você acha maravilhoso estar vivo?	0	1
12	Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	1	0
13	Você se sente cheio de energia?	0	1
14	Você acha que sua situação é sem esperança?	1	0
15	Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	1	0