



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

JULIANA BARBOSA MEDEIROS

FATORES ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL EM
IDOSOS LONGEVOS RESIDENTES EM UM MUNICÍPIO DO
NORDESTE BRASILEIRO

Campina Grande

2018

**FATORES ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL EM
IDOSOS LONGEVOS RESIDENTES EM UM MUNICÍPIO DO
NORDESTE BRASILEIRO**

JULIANA BARBOSA MEDEIROS

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Cristina dos Santos

Campina Grande

2018

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

M488f Medeiros, Juliana Barbosa.
Fatores associados à hipertensão arterial em idosos longevos residentes em um município do nordeste brasileiro [manuscrito] / Juliana Barbosa Medeiros. - 2018.
50 p.
Digitado.
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2018.
"Orientação : Profa. Dra. Silvana Cristina dos Santos, Departamento de Biologia - CCBS."
1. Hipertensão arterial. 2. Idosos. 3. Hipertensão - Fatores de risco. I. Título

21. ed. CDD 616.132

JULIANA BARBOSA MEDEIROS

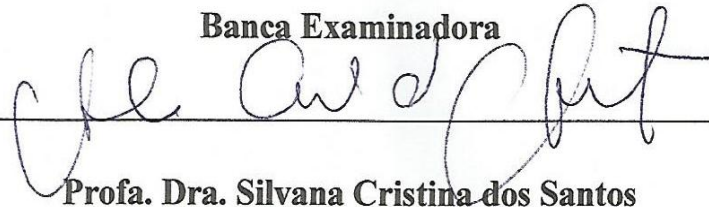
**FATORES ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL EM IDOSOS LONGEVOS
RESIDENTES EM UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Aprovado em: 14 de junho de 2018

Banca Examinadora

Assinatura:



Prof. Dra. Silvana Cristina dos Santos

Universidade Estadual da Paraíba

Assinatura:



Prof. Dra. Tarciana Nobre de Menezes

Universidade Estadual da Paraíba

Assinatura:



Prof. Dra. Yeda Aparecida de Oliveira Duarte

Universidade de São Paulo

DEDICATÓRIA

A Deus, por restaurar minha força e alegria.
Ao meu esposo, pelo apoio e carinho incondicional.
Aos meus filhos, pela fonte de motivação e amor.
A todos os idosos, pelo exemplo e inspiração.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Profa. Dra. Silvana Santos, pela paciência e compreensão em me guiar nesse processo de aprendizado. Sou grata pelo apoio nos momentos difíceis, por sempre entender minha infinidade de afazeres e mesmo assim nunca duvidar do meu potencial.

À Profa. Dra. Tarciana Menezes, Dra. Gabriela Costa e demais professores do Mestrado em Saúde Pública, por todos os ensinamentos recebidos e por transformarem a minha vida ao longo desses dois anos.

À Profa. Dra. Yeda Duarte (FSP/USP) e à Profa. Dra. Mayana Zatz (Centro de Estudos do Genoma Humano/USP), pelo apoio técnico, científico e financeiro para a realização desta pesquisa.

À minha família, especialmente minha mãe Socorro Barbosa e minhas irmãs Kaline Barbosa e Liana Barbosa, por todas as palavras de ânimo e por sempre acreditarem na minha capacidade. Elas são minha base e alicerce, minha inspiração de como enfrentar a vida e em cada vitória minha carregarei o nome de cada uma. Tenho muita sorte de tê-las comigo.

Ao meu esposo Ítalo Kleber, por caminhar comigo de mãos dadas, apoiando minhas decisões, me incentivando sempre a crescer. Pelo companheirismo, por compreender minhas ausências, por oxigenar os meus dias e torná-los mais leves, por dividir comigo a sua paz!

Aos meus filhos Ana Júlia e Kauã Gabriel, pela infinidade de amor e carinho, pelo dom de me fazer ser uma pessoa melhor a cada dia. Vocês são tudo para mim.

A Eugênia Bernardino e Socorro do Rêgo, pela amizade e confiança, pela oportunidade de conciliar os estudos com o trabalho, mas principalmente por me apoiarem e me ajudarem a evoluir e crescer profissionalmente. Sempre serei grata!

Aos verdadeiros amigos, por caminharem junto comigo, dividindo sonhos e vislumbrando horizontes, especialmente a Larissa Lins, Rebeca Farias e Janaína Melo, aquelas que mesmo distantes fisicamente, sempre torcem pela minha felicidade e comemoram comigo cada conquista. À Tacila, Javanna e Júlia Nóbrega pela generosidade e apoio nas horas mais difíceis, à Priscila, Elaine e Sayonara pelos momentos felizes durante a coleta de dados e por todas as aventuras que vivenciamos juntas. A Leandro Ucela, pela gentileza e carinho de sempre e pelo presente do seu companheirismo.

Sem vocês eu não teria chegado até aqui. Obrigada a todos!

*“Não sei
se a vida é curta ou longa para nós.
Mas sei que nada do que vivemos tem sentido,
se não tocarmos o coração das pessoas.
Muitas vezes basta ser:
colo que acolhe, braço que envolve,
palavra que conforta, silêncio que respeita,
alegria que contagia, lágrima que corre,
olhar que acaricia, desejo que sacia,
amor que promove.
E isso não é coisa de outro mundo,
é o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa,
verdadeira, pura enquanto durar.
Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina”.*

(Cora Coralina)

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi verificar os fatores associados à hipertensão arterial em idosos longevos residentes em um município do nordeste brasileiro. O estudo foi realizado com 179 idosos, de 80 anos ou mais, residentes em Brejo dos Santos, município do sertão da Paraíba. A hipertensão arterial referida foi considerada como variável dependente para fins de análises e associações. Os fatores socioeconômico-demográficos, hábitos de vida e condições de saúde foram considerados grupos de variáveis independentes. A prevalência de hipertensão arterial referida entre os idosos longevos foi de 53,1%. No modelo final de regressão múltipla as variáveis que permaneceram como fatores associados à hipertensão foram: raça/cor não branca (odds ratio=2,61; IC95%=1,09-6,24) e nível elevado de triglicérides (odds ratio=2,8; IC95%=1,08-7,22). Conclui-se que os resultados apresentados podem colaborar com a compreensão da longevidade dos idosos, subsidiando políticas públicas de promoção, vigilância e atenção à saúde no contexto do envelhecimento.

Palavras-chave: Idoso de 80 anos ou mais; Hipertensão; Fatores de Risco.

ABSTRACT

The objective of this study was to verify the factors associated with arterial hypertension in elderly people living in a Brazilian Northeast municipality. The study was carried out with 179 elderly people, aged 80 years and older, living in Brejo dos Santos, municipality of the backlands of Paraíba. The referred hypertension was considered as a dependent variable for analysis and association purposes. Socioeconomic-demographic factors, life habits and health conditions were considered groups of independent variables. The prevalence of referred arterial hypertension among the elderly was 53.1%. In the final multiple regression model, the variables that remained as factors associated with hypertension were: non-white race / color (odds ratio = 2.61, 95% CI: 1.09-6.24) and elevated triglycerides (odds ratio = 2.8, 95% CI 1.08-7.22). It is concluded that the presented results can contribute to the understanding of the longevity of the elderly, subsidizing public policies of promotion, surveillance and health care in the context of aging.

Key-words: Aged, 80 and over; Hypertension; Risk Factors

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BRFSS- Behavioral Risk Factor Surveillance System

CHS- Cardiovascular Health Study

DCNT- Doenças crônicas não transmissíveis

DCV- Doenças cardiovasculares

ESF- Estratégia Saúde da Família

HAS- Hipertensão arterial sistêmica

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC- Intervalo de Confiança

OMS- Organização Mundial da Saúde

OR- Odds Ratio

PA- Pressão arterial

PNS- Pesquisa Nacional de Saúde

SABE- Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento

UEPB- Universidade Estadual da Paraíba

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1. Distribuição dos idosos longevos, de acordo com os fatores socioeconômico-demográficos, Brejo dos Santos, Paraíba, 2017.

Tabela 2. Distribuição dos idosos longevos, de acordo com os hábitos de vida e condições de saúde, Brejo dos Santos, Paraíba, 2017.

Tabela 3. Análise univariada da HAS referida e fatores associados. Brejo dos Santos, Paraíba, 2017.

Tabela 4. Modelo de regressão logística multivariada. Variáveis associadas com HAS referida. Brejo dos Santos, Paraíba, 2017.

SUMÁRIO

| | |
|-----------------------------------|----|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 11 |
| 2. OBJETIVOS..... | 16 |
| 2.1. OBJETIVO GERAL..... | 16 |
| 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 16 |
| 3. MATERIAL E MÉTODOS..... | 17 |
| 3.1. ÁREA DE ESTUDO..... | 17 |
| 3.2. DELINEAMENTO DO ESTUDO | 17 |
| 3.3. COLETA DE DADOS..... | 17 |
| 3.4. VARIÁVEIS DO ESTUDO | 18 |
| 3.5. ANÁLISE DOS DADOS..... | 19 |
| 3.6. ASPECTOS ÉTICOS..... | 20 |
| 4. RESULTADOS | 21 |
| 4.1. ARTIGO | 22 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 40 |
| REFERÊNCIAS | 41 |
| APÊNDICE | 43 |
| ANEXO | 46 |

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um processo mundial decorrente da transição demográfica, que é o resultado da redução dos coeficientes de mortalidade e, posteriormente, de fecundidade, levando ao aumento dos anos vividos¹.

Com as mudanças ocorridas nas sociedades no tocante às condições sociais, econômicas e culturais, assim como aos avanços tecnológicos e aos adventos e descobertas das pesquisas médicas, o envelhecimento da população tem se tornado uma aspiração natural. Porém, o grande desafio dessa conquista é proporcionar uma melhoria da qualidade de vida, com manutenção da autonomia e independência, aos que já envelheceram ou que estão no processo de envelhecer. Caso isso não ocorra, o que deveria ser uma vitória acaba se transformando em dificuldade, pois países mais pobres, antes de resolverem seus problemas relativos às desigualdades sociais, se deparam com um contingente populacional de idosos crescente, com demandas e necessidades também crescentes, além de importante aumento nos custos da previdência social e da saúde².

Mesmo sendo um acontecimento evidenciado mundialmente, o envelhecimento populacional apresenta características distintas de acordo com o nível econômico do país. Nos países desenvolvidos, este processo foi bastante lento e ocorreu concomitantemente a melhorias nas condições sociais, econômicas e de saúde da população. Nos países em desenvolvimento, estas mudanças ocorreram em curto espaço de tempo, sem o devido preparo para a nova demanda e sem melhorias de suas características econômicas e sociais³.

Os países da América Latina estão envelhecendo muito rapidamente, nem sempre acompanhados de desenvolvimento socioeconômico. A velocidade do processo traz novos desafios que se instalam de maneira muito rápida e acabam impactando na estrutura da sociedade e de como a mesma se comporta^{1,4}.

A situação do Brasil reflete esse panorama, pois está entre as sociedades que envelhece mais rapidamente no mundo. Nos últimos 70 anos, o número absoluto de pessoas com 60 anos ou mais aumentou doze vezes. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁵, em 1940 foram recenseados 1,7 milhão de idosos no Brasil e, em 2010, 20,5 milhões. A participação relativa dessa população que era de 5,1%, em 1970, passou para 8,6%, em 2000 e, segundo o último Censo, representa 10,8% da população total. Espera-se que em 2050 existam 64 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no Brasil, o que representará uma população, aproximadamente, três vezes maior que aquela recenseada em 2010⁶. Com o progressivo envelhecimento vivenciado pela população brasileira, estima-se

que em 2025 o Brasil tenha a sexta maior população idosa do mundo, com aproximadamente 31,8 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, correspondentes a 15% da população esperada para o referido ano⁵.

Para as populações com recursos materiais limitados, as repercussões sociais do processo de envelhecimento tendem a ser negativas, particularmente se não houver planejamento econômico e social adequado. Em grande parte, o maior problema é como absorver e lidar com as necessidades dos idosos quando as prioridades governamentais estão claramente relacionadas a outros grupos etários populacionais^{1,7}.

É necessário evidenciar que grande parte desses idosos são mulheres, ou seja, há uma feminização da velhice. Essa tendência é consequência da sobremortalidade masculina em todas as faixas etárias e para a maioria das causas de morte. Possivelmente, isso se deve à maior exposição dos homens a fatores de risco como álcool e fumo, aos acidentes de trabalho e homicídios e ao aumento da mortalidade por câncer de pulmão e doenças cardiovasculares². Além disso, o século XX presenciou um importante declínio na mortalidade materna perinatal e por câncer do útero; fatores hormonais são ainda determinantes de uma proteção cardiovascular que se estende até alguns anos após a menopausa. A aparente vantagem das mulheres é parcialmente atenuada pela maior prevalência de demências, depressão e dependência funcional neste grupo, reduzindo seu tempo de vida livre de incapacidades⁷.

Confirmada em números, esta feminização do envelhecimento pode ser evidenciada por meio da razão de sexos, ou “número de homens para cada 100 mulheres” que constitui um índice demográfico que retrata a proporção dos sexos em uma população. No Brasil, em 1950 existiam aproximadamente 100 homens para cada 100 mulheres na faixa etária de 65 a 69 anos, mas em 2000 eram 81 e em 2025 deverão ser 78 homens para cada 100 mulheres⁵.

Outra característica do envelhecimento populacional é o aumento da proporção de idosos com 80 anos ou mais. Em diversos países este é o segmento populacional que cresce mais rapidamente. Estes idosos constituem uma população bastante distinta dos idosos jovens, tendo em vista a maior ocorrência de doenças e maior grau de dependência funcional entre estes indivíduos. Além disso, consomem recursos elevados do sistema de saúde, devido ao despreparo da estrutura organizacional do Estado, que não acolhe esse idoso ao longo dos anos, nem pauta suas ações na prevenção e promoção da saúde, impactando sobremaneira na dinâmica familiar, social e econômica^{2,7}.

Na Europa Ocidental em média três de cada 100 habitantes têm 80 anos ou mais. Na Dinamarca este número chega a quatro e na Suécia chega a cinco. Nos países em desenvolvimento, menos de um para cada 100 habitantes tem esta idade. Em países como

Guatemala e Indonésia, menos de um em cada 200 habitantes¹. No Brasil, esse é o grupo etário que mais vem crescendo. Em 1975 os idosos com 80 anos ou mais representavam 12% de todos os idosos. Em 2030 representarão 21% dos idosos, ou 2,7% dos brasileiros, portanto no referido ano o Brasil contará com 5,5 milhões de octogenários. Isto ocorrerá devido à queda progressiva da mortalidade dos idosos jovens (de 60 a 74 anos)^{4,5}.

Aliando-se à transição demográfica, as alterações no perfil de morbi-mortalidade das populações, influenciadas pelo envelhecimento dos indivíduos, ocasiona o fenômeno conhecido como transição epidemiológica. Segundo Onram⁸ essa transição está centralizada nas complexas mudanças nos padrões de saúde e doença e nas interações desses padrões com seus determinantes demográfico, econômico e social; assumindo características diferentes em cada sociedade. Essa mudança do perfil de morbi-mortalidade faz com que o cenário caracterizado por uma população jovem, com maior incidência de doenças infecciosas, transforme-se em outro, típico de uma população mais envelhecida, onde predominam agravos crônicos e o conseqüente aumento nos custos assistenciais, gerados pelas alterações na utilização dos serviços de saúde, tais como: aumento das hospitalizações e necessidade de incrementação de serviços de reabilitação.

Neste contexto, no Brasil está estabelecido um processo de transição epidemiológica incompleta, caracterizado pela denominada “dupla carga de doença”, na qual coexistem altos índices de morbi-mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, com elevado número de idosos com significativa prevalência de doenças crônicas. Esse fato implica no crescimento da incapacidade funcional, dependência, e necessidade de cuidados de longa duração entre esses indivíduos^{1,4}.

Dentre as doenças de maior ocorrência entre os idosos, especialmente os longevos, estão as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre elas a hipertensão arterial sistêmica (HAS)^{1,9}. A HAS é uma doença cuja prevalência aumenta progressivamente com o envelhecimento, sendo ela considerada o principal fator de risco modificável para doenças cardiovasculares na população geriátrica^{9,10}. De acordo com informações da Organização Mundial da Saúde (OMS), existe uma relação linear direta entre a pressão arterial (PA) e a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos¹⁰.

A HAS é um dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares (DCV), visto que, em 2012, 55,3% da taxa de mortalidade mundial por DCV correspondeu a complicações causadas pela HAS^{9,11}. No mundo, um a cada três adultos tem esta morbidade e aproximadamente 600 milhões da população mundial foi diagnosticada em 2013 com essa doença⁹. Estudo de Wang e colaboradores¹² evidenciou que aproximadamente metade dos

casos diagnosticados com HAS progredirá para uma doença cardíaca coronariana e dois terços para doenças cerebrovasculares, acarretando aumento dos custos dos sistemas de saúde e afetando a economia global consideravelmente.

Diante da elevada prevalência de HAS na população idosa e de sua importância para o desenvolvimento de doenças, torna-se importante a avaliação de seus fatores de risco. Estudos realizados com idosos têm mostrado maior risco de HAS em indivíduos do sexo masculino¹², com etnia não branca¹³, maior idade e casados¹², obesos¹⁴ e com níveis de colesterol elevados¹⁵.

Estudos afirmam que os fatores de proteção para a HAS são a qualidade da dieta, pois esta favorece com metabólitos antienvhecimento que previnem as DCNT associadas à maior idade, à diminuição do cloreto de sódio na alimentação, à diminuição do peso e à realização de exercícios físicos^{9,11,12}.

A HAS é uma condição clínica multifatorial e caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) acima do valor normal para a idade⁹. São inúmeras as dificuldades na realização da medida da PA em âmbito populacional, o que faz a maioria dos estudos utilizar informações autorreferidas, tomando-a como proxy da PA real¹⁵. Nos Estados Unidos, estudo comparando os resultados autorreferidos de HAS do inquérito telefônico Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) com medidas aferidas coletadas no National Health and Nutrition Examination Survey III mostram boa sensibilidade e especificidade das medidas autorreferidas¹⁶.

Apesar do avanço nas últimas décadas em políticas de promoção da saúde e prevenção da hipertensão, no atendimento aos hipertensos e organização da vigilância de DCNT, as taxas de prevalência desta morbidade ainda são altas¹⁵. De acordo com Li e colaboradores¹¹, conhecer a prevalência da HAS proporciona a criação de programas mais específicos voltados para a resolução do problema em cada região, e conseqüentemente, diminui os custos financeiros voltados para o tratamento destas morbidades que poderia ser revertido em programas de promoção e prevenção eficientes^{9,10,11}.

As DCNT, como também a HAS, resultam de múltiplas causas, atuantes em conjunto, cujos efeitos podem ser diferentes segundo as populações abordadas, enquanto inseridas em contextos distintos, onde as desigualdades influenciam na qualidade de vida e na capacidade de ser e agir de grupos sociais específicos¹⁷. No Brasil existe a necessidade cada vez maior de realizar estudos, de base populacional, referentes à prevalência de HAS e seus fatores associados^{13,15}. Segundo Menezes e colaboradores, são escassos as pesquisas desenvolvidas no Nordeste brasileiro sobre HAS¹³.

Diante do exposto, questiona-se: Qual o perfil dos idosos longevos residentes no sertão da Paraíba? Quais os fatores associados à Hipertensão Arterial referida nos idosos desta região?

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Verificar os fatores associados à hipertensão arterial em idosos longevos residentes em um município do nordeste brasileiro.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar as condições socioeconômico-demográficas dos idosos.
- Avaliar os hábitos de vida dos idosos.
- Avaliar as condições de saúde dos idosos.
- Analisar os fatores associados à hipertensão arterial em idosos longevos residentes em um município do nordeste brasileiro.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1 ÁREA DE ESTUDO

O estudo foi conduzido no município de Brejo dos Santos no estado da Paraíba (Brasil), localizado na microrregião de Catolé do Rocha. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2012, sua população era estimada em 6.197 habitantes, distribuídos em 94 km² de área. O critério de seleção do município ocorreu pelo fato da secretaria municipal de saúde ter parceria estabelecida com pesquisadores da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). A rede de serviços de atenção básica do município é composta por três unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) e uma composição de dezesseis agentes comunitários de saúde (ACS), os quais abrangem zona urbana e rural, sem área descoberta.

3.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O estudo é transversal e analítico, com abordagem quantitativa, constituído pelo universo de idosos com 80 anos ou mais, residentes na zona urbana e rural de Brejo dos Santos. Obteve-se junto à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) a listagem dos idosos cadastrados na ESF, e mediante autorização da Secretaria para condução do estudo, foram localizadas as equipes de ESF e o coordenador responsável pelas mesmas. Inicialmente, as equipes forneceram informações sobre os agentes comunitários de saúde (ACS). Posteriormente, os ACS entregaram as listas contendo todos os idosos cadastrados nas microáreas de abrangência, informando nome, data de nascimento e endereço e assim foi iniciado o processo de localização dos mesmos.

A partir das informações dos ACS, chegou-se ao total de 188 sujeitos. Devido às recusas e outros motivos, que totalizaram nove idosos (4,79%), foram efetivamente estudados 179 sujeitos. Foram incluídos no estudo indivíduos com 80 anos ou mais, residentes em zona rural ou urbana de Brejo dos Santos e excluídos os idosos institucionalizados.

3.3 COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados utilizado foi o questionário do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), coordenado por pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. O instrumento é constituído de 11 blocos temáticos,

que abordam dados pessoais, avaliação cognitiva, estado de saúde, estado funcional, medicamentos, uso e acesso aos serviços de saúde, rede de apoio familiar e social, história laboral, características da moradia, antropometria, flexibilidade e mobilidade. Foi realizado um estudo piloto, depois do qual foi possível realizar alguns ajustes no questionário, com o intuito de adequá-lo às características regionais do local do estudo.

As entrevistas foram realizadas em maio de 2017, no ambiente domiciliar e, preferencialmente, pré-agendadas. Os entrevistadores localizavam os domicílios, acompanhados pelos ACS e visitavam os idosos para explicar os objetivos da pesquisa. Esses eram então convidados a participar e agendava-se dia e horário para os que aceitavam.

A coleta de dados foi realizada por seis entrevistadores devidamente treinados. O questionário foi aplicado diretamente ao idoso, mas caso ele expressasse alguma dificuldade, o respondente próximo (familiar ou cuidador) o auxiliava. A coleta de sangue foi realizada em um segundo momento na Secretaria de Saúde da cidade ou no ambiente domiciliar com os idosos acamados ou com limitações funcionais. Foram coletadas por profissionais habilitados amostras de 10 ml de sangue periférico, que foram devidamente identificadas e armazenadas.

As análises do sangue coletado foram realizadas em um Laboratório de Análises Clínicas, devidamente credenciado e cadastrado no Serviço de Controle e Qualidade da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas situado no município de Campina Grande-PB. Os valores de triglicérides e colesterol total foram mensurados pelo método de Automação Hitachi 911 (Roche).

3.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

A variável hipertensão arterial referida foi considerada como variável dependente, a qual foi obtida por meio do questionamento ao idoso: “Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que o(a) Sr(a) tem pressão sanguínea alta, quer dizer, Hipertensão?”. As variáveis independentes foram: características socioeconômico-demográficas, hábitos de vida e condições de saúde.

As características socioeconômico-demográficas avaliadas foram: sexo; raça/cor (branca e não branca); faixa etária (80 a 85 anos, 86 a 90 anos, 91 anos ou mais); mora sozinho (sim ou não); número de filhos (até 5 filhos, 6 a 10 filhos, acima de 10 filhos); grau de instrução (analfabeto, curso de alfabetização, primeiro grau ou níveis posteriores); tipo de serviço de saúde utilizado (público ou privado); renda mensal em salários mínimos (até 1

salário, acima de 1 salário); disponibilidade de dinheiro para suprimento das necessidades (suficiente e insuficiente); situação conjugal (solteiro/divorciado/separado, casado, viúvo).

Com relação aos hábitos de vida, foram analisadas as variáveis: prática de atividade física, consumo de bebida alcoólica, tabagismo, consumo de gordura animal. Para a prática de atividade física considerou-se a sua realização ou não nos últimos 3 meses e a quantidade de dias na semana que o idoso praticava esse exercício (1 a 3 dias na semana, mais de 3 dias na semana). O consumo de bebida alcoólica referiu-se à ingestão ou não de bebidas alcoólicas nos últimos três meses. Em relação ao hábito de fumar, foram classificados em fumante; já fumou, mas não fuma mais; e os que nunca fumaram. Para o consumo de gordura animal foi considerada a seguinte pergunta: “O Sr(a) costuma comer os seguintes alimentos? Quantas vezes?”. Para tanto, eram dadas para o idoso as seguintes opções de respostas: não come; come diariamente; come pelo menos 1x na semana, todas as semanas; come quinzenalmente; come eventualmente.

No tocante às condições de saúde, foram analisadas as seguintes variáveis: morbidades referidas (diabetes melitus, doença cardíaca, doença cerebrovascular), locomoção, níveis séricos de colesterol e triglicerídeos, autopercepção do estado de saúde. As morbidades referidas foram obtidas por meio da pergunta “Alguma vez algum médico ou enfermeiro disse que o(a) Sr(a) tem ou teve essas morbidades?”. Para esta pergunta as categorias de respostas foram sim ou não. Quanto à locomoção os idosos foram classificados como aqueles que andavam, os acamados e cadeirantes. A autopercepção do estado de saúde foi verificada a partir do questionamento ao idoso “O(a) Sr(a) diria que a sua saúde é...”, as respostas foram categorizadas em: muito boa/boa; regular; ruim/muito ruim. Os níveis séricos de colesterol total e de triglicérides foram verificados por meio de exames laboratoriais. Os parâmetros de normalidade foram definidos de acordo com a recomendação da Sociedade Brasileira de Cardiologia¹⁸ que considera valores adequados para o colesterol aqueles abaixo de 190 mg/dl e para os triglicérides aqueles abaixo de 150 mg/dl.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Com relação à análise dos dados, inicialmente, para elencar o perfil socioeconômico-demográfico, dos hábitos de vida e condições de saúde da população estudada, foi realizada a análise descritiva, com a distribuição dos valores absolutos e as frequências relativas de cada variável. Posteriormente, procedeu-se a estatística inferencial, com a realização da análise univariada, utilizando-se o teste qui-quadrado de Pearson (χ^2) para observar as possíveis

associações entre a variável dependente e as independentes. Todas as variáveis apresentadas na descrição da população foram submetidas à análise univariada e foram selecionadas para o modelo logístico multivariado as variáveis que obtiveram um $p \leq 0,20$, a partir do modelo univariado. Para o modelo final, foi realizada regressão logística multivariada, foi calculado o Odds Ratio (OR) ajustado, ao nível de 5% e intervalo de Confiança (IC) de 95%.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE-1) contendo informações referentes ao desenvolvimento da pesquisa. A participação foi por livre e espontânea vontade, garantindo o anonimato e o direito de abandoná-la, em qualquer fase. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UEPB (CAAE: 67426017.6.0000.5187) (ANEXO-1), não havendo conflito de interesses.

4. RESULTADOS

Os resultados referentes a este estudo serão apresentados em um artigo científico, o qual está elaborado de acordo com as normas da Revista Cadernos de Saúde Pública.

4.1. ARTIGO

FATORES ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL EM IDOSOS LONGEVOS RESIDENTES EM UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO

FACTORS ASSOCIATED WITH ARTERIAL HYPERTENSION IN ELDERLY LONGEVOS RESIDENTS IN A MUNICIPALITY OF NORTHEAST BRAZIL

Juliana Barbosa Medeiros
Silvana Cristina dos Santos

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi verificar os fatores associados à hipertensão arterial em idosos longevos residentes em um município do nordeste brasileiro. O estudo foi realizado com 179 idosos, de 80 anos ou mais, residentes em Brejo dos Santos, município do sertão da Paraíba. A hipertensão arterial referida foi considerada como variável dependente para fins de análises e associações. Os fatores socioeconômico-demográficos, hábitos de vida e condições de saúde foram considerados grupos de variáveis independentes. A prevalência de hipertensão arterial referida entre os idosos longevos foi de 53,1%. No modelo final de regressão múltipla as variáveis que permaneceram como fatores associados à hipertensão foram: raça/cor não branca (odds ratio=2,61; IC95%=1,09-6,24) e nível elevado de triglicérides (odds ratio=2,8; IC95% 1,08-7,22). Conclui-se que os resultados apresentados podem colaborar com a compreensão da longevidade dos idosos, subsidiando políticas públicas de promoção, vigilância e atenção à saúde no contexto do envelhecimento.

Palavras-chave: Idoso de 80 anos ou mais; Hipertensão; Fatores de Risco

ABSTRACT

The objective of this study was to verify the factors associated with arterial hypertension in elderly people living in a Brazilian Northeast municipality. The study was carried out with 179 elderly people, aged 80 years and older, living in Brejo dos Santos, municipality of the backlands of Paraíba. The referred hypertension was considered as a dependent variable for analysis and association purposes. Socioeconomic-demographic factors, life habits and health conditions were considered groups of independent variables. The prevalence of referred arterial hypertension among the elderly was 53.1%. In the final multiple regression model, the

variables that remained as factors associated with hypertension were: non-white race / color (odds ratio = 2.61, 95% CI: 1.09-6.24) and elevated triglycerides (odds ratio = 2.8, 95% CI 1.08-7.22). It is concluded that the presented results can contribute to the understanding of the longevity of the elderly, subsidizing public policies of promotion, surveillance and health care in the context of aging.

Key-words: Aged, 80 and over; Hypertension; Risk Factors

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um processo mundial decorrente da redução dos coeficientes de mortalidade e, posteriormente, de fecundidade, levando ao aumento dos anos vividos¹. Nesse contexto, destacam-se os idosos longevos, que constituem segmento populacional que cresce mais rapidamente no mundo, evidenciando o aumento da proporção de idosos com 80 anos ou mais entre os próprios idosos².

Idosos longevos constituem uma população bastante distinta dos idosos jovens, tendo em vista a maior ocorrência de doenças e maior grau de dependência funcional entre estes indivíduos. Além disso, consomem recursos elevados do sistema de saúde e provocam enorme impacto sobre a dinâmica familiar, social e econômica³.

Dentre as doenças de maior ocorrência entre os idosos, especialmente os longevos, estão as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre elas a hipertensão arterial sistêmica (HAS)^{1,4}. A HAS é uma doença cuja prevalência aumenta progressivamente com o envelhecimento, sendo ela considerada o principal fator de risco modificável para doenças cardiovasculares na população geriátrica^{4,5}. De acordo com a Organização Mundial da saúde (OMS) existe uma relação linear direta entre a pressão arterial (PA) e a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos⁵.

A HAS é um dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares (DCV), visto que, em 2012, 55,3% da taxa de mortalidade mundial por DCV correspondeu a complicações causadas pela HAS^{4,6}. No mundo, um a cada três adultos tem esta morbidade e aproximadamente 600 milhões da população mundial foi diagnosticada em 2013 com essa doença⁴. Estudo de Wang e colaboradores⁷ evidenciou que aproximadamente metade dos casos diagnosticados com HAS progredirá para uma doença cardíaca coronariana e dois terços para doenças cerebrovasculares, acarretando aumento dos custos dos sistemas de saúde e afetando a economia global consideravelmente.

Diante da elevada prevalência de HAS na população idosa e de sua importância para o desenvolvimento de doenças, torna-se importante a avaliação de seus fatores de risco. Estudos realizados com idosos têm mostrado maior risco de HAS em indivíduos do sexo masculino⁷, com etnia não branca⁸, maior idade e casados⁷, obesos⁹ e com níveis de colesterol elevados¹⁰.

Estudos afirmam que os fatores de proteção para a HAS são a qualidade da dieta, pois esta favorece com metabólitos antienvhecimento que previnem as DCNT associadas a maior idade, a diminuição do cloreto de sódio na alimentação, do peso e a realização de exercícios físicos^{4,6,7}.

A HAS é uma condição clínica multifatorial e caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) acima do valor normal para a idade⁴. São inúmeras as dificuldades na realização da medida da PA em âmbito populacional, o que faz a maioria dos estudos utilizar informações autorreferidas, tomando-a como proxy da PA real¹⁰. Nos Estados Unidos, estudo comparando os resultados autorreferidos de HAS do inquérito telefônico Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) com medidas aferidas coletadas no National Health and Nutrition Examination Survey III mostram boa sensibilidade e especificidade das medidas autorreferidas¹¹.

Apesar do avanço nas últimas décadas em políticas de promoção da saúde e prevenção da hipertensão, no atendimento aos hipertensos e organização da vigilância de DCNT, as taxas de prevalência desta morbidade ainda são altas¹⁰. De acordo com Li e colaboradores⁶, conhecer a prevalência da HAS proporciona a criação de programas mais específicos voltados para a resolução do problema em cada região, e conseqüentemente, diminui os custos financeiros voltados para o tratamento destas morbidades que poderia ser revertido em programas de promoção e prevenção eficientes^{4,5,6}.

As DCNT, como também a HAS, resultam de múltiplas causas, atuantes em conjunto, cujos efeitos podem ser diferentes segundo as populações abordadas, enquanto inseridas em contextos distintos, onde as desigualdades influenciam na qualidade de vida e na capacidade de ser e agir de grupos sociais específicos¹². No Brasil são poucas as pesquisas de base populacional referentes à prevalência de HAS e seus fatores associados^{8,10}. Segundo Menezes e colaboradores, são escassos, também, os estudos desenvolvidos no Nordeste brasileiro sobre HAS⁸.

Diante do exposto, este estudo teve por objetivo verificar os fatores associados à hipertensão arterial em idosos longevos residentes em um município do nordeste brasileiro.

METODOLOGIA

ÁREA DE ESTUDO

O estudo foi conduzido no município de Brejo dos Santos no estado da Paraíba (Brasil), localizado na microrregião de Catolé do Rocha. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2012, sua população era estimada em 6.197 habitantes, distribuídos em 94 km² de área. O critério de seleção do município ocorreu pelo fato da secretaria municipal de saúde ter parceria estabelecida com pesquisadores da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). A rede de serviços de atenção básica do município é composta por três unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) e uma composição de dezesseis agentes comunitários de saúde (ACS), os quais abrangem zona urbana e rural, sem área descoberta.

DELINEAMENTO DO ESTUDO

O estudo é transversal e analítico, com abordagem quantitativa, constituído pelo universo de idosos com 80 anos ou mais, residentes na zona urbana e rural de Brejo dos Santos. Obteve-se junto à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) a listagem dos idosos cadastrados na ESF, e mediante autorização da Secretaria para condução do estudo, foram localizadas as equipes de ESF e o coordenador responsável pelas mesmas. Inicialmente, as equipes forneceram informações sobre os agentes comunitários de saúde (ACS). Posteriormente, os ACS entregaram as listas contendo todos os idosos cadastrados nas microáreas de abrangência, informando nome, data de nascimento e endereço e assim foi iniciado o processo de localização dos mesmos.

A partir das informações dos ACS, chegou-se ao total de 188 sujeitos. Devido às recusas e outros motivos, que totalizaram nove idosos (4,79%), foram efetivamente estudados 179 idosos. Foram incluídos no estudo indivíduos com 80 anos ou mais, residentes em zona rural ou urbana de Brejo dos Santos e excluídos os idosos institucionalizados.

COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados utilizado foi o questionário do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), coordenado por pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. O instrumento é constituído de 11 blocos temáticos, que abordam dados pessoais, avaliação cognitiva, estado de saúde, estado funcional, medicamentos, uso e acesso aos serviços de saúde, rede de apoio familiar e social, história

laboral, características da moradia, antropometria, flexibilidade e mobilidade. Foi realizado um estudo piloto, depois do qual foi possível realizar alguns ajustes no questionário, com o intuito de adequá-lo às características regionais do local do estudo.

As entrevistas foram realizadas em maio de 2017, no ambiente domiciliar e, preferencialmente, pré-agendadas. Os entrevistadores localizavam os domicílios, acompanhados pelos ACS e visitavam os idosos para explicar os objetivos da pesquisa. Esses eram então convidados a participar e agendava-se dia e horário para os que aceitavam.

A coleta de dados foi realizada por seis entrevistadores devidamente treinados. O questionário foi aplicado diretamente ao idoso, mas caso ele expressasse alguma dificuldade, o respondente próximo (familiar ou cuidador) o auxiliava. A coleta de sangue foi realizada em um segundo momento na Secretaria de Saúde da cidade ou no ambiente domiciliar com os idosos acamados ou com limitações funcionais. Foram coletadas por profissionais habilitados amostras de 10 ml de sangue periférico, que foram devidamente identificadas e armazenadas.

As análises do sangue coletado foram realizadas em um Laboratório de Análises Clínicas, devidamente credenciado e cadastrado no Serviço de Controle e Qualidade da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas situado no município de Campina Grande-PB. Os valores de triglicérides e colesterol total foram mensurados pelo método de Automação Hitachi 911 (Roche).

VARIÁVEIS DO ESTUDO

A variável hipertensão arterial referida foi considerada como variável dependente, a qual foi obtida por meio do questionamento ao idoso: “Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que o(a) Sr(a) tem pressão sanguínea alta, quer dizer, Hipertensão?”. As variáveis independentes foram: características socioeconômico-demográficas, hábitos de vida e condições de saúde.

As características socioeconômico-demográficas avaliadas foram: sexo; raça/cor (branca e não branca); faixa etária (80 a 85 anos, 86 a 90 anos, 91 anos ou mais); mora sozinho (sim ou não); número de filhos (até 5 filhos, 6 a 10 filhos, acima de 10 filhos); grau de instrução (analfabeto, curso de alfabetização, primeiro grau ou níveis posteriores); tipo de serviço de saúde utilizado (público ou privado); renda mensal em salários mínimos (até 1 salário, acima de 1 salário); disponibilidade de dinheiro para suprimento das necessidades (suficiente e insuficiente); situação conjugal (solteiro/divorciado/separado, casado, viúvo).

Com relação aos hábitos de vida, foram analisadas as variáveis: prática de atividade física, consumo de bebida alcoólica, tabagismo, consumo de gordura animal. Para a prática de

atividade física considerou-se a sua realização ou não nos últimos 3 meses e a quantidade de dias na semana que o idoso praticava esse exercício (1 a 3 dias na semana, mais de 3 dias na semana). O consumo de bebida alcoólica referiu-se à ingestão ou não de bebidas alcoólicas nos últimos três meses. Em relação ao hábito de fumar, foram classificados em fumante; já fumou, mas não fuma mais; e os que nunca fumaram. Para o consumo de gordura animal foi considerada a seguinte pergunta: “O Sr(a) costuma comer os seguintes alimentos? Quantas vezes?”. Para tanto, eram dadas para o idoso as seguintes opções de respostas: não come; come diariamente; come pelo menos 1x na semana, todas as semanas; come quinzenalmente; come eventualmente.

No tocante às condições de saúde, foram analisadas as seguintes variáveis: morbidades referidas (diabetes melitus, doença cardíaca, doença cerebrovascular), locomoção, níveis séricos de colesterol e triglicerídeos, autopercepção do estado de saúde. As morbidades referidas foram obtidas por meio da pergunta “Alguma vez algum médico ou enfermeiro disse que o(a) Sr(a) tem ou teve essas morbidades?”. Para esta pergunta as categorias de respostas foram sim ou não. Quanto à locomoção os idosos foram classificados como aqueles que andavam, os acamados e cadeirantes. A autopercepção do estado de saúde foi verificada a partir do questionamento ao idoso “O(a) Sr(a) diria que a sua saúde é...”, as respostas foram categorizadas em: muito boa/boa; regular; ruim/muito ruim. Os níveis séricos de colesterol total e de triglicérides foram verificados por meio de exames laboratoriais. Os parâmetros de normalidade foram definidos de acordo com a recomendação da Sociedade Brasileira de Cardiologia¹⁴ que considera valores adequados para o colesterol aqueles abaixo de 190 mg/dl e para os triglicérides aqueles abaixo de 150 mg/dl.

ANÁLISE DOS DADOS

Com relação à análise dos dados, inicialmente, para elencar o perfil socioeconômico-demográfico, dos hábitos de vida e condições de saúde da população estudada, foi realizada a análise descritiva, com a distribuição dos valores absolutos e as frequências relativas de cada variável. Posteriormente, procedeu-se a estatística inferencial, com a realização da análise univariada, utilizando-se o teste qui-quadrado de Pearson (χ^2) para observar as possíveis associações entre a variável dependente e as independentes. Todas as variáveis apresentadas na descrição da população foram submetidas à análise univariada e foram selecionadas para o modelo logístico multivariado as variáveis que obtiveram um $p \leq 0,20$, a partir do modelo univariado. Para o modelo final, foi realizada regressão logística multivariada, foi calculado o Odds Ratio (OR) ajustado, ao nível de 5% e intervalo de Confiança (IC) de 95%.

ASPECTOS ÉTICOS

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contendo informações referentes ao desenvolvimento da pesquisa. A participação foi por livre e espontânea vontade, garantindo o anonimato e o direito de abandoná-la, em qualquer fase. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UEPB CAAE: 67426017.6.0000.5187, não havendo conflito de interesses.

RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta por 179 idosos (54,8% mulheres). A idade dos participantes do estudo variou de 80 a 102 anos, tendo média de 85,5 anos (DP = 5,33). A prevalência de HAS entre os idosos foi de 53,1% (IC95% 45,8 - 60,2).

De acordo com os dados socioeconômico-demográficos levantados (Tabela 1), 54,2% dos idosos tinham cor de pele branca, 55,3% estavam na faixa etária de 80 a 85 anos, 86% não moravam sozinhos, 48,3% tinham de 6 a 10 filhos. Em relação à educação, 104 idosos (58,1%) eram analfabetos. O serviço público de saúde era utilizado por 95% deles. A principal fonte de renda era a aposentadoria, 71% recebiam até um salário mínimo de renda mensal e 61% consideravam que o dinheiro que ganhavam era suficiente para manter suas despesas diárias. Os que viviam com um companheiro correspondiam a 43% da população, e 49,7% eram viúvos.

Tabela 1: Distribuição dos idosos longevos, de acordo com os fatores socioeconômico-demográficos, Brejo dos Santos, Paraíba, 2017.

| Variáveis | n | % |
|---------------------|----|------|
| Raça/cor | | |
| Branco | 91 | 54,2 |
| Não Branco | 77 | 45,8 |
| Faixa etária | | |
| 80-85 anos | 99 | 55,3 |
| 86-90 anos | 50 | 27,9 |
| 91 anos ou mais | 30 | 16,8 |
| Mora sozinho | | |

| | | |
|-------------------------------------|-----|-------|
| Não | 164 | 86 |
| Sim | 25 | 14 |
| Número de filhos | | |
| 0-5 filhos | 73 | 41 |
| 6-10 filhos | 86 | 48,3 |
| 11 filhos ou mais | 19 | 10,7 |
| Grau de Instrução | | |
| Analfabetos | 104 | 58,1 |
| Curso de alfabetização | 27 | 15,1 |
| Primeiro grau ou níveis posteriores | 48 | 26,82 |
| Serviço de saúde | | |
| Público | 170 | 95 |
| Plano de saúde (privado) | 9 | 5 |
| Remuneração mensal | | |
| Até um salário mínimo | 115 | 71 |
| Mais de um salário mínimo | 47 | 29 |
| Disponibilidade de dinheiro | | |
| Suficiente | 108 | 61 |
| Insuficiente | 69 | 39 |
| Situação conjugal | | |
| Solteiro/divorciado/separado | 13 | 7,3 |
| Casado | 77 | 43 |
| Viúvo | 89 | 49,7 |

Conforme observado na tabela 2, no tocante à avaliação dos hábitos de vida, 80,5% dos idosos não praticavam atividade física, 97,8% não consumiam bebidas alcoólicas, 52,2% já fumaram, mas não fumam mais. A gordura animal era consumida diariamente por 36,52% dos idosos.

Avaliando-se as condições de saúde (Tabela 2), constatou-se que 10,7% dos idosos afirmaram ter diabetes melitus, 17,3% relataram ter doença cardíaca e 9% doença cerebrovascular. Com relação à locomoção, 88,8% dos idosos andavam e 6,7% eram acamados. Além disso, 49,6% tinham o nível de colesterol elevado e 41,8% nível de triglicérides elevado. A autopercepção do estado de saúde foi considerada regular por 47,3% dos entrevistados.

Tabela 2: Distribuição dos idosos longevos, de acordo com os hábitos de vida e condições de saúde, Brejo dos Santos, Paraíba, 2017.

| Variáveis | n | % |
|---|-----|-------|
| Atividade física | | |
| Não pratica | 144 | 80,5 |
| Realiza de 1 a 3 dias na semana | 12 | 6,7 |
| Realiza mais de 3 dias na semana | 23 | 12,8 |
| Consumo de bebida alcoólica | | |
| Não | 175 | 97,8 |
| Sim | 4 | 2,2 |
| Tabagismo | | |
| Nunca fumou | 76 | 42,7 |
| Já fumou, mas não fuma mais | 93 | 52,2 |
| Fumante | 9 | 5,1 |
| Consumo de gordura animal | | |
| Não come | 62 | 34,83 |
| Come diariamente | 65 | 36,52 |
| Come pelo menos 1x/semana, todas as semanas | 33 | 18,54 |
| Come quinzenalmente | 8 | 4,49 |
| Come eventualmente | 6 | 3,37 |
| Diabetes Mellitus | | |
| Não | 159 | 89,3 |

| | | |
|---|-----|------|
| Sim | 19 | 10,7 |
| Doença cardíaca | | |
| Não | 148 | 82,7 |
| Sim | 31 | 17,3 |
| Doença cerebrovascular | | |
| Não | 163 | 91 |
| Sim | 16 | 9 |
| Locomoção | | |
| Anda | 159 | 88,8 |
| Cadeirante | 8 | 4,5 |
| Acamado | 12 | 6,7 |
| Níveis elevados de colesterol | | |
| Não | 71 | 50,4 |
| Sim | 70 | 49,6 |
| Níveis elevados de triglicérides | | |
| Não | 82 | 58,2 |
| Sim | 59 | 41,8 |
| Autopercepção do estado de saúde | | |
| Muito boa/boa | 59 | 39,3 |
| Regular | 71 | 47,3 |
| Ruim/muito ruim | 20 | 13,4 |

Na tabela 3 são apresentados os valores da análise univariada correspondente à prevalência de HAS referida e fatores associados, das variáveis com $p \leq 0,20$. Os resultados mostram que idosos não brancos apresentaram risco 2,11 vezes maior de ter hipertensão arterial referida, comparados aos idosos brancos.

Tabela 3: Análise univariada da HAS referida e fatores associados. Brejo dos Santos, Paraíba,

| 2017. | | | | |
|--|---------------------|-----|------------------|----------|
| Variáveis | HAS referida (n) | | OR (IC/95%) | p |
| | Não | Sim | | |
| Raça/cor | | | | *0,01746 |
| Branco | 51 | 40 | 1,0 | |
| Não Branco | 29 | 48 | 2,11 (1,13-3,92) | |
| Número de filhos | | | | 0,1712 |
| 0-5 filhos | 36 | 37 | 1,0 | |
| 6-10 filhos | 42 | 44 | 1,02 (0,55-1,90) | |
| 11 filhos ou mais | 5 | 14 | 2,72 (0,89-8,34) | |
| Autopercepção do estado de saúde | | | | 0,1302 |
| Muito boa/boa | 33 | 26 | 1,0 | |
| Regular | 29 | 42 | 1,84 (0,91-3,70) | |
| Ruim/muito ruim | 7 | 13 | 2,36 (0,82-6,75) | |
| Doença cardíaca | | | | 0,07188 |
| Não | 74 | 74 | 1,0 | |
| Sim | 10 | 21 | 2,1 (0,92-4,77) | |
| Doença cerebrovascular | | | | 0,1879 |
| Não | 79 | 84 | 1,0 | |
| Sim | 5 | 11 | 2,07 (0,69-6,22) | |
| Consumo de gordura animal | | | | 0,203 |
| Não come | 25 | 37 | 1,0 | |
| Come diariamente | 37 | 28 | 0,51 (0,25-1,05) | |
| Come pelo menos 1x na semana, todas as semanas | 15 | 18 | 0,81 (0,34-1,91) | |
| Come quinzenalmente | 4 | 4 | 0,67 (1,15-2,99) | |

| | | | |
|---------------------------------------|----|----|-------------------|
| Come eventualmente | 1 | 5 | 3,38 (0,36-31,86) |
| Nível elevado de triglicérides | | | 0,09612 |
| Não | 45 | 37 | 1,0 |
| Sim | 24 | 35 | 1,77 (0,90-3,49) |
| Nível elevado de colesterol | | | 0,1099 |
| Não | 30 | 41 | 1,0 |
| Sim | 39 | 31 | 0,58 (0,30-1,13) |

OR: Odds Ratio; IC95%: intervalo de confiança de 95%; p valor: nível de significância

A análise multivariada e seus respectivos modelos finais da regressão logística para a HAS referida encontram-se apresentados na tabela 4. Observa-se que, após serem testados os modelos, as variáveis que permaneceram associadas à HAS referida foram raça/cor e nível sérico de triglicérides.

Na tabela 4 é possível observar que os idosos de raça/cor não branca apresentaram risco 2,61 vezes maior de referirem HAS quando comparados aos de raça/cor branca. Os idosos com níveis de triglicérides elevados apresentaram risco 2,8 vezes maior para a HAS referida quando comparados aos idosos que apresentaram níveis de triglicérides dentro da normalidade.

Tabela 4: Modelo de regressão logística multivariada. Variáveis associadas com HAS referida. Brejo dos Santos, Paraíba, 2017.

| Variáveis | OR | IC 95% | p |
|-------------------------|------|-------------|--------|
| Raça/cor | | | |
| Branco | 1,0 | - | - |
| Não Branco | 2,61 | 1,09-6,24 | *0,031 |
| Número de filhos | | | |
| 0-5 filhos | 1,0 | - | - |
| 6-10 filhos | 0,95 | (0,37-2,45) | 0,91 |
| 11 filhos ou mais | 1,19 | (0,25-5,60) | 0,829 |

| Autopercepção do estado de saúde | | | |
|--|------|--------------|--------|
| Muito boa/boa | 1,0 | - | - |
| Regular | 1,61 | (0,65-3,98) | 0,305 |
| Ruim/muito ruim | 1,04 | (0,26-4,12) | 0,959 |
| Doença cardíaca | | | |
| Não | 1,0 | - | - |
| Sim | 1,12 | (0,37-3,41) | 0,836 |
| Doença cerebrovascular | | | |
| Não | 1,0 | - | - |
| Sim | 3,03 | (0,53-17,32) | 0,212 |
| Consumo de gordura animal | | | |
| Não come | 1,0 | - | - |
| Come diariamente | 0,36 | (0,12-1,09) | 0,070 |
| Come pelo menos 1x na semana, todas as semanas | 0,60 | (0,18-2,02) | 0,406 |
| Come quinzenalmente | 0,77 | (0,07-8,64) | 0,835 |
| Come eventualmente | 1,33 | (0,10-18,20) | 0,830 |
| Nível elevado de triglicérides | | | |
| Não | 1,0 | - | - |
| Sim | 2,8 | (1,08-7,22) | *0,033 |
| Nível elevado de colesterol | | | |
| Não | 1,0 | - | - |
| Sim | 0,39 | (0,15-1,01) | 0,053 |

OR: Odds Ratio, IC95%: intervalo de confiança de 95%; p Valor: nível de significância, *Valores significantes: p Valor menor que 0,05.

DISCUSSÃO

Neste estudo, a prevalência de hipertensão arterial autorreferida em idosos longevos foi inferior aos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, a qual evidenciou que a hipertensão arterial autorreferida na população idosa, com 75 anos ou mais, foi de 55%¹⁵. A

HAS é preocupante em virtude das possíveis consequências cardíacas, cerebrovasculares e renais advindas da não manutenção dos níveis pressóricos dentro da normalidade.

Na análise dos aspectos socioeconômico-demográficos, observou-se que a maioria dos idosos eram mulheres, tinham pele branca, porém pouca escolaridade (elevado índice de analfabetismo) e ganhavam até um salário mínimo, sugerindo uma situação socioeconômica desfavorável. Apesar das dificuldades sociais verificadas, a maioria dos entrevistados considerava o salário que ganhava suficiente para atender às despesas diárias, condição muito frequente em comunidades rurais e interioranas¹⁷. Mesmo a viuvez sendo a situação conjugal mais frequente, a maior parte dos idosos não moravam sozinhos e o arranjo familiar era composto por muitos filhos, refletindo assim a realidade de muitos países em desenvolvimento, onde a porcentagem de pessoas idosas que moram com os filhos continua elevada, mesmo com o aumento da longevidade^{17,18}.

Os idosos deste estudo a maioria não praticavam atividades físicas, característica muito frequente no idoso longo devido à dependência funcional². Porém, a maioria dos entrevistados andavam e não eram acamados, o que evidencia uma avaliação funcional positiva se tratando da população estudada¹⁸. Em relação ao estado de saúde, doenças cerebrovasculares e diabetes melitus foram pouco referidas e não apresentaram associação à HAS referida, diferentemente do que foi observado em outros trabalhos^{16,19}. Cabe destacar que a autoavaliação do estado de saúde de forma insatisfatória, provavelmente, tenha resultado da associação dos diferentes fatores, fato comprovado por outros autores^{19,20}.

Embora, não se possa considerar que as doenças crônicas autorreferidas correspondam de fato à prevalência das mesmas, a morbidade autorreferida é muito utilizada em estudos epidemiológicos como um indicador do estado de saúde, especialmente em pessoas idosas^{8,15,21}.

Nesta pesquisa, observou-se que a hipertensão arterial referida esteve associada à raça/cor não branca, em comparação aos idosos brancos. Este achado pode estar relacionado à predisposição genética, às piores condições de vida, ao menor acesso aos serviços de saúde e ao estresse devido à discriminação racial^{10,22}. No entanto, o impacto da etnia sobre a prevalência de HAS na população brasileira ainda se encontra em discussão, tendo em vista a sua elevada miscigenação²³.

Resultados semelhantes foram verificados em estudos que avaliaram em idosos a hipertensão arterial e seus fatores associados^{8,16,19}. Estudo realizado por Oliveira et al.¹⁹, com mulheres idosas residentes no município de São Paulo/SP, constatou a prevalência de HAS referida de 61,2% na etnia não branca, quando comparadas àquelas com etnia branca (54,4%).

Inferência semelhante foi encontrada em pesquisa realizada por Menezes e colaboradores⁸, na qual se verificou que idosos de etnia não branca apresentaram risco 43,0% maior de apresentar HAS referida quando comparados aos de etnia branca. Esta semelhança entre os resultados pode estar relacionada, além do fator genético, às desigualdades sociais existentes no país, é possível que os indivíduos não brancos destas pesquisas tenham dificuldades de acesso aos serviços de saúde, escassa informação de prevenção de agravos e promoção da saúde, contribuindo para a maior prevalência de HAS neste grupo étnico.

Outra variável que se mostrou associada com a HAS referida foi o nível sérico elevado de triglicérides. Elevados níveis de triglicérides no soro estão associados com condições patogênicas que aceleram a aterosclerose, além de existirem evidências de que a hipertrigliceridemia é um fator de risco independente para doenças coronarianas, pois contribui para as cardiopatias devido a efeito aterogênico direto das lipoproteínas ricas em triglicérides¹⁴. Segundo o Cardiovascular Health Study (CHS) a aterosclerose clínica aumenta ainda mais com o avanço da idade, portanto o risco para doenças cardiovasculares é bastante preocupante, devido à idade, às dislipidemias e à prevalência aumentada de HAS em idosos^{4,14}.

Outros estudos evidenciaram a associação entre nível alterado de triglicérides e HAS em idosos^{14,24,25,26}. Esta associação pode estar relacionada às dietas com alto teor de gordura e carboidratos e a um número considerado de doenças presentes nos idosos (diabetes, síndrome nefrótica, gota, uremia), que levam ao aumento dos triglicérides, contribuindo para o desenvolvimento da HAS¹⁴.

Portanto, observa-se que os resultados apontados por esta pesquisa são relevantes para os idosos, para a sociedade, para a Saúde Pública, para os profissionais de saúde. As inferências aqui apresentadas podem colaborar com a compreensão da longevidade dos idosos do interior do estado da Paraíba, além de compreender quais os fatores de risco para essa população com relação à HAS e assim contribuir para a geração de ações de saúde por parte do poder público que contribuam para a melhoria e manutenção da qualidade de vida dessa população.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a saúde. Departamento de Ações Programáticas e estratégicas. Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
2. Chaimowicz F. Saúde do Idoso. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . 2.ed. 2013; Belo Horizonte: Nescon/UFMG. 179p
3. Ferreira JVC. Os muito idosos no município de São Paulo. 2006. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
4. World Health Organization (WHO). A global brief on hypertension: Silent killer, global public health crisis; 2013.
5. World Health Organization (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva; 2011.
6. Li J, et al. A modificação do estilo de vida múltiplo para pacientes com pré-hipertensão e hipertensão arterial : um protocolo de revisão sistemática. *BMJ Open*. 2014; 4(8).
7. Wang J, Zhang L, Wang F, Liu L, Wang H. Prevalência, Consciência, Tratamento e Controle da Hipertensão na China: resultados de uma pesquisa nacional. *American Journal of Hypertension*, 2014; 27(11): 1355-1361
8. Menezes TN, Oliveira ECT, Milena Abreu Tavares, Esteves GH. Prevalência e controle da hipertensão arterial em idosos: um estudo populacional. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2016; 34(2): 117–24.
9. Silva EC, Martins MSAS, Guimarães LV, Segri NJ, Lopes MAL, Espinosa MM. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2016; 19(1): 38-51.
10. Malta DC, Bernal RTI, Andrade SSCA, Silva MMA, Velasquez-Melendez G. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. *Rev Saude Publica*. 2017;51 Supl 1:11s.

11. Centers for Disease Control and Prevention. National Health and Nutrition Examination Survey. Atlanta; s.d. [citado 2008 jan 20]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/about/major/nhanes/nh3data.htm>
12. Olsen J, Bertollini R, Victora C, Saracci R. Global response to non-communicable diseases--the role of epidemiologists. *Int J Epidemiol*. 2012;41(5):1219–20.
13. IBGE (BR), 2010. www.ibge.br/censo2010.
14. Faludi AA, Izar MC, Saraiva JF, Chacra AP, Bianco HT, Afiune Neto A, et al; Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose - 2017. *Arq Bras Cardiol*. 2017;109(2 Suppl 1):1-76.
15. Andrade SSA, et al. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2015; 24(2): 297-304.
16. Pimenta FB et al. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015; 20: 2489-2498.
17. Camargos MCS, Rodrigues RN, Machado CJ. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. *Rev Bras Estud Popul* 2011; 28(1):217-230.
18. Clemente Rodrigues RM et al. Os muito idosos: avaliação funcional multidimensional. *Referência-Revista de Enfermagem*, 2015; 4(5).
19. Oliveira SMJV, Santos JLF, Lebrão ML, Duarte YAO, Pierin AMG. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17:241–9.
20. Firmo JOA, Uchôa E, Lima-Costa MF. Projeto Bambuí:fatores associados ao conhecimento da condição de hipertenso entre idosos. *Cad. Saúde Pública*. 2004 Mar-Abr; 20 (2): 512-21.
21. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JOA. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (projeto Bambuí). *Rev Saude Publica*. 2004;38(5):637-42.
22. Lessa I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e insuficiência cardíaca no Brasil. *Rev Bras Hipertens*. 2001;8(4):383-92.
23. Ala L, Gill G, Gurgel R, Cuevas L. Evidence for affluence-related hypertension in urban Brazil. *J Hum Hypert*. 2004;18:775–9.

24. Vidal Martins, M, Danesio de Souza, J, Oliveira Martinho, K, Silva Franco, F, Araújo Tinôco, AL. Associação entre razão Triglicérideos e HDL-colesterol e fatores de risco cardiovascular em idosos atendidos na estratégia saúde da família de Viçosa, MG. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [Internet]. 2017;20(2):236-243.
25. Jeppesen J, Hein HO, Suadicani P, Gyntelberg F. Triglicérideos elevados e baixo colesterol HDL e pressão arterial e risco de doença cardíaca isquêmica . Hipertensão . 2000; 36 (2): 226-232.
26. Gomes IC, Santos VR, Christofaro DG, Santos LL, Freitas Júnior IF. The most frequent cardiovascular risk factors in Brazilian aged 80 years or older. J Appl Gerontol. December 26, 2011

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS é a DCNT mais prevalente entre os idosos, fato preocupante, tendo em vista que constitui o principal fator de risco modificável para doenças cardiovasculares para este grupo populacional. Como observado neste estudo, os fatores associados à HAS foram raça/cor não branca e níveis elevados de triglicérides. Portanto, observa-se que os resultados apontados por esta pesquisa são relevantes para os idosos, para a sociedade, para a Saúde Pública, para os profissionais de saúde.

É necessário que as políticas públicas fomentem maiores investimentos no âmbito das doenças crônicas, em especial à hipertensão. Para tanto, é necessário um olhar voltado para os idosos, grupo prevalente de agravos crônicos, implementando mecanismos de vigilância em saúde para intervenção nos fatores de riscos, detecção precoce da doença, tratamento oportuno e prevenção de complicações, proporcionando bem estar e qualidade de vida a esses indivíduos.

Sugere-se a necessidade de ampliação dos campos de pesquisa na região nordeste, no sentido de se conhecer o comportamento epidemiológico e clínico da doença nesta localidade, reduzindo os diagnósticos tardios e a falta de tratamento, e possivelmente, evitar a evolução para complicações mais severas, garantindo um envelhecimento fisiológico e saudável. As inferências aqui apresentadas podem colaborar com a compreensão da longevidade dos idosos do interior do estado da Paraíba, além de compreender quais os fatores de risco para essa população com relação à HAS e assim contribuir para a geração de ações e intervenções em saúde que realmente impactem no processo saúde-doença-cuidados dos idosos dessa região.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a saúde. Departamento de Ações Programáticas e estratégicas. Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
2. Camarano A A (Org.). Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: Ipea, 2014.
3. Lima-Costa MF, Veras RP. Saúde pública e envelhecimento. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):700-1.
4. Ferreira JVC. Os muito idosos no município de São Paulo. 2006. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
5. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.
6. UNITED NATIONS. World Population Prospects: the 2012 revision. UN/DESA, 2013.
7. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS. Proposta de modelo de atenção integral. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
8. Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, New York. Dec. 1971; 49(4): p. 509-538
9. World Health Organization (WHO). A global brief on hypertension: Silent killer, global public health crisis; 2013.
10. World Health Organization (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva; 2011.
11. Li J, et al. A modificação do estilo de vida múltiplo para pacientes com pré-hipertensão e hipertensão arterial : um protocolo de revisão sistemática. *BMJ Open*. 2014; 4(8).
12. Wang J, Zhang L, Wang F, Liu L, Wang H. Prevalência, Consciência, Tratamento e Controle da Hipertensão na China: resultados de uma pesquisa nacional. *American Journal of Hypertension*, 2014; 27(11): 1355-1361

13. Menezes TN, Oliveira ECT, Milena Abreu Tavares, Esteves GH. Prevalência e controle da hipertensão arterial em idosos: um estudo populacional. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2016; 34(2): 117–24.
14. Silva EC, Martins MSAS, Guimarães LV, Segri NJ, Lopes MAL, Espinosa MM. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2016; 19(1): 38-51.
15. Malta DC, Bernal RTI, Andrade SSCA, Silva MMA, Velasquez-Melendez G. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. *Rev Saude Publica*. 2017;51 Supl 1:11s.
16. Centers for Disease Control and Prevention. National Health and Nutrition Examination Survey. Atlanta; s.d. [citado 2008 jan 20]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/about/major/nhanes/nh3data.htm>
17. Olsen J, Bertollini R, Victora C, Saracci R. Global response to non-communicable diseases--the role of epidemiologists. *Int J Epidemiol*. 2012;41(5):1219–20.
18. Faludi AA, Izar MC, Saraiva JF, Chacra AP, Bianco HT, Afiune Neto A, et al; Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose - 2017. *Arq Bras Cardiol*. 2017;109(2 Supl 1):1-76.

APÊNDICE



Universidade Estadual da Paraíba
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (PPGSP)
Núcleo de Estudos em Genética e Educação (NEGE/UEPB)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (maiores de 18 anos)

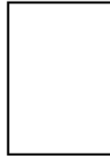
Eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “Estudo SABE-PB: investigação da situação de saúde, bem estar e envelhecimento em populações consanguíneas no nordeste brasileiro”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

- O trabalho terá como objetivo descrever as condições de saúde e o processo de envelhecimento da população com 60 anos e mais do município. O estudo está sendo realizado em parceria com a Faculdade de Saúde Pública e o Centro de Estudos do Genoma Humano da Universidade de São Paulo.
- A pesquisa consiste na realização de medidas antropométricas, entrevista com questões sobre a saúde do idoso, e a coleta de amostra de sangue para investigar dados bioquímicos e genéticos como, por exemplo, hemograma, glicose, triglicerídeos, entre outros.
- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 3344-5306 com a Profa. Dra. Silvana Cristina dos Santos.
- Ao final da pesquisa, os resultados serão compartilhados com profissionais da área de saúde e com a comunidade por meio de seminários e palestras.

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Participante ou responsável legal



Pesquisadora Responsável
Profa. Dra. Silvana Cristina dos Santos
Universidade Estadual da Paraíba – Campina Grande – PB
Rua das Baraúnas, 351 (CIAC – sala 329)
Contato: (083) 3344-5306

ANEXOS

ANEXO 1
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO SABE-PB: INVESTIGAÇÃO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE, BEM ESTAR E ENVELHECIMENTO EM POPULAÇÕES CONSANGUÍNEAS NO NORDESTE BRASILEIRO

Pesquisador: Silvana Cristina dos Santos

Área Temática: Genética Humana:

(Trata-se de pesquisa envolvendo Genética Humana que não necessita de análise ética por parte da CONEP;);

Versão: 1

CAAE: 67426017.6.0000.5187

Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Patrocinador Principal: Capes Coordenação Aperf Pessoal Nível Superior

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.067.818

Apresentação do Projeto:

Projeto encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, para análise e parecer com fins de desenvolvimento de pesquisa vinculada à Proposta já aprovada em edital INCT-CAPEs com título ENVELHECIMENTO E DOENÇAS GENÉTICAS: GENÔMICA E METAGENÔMICA", a ser desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UEPB em parceria com pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública da USP e Centro de Estudos do Genoma Humano. Trata-se de um estudo transversal de base populacional do tipo descritivo, de abordagem quantitativa. De acordo com Segundo Gil (1999), as pesquisas descritivas têm como finalidade principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Esse tipo de pesquisa, segundo Sellitz et al. (1965), busca descrever um fenômeno ou situação em detalhe, especialmente o que está ocorrendo, permitindo abranger, com exatidão, as características de um indivíduo, uma situação, ou um grupo, bem como desvendar a relação entre os eventos. Esta pesquisa será realizada no município de Brejo dos Santos no estado da Paraíba (Brasil), localizado na microrregião de Catolé do Rocha. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2012, sua

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário

Bairro: Bodocongó

CEP: 58.109-753

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)3315-3373

Fax: (83)3315-3373

E-mail: cep@uepb.edu.br

Continuação do Parecer: 2.067.818

população era estimada em 6.197 habitantes, distribuídos em 94 km² de área. O critério de seleção do município foi por conveniência, por ser um município de fácil acesso, e cuja secretaria de saúde já tinha parceria estabelecida com pesquisadores da Universidade Estadual da Paraíba. Além disso, de acordo com estudos anteriores, realizados pelo Núcleo de Estudos em Genética e Educação (NEGE-UEPB), a cidade de Brejo dos Santos tem uma taxa considerada de consanguinidade, sendo um fator importante para o estudo, pois segue os objetivos do projeto aprovado no edital do INCT.

Objetivo da Pesquisa:

Replicar o estudo SABE (Saúde, Bem Estar e Envelhecimento) em um município da Paraíba com elevada frequência de consanguinidade para analisar as condições de vida e saúde desses idosos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme a RESOLUÇÃO 466/12, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos com graus variados. O presente projeto possui riscos mínimos, caracterizado como “constrangimento aos participantes ou interrupção do seu tempo”. Entretanto, esses riscos serão minimizados pelo compromisso ético dos pesquisadores, e pelos benefícios da pesquisa que resultará em um retrato da saúde, bem estar e envelhecimento de uma população da Paraíba e também possibilitará a realização de comparações com os dados obtidos nos estudos de coorte com amostra de São Paulo. As generalizações e conclusões da pesquisa poderão ser utilizadas para planejamento de ações de promoção à saúde de idosos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente proposta de pesquisa é de suma importância quanto papel e atribuições das Instituições de Ensino Superior (IES), pode-se entender que encontra respaldo no perfil das pesquisas de construção do ensino-aprendizagem significativa, perfilando a formação profissional baseada na tríade conhecimento-habilidade-competência, preconizada pelo MEC. Portanto, tem retorno social, caráter de pesquisa científica e, contribuição na formação de profissionais da área de saúde, dentre outras áreas do saber científico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os pesquisadores apresentaram, dentro da conformidade e quanto requisitos da Resolução de n. 466/2012 do CNS, os documentos obrigatórios.

Recomendações:

O presente Projeto de Pesquisa apresenta os documentos essenciais ao aval e Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, nos moldes do Chick List proposto, concorde com a Resolução de n.

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário

Bairro: Bodocongó

CEP: 58.109-753

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)3315-3373

Fax: (83)3315-3373

E-mail: cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 2.067.818

466/2012 do CNS. Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pelo exposto, estando em conformidade com o Protocolo do CEP UEPB, bem como em consonância com os critérios da Resolução 466/2012 do CNS, sou pela APROVAÇÃO do Projeto de Pesquisa. Salvo melhor juízo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|-----------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_906479.pdf | 20/04/2017 12:32:45 | | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf | 20/04/2017 12:32:00 | Silvana Cristina dos Santos | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | SABEprojeto.pdf | 20/04/2017 12:29:24 | Silvana Cristina dos Santos | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | SABEdeclaracao.pdf | 20/04/2017 12:28:56 | Silvana Cristina dos Santos | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | SABETermo.pdf | 20/04/2017 12:28:28 | Silvana Cristina dos Santos | Aceito |
| Folha de Rosto | FolhaeRosto.pdf | 20/04/2017 12:20:45 | Silvana Cristina dos Santos | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 17 de Maio de 2017

Assinado por:
Marconi do Ó Catão
(Coordenador)

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br