

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS**

**ALINE ALVES DOS SANTOS DULLIUS**

**AVALIAÇÃO DO CONSUMO/DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E DA  
RESILIÊNCIA NA PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SISTÊMICA**

**Alfenas/MG  
2017**

**ALINE ALVES DOS SANTOS DULLIUS**

**AVALIAÇÃO DO CONSUMO/DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E DA  
RESILIÊNCIA NA PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SISTÊMICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas - Nível Mestrado, como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Dr. Fábio de Souza Terra

Coorientador: Dra. Patrícia Mônica Ribeiro

**Alfenas/MG  
2017**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
Biblioteca Central da Universidade Federal de Alfenas

Dullius, Aline Alves dos Santos.

Avaliação do consumo/dependência de álcool e da resiliência na  
pessoa idosa com hipertensão arterial sistêmica / Aline Alves dos  
Santos Dullius. -- Alfenas-MG, 2017.

160 f.

Orientador: Fábio de Souza Terra  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal  
de Alfenas, 2017.

Bibliografia.

1 . Idoso. 2. Hipertensão. 3. Alcoolismo. 4. Resiliência Psicológica.  
5. Estratégia Saúde da Família. 6. Enfermagem. I. Terra, Fábio de  
Souza. II. Título.

CDD-610.734



**Aline Alves dos Santos Dullius**

**“Avaliação do consumo/dependência de álcool e da resiliência na pessoa idosa com hipertensão arterial sistêmica”**

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovado em: 03/02/2017

Prof. Dr. Fábio de Souza Terra  
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-  
MG – UNIFAL-MG

Assinatura: Fábio de Souza Terra

Profa. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava  
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-  
MG – UNIFAL-MG

Assinatura: Silvana Maria Coelho Leite Fava

Profa. Dra. Ana Maria Duarte Dias Costa

Assinatura: Ana Maria Duarte Dias Costa

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, que me concedeu forças e sabedoria durante a realização deste trabalho.

A **minha mãe Lucenir**, que se faz presente em todos os momentos da minha vida, acreditando mais em mim que eu mesma, exemplo de mulher, minha maior inspiração.

Ao **meu pai Daniel**, que com sua história de vida me despertou o interesse pelo tema estudado e, ao enfrentarmos juntos a luta contra o vício, me tornou uma pessoa mais resiliente.

**Ao meu marido Mélchior**, por ser meu grande companheiro, incentivador, apoiador, por ter substituído minha presença em nosso lar nos momentos em que precisei dedicar a este trabalho.

Ao **meu irmão Marcus Paulo**, meu melhor amigo, que está sempre ao meu lado, torcendo pelo meu sucesso.

A **minha filha Luiza**, que desde tão pequena teve que reconhecer a importância dos estudos e compreender a ausência da mãe.

Ao **meu orientador Dr. Fábio de Souza Terra**, que transmitiu ensinamentos e me preparou para usá-los com sabedoria. Dissipou dúvidas, estabeleceu metas, sempre com humanidade. Foi com sua ajuda que ultrapassei meus limites e superei meus medos. Mais que um orientador, você foi um amigo, que me enriqueceu com seu saber. Serei eternamente grata a você!

A **minha co-orientadora Dra. Patrícia Mônica**, que esteve sempre disponível de forma doce e objetiva para contribuir com importantes sugestões durante a realização deste estudo.

À **Prof. Dra. Sueli Leiko**, que, em um encontro, mesmo sem me conhecer, enxergou em mim uma potencial aluna de mestrado, conferiu palavras de incentivo, mostrou caminhos, e por isso estou aqui, finalizando este trabalho. Minha eterna gratidão!

Aos professores, **Dr. Denis da Silva Moreira, Dra. Érica de Cássia Lopes Chaves, Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava, Dra. Sueli Leiko Takamatsu Goyatá, Dra. Zélia Marilda Rodrigues Resck**, pela participação no processo de refinamento do instrumento e pelas sugestões grandiosas.

À **Secretaria Municipal de Machado**, por autorizar a realização deste trabalho.

A todos os **Agente Comunitários de Saúde** das Estratégias Saúde da Família de Machado que se disponibilizaram a me acompanhar durante toda a coleta de dados.

Às **300 pessoas idosas**, pela participação voluntária nesta pesquisa e pelo seu tempo dedicado a responder os instrumentos.

Às professoras **Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava, Dra Ana Maria Duarte Dias Costa**, pela participação e pelas sugestões oferecidas no exame de qualificação e na defesa deste trabalho.

Às **amigas do mestrado**, por terem compartilhado momentos inesquecíveis durante estes anos. Foi um imenso prazer conhece-las!

Ao **corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas**, pelos ensinamentos durante as disciplinas.

A **todos** que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste estudo, do meu mestrado e com o meu crescimento profissional.

A todos vocês, minha eterna gratidão!

*Acho que os sentimentos se perdem nas palavras.  
Todos deveriam ser transformados em ações,  
em ações que tragam resultados.*

**Florence Nightingale**

*Talvez não tenha conseguido fazer o melhor,  
mas lutei para que o melhor fosse feito.  
Não sou o que deveria ser,  
mas Graças a Deus,  
Não sou o que eu era antes.*

**Marthin Luther King**

## RESUMO

A proporção da população idosa aumentou de forma significativa nos últimos anos. Nessa população, o etilismo pode ser responsável por problemas sociais graves, apresentando-se como um problema de saúde pública. Por outro lado, a resiliência constitui-se como importante fator de proteção no envelhecimento, possibilitando a essas pessoas a superação das adversidades. O objetivo deste estudo foi avaliar o consumo/dependência de álcool e a resiliência na pessoa idosa com hipertensão arterial sistêmica. Trata-se de um estudo descritivo-analítico, transversal e quantitativo, desenvolvido nas cinco unidades urbanas de Estratégia Saúde da Família em um município do Sul de Minas Gerais. Foi calculada uma amostragem aleatória estratificada proporcional nas pessoas idosas que apresentam somente hipertensão arterial sistêmica, totalizando 300 pessoas. A coleta de dados foi realizada nos domicílios por meio de entrevista, utilizando os instrumentos: questionário semiestruturado com 18 questões, contendo dados, de hábito de vida, doença crônica, atividades laborais e eventos marcantes na vida, o AUDIT para avaliação do consumo/dependência do álcool e a Escala de Resiliência. Para a análise dos dados, foi usado o *Statistical Package for the Social Science*, utilizando-se os testes Qui-quadrado de Person ou Exato de Fisher, Alfa de Cronbach e o *odds ratio* das variáveis independentes com o consumo/dependência de álcool e com a resiliência, além do modelo de regressão logística. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme parecer nº 1.144.940. Como resultados, observou-se que a maioria dos entrevistados é do sexo feminino, entre 60 e 70 anos, casados, católicos, com um a cinco filhos, moradia própria, ensino fundamental incompleto, renda familiar mensal entre 881 a 1700 reais, renda própria mensal de até 880 reais, não são tabagistas, não realizam atividades físicas, possuem atividade de lazer, apresentam entre um e dez anos de doença, fazem uso de medicamentos contínuos e não contam com auxílio para o uso dessas medicações. Realizam apenas um tipo de tratamento não farmacológico e não apresentam complicações da doença, são aposentados e tiveram evento marcante na vida no último ano, sendo o mais comum a perda de pessoa querida. De acordo com a classificação da escala AUDIT, foi possível verificar que 89,3% dos entrevistados fazem uso de baixo risco de bebidas alcólicas; 6,0%, uso de risco; 2,0%, uso nocivo e 2,7% apresentam provável dependência. As variáveis sexo, faixa etária, tabagismo, tempo de doença apresentaram associação significativa com o consumo/dependência de álcool. Ao avaliar as pessoas idosas de acordo com a classificação da resiliência, observou-se que 39,7% apresentaram resiliência moderadamente baixa a moderada; 36,7%, resiliência baixa e 23,7%, resiliência moderadamente alta a alta. As variáveis renda familiar mensal, renda própria mensal, escolaridade, atividade física e atividade de lazer apresentaram associação significativa com a resiliência. Com isso, destaca-se que o consumo de álcool e a alteração na resiliência podem interferir diretamente na saúde física e mental das pessoas idosas, e, conseqüentemente, comprometer sua qualidade de vida. Desse modo, percebe-se a importância dos cuidados com a saúde mental das pessoas idosas com hipertensão arterial sistêmica pela equipe de enfermagem.

Palavras chave: Idoso. Hipertensão. Alcoolismo. Resiliência psicológica. Estratégia Saúde da Família. Enfermagem.

## ABSTRACT

The proportion of the elderly population has increased significantly in recent years. In this population, alcohol consumption may be responsible for serious social problems, presenting itself as a public health problem. On the other hand, resilience constitutes an important protective factor in aging, allowing these people to overcome adversity. The aim of this study was to evaluate the consumption / alcohol dependence and resilience in the elderly with hypertension. This is a descriptive-analytic, transversal and quantitative study, conducted in five urban units of the Family Health Program in a city in the south of Minas Gerais. a stratified random sampling proportional in the elderly has been calculated that only have hypertension, totaling 300 people. Data collection was conducted in households through interviews, using the instruments: semi-structured questionnaire with 18 questions, containing sociodemographic data, life habit, chronic illness, work activities and important events in life, the AUDIT to evaluate the consumption / alcohol dependence and Resilience Scale. For data analysis was used the Statistical Package for Social Science, using the chi-square test Person or Fisher exact test, Cronbach's alpha and the odds ratio of the independent variables with the consumption / alcohol dependence and resilience in addition to the logistic regression model. The research project was approved by the Research Ethics Committee, according to opinion No. 1,144,940. As a result, it was observed that most of the respondents are female, between 60 and 70 years old, married, Catholic, with one to five children, home ownership, incomplete primary education, family income between 881-1700 real, own income monthly up to 880 reais, are not smokers, not performing physical activities, has leisure activity, has between one and ten years of disease, make use of continuous medication and do not rely on aid for use of these medications. Carry only one type of non-pharmacological treatment and not have complications of the disease, they are retired and had remarkable event in the life in the last year, the most common being the loss of loved one. According to the classification of the AUDIT scale, we observed that 89.3% of respondents make use of low risk of alcoholic beverages, 6.0%, use of risk, 2.0%, alcohol abuse and 2.7% have likely dependence. The variables sex, age, smoking, duration of disease were significantly associated with the consumption / alcohol dependence. When evaluating the elderly according to the classification of resilience, it was observed that 39.7% had moderately low to moderate resilience, 36.7% and 23.7% low resilience, high resiliency moderately high. The variables family income, monthly personal income, education, physical activity and leisure activity were significantly associated with resilience. Thus, it is emphasized that alcohol consumption and changes in resilience, can directly affect the physical and mental health of older people, and thus compromising their quality of life. Thus, we see the importance of caring for the mental health of older people with hypertension by nursing staff.

Descriptors: Aged. Hypertension. Alcoholism. Resilience, Psychological.  
Family Health Strategy. Nursing.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Classificação da pressão arterial em adultos com mais de 18 anos.....	25
Quadro 2 –	Classificação de consumo/dependência de álcool segundo o instrumento AUDIT.....	39

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição total de pessoas idosas e de pessoas idosas somente com HAS em cada uma das cinco ESF.....	36
Tabela 2 –	Distribuição de pessoas idosas com HAS, de acordo com as variáveis “sexo”, “faixa etária”, “estado civil” e “crença religiosa”. Machado, MG, 2016. (n=300) .....	46
Tabela 3 –	Distribuição de pessoas idosas com HAS, segundo as variáveis “quantidade de filhos”, “tipo de moradia” e “escolaridade”. Machado, MG, 2016. (n=300) .....	47
Tabela 4 –	Distribuição de pessoas idosas com HAS, conforme as variáveis “renda familiar mensal”, “renda própria mensal”, “autonomia financeira” e “auxílio/complementação financeiro”. Machado, MG, 2016. (n=300) .....	48
Tabela 5 –	Estatística descritiva das variáveis “idade”, “quantidade de filhos”, “renda familiar mensal” e “renda própria mensal”. Machado, MG, 2016. (n=300) .....	49
Tabela 6 –	Distribuição de pessoas idosas com HAS, de acordo com as variáveis referentes aos hábitos de vida: “uso de tabaco”, “quantidade de cigarros”, “ex-tabagista”, “tempo de tabagismo” e “tempo de ex-tabagista”. Machado, MG, 2016. (n=300) .....	50
Tabela 7 –	Estatística descritiva das variáveis “quantidade de cigarros”, “tempo de tabagismo” e “tempo de ex-tabagista”. Machado, MG, 2016. (n=300) .....	51
Tabela 8 –	Distribuição de pessoas idosas com HAS, com relação à variável “prática de atividade física”. Machado, MG, 2016. (n=300) .....	52
Tabela 9 –	Distribuição de pessoas idosas com HAS, segundo as variáveis: “atividade de lazer”, “quantidade de atividade de lazer” e “tipo de atividade de lazer”. Machado, MG, 2016. (n=300) .....	53
Tabela 10 –	Distribuição de pessoas idosas com HAS, conforme as variáveis “tempo de HAS”, “uso contínuo de medicamentos”, “quantidade de medicamentos”, “grupo farmacológico”, “auxílio para uso de medicamentos”, “pessoa que auxilia o tratamento medicamentoso”. Machado, MG, 2016. (n=300) .....	54
Tabela 11 –	Estatística descritiva das variáveis “tempo de HAS” e “quantidade de medicamentos”, Machado, MG, 2016. (n=300) .....	55
Tabela 12 –	Distribuição de pessoas idosas com HAS, com relação às variáveis “tratamento não farmacológico para HAS”, “quantidade	

	de tratamento não farmacológico”, “tipos de tratamento não farmacológico”, “complicações”, “quantidade de complicações”, “tipos de complicações”. Machado, MG, 2016. (n=300) .....	56
Tabela 13 –	Distribuição de pessoas idosas com HAS de acordo com as variáveis “profissão” e “situação atual”. Machado, MG, 2016. (n=300) .....	57
Tabela 14 –	Distribuição de pessoas idosas com HAS, segundo as variáveis “eventos marcantes na vida”, “quantidade de eventos marcantes na vida” e “tipo de eventos marcantes na vida”. Machado, MG, 2016. (n=300) .....	58
Tabela 15 –	Distribuição das pessoas idosas com HAS, de acordo com as resposta às perguntas da Escala AUDIT. Machado, MG, 2016. (n=300) .....	59
Tabela 16 –	Distribuição das pessoas idosas com HAS, conforme a classificação da escala AUDIT, de acordo o ponto de corte. Machado, MG, 2016. (n=300) .....	61
Tabela 17 –	Distribuição das pessoas idosas com HAS, de acordo com as respostas às afirmativas da Escala de Resiliência. Machado, MG, 2016. (n=300) .....	62
Tabela 18 –	Distribuição das pessoas idosas com HAS, conforme a classificação da escala de resiliência, de acordo com o ponto de corte. Machado, MG, 2016. (n=300) .....	66
Tabela 19 –	Análise univariada dos fatores associados ao consumo/dependência de álcool, conforme as variáveis “sexo”, “faixa etária”, “estado civil”, “crença religiosa” e “quantidade de filhos”. Machado, MG, 2016. (n=300) .....	68
Tabela 20 –	Análise univariada dos fatores associados ao consumo/denepência de álcool, conforme as variáveis “renda familiar mensal”, renda própria mensal”, “tipo de moradia”, “escolaridade”, “tabagismo”. Machado, MG, 2016. (n=300) .....	69
Tabela 21 –	Análise univariada dos fatores associados ao consumo/dependência de álcool, conforme as variáveis “atividade física”, “atividade de lazer”, “tempo de HAS”, “uso de medicamentos”. Machado, MG, 2016. (n=300) .....	70
Tabela 22 –	Análise univariada dos fatores associados ao consumo/dependência de álcool, conforme as variáveis “auxílio para tomar medicamentos”, “tratamento não farmacológico”, “complicações”, “evento marcante na vida”. Machado-MG, 2016. (n=300) .....	71

Tabela 23 – Avaliação dos parâmetros do modelo de regressão logística das variáveis independentes com o consumo/dependência de álcool. Machado-MG, 2016. (n=300) .....	72
Tabela 24 – Análise univariada dos fatores associados à resiliência, conforme as variáveis “sexo”, “faixa etária”, “estado civil”, “crença religiosa” e “quantidade de filhos”. Machado, MG, 2016. (n=300) .....	74
Tabela 25 – Análise univariada dos fatores associados à resiliência, conforme as variáveis “renda familiar mensal”, “renda própria mensal”, tipo de moradia”, “escolaridade”, “tabagismo”. Machado, MG, 2016, (n=300) .....	75
Tabela 26 – Análise univariada dos fatores associados à resiliência, conforme as variáveis “atividade de física”, “atividade de lazer”, “tempo de HAS”, “uso de medicamentos contínuos”. Machado, MG, 2016. (n=300) .....	76
Tabela 27 – Análise univariada dos fatores associados à resiliência, conforme as variáveis “auxílio para tomar medicamentos”, “tratamento não farmacológico”, “complicações” e “evento marcante na vida”. Machado-MG, 2016. (n=300) .....	77
Tabela 28 – Avaliação dos parâmetros do modelo de regressão logística das variáveis independentes com a resiliência. Machado, MG, 2016. (n=300) .....	78
Tabela 29 – Análise univariada do consumo/dependência de álcool com resiliência na pessoa idosa com HAS. Machado, MG, 2016. (n=300) .....	79

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACS -Agente Comunitário de Saúde
- AUDIT -Alcohol Use Disorder Identification Test
- AVC -Acidente Vascular Cerebral
- CEP -Comitê de Ética em Pesquisa
- ESF -Estratégia Saúde da Família
- HAS -Hipertensão Arterial Sistêmica
- IECA -Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina
- NASF -Núcleo de Apoio a Equipe Saúde da Família
- OMS -Organização Mundial de Saúde
- OR -Odds Ratio (razão de chances)
- PA -Pressão Arterial
- SPSS -Statistical Package for the Social Science
- SUS -Sistema Único de Saúde
- TCI -Terapia Comunitária Integrativa
- TCLE -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UBS -Unidade Básica de Saúde
- UNIFAL-MG -Universidade Federal de Alfenas
- UNIFENAS -Universidade José do Rosário Vellano

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	JUSTIFICATIVA.....	19
3	OBJETIVOS.....	21
3.1	Objetivo Geral.....	21
3.2	Objetivos Específicos.....	21
4	REVISÃO DA LITERATURA.....	22
4.1	Características da população idosa no Brasil .....	22
4.2	Hipertensão Arterial Sistêmica.....	24
4.3	Alcoolismo e a Pessoa Idosa.....	27
4.4	Resiliência.....	30
5	MÉTODO.....	34
5.1	Tipo de estudo.....	34
5.2	Local de estudo.....	34
5.3	População de estudo.....	35
5.4	Aspectos éticos.....	36
5.5	Instrumentos para a coleta de dados.....	37
5.6	Procedimentos de coleta de dados.....	40
5.7	Análise dos dados.....	41
6	RESULTADOS.....	45
6.1	Análise descritiva das variáveis.....	45
6.2	Avaliação do consumo/dependência de álcool.....	59
6.3	Avaliação da resiliência.....	62
6.4	Análise univariada dos fatores associados ao consumo/dependência de álcool.....	67
6.5	Análise univariada dos fatores associados à resiliência.....	73
6.6	Análise univariada do consumo/dependência de álcool com a resiliência na pessoa idosa com HAS.....	
7	DISCUSSÃO.....	80
7.1	Análise descritiva das variáveis.....	80
7.2	Avaliação do consumo/dependência de álcool na pessoa idosa com HAS.....	90
7.3	Avaliação da resiliência na pessoa idosa com HAS.....	95
7.4	Análise univariada dos fatores associados ao consumo/dependência de álcool.....	100
7.5	Análise univariada dos fatores associados à resiliência.....	108
7.6	Análise univariada da resiliência com consumo/dependência de álcool.....	115
8	CONCLUSÃO.....	120
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	122
	REFERÊNCIAS.....	125
	APÊNDICES.....	147
	ANEXOS.....	155

## 1 INTRODUÇÃO

Desde os tempos da graduação em Enfermagem, tinha despertado em mim o interesse pela docência. Assim, venho desenvolvendo este trabalho em cursos técnicos e em graduação em enfermagem desde minha formação no ano de 2006. Para isso, busquei formações complementares, cursei Pós-graduação *Lato Sensu* e formação pedagógica (licenciatura). Porém, faltava ainda o aprofundamento na área da pesquisa e de ensino para aumentar a qualidade do meu trabalho. Foi então que surgiu a necessidade e a vontade em buscar a qualificação na Pós-graduação *Stricto Sensu*, em nível de mestrado acadêmico.

Concomitantemente às atividades da área docente, trabalho como enfermeira da Estratégia de Saúde da Família Jardim das Oliveiras, no município de Machado-MG. Dentre as atividades desenvolvidas em equipe, destaca-se o “Grupo de Dança, Atividades Física e Educação em Saúde”, destinado às pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica e às pessoas idosas adscritas à área de abrangência da unidade.

Ainda sem espaço físico adequado, há dois anos desenvolvo atividades, duas vezes por semana, sob a orientação voluntária de um profissional de educação física. Entre as principais atividades, destacam-se a dança de salão, a Zumba Gold, a aerodança, a ginástica localizada e a meditação. Para desenvolver essas atividades, improvisamos o local e os instrumentos como bastões, pesos com garrafa pet, entre outros.

Todos as pessoas idosas e com hipertensão arterial preenchem um cadastro com informações sociodemográficas quando iniciam sua participação no grupo. Sempre antes de começar a atividade física, realizamos orientações em saúde, buscando sempre parcerias de profissionais voluntários, como psicólogos, nutricionistas, educador físico, entre outros. Após as orientações, verificamos o peso e a pressão arterial dos participantes do grupo.

Durante esses encontros, observei empiricamente, por meio das conversas, que a maioria das pessoas idosas era portadores de hipertensão arterial sistêmica. Além disso, enfrentávamos dificuldades de adesão ao tratamento dessa patologia de alguns idosos e que era proposto pela equipe e, pior ainda, sabíamos que muitos desses idosos, principalmente do sexo masculino, fazia uso diariamente de bebidas alcoólicas.

Diante disso, surgiu-me o interesse em investigar se a realidade daquela população específica representava a população idosa do município. Ainda mais importante que isso, a necessidade desses idosos de buscar estratégias para mudar essa realidade.

A população brasileira vem passando por processos de transformação caracterizados por alterações significativas em seu regime demográfico. Os níveis e padrões dos eventos vitais, de fecundidade e de mortalidade, experimentados em todas as regiões do país vêm se alterando de forma acelerada nas últimas décadas, implicando desafios e oportunidades para a sociedade (ERVATTI; BORGES; JARDIM, 2015).

No Brasil e no mundo, esse processo gradual de transição demográfica provoca um contínuo estreitamento da base da pirâmide etária devido ao declínio da fecundidade. A proporção da população de pessoas idosas aumentou de forma significativa nos últimos tempos, e o número de pessoas com 60 anos ou mais é expressivo em número absoluto e relativo, representando mais de 10% da população total (SISAP, 2015).

A literatura aponta que em 2020 o Brasil será o sexto país do mundo com maior número de pessoas idosas, contabilizando em torno de 30 milhões de pessoas. As Nações Unidas projetaram para 2050 que 23,6% da população brasileira serão de adultos idosos e o país será um dos cinco países do mundo com mais de 50 milhões de idosos (ERVATTI; BORGES; JARDIM, 2015).

Cabe destacar que, com esse aumento da expectativa de vida, aumentam também os números de doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial e também o consumo de álcool pela população idosa (RYAN et al., 2013).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais (BRASIL, 2013a). Cerca de 17 milhões de brasileiros são portadores de dessa doença, o que representa 35% da população brasileira de 40 anos ou mais (BRASIL, 2014). Ainda, de acordo com dados publicados em 2006, a HAS respondeu por aproximadamente 25% dos óbitos por doença arterial coronariana, 40% dos óbitos por acidente vascular cerebral (AVC) e, associada ao diabetes *mellitus*, respondeu por 50% das situações de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2013a).

O número de pessoas com hipertensão arterial atendidas pelas Equipes de Saúde da Família do município de Machado-MG equivale a aproximadamente 10%

do total da população assistida nas unidades. Porém, se se comparar com a população idosa, esse número aumenta expressivamente, passando a 60% desse grupo etário, um número que se aproxima dos dados nacionais, em que os índices apresentados pelas Sociedades que estabeleceram a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão demonstram essas informações (SBC; SBH; SBN, 2010).

Os autores Pereira et al. (2009) realizaram uma revisão sistemática no período de 2003 a 2008, por meio da qual analisaram 44 estudos de 35 países que abordavam a prevalência da HAS, revelando um valor global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres, enquanto que inquérito populacional atual, desenvolvido em capitais brasileiras, apontou uma prevalência geral de HAS de aproximadamente 25% das pessoas entrevistadas. Já entre os sexos, a ocorrência foi de 22,5% nos homens e de 26,8% nas mulheres (VIGITEL, 2015).

É notório enfatizar que o tratamento da HAS e a prevenção das complicações crônicas exigem uma abordagem multiprofissional. Assim como todas as doenças crônicas, essa patologia necessita de um processo contínuo de motivação para que a pessoa não abandone o tratamento. Dentre os tratamentos propostos pelo Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde, encontra-se a redução do consumo de bebida alcoólica, já que o consumo excessivo de álcool está relacionado com o aumento dos níveis de pressão arterial (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, cabe referir que o uso de álcool entre as pessoas idosas está aumentando simultaneamente com o crescimento dessa população. Dessa forma, o etilismo pode ser responsável por problemas sociais graves, apresentando-se como um problema de saúde pública pouco estudado e pouco diagnosticado em determinadas populações. As pesquisas relacionadas ao etilismo ficam muito concentradas entre jovens/adultos, exigindo novos olhares para a problemática, com a adoção de técnicas de identificação e de tratamento apropriado a essa população (WILSON et al., 2013).

Em muitas situações, faz-se necessário que o indivíduo utilize de estratégias para enfrentar acontecimentos em sua vida, incluído aí o surgimento de doenças ou mudança em seus hábitos de vida. Com isso, o traço de personalidade conhecido como resiliência é compreendido como o desenvolvimento saudável e positivo do indivíduo, influenciado por processos sociais e intrapsíquicos, mesmo vivenciando experiências desfavoráveis. Nesse sentido, a resiliência envolve a interação entre

eventos adversos da vida e fatores de proteção internos e externos de cada indivíduo (KASHDAN et al., 2010; PESCE et al., 2005).

Wingo, Ressler e Bradley (2014) descreveram em seu estudo a relação álcool-resiliência, em que aquele indivíduo com baixa resiliência tem apresentado maior índice de problemas com consumo/dependência de álcool, de tabaco e de outras drogas.

Os autores Weiland et al. (2012) também descreveram a relação entre resiliência e uso de álcool e outras drogas. A baixa resiliência esteve associada ao uso precoce dessas substâncias, em torno dos 14 anos. Já o jovem que permaneceu com níveis estáveis de resiliência, apresenta um componente importante entre as estratégias psicológicas necessárias para lidar com a gama de desafios pessoais, sociais e cognitivas que enfrentam os jovens de hoje.

Para as pessoas idosas, a resiliência também aparece como um fator protetor para o uso abusivo de substâncias nocivas, como o consumo de álcool. Ao contrário disso, tem sido identificada como um dos fatores que contribui para o envelhecimento bem sucedido a maneira com que os idosos alcançam e mantêm a sensação de bem-estar, apesar das dificuldades naturais que aparecem com o envelhecimento. Nessa etapa da vida, a resiliência está relacionada com maior engajamento social, maior otimismo e independência funcional (WILSON et al., 2013).

É nesse contexto que se pretende investigar o consumo/dependência de álcool e a resiliência no idoso com HAS, por entender que são fatores que podem interferir e contribuir para alcançar o envelhecimento bem sucedido.

## 2 JUSTIFICATIVA

A população brasileira segue a tendência mundial de aumento gradual e proporcional da quantidade de pessoas idosas em relação à população total do país. A estimativa é que em 2050 dobre a população dessa faixa etária e que, com isso, haja também um aumento das doenças crônicas não-transmissíveis, fazendo com que os profissionais de saúde se preparem para esse novo perfil (GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2012).

A HAS já é a doença crônica mais incidente na população idosa, que se mostra como um desafio aos profissionais de saúde que enfrentam dificuldades, principalmente nesta população, na adesão ao tratamento dessa patologia, incluindo a diminuição no consumo de álcool (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2014).

Como grande parte da população idosa apresenta condições crônicas de saúde e algumas limitações funcionais, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas pode dificultar o tratamento dessas doenças. Além disso, a polifarmácia é comum nessa população, sendo que o consumo de álcool pode aumentar ou diminuir os efeitos dos diferentes medicamentos, potencializando os eventos adversos deles, além de aumentar o risco de quedas e de acidentes domésticos (SUTHERLAND et al., 2014).

Na tentativa de compreender se a motivação intrínseca do idoso contribui positivamente para sua adesão ao regime terapêutico para HAS e ao não consumo nocivo de bebidas alcoólicas, faz-se pertinente a investigação da resiliência das pessoas idosas.

Nesse sentido, caso a resiliência da pessoa idosa com HAS esteja fortalecida, espera-se que ele busque o acompanhamento periódico para sua condição crônica, siga corretamente o tratamento medicamentoso e não-medicamentoso, que abandone do alcoolismo, na perspectiva de alcançar o envelhecimento bem sucedido (KASHDAN et al., 2010).

Destaca-se que este estudo poderá contribuir para o conhecimento dos profissionais que atendem essa clientela, incluindo os profissionais de enfermagem, uma vez que, para que o enfermeiro consiga fortalecer a resiliência da pessoa idosa com HAS e contribuir nesse processo, torna-se importante o conhecimento e a

compreensão dessa temática e a elaboração de ações para sua promoção, como o estímulo à autoestima, já que são características humanas associadas, no intuito de favorecer o bem-estar social e individual tão almejado para essa população.

Sendo assim, mesmo identificando a importância da temática, verifica-se que ainda são incipientes os estudos que abordam a resiliência e o consumo/dependência de álcool na pessoa idosa com HAS, o que justifica a busca dessas respostas, no intuito de elucidar a prevalência e a influência desses fatores nessa etapa da vida e contribuir, assim, para a melhoria da abordagem ao idoso com HAS.

### 3 OBJETIVOS

O presente estudo tem os seguintes objetivos:

#### 3 Objetivo geral

Avaliar o consumo/dependência de álcool e a resiliência da pessoa idosa com hipertensão arterial sistêmica atendida pelas equipes de saúde da família de um município do Sul de Minas Gerais.

#### 3.1 Objetivos específicos

- a) Identificar as variáveis socioeconômicas, de hábitos de vida, de doença crônica, de atividades laborais e de eventos marcantes da população idosa com HAS;
- b) Avaliar o consumo/dependência de álcool pela população idosa com HAS;
- c) Avaliar a resiliência da população idosa com HAS;
- d) Verificar se existe associação entre o consumo/dependência de álcool pela pessoa idosa com HAS e as variáveis sexo; faixa etária; estado civil; crença religiosa; quantidade de filhos; renda familiar mensal e renda própria mensal; tipo de moradia; escolaridade; tabagismo; atividade física; atividades de lazer; tempo de HAS; uso contínuo de medicamentos; auxílio para tomar medicamentos; tratamentos não-farmacológicos; complicações e eventos marcantes na vida;
- e) Verificar se existe associação entre a resiliência da pessoa idosa com HAS e as variáveis sexo; faixa etária; estado civil; crença religiosa; quantidade de filhos; renda familiar mensal e renda própria mensal; tipo de moradia; escolaridade; tabagismo; atividade física; atividades de lazer; tempo de HAS; uso contínuo de medicamentos; auxílio para tomar medicamentos; tratamentos não-farmacológicos; complicações e eventos marcantes na vida;
- f) Verificar se existe associação entre o consumo/dependência de álcool e a resiliência da pessoa idosa com HAS.

## **4 REVISÃO DA LITERATURA**

Serão apresentados em cada seção deste capítulo, a revisão da literatura de acordo com cada temática abordada.

### **4.1 Características da população idosa no Brasil**

A população brasileira vem passando por processos de transformação caracterizados por alterações significativas em seu regime demográfico. Os níveis e padrões dos eventos vitais (fecundidade e mortalidade) experimentados em todas as regiões do país vêm se alterando de forma acelerada nas últimas décadas, resultando em desafios e em oportunidades para a sociedade (IBGE, 2015).

Essa mudança demográfica acelerada tem provocado mudanças significativas na estrutura etária da população. O formato triangular da pirâmide populacional, com uma base larga vem dando lugar a uma pirâmide etária típica de uma população envelhecida, com a redução da participação relativa de crianças e de jovens e o aumento proporcional de adultos e de idosos. Com isso, o Brasil vive um período de acelerado envelhecimento demográfico, com importantes implicações para indivíduos, famílias e sociedade (DUARTE, 2014).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica cronologicamente como idosos pessoas com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil (BRASIL, 1996; BRASIL, 2003).

Segundo Baldoni e Pereira (2011), há muito que se discutir a respeito do “conceito cronológico” do idoso, uma vez que, com o aumento progressivo da expectativa de vida, muitos indivíduos com 60 anos não aceitam essa classificação. Vale destacar que essa classificação foi estabelecida pela OMS há mais de 25 anos.

A taxa de crescimento das pessoas idosas é a maior dentre as demais faixas etárias, sendo de mais de 4% ao ano no período de 2012 a 2022. A população com 60 anos ou mais de idade passou de 14,2 milhões, em 2000, para 19,6 milhões, em 2010, devendo atingir 41,5 milhões, em 2030, e 73,5 milhões, em 2060. Espera-se, para os próximos 10 anos um incremento médio de mais de 1,0 milhão de pessoas idosas anualmente. Essa situação de envelhecimento populacional é consequência,

primeiramente, da rápida e contínua queda da fecundidade no país, além de ser também influenciada pela queda da mortalidade em todas as idades (IBGE, 2015).

Outro fenômeno demográfico observado entre as pessoas idosas é a concentração de mulheres nesse grupo etário. A razão de sexos para a população com mais de 60 anos de idade é de cerca de 0,8, indicando que existem aproximadamente 80 homens para cada 100 mulheres, resultado dos diferenciais de mortalidade entre os sexos, cujas taxas para a população masculina são sempre maiores do que aquelas observadas entre as mulheres. Quanto à expectativa de vida, estimativas recentes indicam 70,6 anos para os homens e 77,7 anos para as mulheres. Projeções para 2050 apontam expectativa de vida ao nascer de 81,3 anos (SISAP, 2015).

É importante enfatizar que o rápido envelhecimento da população traz profundas implicações, além de importantes desafios para a sociedade. Esse processo não deve ser considerado necessariamente como um problema, mas exige atenção para a discussão das formas de lidar com o fenômeno. Nesse contexto, a preocupação com as condições necessárias à manutenção da qualidade de vida das pessoas idosas tem crescido e os temas relacionados a políticas públicas e às ações de proteção e cuidado específicos para população idosa vêm adquirindo relevância inédita na agenda pública, conforme aponta estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2015).

Paralelamente às alterações da demografia mundial e ao crescimento significativo da população idosa, vale destacar que a transição epidemiológica provocou importantes mudanças no perfil das enfermidades. As doenças infecciosas e parasitárias deixaram de ser a principal causa de morbimortalidade, sendo substituídas por doenças não transmissíveis como as doenças cardiovasculares, incluindo a HAS e o câncer (SANTOS et al., 2014).

Esse aumento das condições crônicas de saúde em uma população cada vez mais idosa exige o preparo dos profissionais de saúde para responder a essa demanda emergente, principalmente com relação à HAS, já que pelo menos 60% das pessoas idosas brasileiras apresentam HAS. Destaca-se que a maioria apresenta elevação isolada ou predominante da pressão sistólica, aumentando a pressão de pulso, que mostra forte relação com eventos cardiovasculares (BRASIL, 2006).

A seguir, serão apresentados alguns aspectos sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica.

## 4.2 Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa o mais importante fator de risco isolado para mortalidade e o principal fator de risco modificável para doença cardiovascular (GREZZANA; STEIN; PELLANDA, 2013).

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBC; SBH; SBN, 2010), esse agravo está conceituado como uma condição clínica multifatorial que tem altas prevalências e baixas taxas de controle e é considerado como um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos maiores problemas de saúde pública. A HAS é o fator principal de risco para o desenvolvimento de doenças como acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio, doenças renais crônicas, complicações arteriais periféricas, entre outras.

Corroborando, Cotta et al. (2009) descrevem que as principais causas de óbito no mundo ocidental são atribuídas às complicações decorrentes dos processos ateroscleróticos nos vasos sanguíneos. Acidentes vasculares isquêmicos e hemorrágicos representam as principais causas para a mortalidade no Brasil. Em 2002, o coeficiente de mortalidade por doenças cerebrovasculares por 100.000 habitantes foi igual a 50, seguido de 35,2 por infarto agudo do miocárdio. Deve-se considerar, porém, que as primeiras manifestações dessas doenças cardiovasculares são o infarto agudo do miocárdio ou morte súbita. Com isso, é importante prevenir a doença, o que se tem fundamentado o controle dos fatores de risco, sendo a hipertensão arterial um deles.

Destaca-se que as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por mais de 800 mil internações processadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 2006, com um custo aproximado de 1 bilhão e 300 milhões de reais e se mantêm como principal causa agrupada de mortes no Brasil (SANTA-HELENA; NUMES; NETO, 2010).

A linha demarcatória que define HAS considera os valores de PA sistólica  $\geq 140$  mmHg e/ou de PA diastólica  $\geq 90$  mmHg em medidas de consultório, para definição do diagnóstico. A medida da PA deverá ser realizada por duas aferições em momentos diferentes, devendo ser verificada em ambos os braços, e, em caso

de diferença entre esses valores, utiliza-se o braço de maior valor. Em cada avaliação, deverão ser realizadas pelo menos três medidas, com intervalo mínimo de um minuto, efetuando-se a média das duas últimas (SBC; SBH; SBN, 2010).

A pressão arterial em adultos com mais de 18 anos pode ser classificada conforme descrito na Quadro 1.

Quadro 1 - Classificação da pressão arterial em adultos com mais de 18 anos.

<b>Classificação</b>	<b>PA Sistólica (mmHg)</b>	<b>PA Diastólica (mmHg)</b>
Ótima	< 120	< 80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão	140-159	90-99
Estágio 1		
Hipertensão Estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão Estágio 3	≥180	≥110

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, nº 37. 2013, p.34.

Com relação aos fatores de risco para essa patologia, a genética tem papel fundamental entre os principais fatores para seu desenvolvimento, influenciando significativamente sua ocorrência em indivíduos que apresentam esta situação familiar. A condição socioeconômica também tem peso significativo, sendo a população de menor escolaridade com maior incidência de HAS. A idade também é um fator de risco, uma vez que metade da população com mais de 60 anos tem HAS. A influência do sexo também existe, sendo maior a prevalência em homens até 50 anos e a equivalência ou inverso após essa idade. Outros indivíduos mais suscetíveis a desenvolver essa patologia são indivíduos negros, obesos, etilistas e sedentários (JARDIM; JARDIM; SOUZA, 2013).

A assistência às pessoas com HAS é responsável por grande parte das atividades realizadas na Estratégia da Saúde da Família (ESF) a qual é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com

ações de promoção da saúde, da prevenção, da recuperação, da reabilitação de doenças e de agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde da comunidade (BRASIL, 2011).

Para o devido tratamento da HAS e da prevenção das complicações crônicas, recomenda-se a abordagem multiprofissional realizada pela ESF e Núcleo de Apoio à Equipe Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2006). Para essa equipe, destacam-se os seguintes profissionais/trabalhadores: Enfermeiro, Nutricionista, Psicólogo, Assistente social, Educador Físico, Farmacêutico e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Esses devem desenvolver atividades de promoção de saúde, treinamento de profissionais, encaminhamentos a outros profissionais, quando indicado, ações assistenciais individuais e em grupo, entre outras.

O tratamento da HAS divide-se em farmacológico e não farmacológico. Os dois tipos de tratamento podem ser inseridos de forma isolada ou associados. A terapêutica medicamentosa com anti-hipertensivos deve permitir a administração em menor número de ingestões possível e deve ser iniciada com doses menores e aumentada gradativamente, caso necessário. Dentre os principais medicamentos anti-hipertensivos, estão os diuréticos, inibidores adrenérgicos, vasodilatadores diretos, antagonistas do sistema renina-angiotensina e bloqueadores dos canais de cálcio (BRASIL, 2013a).

Enquanto isso, as principais estratégias para o tratamento não farmacológico incluem controle do peso, adoção de hábitos alimentares saudáveis, abandono do tabagismo, prática de atividade física regular e redução do consumo de álcool. É notório enfatizar que o alto consumo de bebidas alcoólicas está associado ao aumento dos níveis pressóricos. Recomenda-se limitar a ingestão de bebida alcoólica a menos de 30 ml/dia de etanol para homens e a metade dessa quantidade para mulheres, preferencialmente com as refeições. Porém, aos clientes que não conseguem se enquadrar nesses limites de consumo sugere-se o abandono do consumo de bebidas alcoólicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2014).

Nesse contexto sobre o tratamento da HAS, cabe mencionar que a adesão terapêutica, definida como o comportamento de uma pessoa em relação ao uso de medicamentos e à mudança de estilo de vida, correspondendo às recomendações de um profissional de saúde, é um fator significativo no sucesso do tratamento (OMS, 2003). A não adesão é identificada como a causa principal da pressão arterial

(PA) não controlada, representando, assim, um risco significativo de eventos cardiovasculares e surgimento de complicações (BARBOSA et al., 2012).

Um aspecto que parece ter papel fundamental no tratamento da pessoa idosa com HAS é a pouca identificação dessa população que consome bebida alcoólica e os fatores que estão associados a esse padrão de comportamento na velhice. Acredita-se que é difícil constatar o uso de álcool nessa fase da vida pelo fato de esse consumo, muitas vezes, não representar ou demonstrar riscos, já que muitas pessoas idosas podem estar afastados do mundo do trabalho e de várias atividades sociais nas quais as consequências do abuso de álcool poderiam transparecer. Porém, identifica-se a importância de incorporar essa investigação durante a abordagem realizada pela ESF, por se entender que é um dos tratamentos não farmacológicos de grande importância e que pode fazer a diferença para o controle dos níveis pressóricos e a prevenção de doenças secundárias para idosos hipertensos, assim como de complicações (SUELVEZ; MARTINEZ; MEDINA, 2010).

Dessa forma, a seguir, serão apresentados fatores importantes sobre o alcoolismo e sobre a pessoa idosa.

### **4.3 Alcoolismo e a Pessoa Idosa**

A dependência do álcool e seu uso indevido podem levar a vários problemas físicos e psicológicos para as pessoas idosas. Uma série de fatores podem influenciar o abuso ou a dependência de álcool por pessoas idosas, que necessitam de uma análise cuidadosa quanto às intervenções que devem ser implementadas pela equipe de saúde para reduzir o seu consumo. Tais intervenções podem incluir visitas domiciliares, orientações por telefone, atendimentos médicos, psicológicos e de enfermagem individuais e em grupo, programas familiares e de envolvimento da comunidade, programas de extensão, e grupos de apoio centrados na educação e em atividades sociais. Há uma necessidade para a formação de enfermeiros voltados para melhorar a detecção, para a oferta de tratamento e de serviços para as pessoas com mais idade (WEILAND et al., 2012).

Entre as pessoas idosas, o uso de álcool parece ser uma ocorrência comum e geralmente associada a uma gama extensa de problemas de saúde. Sabe-se que, embora o uso de álcool tenda a diminuir com a maturidade e sua maior prevalência esteja situada entre os jovens/adultos, a proporção de pessoas mais velhas que

consomem álcool acima dos níveis recomendados tem acompanhado o crescimento demográfico dessa população, exigindo dos serviços e dos programas de saúde novas abordagens e olhares voltados à problemática, com adoção de técnicas de identificação e tratamento apropriado a essa população (PILLON et al., 2010; WALLACE, 2010).

Wilson et al. (2013) desenvolveram um estudo para estimar a prevalência do consumo de álcool por pessoas idosas nos Estados Unidos e descreveram que em média 30% daqueles indivíduos consomem bebidas alcoólicas, sendo que um a cada quatro dos entrevistados (22%) faziam uso diário e nocivo de álcool.

É importante mencionar que o consumo de algumas bebidas alcoólicas, como o vinho, em baixas e moderadas quantidades diária poderia trazer algum benefício para a saúde. Porém, não existe ainda o esclarecimento da dose exata para esse benefício. O que se pode afirmar é que o consumo de álcool não é aconselhável concomitantemente ao tratamento de diversas condições crônicas, como a depressão, a hiperlipidemia, o diabetes, a HAS, entre outras, interferindo na eficácia dos medicamentos comumente utilizados para tratar tais condições, e podendo resultar em sintomas como tontura, batimento cardíaco irregular, diminuição ou aumento repentino da pressão sanguínea. Em relação ao idoso que apresenta doenças crônicas, o consumo nocivo de álcool pode ser responsável pelo uso incorreto de medicações e por interferir na adesão ao tratamento dessas doenças (SUTHERLAND et al., 2015).

Para Wilson et al. (2013), o consumo nocivo de álcool em pessoas com doença cardiovascular pode resultar em cardiomiopatia, aumento do risco de infartos agudos do miocárdio, incluindo até a morte súbita. A associação de álcool e depressão gera dificuldades de controle dessa doença, pior interação social e aumento do risco de suicídio. Além disso, o alcoolismo pode estar associado a um fator de risco para AVC recorrente.

Além dos riscos do consumo rotineiro de álcool em pessoas com doenças crônicas, Wilson et al. (2013) alertam em seu estudo, realizado nos Estados Unidos, onde estimaram a prevalência do consumo e dependência de álcool em pessoas idosas não institucionalizados, que há um aumento da possibilidade de desenvolvimento de HAS, de AVC, de doenças cardiovasculares e de depressão em pessoas saudáveis, o que agrega mais importância para a necessidade de rastreamento de consumo e de dependência de álcool na população idosa.

Identificando os malefícios que são adquiridos com o consumo nocivo de álcool, principalmente pela população idosa, vê-se a necessidade de detecção precoce dessa prática. Para isso, a Equipe de Saúde da Família apresenta uma posição única para a triagem de pessoas idosas para o consumo do álcool. No entanto, essa não é a realidade da maioria das consultas médicas e de enfermagem, assim como passa despercebida, ou comumente aceita, durante as visitas dos Agentes Comunitários de Saúde. Em vista ao impacto negativo que o consumo excessivo de álcool pode ter no controle de doenças crônicas principalmente da pessoa idosa, o rastreamento para a detecção do consumo abusivo de álcool, para a identificação e para o tratamento adequado, quando se fizer necessário, são medidas importantes a serem incorporadas nas atividades rotineiras da Equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2013b).

Kashdan (2010) descreveu que existe influência das emoções sobre os padrões de consumo de bebidas alcoólicas em cada indivíduo. E foi além, sendo que o resultado do seu estudo, realizado nos Estados Unidos e que avaliou o consumo de álcool em 106 indivíduos durante três semanas, trouxe que as pessoas que eram mais resilientes, quando vivenciavam acontecimentos negativos em sua vida, consumiam menos bebidas alcoólicas que as menos resilientes. O resultado desse estudo foi reafirmado por Bartone et al. (2012), quando se utilizou uma amostra representativa na Noruega e se descreveu que os homens que eram menos resilientes tinham maiores chances de desenvolver o etilismo.

Assim, o uso de álcool por pessoas idosas com doenças crônicas é uma questão complexa, necessitando de pesquisas adicionais, na tentativa de buscar uma compreensão mais aprofundada em relação à influência ou não dos sentimentos que podem predispor o indivíduo ao etilismo, para que assim se tenham elementos a serem trabalhados pela enfermagem e equipe de saúde em geral, com os idosos, na tentativa de minimizar seu consumo de álcool. Um passo inicial é o de estimar a frequência dos padrões de consumo em pessoas idosas com doenças crônicas como a HAS, compreendendo o etilismo como uma situação de risco que coloca as pessoas com condições crônicas com risco aumentado de lesões e de complicações.

Dessa forma, faz-se necessário o embasamento sobre os conteúdos relevantes a respeito da resiliência e da pessoa idosa.

#### 4.4 Resiliência

Por muitos anos, o envelhecimento foi entendido como um período de declínios, de incapacidades e de demência. Essa representação pretendia universalizar o processo do envelhecimento que, não obstante acontece de forma individual. Ou seja, cada indivíduo envelhece conforme suas próprias características, segundo sua história de vida, suas opções, suas possíveis doenças e de acordo com o contexto social vivido (DUARTE, 2014).

Assim, embora apresentem vulnerabilidades e riscos, muitas pessoas idosas dispõem de capacidades que lhes permitem ultrapassar as diversas adversidades, revelando resiliência e uma boa adaptação, vivenciando a velhice com satisfação e bem-estar (EDWARDS; HALL; ZAUTRA, 2012).

Não há um consenso conceitual sobre o termo resiliência, devendo-se considerar a susceptibilidade individual (GURGEL et al., 2013). A resiliência vem sendo estudada desde a década de 1970. Nessa época, buscava-se identificar fatores de risco e de proteção que se relacionavam aos aspectos de adaptação do indivíduo, e objetivavam subsidiar programas de intervenção e políticas públicas na saúde mental. Já a utilização do conceito de resiliência em ambientes médico-psicossociais é mais recente sendo, atualmente, o termo busca incluir dimensões mais relacionadas às condições sociais (FERREIRA; SANTOS; MAIA, 2012).

A resiliência pode ser entendida como a capacidade humana para enfrentar, vencer e ser fortalecido ou transformado por experiências de adversidade. Alguns autores trazem a definição do conceito resiliência, mas a maioria é variação desta conceituação (MELILLO et al., 2005).

Destaca-se que a complexidade do constructo envolve a interação entre eventos de vida adversos e fatores de proteção internos e externos ao indivíduo. Nesse sentido, resiliência é definida como o conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam o desenvolvimento saudável do indivíduo, mesmo este vivenciando experiências desfavoráveis (PESCE et al., 2005).

De acordo com Martins (2015), a resiliência é entendida como um processo dinâmico que engloba uma adaptação positiva num contexto de adversidade significativa. Implícitos nessa definição estão subjacentes dois aspectos fundamentais, nomeadamente a exposição a uma ameaça ou adversidade, que é avaliada como representando risco ao desenvolvimento e a realização positiva,

possibilitando que o indivíduo consiga ultrapassar essa situação, recuperando-se e sendo bem-sucedido nesse confronto.

Ainda completam que a resiliência pode ser caracterizada como a capacidade do ser humano de responder às demandas desfavoráveis da vida de maneira positiva. Isso resulta da associação entre os atributos do indivíduo e de seu ambiente familiar, social e cultural, e demonstra a capacidade de superação de condições adversas que poderiam ameaçar significativamente a sua saúde mental (PIERINI; STUIFBERGEN, 2012).

Neste estudo, será adotado que resiliência “denota a resistência emocional e tem sido usado para descrever pessoas que mostram coragem e capacidade de adaptação, na sequência de infortúnios da vida” (WAGNILD; YOUNG, 1993, p.166).

Dessa forma, a resiliência constitui-se como importante fator de proteção no envelhecimento, possibilitando às pessoas idosas a superação das adversidades presentes nesta etapa, apresentando-se como um processo regenerador que auxilia na manutenção da saúde. Nessa etapa da vida, a resiliência está associada significativamente com o otimismo, com as emoções positivas e com a existência de uma rede de apoio social. Outras características internas, como a autoestima, a autoeficácia e a coesão familiar, desempenham também um papel protetor para o idoso (MARTINS, 2015).

Com relação ao sexo, os homens são mais resilientes que as mulheres. Já em relação à faixa etária, acredita-se que a resiliência aumenta com a idade, uma vez que a maior frequência de elevado grau de resiliência foi encontrada entre os idosos sobreviventes ao câncer (GURGEL et al., 2013; ANDRADE et al., 2013). Esse dado é ratificado por um estudo de validação da escala de resiliência de Wagnild e Young para a língua sueca, envolvendo uma amostra de 1.719 suecos, com idades entre 19 e 103 anos. Embora não tenha sido esse o objetivo, o estudo estimou como sendo relativamente alta, com uma relação significativa entre idade e resiliência (LUNDMAN et al., 2007).

O estudo de Schure (2013), realizado com idosos nos Estados Unidos, revelou que níveis mais elevados de resiliência foram associados com menos sintomatologia depressiva e dor crônica e com níveis mais elevados de saúde física e mental. Sendo assim, a resiliência tem sido identificada como um dos fatores que contribuem para o envelhecimento bem sucedido, se referindo à capacidade que as

peessoas idosas têm de alcançar e de manter a sensação de bem-estar, apesar dos desafios enfrentados nessa etapa da vida.

Nesse contexto, existem diversas escalas psicométricas construídas e validadas para identificar a resiliência em todas as faixas etárias, incluindo para as pessoas idosas. Essas escalas têm demonstrado a resiliência positivamente correlacionada com maior engajamento social, maior otimismo e independência funcional. Por outro lado, a resiliência foi correlacionada negativamente com algumas condições de saúde física e mental, tais como o aumento da sintomatologia depressiva, o transtorno do estresse pós-traumático e a incapacidade física. Dessa forma, examinar o papel de resiliência entre as pessoas idosas pode fornecer informações importantes sobre as vias pelas quais estas podem alcançar uma melhor saúde física e mental (ENOCH, 2011).

Ainda nesse contexto, ressalta-se que um conjunto de fatores internos promove o desenvolvimento da resiliência e detêm importante papel no envelhecimento, nomeadamente características motivacionais e espirituais, a estabilidade emocional, o bem-estar físico, a existência de sonhos e objetivos de vida, bem como a determinação e a perseverança para a sua realização. Também a percepção de controle sobre a própria vida, a esperança, o otimismo, o humor e a felicidade são assinaladas como fundamentais para a resiliência e a manutenção da qualidade de vida nessa fase da vida (MARTINS, 2015). Nesse sentido, torna-se de grande importância o conhecimento da resiliência na população idosa pela enfermagem, uma vez que é possível intervir, desenvolvendo estratégias que estimulem a resiliência e aumentem a qualidade de vida da pessoa idosa.

Há quatro características de resiliência em pessoas idosas, que são a Perseverança; a Equanimidade; a Significância e a Solidão Existencial. A primeira refere-se ao processo de persistência, apesar da adversidade ou desânimo, indicando o objetivo de continuar mesmo tendo de superar os obstáculos da vida. A segunda, Equanimidade, é uma perspectiva equilibrada da vida e das experiências. É uma sensatez de espírito e são pessoas que muitas vezes apresentam um senso de humor e um temperamento que pouco se altera em qualquer situação. A Significância é o entendimento de que a vida tem um propósito e o reconhecimento de que há algo para se viver. São aqueles que acreditam em si mesmos e confiam em sua capacidade pessoal e se baseiam em experiências passadas para guiar suas ações. E, por fim, a Solidão Existencial é o entendimento de que cada pessoa

é única e que, embora muitas experiências podem ser partilhadas, outras devem ser enfrentadas solitariamente. Com a Solidão Existencial, vem uma sensação de exclusividade e, talvez, a liberdade (WAGNILD, 2009).

Sendo assim, torna-se importante o desenvolvimento de intervenções que possam estimular a resiliência na pessoa idosa, como a estimulação cognitiva, promovendo atividades e discussões que possibilitam a otimização do funcionamento cognitivo, emocional e social, realizada prioritariamente em situação grupal; treino cognitivo, envolvendo a execução de diversas tarefas-padrão abrangendo funções cognitivas específicas, realizadas em grupo ou individualmente pela pessoa idosa; reabilitação cognitiva, que consiste numa abordagem individualizada em função de um conjunto específico de objetivos estabelecidos para a pessoa idosa, pretendendo-se a partir dos pontos fortes compensar as áreas mais deficitárias (CARVALHO; MACHADO; CARAMELLI, 2014).

Kashdan et al. (2010) e Bartone et al. (2012) estudaram a influência da resiliência no consumo de álcool e concluíram que as pessoas que eram mais resilientes faziam menos uso nocivo de álcool. Nesse sentido, a presente investigação pretende-se verificar se existe essa relação na pessoa idosa com HAS.

A resiliência surge, então, como um conceito relevante nessa área de conhecimento, consubstanciando uma abordagem extremamente importante para a pessoa idosa, já que viabiliza o envelhecimento bem-sucedido, permitindo lidar com as adversidades e perdas desta etapa do curso de vida, de uma forma mais adaptativa.

## **5 MÉTODO**

Neste capítulo será abordado o método utilizado para a realização deste estudo.

### **5.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo descritivo-analítico, transversal, de abordagem quantitativa. De acordo com Sampieri, Collado e Lucio (2006), os estudos descritivos são aqueles em que o pesquisador descreve situações, acontecimentos e feitos, isto é, diz como é e como manifesta determinado fenômeno. Procuram especificar as propriedades, as características e os perfis importantes de pessoas, de grupos, de comunidades ou qualquer outro fenômeno que se submeta à análise.

As investigações analíticas são realizadas com vista a averiguar a associação entre a exposição e uma doença ou condição; esta, relacionada à saúde (COSTA; BARRETO, 2003).

Já a pesquisa transversal, é a investigação por meio da qual se acompanha o comportamento de uma ou mais variáveis em grupos de sujeitos que se encontram em momentos diferentes (APPOLINÁRIO, 2004). Esse tipo de estudo é definido quando o fator e o efeito são analisados em um mesmo momento histórico. Esse delineamento é um dos tipos de estudos mais utilizados em pesquisa epidemiológica (BORDALO, 2006).

A abordagem quantitativa busca a mensuração de variáveis preestabelecidas para verificar e para explicar sua influência sobre outras mediante a análise da frequência de incidências e de correlações estatísticas (POLIT; BECK, 2011).

### **5.2 Local do estudo**

A pesquisa foi desenvolvida nas unidades urbanas de Estratégia Saúde da Família no município de Machado-MG.

A cidade de Machado tem 134 anos, possui população estimada de aproximadamente 39.550 pessoas, e sua principal atividade econômica é o cultivo do café. O município conta com seis Equipes de Saúde da Família (uma rural e cinco urbanas) e uma Unidade de Saúde (CESPREN) que atende na área da

Atenção Básica e mais algumas especialidades, como por exemplo, cardiologia, neurologia e otorrinolaringologia. O número de Estratégias de Saúde da Família (ESF) no município é insuficiente para atender a toda a população, abrangendo aproximadamente 50% da quantidade total. A Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Machado é o único hospital do município que atende à população por meio do (Sistema Único de Saúde) SUS e de outros convênios.

Entre as ESFs do município, a primeira unidade foi inaugurada em 1996, no bairro Santa Luiza, atualmente denominado ESF CAIC, a qual atende 3.650 pessoas nos bairros Santa Luiza I e II, Vila Formosa e Vila da Conquista. As ESFs Jardim das Oliveiras I e Jardim das Oliveiras II foram inauguradas em 2008 e, embora sejam equipes distintas, atendem à população no mesmo espaço físico. A população adscrita a essas equipes é atualmente de 3.200 e 3.314 pessoas, respectivamente, e abrangem os bairros Jardim das Oliveiras I e II, Jardim dos Funcionários, Vale do Sol e Jardim Nova Machado. Em 2011, foi inaugurada a ESF Santuário que atualmente atende a 2.688 pessoas nos bairros Vila do Céu, Jardim Primavera, Bom Recanto e Rua Ricardo Anoni Filho. Por último, mais recentemente, foi inaugurada a ESF Jardim do Lago, em 2012, equipe que atende aos bairros Centenária, Novo Horizonte, Jardim Patrícia e Jardim do Lago, atualmente com 2982 pessoas adscritas.

Cabe destacar que cada equipe é composta por um Enfermeiro, dois Técnicos em Enfermagem, um Médico, cinco Agentes Comunitários de Saúde. As ESFs CAIC e Jardim do Lago contam também com Equipe de Saúde Bucal (um Dentista e um Auxiliar de Saúde Bucal).

### **5.3 População de estudo**

A população de estudo foi constituída por pessoas que apresentam HAS, assistidos pelas cinco Estratégias Saúde da Família urbanas do referido município.

Neste estudo, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos; pertencer à população adscrita em alguma Equipe Saúde da Família urbana do referido município; ser portador de hipertensão arterial sistêmica e não possuir outra doença crônica.

Dessa população de estudo, foi calculada uma amostragem aleatória estratificada proporcional (MEDRONHO, 2008), de acordo com a quantidade de

pessoas idosas somente com HAS de cada uma das cinco Estratégias Saúde da Família, como demonstrado na Tabela 1, a seguir.

Tabela 1 - Distribuição total de pessoas idosas e de pessoas idosas somente com HAS em cada uma das cinco ESF.

<b>ESF</b>	<b>Total de Idosos</b>	<b>Idosos somente com HAS</b>	<b>Amostra</b>
Caic	395	196	54
Santuário	372	206	57
Jardim do Lago	486	257	71
Jardim das Oliveiras I	296	187	51
Jardim das Oliveiras II	312	246	67
<b>Total</b>	<b>1861</b>	<b>1092</b>	<b>300</b>

O tamanho amostral foi calculado utilizando-se 95% de confiança e 5% de erro (MEDRONHO, 2008). Para o sorteio das pessoas idosas que compuseram essa amostra, utilizou-se o programa estatístico BioEstat 5.3 (AYRES et al., 2007).

Dessa forma, a amostra total do presente estudo foi composta de 300 pessoas idosas com somente HAS assistidas nas referidas ESF do município em estudo.

#### **5.4 Aspectos éticos**

Baseado na Resolução 466/2012 (BRASIL, 2013), que trata de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, o projeto de pesquisa foi submetido à avaliação e à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), obtendo aprovação com parecer número 1.144.940 (CAAE: 46503115.3.0000.5142) (ANEXO A).

Foi solicitada à Secretaria Municipal de Saúde autorização para a realização da pesquisa com as pessoas idosas com HAS que pertencem à área das Equipes de Saúde da Família (APÊNDICE A). Além disso, todas as pessoas idosas com HAS que aceitaram participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), em duas vias, das quais uma ficou com o

pesquisador, outra com o pesquisado, sendo garantido o anonimato e a possibilidade de desistência em qualquer fase da mesma.

Ressalta-se que esta pesquisa poderia trazer riscos mínimos aos participantes, podendo causar possíveis desconfortos emocionais ao responder os instrumentos e, se necessário, estes seriam encaminhados à avaliação psicológica por profissionais capacitados da rede básica do município, sem custos financeiros e por tempo necessário. Mas cabe destacar que essa investigação traria como benefício a promoção de melhoria no atendimento da equipe de saúde à população idosa com HAS, por meio de trabalho preventivo quanto ao consumo de álcool e ao estímulo a melhoria da resiliência da pessoa idosa.

Foi solicitado também aos juízes que aceitaram participar do processo de refinamento do instrumento sociodemográfico a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a participação desse processo (APÊNDICE C).

## **5.5 Instrumentos para coleta de dados**

Foram utilizados para coleta de dados três instrumentos.

O primeiro refere-se a um questionário semiestruturado, que contém 18 questões e foi desenvolvido pelos pesquisadores (APÊNDICE D), o qual se destinou a avaliar dados sociodemográficos, de hábito de vida e doença crônica, atividades laborais e eventos marcantes na vida, contendo as seguintes variáveis: sexo; idade; estado civil; crença religiosa; quantidade de filhos; renda familiar e renda própria mensal; tipo de moradia; escolaridade; tabagismo; atividade física; atividades de lazer; tempo que possui HAS; medicamentos que utiliza para HAS; tratamentos não farmacológicos para HAS; complicações decorrentes da HAS; profissão; atividade que desenvolve atualmente e eventos marcantes na vida.

Ressalta-se que esse instrumento foi submetido a um processo de refinamento, com a finalidade de verificar se seus itens representavam o universo do conteúdo e se permitiam obter os objetivos traçados (RICCIO et al., 1995). Esse procedimento possui o objetivo de avaliar a clareza, a abrangência e a objetividade em relação ao que se propõe identificar (GALDEANO, 2007).

Para essa avaliação, o instrumento foi encaminhado para um grupo de 5 juízes com experiência em construção de instrumentos de pesquisas e experiência na temática. Com isso, avaliaram a facilidade de leitura, a forma de apresentação, a clareza e o conteúdo do instrumento que foi aplicado a esses juízes, por meio de um formulário de avaliação.

Após o questionário ser avaliado por esses juízes, foram apresentadas sugestões relacionadas à correção da linguagem para tornar mais claras as questões; à estrutura de algumas perguntas e à aparência do instrumento. Essas sugestões condescendentes foram adequadas ao instrumento, compondo então a versão final (APÊNDICE D).

Posteriormente, o instrumento foi submetido a um teste piloto com 10 pessoas idosas com HAS que pertencem à área de abrangência da Equipe de Saúde da Família do Distrito Douradinho, do município de Machado-MG. Cabe destacar que os indivíduos entrevistados nessa ESF não fizeram parte da amostra do estudo. Esse teste piloto foi realizado para verificar a efetividade do instrumento, a melhor maneira de coletar e de registrar os dados, a compreensão dos idosos em relação às questões, bem como analisar adequações de vocabulário.

O teste piloto visa testar o instrumento de pesquisa em uma pequena população, com a finalidade de evitar que a pesquisa seja conduzida por resultados falsos e torná-la isenta de erros (POLIT; BECK, 2011).

Após a realização desse teste, não houve a necessidade de realizar alterações no questionário já que os pesquisadores julgaram que todos os itens foram compreendidos pelos idosos entrevistados.

O segundo instrumento foi utilizado para a avaliação do consumo/dependência do álcool pelas pessoas idosas com HAS. Nesse momento, utilizou-se o *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT), instrumento originalmente desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no fim da década de 1980, a partir de um projeto que envolveu seis países (Austrália, Bulgária, Quênia, México, Noruega e Estados Unidos). Para o contexto brasileiro, a versão em português do AUDIT foi desenvolvida inicialmente por Méndez no Rio Grande do Sul (MÉNDEZ, 1999) e, posteriormente, adaptado por Lima e colaboradores na Bahia, sendo esta a versão a ser utilizada no presente estudo (LIMA et al., 2005) (ANEXO A).

Esse instrumento se configura, na atualidade, como uma das medidas mais empregadas em todo o mundo para a identificação de grupos de risco e rastreamento do uso inadequado de álcool em amostras clínicas e da população geral (MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011).

Essa medida é composta por 10 itens que abrangem três domínios teóricos: 1) Frequência do consumo de álcool; 2) Dependência do consumo de álcool e 3) Consequências negativas do consumo de álcool. Inicialmente, o participante é convidado a pensar sobre seu consumo de bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses, respondendo aos itens por meio de diferentes escalas de resposta. O primeiro item envolve a frequência do consumo e é respondido em uma escala de cinco pontos, variando entre 0 (Nunca) e 4 (Quatro ou mais vezes por semana). O item 2, que mensura a quantidade de bebida alcoólica consumida, inclui cinco opções de respostas que se distribuem entre as opções: não bebo (0); 1 ou 2 “doses” (1); 3 ou 4 “doses” (2); 5 ou 6 “doses” (3); 7 a 9 “doses” (4); e 10 ou mais “doses” (5). Para os itens 3, 4, 5, 6, 7 e 8, as respostas podem variar entre os seguintes extremos: Nunca (0) e Todos os dias ou quase todos (4). As questões 9 e 10 apresentam três alternativas de resposta, a saber: Não (0); Sim, mas não no último ano (2); e Sim, durante o último ano (4). Para o cálculo da pontuação total, somam-se os valores referentes a cada resposta, sendo 40 a pontuação máxima da escala (SANTOS et al., 2012; LIMA et al., 2005).

De acordo com Pires e Webster (2011), esse instrumento auxilia identificar quatro diferentes padrões de consumo: uso de baixo risco (consumo que provavelmente não levará a problemas); uso de risco (consumo que poderá levar a problemas); uso nocivo (consumo que provavelmente já tenha levado a problemas) e provável dependência.

A partir do valor da soma das dez respostas, tem-se a classificação conforme o Quadro 2:

Quadro 2 - Classificação de consumo/dependência de álcool segundo o instrumento AUDIT (LIMA et al., 2005).

<b>Escores</b>	<b>Classificação</b>
0 – 7	Uso de baixo risco (consumo que provavelmente não levará a problemas)
8 – 15	Uso de risco (consumo que poderá levar a problemas)
16 – 19	Uso nocivo (consumo que provavelmente já tenha levado a problemas)
20 – 40	Provável dependência

O terceiro instrumento foi utilizado para a avaliação da Resiliência das pessoas idosas com HAS. Para isso, utilizou-se a Escala de Resiliência desenvolvida por Wagnild e Young em 1993, que é um dos poucos instrumentos usados para medir níveis de adaptação psicossocial positiva frente a eventos de vida importantes (WAGNILD; YOUNG, 1993). No Brasil, ela foi traduzida para o português, adaptada e validada no ano de 2005, por Pesce et al. (2005).

O modelo teórico da resiliência compreende, nessa escala, dois fatores: o fator I, denominado “competência pessoal”, que se relaciona à autoconfiança, à independência, à determinação, à invencibilidade, ao controle, à desenvoltura e à perseverança e o fator II, denominado “aceitação de si mesmo e da vida”, que representa a adaptabilidade, o equilíbrio, a flexibilidade e a perspectiva de vida equilibrada (WAGNILD, 2009).

Após a validação do instrumento no Brasil, Pesce et al. (2005) determinaram que os dois fatores “competência pessoal” e “aceitação de si mesmo e da vida”, originalmente encontrados pelos autores da escala, ficaram distribuídos em três fatores, sendo que o primeiro se refere a itens que indicam resolução de ações e valores (que dão sentido à vida, por exemplo, amizade, realização pessoal, satisfação e significado da vida). O segundo fator agrupou itens que transmitem ideia de independência e de determinação. No terceiro e último fator, estão os itens indicativos de autoconfiança e capacidade de adaptação a situações.

O instrumento possui 25 itens, descritos de forma positiva com resposta tipo *Likert*, variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). A pontuação dessa escala pode variar entre 25 a 175 pontos, assim correspondendo: valores maiores que 145 indicam moderadamente alta a alta resiliência,; 125 a 145 se referem a níveis de resiliência moderadamente baixa a moderada, e valores iguais ou menores que 124 pontos correspondem à baixa resiliência (WAGNILD, 2009).

Cabe destacar que o instrumento apresentou boa confiabilidade e validade durante o processo de construção, de tradução, de adaptação e de validação (WAGNILD; YOUNG, 1993; PESCE et al., 2005) (ANEXO B).

## **5.6 Procedimento de coleta de dados**

O processo de coleta de dados foi realizado após a autorização da Secretaria Municipal de Saúde onde o estudo se desenvolveu, além da aprovação do Comitê

de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNIFAL-MG e da realização do processo de refinamento do instrumento e do teste piloto.

Para realizar a coleta de dados, foi solicitada às enfermeiras das Estratégia Saúde da Família em estudo a listagem de todas as pessoas idosas com HAS e que fazem parte da área de abrangência de cada equipe. Com essa listagem e com o cálculo do tamanho da amostra, realizou-se o sorteio dessas pessoas que compuseram a amostra e que foram convidadas a participar do presente estudo.

No período de coleta dos dados, a pesquisadora, com a listagem em mãos, após o sorteio, realizou comunicação prévia com os indivíduos selecionados para agendar o melhor horário e local para a aplicação dos instrumentos.

Durante a abordagem da pessoa idosa, solicitou-se sua colaboração para a realização da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, comunicando todos os objetivos do estudo, que sua participação seria voluntária e que ela poderia desistir da pesquisa em qualquer fase.

Posteriormente a sua aprovação em participar do estudo, a pesquisadora apresentou os instrumentos, e iniciou a coleta que ocorreu por meio de entrevista, realizada pela própria pesquisadora, que anotou todas as respostas informadas pelo entrevistado, sem que ocorresse interferência nos relatos.

A entrevista é uma das técnicas de coleta de dados considerada como sendo uma forma racional de conduta do pesquisador, previamente estabelecida, para dirigir com eficácia um conteúdo sistemático de conhecimentos, de maneira mais completa possível (ROSA; ARNOLDI, 2006). Embora esteja muito ligada aos estudos de natureza qualitativa, optou-se por utilizar esse método de coleta de dados pelo fato de a população de estudo se tratar de pessoas idosas que podem apresentar dificuldades visuais, de leitura e de preenchimento dos instrumentos.

## **5.7 Análise dos dados**

Os dados coletados pelos instrumentos foram digitados em uma planilha do MS-Excel, versão 2010, para a elaboração do banco de dados. Para isso, realizou-se seleção, categorização e tabulação dos dados para sua elaboração. Isso para verificar a exatidão das informações obtidas para analisar possíveis falhas na coleta de dados. Para a categorização, os dados foram codificados, de forma que isso facilitou a contagem e a tabulação dos resultados (GALDEANO, 2007).

Em seguida, efetuou-se em dupla digitação a fim de evitar erros de transcrição. Posteriormente, utilizou-se, para a análise estatística descritiva e inferencial, o *software Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 17.0. Destaca-se que esse *software* é o modelo mais utilizado para análise de dados por meio de instrumentos tipo *Likert* (BISQUERRA; SARRIERA; MARTINEZ, 2004).

Para a avaliação da confiabilidade da Escala AUDIT e Escala de Resiliência, utilizou-se o Coeficiente *Alfa de Cronbach* com o intuito de avaliar a consistência interna e se os dados estavam correlacionados uns aos outros, uma vez que, quanto maior for o alfa, maior será a homogeneidade das variáveis estudadas, apresentando a relação de proximidade da medida (GUILLERMIN; BOMBARDIER, 1993).

O valor alcançado pelo Coeficiente Alfa de *Cronbach* pode variar entre zero e um. Assim, quanto maior o valor, maior a consistência interna e a confiabilidade do instrumento, ou maior a coerência entre as variáveis, apresentando a homogeneidade na medida do mesmo fenômeno. Por isso, recomenda-se que o valor do Alfa de *Cronbach* seja acima de 0,70 (ZANEI, 2006; FAYERS; MACHIN, 2000).

Ressalta-se que, neste estudo, não foi necessário realizar o teste de normalidade, uma vez que foi possível dicotomizar as variáveis necessárias para a realização das análises estatísticas e das associações.

No intuito de facilitar a análise estatística dos dados e as comparações, algumas variáveis independentes foram reagrupadas. Essas variáveis estão apresentadas a seguir. Esse reagrupamento foi feito considerando-se a distribuição dos dados em cada categoria da variável original. Cabe ressaltar que a variável consumo/dependência de álcool foi recodificada em duas categorias para a realização das comparações: uso de baixo risco x uso de risco. Da mesma forma, a variável resiliência foi recodificada também em duas categorias com o mesmo intuito de comparações: resiliência baixa x resiliência moderadamente baixa a moderada e resiliência moderadamente alta a alta.

Além disso, foram utilizados os testes Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher para verificar a associação entre o consumo/dependência de álcool com as variáveis independentes: sexo (masculino x feminino); faixa etária (60 a 70 anos x 71 anos ou mais); estado civil (com companheiro(a) x sem companheiro(a)); crença religiosa (católica x outras); quantidade de filhos (sem filhos x com filhos); renda

familiar mensal (até 1.700 reais x acima de 1.701 reais) e renda própria mensal (até 880,00 reais x acima de 881,00 reais); tipo de moradia (própria x outras); escolaridade (sem alfabetização x com alfabetização); tabagismo (sim x não); atividade física (não pratica x pratica); atividades de lazer (sim x não); tempo de HAS (até 20 anos x acima de 20 anos); uso contínuo de medicamentos (sim x não); auxílio para tomar medicamentos (sim x não); tratamentos não farmacológicos (sim x não); complicações (sim x não) e eventos marcantes na vida (sim x não).

Também se utilizaram esses mesmos testes estatísticos na análise univariada, para verificar se existe associação entre a medida de resiliência e as variáveis independentes: sexo (masculino x feminino); faixa etária (60 a 70 anos x 71 anos ou mais); estado civil (com companheiro(a) x sem companheiro(a)); crença religiosa (católica x outras); quantidade de filhos (sem filhos x com filhos); renda familiar mensal (até 1.700 reais x acima de 1.701 reais) e renda própria mensal (até 880,00 reais x acima de 881,00 reais); tipo de moradia (própria x outras); escolaridade (sem alfabetização x com alfabetização); tabagismo (sim x não); atividade física (não pratica x pratica); atividades de lazer (sim x não); tempo de HAS (até 20 anos x acima de 20 anos); uso contínuo de medicamentos (sim x não); auxílio para tomar medicamentos (sim x não); tratamentos não-farmacológicos (sim x não); complicações (sim x não) e eventos marcantes na vida (sim x não).

Com o intuito de verificar se existe associação entre o consumo/dependência de álcool e a resiliência dessas pessoas idosas com HAS, foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson.

Neste estudo, foi adotado o nível de significância de 5%, ou seja, os dados apresentaram-se estatisticamente significantes para  $P < 0,05$ .

Após essas análises, foi estimado o *odds ratio* (razão de chance) das variáveis independentes com o consumo/dependência de álcool e com a resiliência, com o respectivo intervalo de confiança de 95%. Posteriormente, utilizou-se o modelo de regressão logística das variáveis independentes com o consumo/dependência de álcool e com a resiliência (TRIOLA, 2008). Assim, todas as variáveis independentes foram incluídas na análise. Posteriormente, as possíveis combinações de variáveis foram selecionadas até se chegar àquelas que forneceram um ajuste ao modelo, com valor significativamente estatístico.

Com a finalização das análises, os dados obtidos foram representados por meio de tabelas, constando valores absolutos e percentuais, e as variáveis

numéricas com estatística descritiva e inferencial (média; mediana; desvio padrão; mínimo e máximo).

## **6 RESULTADOS**

Neste capítulo são apresentados os resultados do presente estudo. Para tanto, o capítulo foi estruturado em seis seções. Na primeira seção é apresentada a análise descritiva das variáveis estudadas. Na segunda seção é feita uma avaliação do consumo/dependência de álcool na pessoa idosa com HAS. Já na terceira seção mostra-se a avaliação da resiliência na pessoa idosa com HAS. Adiante, na quarta seção, são apresentadas as análises univariadas dos fatores associados ao consumo/dependência de álcool, e na quinta seção as análises univariadas dos fatores associados à resiliência. Por fim, na sexta seção, é exposta a análise univariada do consumo/dependência de álcool com a resiliência.

### **6.1 Análise descritiva das variáveis**

Nesta seção, serão apresentadas algumas análises descritivas das variáveis estudadas referentes às pessoas idosas com HAS. Para isso, as tabelas numeradas de 1 a 13 atendem ao primeiro objetivo específico deste estudo, que é identificar as variáveis socioeconômicas, de hábitos de vida e eventos marcantes da população idosa com HAS.

Na tabela 2, é apresentada a distribuição das pessoas idosas com HAS, de acordo com algumas variáveis de caracterização.

Tabela 2 – Distribuição de pessoas idosas com HAS de acordo com as variáveis “sexo”, “faixa etária”, “estado civil” e “crença religiosa”. Machado, MG, 2016. (n=300).

<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	183	61,0
Masculino	117	39,0
Total	300	100,0
<b>Faixa etária</b>		
60 a 70 anos	174	58,0
71 a 80 anos	97	32,0
81 a 90 anos	29	10,0
91 ou mais	0	0,0
Total	300	100,0
<b>Estado civil</b>		
Casado(a)/com companheiro(a)	176	58,7
Viúvo(a)	94	31,3
Solteiro(a)	18	6,0
Separado(a)/divorciado(a)	12	4,0
Total	300	100,0
<b>Crença religiosa</b>		
Católica	237	79,0
Evangélica	60	20,0
Ateu (sem religião)	2	0,7
Agnóstico	1	0,3
Espírita	0	0,0
Total	300	100,0

Fonte: Elaboração do autor.

A amostra foi composta em sua maioria por pessoas idosas do sexo feminino, com 61,0% (183) das participações. A faixa etária que obteve maior frequência foi de 60 a 70 anos, na qual 58,0% (174) das pessoas idosas avaliadas se encontravam. Com relação ao estado civil, a maioria é casada ou convive com companheiro(a), correspondendo a 58,7% (176) das pessoas estudadas. Isso também foi observado na crença religiosa, em que grande parte dos entrevistados relatou ser católico, com um total de 79,0% (237), conforme representado na Tabela 2.

A Tabela 3 apresenta a distribuição das pessoas idosas com HAS com relação a algumas variáveis de caracterização.

Tabela 3 – Distribuição de pessoas idosas com HAS segundo as variáveis “quantidade de filhos”, “tipo de moradia” e “escolaridade”. Machado, MG, 2016. (n=300).

<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Quantidade de filhos</b>		
Sem filhos	19	6,3
Um a cinco filhos	183	61,0
Seis a dez filhos	71	23,7
Onze ou mais filhos	27	9,0
Total	300	100,0
<b>Tipo de moradia</b>		
Própria	261	87,0
Emprestada	26	8,7
Alugada	10	3,3
Própria com financiamento	3	1,0
Total	300	100,0
<b>Escolaridade</b>		
Sem alfabetização	104	34,7
Ensino fundamental incompleto	154	51,3
Ensino fundamental completo	20	6,7
Ensino médio incompleto	2	0,7
Ensino médio completo	15	5,0
Superior incompleto	1	0,3
Superior completo	3	1,0
Pós-graduação	1	0,3
Total	300	100,0

Fonte: Elaboração do autor.

Ao analisar a quantidade de filhos entre as pessoas idosas entrevistadas, é possível observar que grande parte delas possui entre um e cinco filhos, correspondendo a 61,0% (183) das respostas. Cabe ressaltar que a população que possui de seis a dez filhos obteve um percentual relevante, 23,7% (71). Referentemente ao tipo de moradia, observa-se maior frequência para pessoas que possuíam casa própria, sendo que estas corresponderam a 87,0% (261). Os dados sobre a escolaridade dos entrevistados revelam que 51,3% (154) possuem ensino fundamental incompleto. Os números referentes à população idosa com HAS sem alfabetização também merece destaque, uma vez que representa 34,7% (104) da amostra entrevistada.

As variáveis renda familiar mensal, renda própria mensal, autonomia financeira e auxílio/complementação financeiro, é representada na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição de pessoas idosas com HAS conforme as variáveis “renda familiar mensal”, “renda própria mensal”, “autonomia financeira” e “auxílio/complementação financeiro”. Machado, MG, 2016. (n=300).

Variáveis	f	%
<b>Renda familiar mensal*</b>		
Até 880 reais	69	23,0
De 881 a 1700 reais	79	26,3
De 1701 a 2500 reais	81	27,0
De 2501 reais ou mais	71	23,7
Total	300	100,0
<b>Renda própria mensal*</b>		
Sem renda própria	19	6,3
De 1 a 880 reais	215	71,7
De 881 a 1700 reais	31	10,3
De 1701 a 2500 reais	25	8,4
De 2501 reais ou mais	10	3,3
Total	300	100,0
<b>Autonomia financeira</b>		
Sim	195	65,0
Não	105	35,0
Total	300	100,0
<b>Auxílio/complementação financeiro**</b>		
Recebe ajuda de familiares	90	85,7
Realiza atividades informais para complementar a renda	10	9,5
Recebe ajuda da comunidade	5	4,8
Total	105	100,0

Fonte: Elaboração do autor.

\*Considerado o valor do salário mínimo nacional de 880,00 reais, vigente para o ano de 2016.

\*\* Apenas os entrevistados que referiram não ter autonomia financeira.

A renda familiar mensal com maior frequência entre os entrevistados foi de 1.701 a 2.500 reais (correspondendo a aproximadamente de 2 a 3 salários mínimos), observando-se um percentual de 27,0% (81). Cabe destacar que as famílias das pessoas idosas com HAS que viviam com até 1.700 reais mensais (2 salários mínimos) correspondiam a 49,3% (148), sendo que, destas, 26,3% (79) tinham renda familiar mensal de 881,00 a 1.700 reais (1 a 2 salários mínimos) e 23,0% (69) de até 880,00 reais (1 salário mínimo). A renda própria mensal apresentou maior frequência para as pessoas que viviam com até 880,00 reais (1 salário mínimo), representando 71,7% (215) dos entrevistados. A maior parte das

peessoas idosas relataram apresentar autonomia financeira, 65,0% (195), sendo que entre os entrevistados que relataram não ter autonomia financeira, 85,7% (90) revelaram receber ajuda de familiares.

A estatística descritiva das variáveis: idade, quantidade de filhos, renda familiar mensal e renda própria mensal é representada na Tabela 5.

Tabela 5 – Estatística descritiva das variáveis “idade”, “quantidade de filhos”, “renda familiar mensal” e “renda própria mensal”. Machado, MG, 2016. (n=300).

Estatística Descritiva	Variáveis			
	Idade (em anos)	Quantidade de filhos	Renda familiar mensal (em reais)	Renda própria mensal (em reais)
Média	69,78	4,75	1.962,79	997,00
Mediana	69	4	1760,00	880,00
Desvio Padrão	7,35	3,63	1.119,67	554,69
Mínimo	60	0	500,00	0,00
Máximo	90	20	8.800,00	3.520,00

Fonte: Elaboração do autor.

Com relação à estatística descritiva das variáveis mencionadas na Tabela 5, observa-se que a média de idade entre as pessoas idosas com HAS foi de 69,78 anos; já a mediana, foi de 69 anos. A variável quantidade de filhos teve uma média de 4,75 filhos, e a mediana de 4 filhos por participante. Quando observada a renda familiar mensal, nota-se que a média foi de 1.962,79 reais, com uma mediana de 1.760,00 reais por entrevistado. Já a renda própria mensal, apresentou média de 997,00 reais, com mediana de 880,00 reais.

A Tabela 6 apresenta algumas variáveis referentes ao hábito de vida dos entrevistados, relacionadas ao uso de tabaco, quantidade de cigarros/dia, ex-tabagista, tempo de tabagismo, tempo de ex-tabagista.

Tabela 6 – Distribuição de pessoas idosas com HAS de acordo com as variáveis referentes aos hábitos de vida: “uso de tabaco”, “quantidade de cigarros”, “ex-tabagista”, “tempo de tabagismo” e “tempo de ex-tabagista”. Machado, MG, 2016. (n=300).

Variáveis	F	%
<b>Uso de tabaco</b>		
Não	260	86,7
Sim	40	13,3
Total	300	100,0
<b>Quantidade de cigarros/dia*</b>		
Até 10 cigarros	27	67,5
Acima de 10 cigarros	13	32,5
Total	40	100,0
<b>Ex-tabagista**</b>		
Não	178	68,5
Sim	82	31,5
Total	260	100,0
<b>Tempo de tabagismo***</b>		
Até 20 anos	36	43,9
Acima de 20 anos	46	56,1
Total	82	100,0
<b>Tempo de ex-tabagista***</b>		
Até 20 anos	57	43,9
Acima de 20 anos	25	56,1
Total	82	100,0

Fonte: Elaboração do autor.

\* Apenas entrevistados tabagistas.

\*\* Apenas entrevistados que responderam não ser tabagista.

\*\*\* Apenas entrevistados que afirmaram já ter fumado na vida.

Ao investigar o uso de tabaco entre as pessoas idosas avaliadas, percebe-se que somente 13,3% (40) delas mencionaram ser tabagistas e, destas, 67,5% (27) fazem uso de até 10 cigarros por dia. Entre os entrevistados que afirmaram não ser tabagistas, 31,5% (82) relataram já ter fumado, sendo que a maioria destes, 56,1% (46), fumou por mais de 20 anos. Foi observado também que 56,1% (25) dos entrevistados que já fumaram possuem tempo de ex-tabagista acima de 20 anos, conforme se verifica na Tabela 6.

A estatística descritiva das variáveis: quantidade de cigarros por dia, tempo de tabagismo e tempo de ex-tabagista é representada na Tabela 7.

Tabela 7 – Estatística descritiva das variáveis “quantidade de cigarros”, “tempo de tabagismo” e “tempo de ex-tabagista”. Machado, MG, 2016. (n=300).

Estatística Descritiva	Variáveis		
	Quantidade de cigarros (por dia)	Tempo de tabagismo (em anos)	Tempo de ex-tabagista (em anos)
Média	7,25	27,01	18,2
Mediana	4	27	16
Desvio Padrão	6,33	13,19	12,77
Mínimo	1	1	1
Máximo	20	54	60

Fonte: Elaboração do autor.

A estatística descritiva da variável “quantidade de cigarros” apontou que a média de cigarros entre as pessoas idosas com HAS que eram tabagistas é de 7,25 cigarros por dia, sendo a mediana de 4 cigarros por dia. Já para o tempo de tabagismo, obteve-se uma média de 27,01 anos, e mediana de 27 anos. A média do tempo de ex-tabagismo foi de 10,21 anos, sendo a mediana de 16 anos por ex-tabagista, de acordo com a Tabela 7.

A Tabela 8 apresenta a distribuição das pessoas idosas com HAS conforme variável “prática de atividade física”.

Tabela 8 – Distribuição de pessoas idosas com HAS com relação a variável “prática de atividade física”. Machado, MG, 2016. (n=300).

<b>Prática de atividade física</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Não pratica	168	56,0
Pratica raramente	31	10,3
Pratica alguns dias da semana	65	21,7
Pratica diariamente	36	12,0
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaboração do autor.

Ao avaliar a distribuição das pessoas idosas com HAS conforme prática de atividade física, observada na Tabela 8, verificou-se uma maior frequência de entrevistados que não praticam atividade física. Isso representa 56,0% (168) da população total avaliada. Ressalta-se que houve um percentual relevante, 21,7% (65), de pessoas que praticam atividade física apenas alguns dias da semana.

A seguir, na Tabela 9, serão expostas algumas variáveis referentes à atividade de lazer, à quantidade e ao tipo de atividade de lazer, conforme a distribuição das pessoas idosas com HAS.

Tabela 9 - Distribuição de pessoas idosas com HAS segundo as variáveis: “atividade de lazer”, “quantidade de atividade de lazer” e “tipo de atividade de lazer”. Machado, MG, 2016. (n=300).

Variáveis	f	%
<b>Atividades de lazer</b>		
Sim	281	93,7
Não	19	6,3
Total	300	100,0
<b>Quantidade de atividade de lazer*</b>		
Um	236	84,0
Dois	45	16,0
Total	281	100,0
<b>Tipo de atividade de lazer**</b>		
Atividades manuais	79	28,1
Assistir televisão	76	27,0
Jogos	20	7,1
Caminhada	19	6,8
Participar de grupos da terceira idade	17	6,0
Interagir com amigos	12	4,3
Leitura	12	4,3
Viagens	12	4,3
Pescar	10	3,5
Dança	8	2,8
Música	11	3,9
Esportes	2	0,7
Baile	1	0,4
Dirigir	1	0,4
Palavras cruzadas	1	0,4

Fonte: Elaboração do autor.

\* Somente entrevistados que responderam ter atividade de lazer.

\*\* Somente entrevistados que responderam ter atividades de lazer, houve mais de uma resposta por entrevistado.

De acordo com a distribuição das pessoas idosas com HAS, a maioria relata apresentar atividade de lazer, 93,7% (281), sendo que, destas, grande parte relatou ter apenas uma atividade de lazer, correspondendo a 84,0% (236) dos entrevistados. Quanto ao tipo de atividade de lazer mais referida pelas pessoas avaliadas, destacam-se as atividades manuais, com 28,1% (79), seguidas da resposta assistir televisão, 27,0% (76). Cabe destacar que as atividades caminhada, esportes, dança, foram pouco relatadas pelos entrevistados.

A tabela 10 apresenta a distribuição de pessoas idosas com HAS, conforme as variáveis referentes à doença HAS.

Tabela 10 – Distribuição de pessoas idosas com HAS, conforme as variáveis “tempo de HAS”, “uso contínuo de medicamentos”, “quantidade de medicamentos”, “grupo farmacológico”, “auxílio para uso de medicamentos”, “pessoa que auxilia o tratamento medicamentoso”. Machado, MG, 2016. (n=300).

Variáveis	f	%
<b>Tempo de HAS</b>		
1 a 10 anos	149	49,7
11 a 20 anos	76	25,3
21 a 30 anos	42	14,0
31 ou mais	33	11,0
Total	300	100,0
<b>Uso contínuo de medicamentos</b>		
Sim	279	93,0
Não	21	7,0
Total	300	100,0
<b>Quantidade de medicamentos*</b>		
Um	98	35,1
Dois	134	48,0
Três	32	11,5
Quatro	15	5,4
Total	279	100,0
<b>Grupo farmacológico**</b>		
Diurético	188	67,4
Antagonista do receptor de angiotensina II	137	49,1
Inibidor da enzima conversora de angiotensina	83	29,7
Inibidor adrenérgico	64	22,9
Antagonista dos canais de cálcio	46	16,5
Vasodilatador direto	5	1,0
<b>Auxílio para uso de medicamentos*</b>		
Não	251	90,0
Sim	28	10,0
Total	279	100,0
<b>Pessoa que auxilia o uso de medicamentos***</b>		
Familiares	28	100,0

Fonte: Elaboração do autor.

\* Somente entrevistados que faziam uso de medicamentos contínuos.

\*\* Somente entrevistados que faziam uso de medicamentos contínuos, houve mais de uma resposta por entrevistado.

\*\*\* Somente entrevistados que necessitavam de auxílio para o uso de medicamentos.

De acordo com o tempo de HAS relatado pelas pessoas idosas entrevistadas, identifica-se que 49,7% (149) apresentam HAS entre 1 e 10 anos. 93,0% (279) revelaram fazer uso de medicamentos contínuos para controle dessa patologia, sendo que a maior parte das pessoas entrevistadas, 48,0% (134), referiu fazer uso de 2 tipos de medicamentos por dia. O grupo farmacológico mais utilizado para o

controle da HAS foi o diurético, 67,7% (188), seguido do antagonista dos receptores de angiotensina II, 49,1% (137). É importante destacar que apenas uma pequena parcela da população idosa entrevistada conta com auxílio para o uso diário de medicamentos, 10,0% (28), sendo que todos relataram os familiares como pessoas que auxiliam no uso desses medicamentos.

A tabela 11 apresenta a análise estatística descritiva das variáveis: tempo de HAS e quantidade de medicamentos.

Tabela 11 – Estatística descritiva das variáveis “tempo de HAS” e “quantidade de medicamentos”, Machado, MG, 2016. (n=300).

Estatística Descritiva	Variáveis	
	Tempo de HAS (em anos)	Quantidade de medicamentos contínuos
Média	16,0	1,87
Mediana	11	2
Desvio Padrão	12,0	0,8
Mínimo	1,0	1,0
Máximo	50,0	4,0

Fonte: Elaboração do autor.

Com relação à estatística descritiva das variáveis descrita na tabela 10, verifica-se que a média de tempo de HAS das pessoas idosas foi de 16 anos, com mediana de 11. Para a quantidade de medicamentos contínuos utilizada pelos entrevistados, obteve-se a média de 1,87, com mediana de 2 medicamentos.

A tabela 12 apresenta a distribuição de pessoas idosas com HAS com relação às variáveis tratamento não farmacológico para HAS, à quantidade e aos tipos de tratamento não farmacológico, complicações, quantidade e tipos de complicações.

Tabela 12 – Distribuição de pessoas idosas com HAS com relação às variáveis “tratamento não farmacológico para HAS”, “quantidade de tratamento não farmacológico”, “tipos de tratamento não farmacológico”, “complicações”, “quantidade de complicações”, “tipos de complicações”. Machado, MG, 2016. (n=300).

<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Tratamento não farmacológico para HAS</b>		
Sim	181	60,3
Não	119	39,7
Total	300	100,0
<b>Quantidade de tratamento não farmacológico*</b>		
Um	130	71,8
Dois	43	23,8
Três	8	4,4
Total	181	100,0
<b>Tipos de tratamento não farmacológico**</b>		
Prática de atividade física	163	90,0
Adoção de hábitos alimentares saudáveis	60	33,1
Controle de peso	11	6,1
Uso de sucos/chás	5	2,8
<b>Complicações</b>		
Não	234	78,0
Sim	66	22,0
Total	300	100,0
<b>Tipos de complicações***</b>		
Cardiopatias	31	47,0
Acidente vascular cerebral	15	22,7
Doença renal crônica	15	22,7
Complicações arteriais periféricas	5	7,6
Total	66	100,0

Fonte: Elaboração do autor.

\* Apenas entrevistados que realizavam tratamento não farmacológico para HAS.

\*\* Apenas entrevistados que realizavam tratamento não farmacológico para HAS. Houve mais de uma resposta por entrevistado.

\*\*\*Apenas entrevistados que relataram apresentar complicações devido a HAS.

Para a distribuição das pessoas idosas entrevistadas de acordo com a realização de tratamento não farmacológico para HAS, destaca-se que 39,7% (119) relataram não realizar nenhum tipo de tratamento não farmacológico para o controle desta patologia. Dentre os que relataram realizar tratamento não farmacológico, 60,3% (181) realizam apenas um tipo deste tratamento, sendo o relatado com maior frequência a prática de atividade física, 90,0% (163). Cabe ressaltar que a adoção de hábitos saudáveis apresentou frequência de 20,0% (60). As pessoas idosas que

apresentaram complicações associadas à HAS corresponderam a 22,0% (66) dos entrevistados; dentre elas, a relatada com maior frequência foi a cardiopatia, com 47,0% (31) das complicações.

A seguir, a tabela 13 apresenta a distribuição de pessoas idosas com HAS de acordo com as variáveis profissão e situação atual.

Tabela 13 – Distribuição de pessoas idosas com HAS de acordo com as variáveis “profissão” e “situação atual”. Machado, MG, 2016. (n=300).

<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Profissão</b>		
Trabalhador rural	123	41,0
Serviços gerais	58	19,3
Do lar	24	8,0
Motorista	19	6,3
Cozinheiro (a)	13	4,3
Costureira	10	3,3
Pedreiro	10	3,3
Autônomo	9	3,0
Mecânico	6	2,0
Auxiliar administrativo	5	1,7
Professor	5	1,7
Segurança	4	1,3
Técnico em enfermagem	3	1,0
Cuidador de idosos	3	1,0
Balconista	2	0,7
Saqueiro	2	0,7
Agente comunitário de saúde	1	0,3
Reciclagem	1	0,3
Funileiro	1	0,3
Policial	1	0,3
Total	300	100,0
<b>Situação atual*</b>		
Aposentado	244	81,3
Trabalhando	31	10,3
Recebendo benefício	24	8,0
Desempregado	19	6,3

Fonte: Elaboração do autor.

\*Houve mais de uma resposta por entrevistado.

Ao verificar os resultados apresentados na tabela 13, identifica-se que a profissão mais frequente na população estudada é a de trabalhador rural, correspondendo a 41% (123) dos entrevistados. A principal situação atual das pessoas idosas com HAS é a de aposentado, com 81,3% (244).

A Tabela 14 apresenta a distribuição das pessoas idosas com HAS conforme as variáveis relacionadas a eventos marcantes na vida do entrevistado.

Tabela 14 – Distribuição de pessoas idosas com HAS segundo as variáveis “eventos marcantes na vida”, “quantidade de eventos marcantes na vida” e “tipo de eventos marcantes na vida”. Machado, MG, 2016. (n=300).

Variáveis	f	%
<b>Evento marcante na vida</b>		
Sim	221	73,7
Não	79	26,3
Total	300	100,0
<b>Quantidade de eventos marcantes na vida*</b>		
Um	221	100,0
<b>Tipo de eventos marcantes na vida*</b>		
Perda (morte) de pessoa querida	85	38,5
Conflitos familiares	42	19,0
Diagnóstico de doença em você	29	13,1
Realização pessoal	23	10,4
Nascimento de filho/neto	21	9,5
Festas comemorativas	8	3,6
Perda de emprego	4	1,8
Usuários de drogas na família	3	1,4
Diagnóstico de doença em pessoa querida	3	1,4
Separação do companheiro(a)/familiar	2	0,9
Filho deixou de usar drogas	1	0,4
Total	221	100,00

Fonte: Elaboração do autor.

\* Somente entrevistados que tiveram eventos marcantes na vida nos últimos 12 meses.

Ao analisar a variável “eventos marcantes na vida”, verificou-se que, do total de pessoas idosas avaliadas, 73,7% (221) tiveram algum evento marcante nos últimos 12 meses. Destas, com relação à quantidade de eventos, a totalidade relatou a ocorrência de apenas um acontecimento marcante na vida no último ano. Além disso, foi investigado o tipo de evento, sendo que a perda(morte) de ente querido foi o de maior número de relatos, com um percentual de 38,5% (85), seguido de conflitos familiares, 19,0% (42). Ressalta-se que o item “realizações pessoais” refere-se a acontecimentos bons, como por exemplo, aquisição de um carro, casa, entre outros.

## 6.2 Avaliação do consumo/dependência de álcool na pessoa idosa com HAS

Nesta seção, foi realizada a avaliação do consumo/dependência de álcool na pessoa idosa com HAS estudadas. Essa avaliação foi feita para responder ao segundo objetivo específico deste estudo, cuja finalidade é de avaliar o consumo/dependência de álcool pela população idosa com HAS. Dessa forma, para atender a esse objetivo, foram elaboradas as tabelas numeradas 15 e 16.

Tabela 15 – Distribuição das pessoas idosas com HAS de acordo com as resposta às perguntas da Escala AUDIT. Machado, MG, 2016. (n=300). (continua)

	Perguntas	Respostas	f	%
1	Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?*	(0) Nunca	227	75,7
		(1) Mensalmente	13	4,3
		(2) De 2 a 4 vezes por mês	33	11,0
		(3) De 2 a 3 vezes por semana	10	3,3
		(4) 4 ou mais vezes por semana	17	5,7
2	Quando você bebe, quantas doses você consome normalmente? **	(0) 1 a 2	30	41,1
		(1) 3 a 4	23	31,5
		(2) 5 a 6	13	17,8
		(3) 7 a 9	6	8,2
		(4) 10 ou mais	1	1,4
3	Com que frequência você toma 5 ou mais doses de uma vez? **	(0) Nunca	37	50,7
		(1) Menos de uma vez ao mês	15	20,5
		(2) Mensalmente	9	12,3
		(3) Semanalmente	11	15,1
		(4) Todos ou quase todos os dias	1	1,4
4	Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado? ***	(0) Nunca	30	63,8
		(1) Menos de uma vez ao mês	8	17,0
		(2) Mensalmente	5	10,6
		(3) Semanalmente	3	6,4
		(4) Todos ou quase todos os dias	1	2,1
5	Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você? ***	(0) Nunca	32	68,1
		(1) Menos de uma vez ao mês	6	12,8
		(2) Mensalmente	6	12,8
		(3) Semanalmente	2	4,3
		(4) Todos ou quase todos os dias	1	2,1
6	Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você precisou beber pela manhã para se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior? ***	(0) Nunca	36	76,6
		(1) Menos de uma vez ao mês	6	12,8
		(2) Mensalmente	0	0,0
		(3) Semanalmente	2	4,3
		(4) Todos ou quase todos os dias	3	6,4

Tabela 15 – Distribuição das pessoas idosas com HAS de acordo com as resposta à perguntas da Escala AUDIT. Machado, MG, 2016. (n=300). (conclusão)

	<b>Perguntas</b>	<b>Respostas</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
7	Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?***	(0) Nunca	32	68,1
		(1) Menos de uma vez ao mês	10	21,3
		(2) Mensalmente	1	2,1
		(3) Semanalmente	4	8,5
		(4) Todos ou quase todos os dias	0	0,0
8	Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?***	(0) Nunca	32	68,1
		(1) Menos de uma vez ao mês	10	21,3
		(2) Mensalmente	2	4,3
		(3) Semanalmente	3	6,4
		(4) Todos ou quase todos os dias	0	0,0
9	Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?*	(0) Não	250	83,3
		(1) Sim, mas não nos últimos 12 meses	41	13,7
		(4) Sim, nos últimos 12 meses	9	3,0
10	Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?*	(0) Não	233	77,7
		(2) Sim, mas não nos últimos 12 meses	48	16,0
		(4) Sim, nos últimos 12 meses	19	6,3

Fonte: Elaboração do autor

\* Todos os entrevistados responderam a estas perguntas.

\*\* Somente entrevistados que não obtiveram nota zero na questão um.

\*\*\* Somente entrevistados que não obtiveram nota zero na questão um ou na somatória das questões 2 e 3 responderam estas perguntas.

A análise da distribuição das pessoas idosas com HAS de acordo com as respostas às perguntas da Escala AUDIT, conforme apresentada na Tabela 15, foi realizada separadamente. Todos os entrevistados responderam as questões 1, 9 e 10, sendo que, na primeira (com que frequência você toma bebidas alcólicas?), 24,3% (73) dos avaliados mencionaram consumir álcool entre as respostas (1) mensalmente, ou (2) de 2 a 4 vezes por mês, ou (3) de 2 a 3 vezes por semana, ou (4) 4 ou mais vezes por semana, destacando-se a frequência de 2 a 4 vezes por mês, 11,0% (33). Na questão 9 (alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?), 83,3% (250) relataram nunca ter causado ferimentos ou prejuízos a si mesmos ou a outra pessoa após ter bebido, e na questão 10 (alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?), a maioria dos participantes do estudo, 77,7% (233), respondeu que

nunca alguém se preocupou com o fato de o entrevistado ter bebido ou sugeriu que o mesmo parasse de beber.

Ao realizar análise descritiva dos dados referentes às respostas à escala AUDIT, verificou-se que a média do escore desta escala foi de 2,48 pontos, com desvio padrão de 5,333, pontuação mínima de zero e máxima de 33 pontos.

A seguir, a tabela 16 apresenta a distribuição das pessoas idosas com HAS conforme a classificação da escala AUDIT de acordo com o ponto de corte.

Tabela 16 – Distribuição das pessoas idosas com HAS conforme a classificação da escala AUDIT de acordo o ponto de corte. Machado, MG, 2016. (n=300).

	f	%
Uso de baixo risco	268	89,3
Uso de risco	18	6,0
Uso nocivo	6	2,0
Provável dependência	8	2,7
Total	300	100,0

Fonte: Elaboração do autor.

Ao avaliar a distribuição das pessoas idosas com HAS, conforme a classificação da escala AUDIT, de acordo o ponto de corte, foi possível verificar que 89,3% (268) dos entrevistados fazem uso de baixo risco de bebidas alcólicas; 6,0% (18) fazem uso de risco e 2,0% (6) fazem uso nocivo. Cabe ressaltar que 2,7% (8) das pessoas idosas apresentaram provável dependência para o consumo de álcool.

Para a avaliação da consistência interna do instrumento utilizado, Escala AUDIT, foi aplicado o coeficiente interno de *Alpha de Cronbach*, que teve como valor 0,893. Com isso, considerou-se a consistência interna do instrumento aceitável para os itens avaliados e correlacionados uns aos outros, apresentando homogeneidade, o que apontou para a confiabilidade do instrumento para este estudo.

### 6.3 Avaliação da resiliência na pessoa idosa com hipertensão arterial sistêmica

Nesta seção, será apresentada a avaliação da resiliência das pessoas idosas, por meio das Tabelas 17 e 18. A seção foi elaborada para atender ao terceiro objetivo específico, que é avaliar a resiliência da população idosa com HAS.

A Tabela 17 apresenta a distribuição das pessoas idosas com HAS, de acordo com as respostas das afirmativas da Escala de Resiliência.

Tabela 17 – Distribuição das pessoas idosas com HAS, de acordo com as resposta às afirmativas da Escala de Resiliência. Machado, MG, 2016. (n=300). (continua)

	<b>Perguntas</b>	<b>Respostas</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
1	Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim	(1) Discordo totalmente	2	0,7
		(2) Discordo muito	22	7,3
		(3) Discordo pouco	43	14,3
		(4) Nem concordo nem discordo	17	5,7
		(5) Concordo pouco	76	25,3
		(6) Concordo muito	109	36,3
		(7) Concordo totalmente	31	10,3
2	Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra	(1) Discordo totalmente	2	0,7
		(2) Discordo muito	14	4,7
		(3) Discordo pouco	27	9,0
		(4) Nem concordo nem discordo	4	1,3
		(5) Concordo pouco	97	32,3
		(6) Concordo muito	133	44,3
		(7) Concordo totalmente	23	7,7
3	Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa	(1) Discordo totalmente	0	0,0
		(2) Discordo muito	10	3,3
		(3) Discordo pouco	36	12,0
		(4) Nem concordo nem discordo	11	3,7
		(5) Concordo pouco	85	28,3
		(6) Concordo muito	115	38,3
		(7) Concordo totalmente	43	14,3
4	Manter interesse nas coisas é importante para mim	(1) Discordo totalmente	8	2,7
		(2) Discordo muito	30	10,0
		(3) Discordo pouco	44	14,7
		(4) Nem concordo nem discordo	8	2,7
		(5) Concordo pouco	67	22,3
		(6) Concordo muito	109	36,3
		(7) Concordo totalmente	34	11,3

Tabela 17 – Distribuição das pessoas idosas com HAS, de acordo com as resposta às afirmativas da Escala de Resiliência. Machado, MG, 2016. (n=300). (continuação)

<b>Perguntas</b>	<b>Respostas</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
5 Eu posso estar por minha conta se eu precisar	(1) Discordo totalmente	0	0,0
	(2) Discordo muito	8	2,7
	(3) Discordo pouco	40	13,3
	(4) Nem concordo nem discordo	10	3,3
	(5) Concordo pouco	102	34,0
	(6) Concordo muito	118	39,3
	(7) Concordo totalmente	22	7,3
6 Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida	(1) Discordo totalmente	6	2,0
	(2) Discordo muito	15	5,0
	(3) Discordo pouco	22	7,3
	(4) Nem concordo nem discordo	7	2,3
	(5) Concordo pouco	68	22,7
	(6) Concordo muito	106	35,3
	(7) Concordo totalmente	76	25,3
7 Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação	(1) Discordo totalmente	5	1,7
	(2) Discordo muito	100	33,3
	(3) Discordo pouco	72	24,0
	(4) Nem concordo nem discordo	4	1,3
	(5) Concordo pouco	52	17,3
	(6) Concordo muito	53	17,7
	(7) Concordo totalmente	14	4,7
8 Eu sou amigo de mim mesmo	(1) Discordo totalmente	0	0,0
	(2) Discordo muito	19	6,3
	(3) Discordo pouco	19	6,3
	(4) Nem concordo nem discordo	14	4,7
	(5) Concordo pouco	99	33,0
	(6) Concordo muito	113	37,7
	(7) Concordo totalmente	36	12,0
9 Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo	(1) Discordo totalmente	0	0,0
	(2) Discordo muito	11	3,7
	(3) Discordo pouco	27	9,0
	(4) Nem concordo nem discordo	10	3,3
	(5) Concordo pouco	117	39,0
	(6) Concordo muito	124	41,3
	(7) Concordo totalmente	11	3,7
10 Eu sou determinado	(1) Discordo totalmente	0	0,0
	(2) Discordo muito	5	1,7
	(3) Discordo pouco	17	5,7
	(4) Nem concordo nem discordo	9	3,0
	(5) Concordo pouco	114	38,0
	(6) Concordo muito	120	40,0
	(7) Concordo totalmente	35	11,7

Tabela 17 – Distribuição das pessoas idosas com HAS, de acordo com as resposta às afirmativas da Escala de Resiliência. Machado, MG, 2016. (n=300). (continuação)

<b>Perguntas</b>	<b>Respostas</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
11 Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas	(1) Discordo totalmente	0	0,0
	(2) Discordo muito	7	2,3
	(3) Discordo pouco	17	5,7
	(4) Nem concordo nem discordo	20	6,7
	(5) Concordo pouco	116	38,7
	(6) Concordo muito	132	44,0
	(7) Concordo totalmente	8	2,7
12 Eu faço as coisas um dia de cada vez	(1) Discordo totalmente	0	0,0
	(2) Discordo muito	6	2,0
	(3) Discordo pouco	23	7,7
	(4) Nem concordo nem discordo	15	5,0
	(5) Concordo pouco	116	38,7
	(6) Concordo muito	131	43,7
	(7) Concordo totalmente	9	3,0
13 Eu poso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes	(1) Discordo totalmente	0	0,0
	(2) Discordo muito	10	3,3
	(3) Discordo pouco	25	8,3
	(4) Nem concordo nem discordo	8	2,7
	(5) Concordo pouco	96	32,0
	(6) Concordo muito	127	42,3
	(7) Concordo totalmente	34	11,3
14 Eu sou disciplinado	(1) Discordo totalmente	3	1,0
	(2) Discordo muito	13	4,3
	(3) Discordo pouco	39	13,0
	(4) Nem concordo nem discordo	15	5,0
	(5) Concordo pouco	88	29,3
	(6) Concordo muito	111	37,0
	(7) Concordo totalmente	31	10,3
15 Eu mantenho interesse nas coisas	(1) Discordo totalmente	7	2,3
	(2) Discordo muito	15	5,0
	(3) Discordo pouco	56	18,7
	(4) Nem concordo nem discordo	4	1,3
	(5) Concordo pouco	87	29,0
	(6) Concordo muito	113	37,7
	(7) Concordo totalmente	18	6,0
16 Eu normalmente posso achar motivo para rir	(1) Discordo totalmente	1	0,3
	(2) Discordo muito	35	11,7
	(3) Discordo pouco	63	21,0
	(4) Nem concordo nem discordo	23	7,7
	(5) Concordo pouco	74	24,7
	(6) Concordo muito	81	27,0
	(7) Concordo totalmente	23	7,7

Tabela 17 – Distribuição das pessoas idosas com HAS, de acordo com as resposta às afirmativas da Escala de Resiliência. Machado, MG, 2016. (n=300). (continuação)

Perguntas		Respostas	f	%
17	Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis	(1) Discordo totalmente	0	0,0
		(2) Discordo muito	8	2,7
		(3) Discordo pouco	28	9,3
		(4) Nem concordo nem discordo	15	5,0
		(5) Concordo pouco	101	33,7
		(6) Concordo muito	131	43,7
		(7) Concordo totalmente	17	5,7
18	Em uma emergência, eu sou uma pessoa com quem as pessoas podem contar	(1) Discordo totalmente	3	1,0
		(2) Discordo muito	18	6,0
		(3) Discordo pouco	46	15,3
		(4) Nem concordo nem discordo	11	3,7
		(5) Concordo pouco	87	29,3
		(6) Concordo muito	102	34,0
		(7) Concordo totalmente	32	10,7
19	Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras	(1) Discordo totalmente	1	0,3
		(2) Discordo muito	6	2,0
		(3) Discordo pouco	34	11,3
		(4) Nem concordo nem discordo	9	3,0
		(5) Concordo pouco	109	36,3
		(6) Concordo muito	136	45,3
		(7) Concordo totalmente	5	1,7
20	Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não	(1) Discordo totalmente	4	1,3
		(2) Discordo muito	11	3,7
		(3) Discordo pouco	42	14,0
		(4) Nem concordo nem discordo	11	3,7
		(5) Concordo pouco	93	31,0
		(6) Concordo muito	118	39,3
		(7) Concordo totalmente	21	7,0
21	Minha vida tem sentido	(1) Discordo totalmente	2	0,7
		(2) Discordo muito	14	4,7
		(3) Discordo pouco	16	5,3
		(4) Nem concordo nem discordo	7	2,3
		(5) Concordo pouco	92	30,7
		(6) Concordo muito	115	38,3
		(7) Concordo totalmente	54	18,0
22	Eu não insisto em coisas sobre as quais eu não posso fazer n	(1) Discordo totalmente	1	0,3
		(2) Discordo muito	7	2,3
		(3) Discordo pouco	20	6,7
		(4) Nem concordo nem discordo	11	3,7
		(5) Concordo pouco	116	38,7
		(6) Concordo muito	133	44,3
		(7) Concordo totalmente	12	4,0
23	Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída	(1) Discordo totalmente	1	0,3
		(2) Discordo muito	3	1,0
		(3) Discordo pouco	30	10,0
		(4) Nem concordo nem discordo	13	4,3
		(5) Concordo pouco	109	36,3
		(6) Concordo muito	133	44,3
		(7) Concordo totalmente	11	3,7

Tabela 17 – Distribuição das pessoas idosas com HAS, de acordo com as resposta às afirmativas da Escala de Resiliência. Machado, MG, 2016. (n=300). (conclusão)

	<b>Perguntas</b>	<b>Respostas</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
24	Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer	(1) Discordo totalmente	4	1,3
		(2) Discordo muito	17	5,7
		(3) Discordo pouco	54	18,0
		(4) Nem concordo nem discordo	6	2,0
		(5) Concordo pouco	84	28,0
		(6) Concordo muito	106	35,3
		(7) Concordo totalmente	28	9,3
25	Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim	(1) Discordo totalmente	1	0,3
		(2) Discordo muito	13	4,3
		(3) Discordo pouco	34	11,3
		(4) Nem concordo nem discordo	4	1,3
		(5) Concordo pouco	86	28,7
		(6) Concordo muito	120	40,0
		(7) Concordo totalmente	42	14,0

Fonte: Elaboração do autor

A análise da distribuição das pessoas idosas com as respostas às afirmativas da Escala de Resiliência, conforme apresentada na Tabela 16, foi realizada separadamente. Essa divisão foi feita segundo as respostas às afirmativas em que os entrevistados relataram com mais frequência discordar (discordo pouco, discordo muito ou discordo totalmente) e segundo aquelas em que as pessoas idosas relataram com maior frequência concordar (concordo pouco, concordo muito ou concordo totalmente).

Dessa forma, entre as afirmativas em que as pessoas idosas discordaram com maior frequência, destaca-se a afirmativa número 7 (eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação), com 59,0% (177) das respostas, seguida da questão 16 (normalmente eu posso achar motivo para rir), que apresentou respostas discordando dessa afirmativa em 33,0% (99) da população estudada. Já ao analisar as afirmativas em que as pessoas idosas pesquisadas mais concordaram, destacam-se a afirmativa número 10 (eu sou determinado), que apresentou 89,7% (269) e a afirmativa número 21 (minha vida tem sentido), alcançando 87,0% (261) das respostas.

Ao realizar a análise descritiva dos dados referentes às respostas à escala de resiliência, verifica-se que a média do escore foi de 127,72 pontos, com desvio padrão de 20,69, mínimo de 63 e máximo de 175 pontos.

A tabela 18 apresenta a distribuição das pessoas idosas com HAS, conforme a classificação da escala de resiliência de acordo com o ponto de corte.

Tabela 18 – Distribuição das pessoas idosas com HAS, conforme a classificação da escala de resiliência de acordo com o ponto de corte. Machado, MG, 2016. (n=300).

<b>Classificação da Escala de Resiliência</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Resiliência baixa	110	36,7
Resiliência moderadamente baixa a moderada	119	39,7
Resiliência moderadamente alta a alta	71	23,6
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaboração do autor.

Ao avaliar a distribuição das pessoas idosas de acordo com a classificação da Escala de Resiliência, observa-se que 39,7% (119) dos entrevistados apresentam resiliência moderadamente baixa a moderada. Cabe ressaltar que a classificação de baixa resiliência apresentou um percentual de 36,7 (110).

Para a avaliação da consistência interna do instrumento utilizado, Escala de Resiliência, foi aplicado o coeficiente interno de *Alpha de Cronbach*, que teve como valor 0,916. Com isso, considerou-se adequada a consistência interna do instrumento para os itens avaliados e correlacionados uns aos outros, apresentando homogeneidade, o que apontou para alta confiabilidade do instrumento para este estudo.

#### **6.4 Análise univariada dos fatores associados ao consumo/dependência de álcool na pessoa idosa com HAS**

Esta seção abordará as análises univariadas dos fatores associados ao consumo/dependência de álcool. Isso será realizado para atender ao quarto objetivo específico, cuja finalidade é verificar se existe associação entre o consumo/dependência de álcool pela pessoa idosa com HAS e as variáveis: sexo; faixa etária; estado civil; crença religiosa; quantidade de filhos; renda familiar mensal e renda própria mensal; escolaridade; tabagismo; atividade física; atividades de lazer; uso contínuo de medicamentos; auxílio para tomar medicamentos; tratamentos não farmacológicos; complicações e eventos marcantes na vida. Para isso, foram elaboradas tabelas numeradas de 19 a 22.

A Tabela 19 apresenta a análise univariada dos fatores associados ao consumo/dependência de álcool com as variáveis: sexo; faixa etária; estado civil; crença religiosa e quantidade de filhos.

Tabela 19 – Análise univariada dos fatores associados ao consumo/dependência de álcool, conforme as variáveis “sexo”; “faixa etária”; “estado civil”; “crença religiosa” e “quantidade de filhos”. Machado, MG, 2016. (n=300).

Variáveis	Uso de baixo risco	Uso de risco	Valor-p	OR	IC 95%
<b>Sexo</b>					
Masculino	89 (76,1%)	28 (23,9%)	<b>&lt;0,001*</b>	1,000	0,024 - 0,209
Feminino	179 (97,8%)	4 (2,2%)		0,071	
<b>Faixa etária</b>					
60 a 70 anos	150 (86,2%)	24 (13,8%)	<b>0,039**</b>	1,000	0,184 – 0,977
71 anos ou mais	118 (93,7%)	8 (6,3%)		0,424	
<b>Estado civil</b>					
Com companheiro	155 (88,1%)	21 (11,9%)	0,398**	1,000	0,333 – 1,550
Sem companheiro	113 (91,1%)	11 (8,9%)		0,718	
<b>Crença religiosa</b>					
Católica	209 (88,2%)	28 (11,8%)	0,153*	1,000	0,171 – 1,500
Outras	59 (93,7%)	4 (6,3%)		0,506	
<b>Quantidade de filhos</b>					
Sem filhos	18 (94,7%)	1 (5,3%)	0,375*	1,000	0,288 – 17,303
Com filhos	250 (89,0%)	31(11,0%)		2,232	

Fonte: Elaboração do autor.

\*Aplicação do Teste Exato de Fisher

OR= *Odds ratio* (razão de chances)

\*\* Aplicação do Teste Qui-Quadrado de Pearson

IC= Intervalo de Confiança (inferior/superior)

Dentre as variáveis analisadas na Tabela 19, a variável sexo apresentou associação significativa com o consumo/dependência de álcool ( $p < 0,001$ ), ou seja, os participantes do sexo masculino apresentam mais chance de uso de risco para consumo/dependência de álcool. Da mesma forma, a variável faixa etária apresentou associação significativa com o consumo/dependência de álcool ( $p = 0,039$ ), revelando que os entrevistados entre 60 e 70 anos apresentam mais chances de uso de risco para consumo/dependência de álcool que os de 71 anos ou mais. As demais variáveis (estado civil, crença religiosa e quantidade de filhos) não apresentaram associação significativa com o consumo/dependência de álcool ( $p > 0,05$ ).

Será explicitada a análise univariada dos fatores associados ao consumo/dependência de álcool com as variáveis apresentadas na Tabela 20: renda familiar mensal; renda própria mensal; escolaridade e tabagismo.

Tabela 20 – Análise univariada dos fatores associados ao consumo/dependência de álcool, conforme as variáveis “renda familiar mensal”; “renda própria mensal”; tipo de moradia”; “escolaridade”; “tabagismo”. Machado, MG, 2016. (n=300).

Variáveis	Uso de baixo risco	Uso de risco	Valor-p	OR	IC 95%
<b>Renda familiar mensal</b>					
Até 1.700 reais	135 (91,2%)	13 (8,8%)	0,297*	1,000	0,704 – 3,125
Acima de 1.701 reais	133 (87,5%)	19 (12,5%)		1,484	
<b>Renda própria mensal</b>					
Até 880,00 reais	210 (89,7%)	24 (10,3%)	0,665*	1,000	0,515 – 2,827
Acima de 881,00 reais	58 (87,9%)	8 (12,1%)		1,207	
<b>Tipo de moradia</b>					
Própria	233 (89,3%)	28 (10,7%)	0,595**	1,000	0,315 – 2,875
Outras	35 (89,7%)	4 (10,3%)		0,951	
<b>Escolaridade</b>					
Sem alfabetização	95 (91,3%)	9 (8,7%)	0,411*	1,000	0,624 – 3,155
Com alfabetização	173 (88,3%)	23 (11,7%)		1,403	
<b>Tabagismo</b>					
Sim	27 (67,5%)	13 (32,5%)	<0,001*	6,107	2,701 – 13,727
Não	241 (92,7%)	19 (7,3%)		1,000	

Fonte: Elaboração do autor.

\*Aplicação do Teste Qui- Quadrado de Pearson

OR=Odds ratio (razão de chances)

\*\*Aplicação do Teste Exato de Fisher

IC= Intervalo de Confiança (inferior/superior)

De acordo com a análise univariada descrita na tabela 20, a variável tabagismo apresentou associação significativa com o consumo/dependência de álcool ( $p < 0,001$ ), em que a pessoa idosa que é tabagista apresenta 6 vezes mais chance de uso de risco para consumo/dependência de álcool do que os não fumantes. As demais variáveis analisadas nesta tabela não apresentaram associação significativa com o consumo/dependência de álcool ( $p > 0,05$ ).

A seguir, serão analisados na Tabela 21 as variáveis atividade física; atividade de lazer; tempo de HAS e uso de medicamentos contínuos e sua associação com o consumo/dependência de álcool.

Tabela 21 – Análise univariada dos fatores associados ao consumo/dependência de álcool, conforme as variáveis “atividade física”; “atividade de lazer”; “tempo de HAS”; “uso de medicamentos contínuos”. Machado, MG, 2016. (n=300).

Variáveis	Uso de baixo risco	Uso de risco	Valor-p	OR	IC 95%
<b>Atividade física</b>					
Não pratica	150 (89,3%)	18 (10,7%)	0,976*	1,000	0,472 – 2,070
Pratica atividade física	118 (89,4%)	14 (10,6%)		0,989	
<b>Atividade de lazer</b>					
Sim	251 (89,3%)	30 (10,7%)	0,670**	1,000	0,224 – 4,614
Não	17 (89,5%)	2 (10,5%)		1,016	
<b>Tempo de HAS</b>					
Até 20 anos	196 (87,1%)	29 (12,9%)	<b>0,020**</b>	1,000	0,083 – 0,953
Acima de 20 anos	72 (96,0%)	3 (4,0%)		0,282	
<b>Uso de medicamentos contínuos</b>					
Sim	252 (90,3%)	27 (9,7%)	<b>0,043*</b>	0,343	0,116 – 1,009
Não	16 (76,2%)	5 (23,8%)		1,000	

Fonte: Elaboração do autor.

\*Aplicação do Teste de Fisher

OR=Odds ratio (razão de chances)

\*\*Aplicação do Teste Qui-Quadrado de Pearson IC= Intervalo de Confiança (inferior/superior)

De acordo com a análise estatística descrita na Tabela 21, a variável tempo de HAS apresentou associação significativa com o consumo/dependência de álcool, em que os entrevistados que desenvolveram HAS nos últimos 20 anos tinham mais chances de uso de risco para consumo/dependência de álcool. Da mesma forma, os indivíduos que não fazem uso contínuo de medicamentos para o controle da HAS apresentam mais chances de uso de risco para consumo/dependência de álcool do que as pessoas idosas que fazem uso de medicamentos. As demais variáveis (atividade física e atividade de lazer) não apresentaram associação significativa com o consumo/dependência de álcool.

A seguir, será explicitada a análise univariada dos fatores associados ao consumo/dependência de álcool com as variáveis apresentadas na Tabela 22: auxílio para tomar medicamentos; tratamento não farmacológico; complicações e evento marcante na vida.

Tabela 22 – Análise univariada dos fatores associados ao consumo/dependência de álcool, conforme as variáveis “auxílio para tomar medicamentos”; “tratamento não farmacológico”; “complicações”; “evento marcante na vida”. Machado-MG, 2016. (n=300).

Variáveis	Uso de baixo risco	Uso de risco	Valor-p	OR	IC 95%
<b>Auxílio para tomar medicações</b>					
Sim	23 (82,1%)	5 (17,9%)	0,123*	2,263	0,783 – 6,541
Não	229 (91,2%)	22 (8,8%)			
<b>Tratamento não farmacológico</b>					
Sim	165 (91,2)	16 (8,8%)	0,206*	0,624	0,299 – 1,302
Não	103 (86,6%)	16 (13,4%)			
<b>Complicações</b>					
Sim	61 (92,4%)	5 (7,6%)	0,357*	0,628	0,232 – 1,701
Não	207 (88,5%)	27 (11,5%)			
<b>Evento marcante na vida</b>					
Sim	200 (90,5%)	21 (9,5%)	0,274*	1,000	0,706 – 3,360
Não	68 (86,1%)	11 (13,9%)			

Fonte: Elaboração do autor.

\*Aplicação do Teste Qui-Quadrado de Pearson

IC= Intervalo de Confiança (inferior/superior)

OR=Odds ratio (razão de chances)

Ao analisar possíveis associações entre consumo/dependência de álcool e as variáveis mencionadas (auxílio para tomar medicamentos; tratamento não farmacológico; complicações e evento marcante na vida), por meio da Tabela 22, observou-se que não houve associação significativa de nenhuma dessas variáveis com o consumo/dependência de álcool ( $P > 0,05$ ).

Na Tabela 23 será mostrado o modelo de regressão logística das variáveis independentes com o consumo/dependência de álcool.

Tabela 23 – Avaliação dos parâmetros do modelo de regressão logística das variáveis independentes com o consumo/dependência de álcool. Machado-MG, 2016. (n=300).

Variáveis	Parâmetro	Erro-padrão	OR	Valor-p
Sexo	2,683	0,631	14,625	<0,001
Tabagismo	1,088	0,494	2,969	0,028

Fonte: Elaboração do autor.

OR=*Odds ratio* (razão de chances)

Após análise dos parâmetros de todas as variáveis independentes com o consumo/dependência de álcool, pelo modelo de regressão logística, constatou-se que somente as variáveis “sexo” e “tabagismo” evidenciaram significância estatística, respectivamente,  $p < 0,001$  e  $p = 0,028$ , resultando em um modelo final ajustado (Tabela 23).

Dessa forma, o modelo constatou que as pessoas entrevistadas do sexo masculino tiveram aproximadamente 15 vezes mais chances de uso de risco para consumo/dependência de álcool do que o sexo feminino. Além disso, as pessoas tabagistas tiveram aproximadamente 3 vezes mais chances de uso de risco para consumo/dependência de álcool do que as que não se referiram tabagistas.

## **6.5 Análise univariada dos fatores associados à resiliência na pessoa idosa com HAS**

Nesta seção, será explicitada a análise univariada dos fatores associados à resiliência das pessoas idosas com HAS, com o intuito de responder ao penúltimo objetivo específico. Esse objetivo específico tem a finalidade de verificar a existência de associação entre a resiliência da pessoa idosa com HAS e as variáveis: sexo; faixa etária; estado civil; crença religiosa; quantidade de filhos; renda familiar mensal e renda própria mensal; escolaridade; tabagismo; atividade física; atividades de lazer; uso contínuo de medicamentos; auxílio para tomar medicamentos; tratamentos não-farmacológicos; complicações e eventos marcantes na vida. Com isso, para a apresentação dos resultados, foram elaboradas as Tabelas numeradas de 24 a 27.

A análise univariada dos fatores associados à resiliência, de acordo com as variáveis (sexo, faixa etária; estado civil; crença religiosa e quantidade de filhos) pode ser visualizada na Tabela 24.

Tabela 24 – Análise univariada dos fatores associados à resiliência, conforme as variáveis “sexo”; “faixa etária”; “estado civil”; “crença religiosa” e “quantidade de filhos”. Machado, MG, 2016. (n=300).

Variáveis	Resiliência Baixa	Resiliência M.B.M* a M.A.A**	Valor-p	OR	IC 95%
<b>Sexo</b>					
Masculino	38 (32,5%)	79 (67,5%)	0,229	0,742	0,455 – 1,207
Feminino	72 (39,3%)	111 (60,7%)		1,000	
<b>Faixa etária</b>					
60 a 70 anos	61 (35,1%)	113 (64,9%)	0,497	0,848	0,528–1,364
71 anos ou mais	49 (38,9%)	77 (61,1%)		1,000	
<b>Estado civil</b>					
Com companheiro	58 (33,0%)	118 (67,0%)	0,112	0,681	0,423 – 1,095
Sem companheiro	52 (41,9%)	72 (58,1%)		1,000	
<b>Crença religiosa</b>					
Católica	83 (35,0%)	154 (65,0%)	0,251	0,719	0,408 – 1,265
Outras	27 (42,9%)	36 (57,1%)		1,000	
<b>Quantidade de filhos</b>					
Sem filhos	7 (36,8%)	12 (63,2%)	0,987	1,008	0,385 – 2,641
Com filhos	103 (36,7%)	178 (63,3%)		1,000	

Fonte: Elaboração do autor.

\*Moderadamente baixa a moderada

\*\*Moderadamente alta a alta

Aplicação do Teste Qui-Quadrado de Pearson

OR=Odds ratio (razão de chances)

IC= Intervalo de Confiança (inferior/superior)

Na análise realizada, conforme representado na Tabela 24, constatou-se que nenhuma variável (sexo; faixa etária; estado civil; crença religiosa e quantidade de filhos) apresentou associação significativa com a resiliência ( $P > 0,05$ ).

A seguir, será explicitada a análise univariada dos fatores associados à resiliência, conforme as variáveis da Tabela 25: renda familiar mensal; renda própria mensal; tipo de moradia; escolaridade e tabagismo.

Tabela 25 – Análise univariada dos fatores associados à resiliência, conforme as variáveis “renda familiar mensal”; “renda própria mensal”; tipo de moradia”; “escolaridade”; “tabagismo”. Machado, MG, 2016, (n=300).

Variáveis	Resiliência Baixa	Resiliência M.B.M* a M.A.A**	Valor-p	OR	IC 95%
<b>Renda familiar mensal</b>					
Até 1.700 reais	67 (45,3%)	81 (54,7%)	<b>0,002</b>	2,097	1,299 – 3,385
Acima de 1.701 reais	43 (28,3%)	109 (71,7%)		1,000	
<b>Renda própria mensal</b>					
Até 880,00 reais	94 (40,2%)	140 (59,8%)	<b>0,018</b>	2,098	1,128 – 3,903
Acima de 881,00 reais	16 (24,2%)	50 (75,8%)		1,000	
<b>Tipo de moradia</b>					
Própria	93 (35,6%)	168 (64,4%)	0,336	0,716	0,362 – 1,417
Outras	17 (43,6%)	22 (56,4%)		1,000	
<b>Escolaridade</b>					
Sem alfabetização	51 (49,0%)	53 (51,0%)	<b>0,001</b>	2,234	1,368 – 3,650
Com alfabetização	59 (30,1%)	137 (69,9%)		1,000	
<b>Tabagismo</b>					
Sim	20 (50,0%)	20 (50,0%)	0,060	1,000	0,271 – 1,035
Não	90 (34,6%)	170 (65,4%)		0,529	

Fonte: Elaboração do autor.

\*Moderadamente baixa a moderada

\*\*Moderadamente alta a alta

Aplicação do Teste Qui-Quadrado de Pearson

OR=Odds ratio (razão de chances)

IC= Intervalo de Confiança (inferior/superior)

De acordo com a análise univariada descrita na Tabela 25, a variável renda familiar mensal apresentou associação significativa com a resiliência ( $p=0,002$ ). Sendo assim, as pessoas entrevistadas que apresentavam renda familiar mensal de até 1.700 reais têm duas vezes mais chance de ter resiliência baixa. Da mesma forma, a variável renda própria mensal apresentou associação significativa com a resiliência ( $p=0,018$ ), destacando que os entrevistados que apresentaram renda própria mensal de até 880,00 reais têm duas vezes mais chance de ter resiliência baixa. A variável escolaridade também apresentou associação significativa com a resiliência ( $p=0,001$ ). Dessa forma, as pessoas idosas sem alfabetização apresentaram duas vezes mais chances de ter resiliência baixa.

A seguir, a Tabela 26 apresentará a análise univariada dos fatores associados à resiliência, conforme as variáveis: atividade física; atividade de lazer; tempo de HAS e uso de medicamentos contínuos.

Tabela 26 – Análise univariada dos fatores associados à resiliência conforme as variáveis “atividade de física”; “atividade de lazer”;; “tempo de HAS”; “uso de medicamentos contínuos”. Machado, MG, 2016. (n=300).

Variáveis	Resiliência Baixa	Resiliência M.B.M* a M.A.A**	Valor-p	OR	IC 95%
<b>Atividade física</b>					
Não pratica	79 (47,0%)	89 (53,0%)	<b>&lt;0,001</b>	2,892	1,748 – 4,786
Pratica atividade física	31 (23,5%)	101 (76,5%)		1,000	
<b>Atividade de lazer</b>					
Sim	99 (35,2%)	182 (64,8%)	<b>0,047</b>	1,000	0,984 – 6,491
Não	11 (57,9%)	8 (42,1%)		2,528	
<b>Tempo de HAS</b>					
Até 20 anos	83 (36,9%)	142 (63,1%)	0,890	1,039	0,603 – 1,790
Acima de 20 anos	27 (36,0%)	48 (64,0%)		1,000	
<b>Uso de medicamentos contínuos</b>					
Sim	16 (76,2%)	5 (23,8%)	0,425	0,673	0,253 – 1,789
Não	252 (90,3%)	27 (9,7%)		1,000	

Fonte: Elaboração do autor.

\*Moderadamente baixa a moderada

\*\*Moderadamente alta a alta

Aplicação do Teste Qui-Quadrado de Pearson

OR=Odds ratio (razão de chances)

IC= Intervalo de Confiança (inferior/superior)

De acordo com a análise univariada descrita na Tabela 26, a variável atividade física apresenta associação significativa com a resiliência ( $P < 0,001$ ). Sendo assim, os entrevistados que não praticam atividade física apresentaram duas vezes mais chances de ter resiliência baixa. Da mesma forma, a variável atividade de lazer também apresentou associação significativa com a resiliência ( $p = 0,047$ ), sendo que os indivíduos que não têm atividade de lazer apresentam 2,5 vezes mais chances de ter resiliência baixa do que as pessoas que relataram ter atividade de lazer. As demais variáveis (tempo de HAS e uso de medicamentos contínuos) não apresentaram associações significativas com a resiliência ( $p > 0,05$ ).

A Tabela 27 apresentará a análise univariada dos fatores associados à resiliência, de acordo com as variáveis: auxílio para tomar medicamentos; tratamento não farmacológico; complicações e eventos marcantes na vida.

Tabela 27 – Análise univariada dos fatores associados à resiliência conforme as variáveis “auxílio para tomar medicamentos”; “tratamento não farmacológico”; “complicações” e “eventos marcante na vida”. Machado-MG, 2016. (n=300).

Variáveis	Resiliência Baixa	Resiliência M.B.M* a M.A.A**	Valor-p	OR	IC 95%
<b>Auxílio para tomar medicações</b>					
Sim	14 (50,0%)	14 (50,0%)	0,142	1,000	0,255 – 1,225
Não	90 (35,9%)	161 (64,1%)			
<b>Tratamento não farmacológico</b>					
Sim	61 (33,7)	120 (66,3%)	0,189	1,000	0,854 – 2,220
Não	49 (41,2%)	70 (58,8%)			
<b>Complicações</b>					
Sim	26 (39,4%)	40 (60,6%)	0,603	1,000	0,491 – 1,510
Não	84 (35,9%)	150 (64,1%)			
<b>Eventos marcantes na vida</b>					
Sim	75 (33,9%)	146 (66,1%)	0,101	0,646	0,382 – 1,091
Não	35 (44,3%)	44 (55,7%)			

Fonte: Elaboração do autor.

\*Moderadamente baixa a moderada

\*\*Moderadamente alta a alta

Aplicação do Teste Qui-Quadrado de Pearson

OR=Odds ratio (razão de chances)

IC= Intervalo de Confiança (inferior/superior)

Na análise realizada, conforme representada na Tabela 27, constatou-se que nenhuma variável (auxílio para tomar medicamentos; tratamento não farmacológico; complicações e evento marcante na vida) possuiu associação significativa com a resiliência ( $P > 0,05$ ).

Na Tabela 28, será mostrado o modelo de regressão logística das variáveis independentes com a resiliência.

Tabela 28 – Avaliação dos parâmetros do modelo de regressão logística das variáveis independentes com a resiliência. Machado-MG, 2016. (n=300).

Variáveis	Parâmetro	Erro-padrão	OR	Valor-p
Escolaridade	0,625	0,269	1,868	0,020
Atividade física	1,163	0,277	3,199	<0,001
Evento marcante na vida	-0,594	0,296	0,552*	0,044

Fonte: Elaboração do autor.

OR=*Odds ratio* (razão de chances)

\*Cálculo do OR: parâmetro menor que 1, dividiu o valor 1 por 0,552, equivalendo o resultado de 1,81.

Após a análise dos parâmetros de todas as variáveis independentes com a resiliência, pelo modelo de regressão logística, constatou-se que somente as variáveis “escolaridade”, “atividade física” e “eventos marcantes na vida” apresentaram significância estatística, respectivamente,  $p=0,020$ ,  $P<0,001$  e  $p=0,044$ , resultando em um modelo final ajustado (Tabela 28).

Dessa forma, o modelo constatou que as pessoas sem alfabetização tiveram aproximadamente 2 vezes mais chances de apresentar resiliência baixa do que os indivíduos com alfabetização. Além disso, os entrevistados que não realizam atividade física tiveram 3 vezes mais chances de apresentar resiliência baixa do que as que realizam atividades físicas. Por fim, as pessoas que vivenciaram algum evento marcante tiveram aproximadamente 2 vezes menos chances de apresentar resiliência baixa do que os entrevistados que não vivenciaram esses eventos.

## 6.6 Análise univariada do consumo/dependência de álcool com a resiliência na pessoa idosa com HAS

Nesta seção, será apresentada a análise univariada do consumo/dependência de álcool com a resiliência, para responder ao sexto objetivo específico deste estudo. Assim, foi verificado se existe associação entre o consumo/dependência de álcool com a resiliência das pessoas idosas com HAS, por meio dos dados da Tabela 29.

Na Tabela 29, relata-se a análise da associação do consumo/dependência de álcool com a resiliência.

Tabela 29 – Análise univariada do consumo/dependência de álcool com resiliência na pessoa idosa com HAS. Machado, MG, 2016. (n=300).

Variáveis	Resiliência Baixa	Resiliência M.B.M* a M.A.A**	Valor-p	OR	IC 95%
<b>Consumo/dependência de álcool</b>					
Uso de baixo risco	95 (35,4%)	173 (64,6%)	0,205	0,622	0,298 – 1,302
Uso de risco	15 (46,9%)	17 (53,1%)		1,000	

Fonte: Elaboração do autor.

\*Moderadamente baixa a moderada

\*\*Moderadamente alta a alta

Aplicação do Teste Qui-Quadrado de Pearson

OR=Odds ratio (razão de chances)

IC= Intervalo de Confiança (inferior/superior)

Ao avaliar a associação entre as variáveis consumo/dependência de álcool com a resiliência entre as pessoas idosas com HAS, conforme demonstrado na tabela 29, percebe-se que não houve associação significativa entre essas duas variáveis ( $p=0,205$ ).

## **7 DISCUSSÃO**

Neste capítulo, serão discutidos os resultados do presente estudo. Para melhor compreensão, estes foram organizados em seis seções. Na primeira seção, discute-se a análise descritiva das variáveis estudadas. Na segunda seção, é realizada a discussão da avaliação do consumo/dependência de álcool na pessoa idosa com HAS. Na terceira, mostra-se a discussão da avaliação da resiliência na pessoa idosa com HAS. Na sequência, na quarta seção, é apresentada a discussão da análise univariada dos fatores associados ao consumo/dependência de álcool. Adiante, na quinta seção, realiza-se a discussão da análise univariada dos fatores associados à resiliência. Por fim, na sexta seção, é apresentada a análise univariada do consumo/dependência de álcool com a resiliência na pessoa idosa com HAS.

### **7.1 Análise descritiva das variáveis**

Neste estudo, observou-se que a amostra foi constituída em sua maioria por pessoas idosas do sexo feminino, com faixa etária de 60 a 70 anos; casados(as) ou conviventes com companheiro(a); católicos(as); com quantidade de filhos entre um e cinco; residentes em moradia própria e com ensino fundamental incompleto. Destaca-se que os entrevistados sem alfabetização também apresentaram resultados consideráveis. Esses achados assemelham-se aos resultados de outros estudos, conforme apresentado a seguir.

Bastos-Barbosa et al. (2012) desenvolveram um estudo com 60 pessoas idosas com HAS que foram acompanhadas por meio de um programa de educação formal entre um e oito anos, em um serviço de saúde pública do município de Ribeirão Preto-SP. A maior parte da população desse estudo também foi do sexo feminino (63%), com indivíduos casados(as) ou que conviviam com companheiro(a) (65%).

Resultados semelhantes também foram descritos no estudo de Cunha (2014) que avaliou 60 pessoas idosas com HAS no Distrito de Coroadinho em São Luís-MA, cuja amostra era constituída por 65% de mulheres, das quais, 63,3%

apresentavam idade entre 60 e 69 anos; 43,3% possuíam ensino fundamental incompleto; com 36,7% da amostra sem alfabetização.

Dentro do contexto de transformação do padrão etário da população brasileira, destaca-se a feminização da população idosa, em que a estimativa é de que as mulheres vivem em média de cinco a sete anos a mais que os homens, situação decorrente da existência de mortalidade diferencial por sexo que prevalece há muito tempo na população brasileira (IBGE, 2015). Esse processo pode ser explicado pelo fato de que as mulheres geralmente têm maior percepção da doença, apresentam maior disposição para o autocuidado e buscam mais assistência em saúde que o sexo oposto (ALMEIDA et al., 2015).

Além disso, outros fatores são determinantes para a feminização do envelhecimento. Segundo os autores Silva et al. (2006) e Torres et al. (2009), existe uma menor exposição das mulheres para alguns fatores de risco do que os homens, como os relacionados ao ambiente de trabalho, à menor prevalência de tabagismo e de alcoolismo e à maior cobertura da assistência gineco-obstétrica.

Com relação à predominância de pessoas idosas pesquisadas com idade entre 60 e 70 anos, isso reflete a tendência de crescimento populacional nessa faixa etária, sendo o maior entre todas as faixas etárias, alcançando 4% ao ano entre 2012 a 2022. Esse fenômeno não deve ser considerado um problema, mas exige atenção às condições necessárias para a qualidade de vida dessas pessoas idosas, à discussão de temas relacionados às políticas públicas e às ações de proteção e de cuidados específicos para essa parcela da população (IBGE, 2015).

Em consonância a esse crescimento populacional, o Censo Demográfico 2010 também apontou um aumento do número de domicílios particulares (próprios) em 25% em relação ao Censo Demográfico anterior, no ano 2000, o que contribuiu para a redução do déficit habitacional (IBGE, 2015).

A situação conjugal estável é apontada na literatura como fator protetor para doenças crônicas, já que os indivíduos que vivem sem companheiros, principalmente as pessoas de mais idade, podem ter renda familiar diminuída, o que gera estresse. Viver sem companheiro influencia também na diminuição do bem-estar emocional e nos hábitos de vida, precipitando doenças crônicas e mortalidade. Cabe mencionar, ainda, que casamentos duradouros incentivam comportamentos saudáveis, promovem maior sobrevivência, principalmente para os homens (DUPRE et al., 2009).

A quantidade de filhos relatada pelos entrevistados no presente estudo assemelha-se aos dados atuais de fecundidade no país, segundo os quais há um declínio no número de filhos por família com o passar dos anos. Esse fenômeno vem ocorrendo desde a década de 1960, quando o Governo começou a divulgar métodos anticoncepcionais e as mulheres passaram a se fazer mais presentes no mercado de trabalho. Em 2014, a taxa de fecundidade brasileira passou para 1,74 filhos por mulher, queda de 18,4% nos últimos 10 anos (IBGE, 2015).

No que diz respeito à crença religiosa, embora o Brasil tenha evidenciado um crescimento da diversidade religiosa, principalmente das religiões evangélicas, dados do Censo de 2010 têm mostrado ainda um predomínio da população com crença católica, com 64,6% do total das pessoas entrevistadas (BRASIL, 2014).

É notório enfatizar que a religião é um aspecto muito forte na vida das pessoas idosas, sendo relevante considerar esse aspecto como coadjuvante no processo de convívio com a doença crônica. A confiança em Deus, como fonte de energia, pode melhorar o estado de saúde. O ambiente da igreja, dos centros, a religião e a fé em Deus podem fortalecer a unidade familiar e promover a capacidade de se modificar, de se adaptar e de obter novos e melhores resultados para enfrentar a doença crônica (MARQUES et al., 2013).

Na investigação realizada por Esperandio et al. (2013), as características epidemiológicas da HAS e os fatores associados a essa patologia na população idosa na Amazônia Legal (que corresponde à totalidade dos estados do Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins e parte dos estados do Mato Grosso e Maranhão) apresentaram dados semelhantes ao encontrado nesta investigação. Entre as 273 pessoas idosas analisadas por esses autores, 54,9% apresentavam entre um e quatro anos de estudo e 34,5% não eram alfabetizados.

Ainda nesse contexto, vale ressaltar que a escolaridade desempenha importante papel nas condições de saúde, em decorrência de vários fatores como informações sobre promoção da saúde, prevenção das doenças, compreensão do problema e adesão ao tratamento (ONG et al., 2007).

Cabe destacar também que a baixa escolaridade pode comprometer o acesso à educação em saúde, estratégia que possibilita a adoção de comportamentos saudáveis e a mobilização social para a melhoria das condições de vida, e pode influenciar a adesão ao tratamento de condições crônicas, como a HAS, em virtude

da relação com menores condições econômicas e acesso a serviços de saúde (ANDRADE et al., 2014).

Além disso, pessoas sem alfabetização podem apresentar dificuldades no entendimento das orientações realizadas pela equipe da Estratégia Saúde da Família, assim como no seguimento do tratamento, constituindo-se em importante indicador a ser observado pelos gestores e profissionais de saúde no planejamento de estratégias, de programas, de propostas e de ações destinadas a esse grupo populacional (PEREIRA et al., 2011).

Um estudo qualitativo desenvolvido por Rimando (2015) nos Estados Unidos tinha como objetivo compreender a percepção das pessoas idosas com HAS com relação aos facilitadores e às barreiras para autogestão da doença. Uma das barreiras encontradas foi a falta de compreensão da própria doença por parte das pessoas idosas que muitas vezes não compreendiam as informações da equipe de saúde, principalmente do profissional médico.

Dessa forma, torna-se importante o conhecimento das características sociais das pessoas atendidas pelos profissionais de saúde, para que a educação em saúde seja efetiva, alcance as pessoas de forma individualizada, levando as idosas com HAS a entender a doença crônica e as mudanças em seus hábitos de vida necessárias para seu controle.

Torna-se importante enfatizar que, devido à dificuldade de leitura, muitas pessoas idosas identificam os medicamentos de uso contínuo por meio das cores ou formatos, o que pode levar a erros de automedicação e a possíveis complicações da HAS.

Evidenciou-se, ainda, neste estudo, que a maioria dos entrevistados apresentava renda familiar mensal entre um e três salários mínimos e renda própria mensal de até um salário mínimo. Além desses dados, destaca-se que, entre os entrevistados que relataram não apresentar autonomia financeira, a maioria mencionou receber ajuda de familiares para a complementação de renda.

A investigação de Andrade et al. (2014) corrobora os resultados deste estudo referentemente à renda familiar mensal de aproximadamente dois salários mínimos. Da mesma forma, Cunha (2014) realizou uma pesquisa com idosos com HAS e identificou que a maior parte dos entrevistados apresentavam renda familiar mensal entre 1 e 2,5 salários.

A renda mensal baixa pode interferir negativamente no controle dos níveis pressóricos das pessoas idosas, pela maior possibilidade de estes se alimentarem de forma inadequada, além da dificuldade de aquisição de medicamentos não disponibilizados pelo SUS (CUNHA, 2014).

Com relação aos hábitos de vida, a maior parte dos entrevistados não faz uso de tabaco e mais da metade não utilizou tabaco na vida. Além disso, foi constatado que a maioria das pessoas idosas não praticava nenhuma atividade física. No que diz respeito às atividades de lazer, a maioria respondeu ter apenas uma, sendo as mais frequentemente citadas, as atividades manuais e assistir à televisão.

Um estudo desenvolvido por Oliveira et al. (2013) com 261 idosos com HAS no município de Januária-MG corrobora os dados identificados no presente estudo, quando aponta que 92,1% dos entrevistados não faziam uso de tabaco. Porém, o mesmo estudo identificou dados diferentes em relação à atividade física na população estudada, já que 48,3% foram considerados como muito ativos/ativos.

Outra pesquisa desenvolvida por Cano-Gutierrez et al. (2015) em Bogotá, na Colômbia, avaliou 1793 pessoas idosas com HAS e identificou que a maior parte dos entrevistados também não fazia uso de tabaco (58,3%), e ainda estabeleceu que existe uma relação estatística significativa entre o uso de tabaco e a hipertensão arterial não controlada.

No Brasil, desde 2006, o Ministério da Saúde implantou o estudo “Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL)” e ano a ano vem atualizando, no país, os dados referentes a tabagismo, alcoolismo, escolaridade, peso, entre outros fatores de risco para doenças não transmissíveis. Os indicadores com relação ao tabaco vêm diminuindo com o passar dos anos. A prevalência geral de tabagismo no Brasil passou de 11,3% em 2013 para 8,7% em 2014, sendo maior entre no sexo masculino (10,3%) do que no feminino (7,3%). Entre as pessoas idosas, esse indicador é ainda menor, sendo de apenas 7,7%.

A cessação do tabagismo é uma intervenção efetiva e com melhor custo-efetividade no controle da HAS. Fumar um cigarro eleva momentaneamente a pressão arterial, podendo o seu efeito se manter por até duas horas. Além disso, o cigarro aumenta a resistência às drogas anti-hipertensivas, fazendo com que funcionem menos que o esperado (BRASIL, 2014). Além disso, o tabagismo aumenta o risco de complicações cardiovasculares secundárias em pessoas com

hipertensão arterial e a progressão da insuficiência renal. Dessa forma, a cessação do tabagismo pode diminuir rapidamente o risco de doença coronariana entre 35% e 40% (KAPLAN, 2010).

É notório enfatizar que o envelhecimento saudável está relacionado à prática de atividades físicas que têm ajudado a prolongar o desempenho das atividades básicas da vida cotidiana, garantindo maior independência pessoal, além de prevenir o surgimento de doenças crônicas e reduzir as complicações das doenças já existentes (MOREIRA et al., 2013).

Para a pessoa idosa, a prática de atividade corporal moderada, regular e bem-orientada contribui para a preservação das estruturas orgânicas e do bem-estar físico, mental e social. Os benefícios alcançados, vão desde a melhora fisiológica, controle da glicose, pressão arterial, melhora das capacidades físicas relacionadas à saúde; psicológica, com redução dos níveis de ansiedade e de estresse, melhoras do nível cognitivo; e social, com a melhora a integração sociocultural, além da redução dos desvios de postura e prevenção de algumas doenças como a osteoporose (DEL; NAHAS, 2011).

De acordo com a Caderneta de Saúde do Idoso (2014), existe relação entre as atividades físicas e atividades de lazer, já que a saúde física e emocional no processo de envelhecer é de grande valor e podem ser mantidas pela realização de atividades físicas integradas às atividades de lazer, buscando também socialização e contribuindo para que a pessoa idosa não se sinta marginalizada ou excluída da sociedade. Dessa forma, torna-se necessário que a pessoa idosa dê prioridade para atividades físicas que promovam o bem-estar, que a deixa ativos na promoção de sua saúde e da qualidade de vida.

Nesse contexto, é necessário atentar para os dados deste estudo com relação às atividades de lazer relatadas pelos entrevistados, que ficam muito restritas ao lar, em ações solitárias que não requerem ou que requerem pouco esforço físico ou mental, principalmente em relação a assistir à televisão e às atividades manuais que englobam algumas atividades como fazer crochê, cuidar de hortaliças, costurar, entre outras.

Cabe destacar, ainda, que o município onde foi desenvolvido o presente estudo é montanhoso, o que dificulta a realização de caminhadas pela população, principalmente pelas pessoas idosas. Além disso, é carente de locais, além de recursos humanos e materiais, que proporcionem às pessoas idosas opções para

realizar atividades físicas e de lazer, contando atualmente com poucos grupos de terceira idade com encontros regulares e efetivos. Ademais, apresenta apenas duas academias ao ar livre que se situam em locais mais centrais da cidade.

Constatou-se neste trabalho que o tempo de diagnóstico da HAS mais frequentemente relatado foi de um a dez anos, a maior parte dos entrevistados fazia uso de medicamentos contínuos, com maior frequência de indivíduos que consomem dois tipos diferentes de medicamentos diários. O grupo farmacológico mais relatado foi o diurético, seguido do antagonista do receptor de angiotensina II. Cabe destacar que a maior parte dos entrevistados relatou não ter ajuda de familiares para o uso diário de medicamentos.

O estudo de Bastos-Barbosa et al. (2012) traz os dados aproximados quanto ao tempo de conhecimento do diagnóstico da HAS pelas pessoas entrevistadas, que apresentou média de 11,6 anos. Esse mesmo estudo apontou para a quantidade de medicamentos, por dia, em uso pelas pessoas idosas, com média de 1,9, dado que também se aproxima do encontrado nesta pesquisa.

Com relação ao tratamento medicamentoso, a investigação de Esperandio et al. (2013) descreve que 97,3% dos entrevistados estavam em uso de medicamentos para o tratamento da HAS, corroborando este estudo.

Vale mencionar que quanto maior o número de medicamentos prescritos para a pessoa, principalmente em idade avançada, maior o risco de potenciais interações perigosas e efeitos adversos, resultando em baixa adesão ao tratamento. O medicamento contribui para a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa, mas pode também causar eventos adversos que levam a danos, alguns deles determinados por interações medicamentosas. O consumo de múltiplos medicamentos contribui para a ocorrência de interações medicamentosas não desejáveis (SECOLI, 2010).

Torna-se importante enfatizar que a quantidade de medicamentos utilizada pelas pessoas entrevistadas neste estudo pode ser considerada baixa. Isso ocorreu provavelmente por se tratar de pessoas que apresentam apenas HAS como doença crônica. Porém, sabe-se que comumente as pessoas idosas com HAS apresentam mais de uma doença crônica, como, por exemplo, diabetes mellitus, e realiza associações medicamentosas para o controle dessas patologias, podendo, assim, apresentar maior quantidade de medicamentos de uso diário que o apresentado neste estudo.

Sardinha et al. (2015) desenvolveram um estudo em São Luiz-MA, onde entrevistaram 283 pessoas idosas que faziam uso de medicamentos anti-hipertensivos. Na pesquisa, a classe de fármacos mais frequentemente consumida para controle da doença foi a de diuréticos (68,2%). A segunda classe mais utilizada foi a dos inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) com 38%. Sendo assim, os dados diferem parcialmente do resultado deste estudo que apontou o grupo farmacológico antagonista do receptor de angiotensina II (losartana) como uma das medicações mais utilizadas pelos entrevistados.

Banegas et al. (2015) desenvolveram um estudo com 1047 pessoas idosas com HAS em Madri, na Espanha, e identificaram que 36% utilizavam bloqueadores de receptores de angiotensina II, 23,9% inibidores da ECA e 20% utilizavam diuréticos. Além disso, 56% realizam monoterapia, 31% faziam uso diário de duas drogas diferentes e 13% faziam uso de 3 ou mais medicamentos para tratamento da HAS. Esses resultados não diferem muito dos encontrados no presente estudo.

Nesse contexto, destaca-se que o tratamento medicamentoso para a HAS utiliza diversos grupos farmacológicos que devem ser selecionados de acordo com a necessidade de cada pessoa, com a avaliação da presença de comorbidades, lesão em órgãos-alvo, história familiar, idade. Frequentemente, pela característica multifatorial da doença, o tratamento da HAS requer associação de dois ou mais anti-hipertensivos (BRASIL, 2010).

Embora muitos entrevistados tenham relatado não receber ajuda de familiares para o uso diário de medicamentos neste estudo, sabe-se que a família é a principal fonte de apoio e de segurança durante o tratamento de doenças crônicas, e deve estar envolvida nesse processo, auxiliando a pessoa idosa. Se necessário, estimulando a utilizar corretamente os medicamentos prescritos, além de oferecer suporte emocional para as adequações nos hábitos de vida (TAVARES et al., 2016).

Destaca-se neste estudo que, em relação ao tratamento não farmacológico, apenas pouco mais da metade dos entrevistados relataram realizar algum tipo de tratamento não farmacológico para o controle da HAS; ainda assim, a maior parte deles relatou apenas um tipo de tratamento. Cabe destacar que o uso de tabaco e a atividade física foram discutidos anteriormente neste capítulo, e o consumo de bebidas alcoólicas será discutido nos próximos capítulos. Entre as complicações em decorrência da HAS, a maioria dos entrevistados disse não ter ocorrido nenhum tipo

de complicação, porém, entre os que apresentaram, as prevalentes são as cardiopatias e o acidente vascular cerebral.

Girotto et al. (2013) realizaram uma pesquisa em Londrina-PR, avaliando pessoas com HAS cadastradas no programa HIPERDIA, em relação à adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, identificando que 41% dos entrevistados realizavam tratamento não farmacológico regularmente, índices ainda mais baixos que o apontado no presente estudo. Entre os mais citados naquela investigação, estavam a adequação da dieta, o não uso de tabaco e de bebidas alcoólicas e atividade física, corroborando os dados apresentados neste estudo.

Assim como na pesquisa descrita acima, a maior parte dos entrevistados desta investigação relatou como hábitos alimentares saudáveis, principalmente a redução do consumo de sal nos alimentos. Sendo assim, presume-se que as pessoas ficam restritas ao conceito da relação sal e hipertensão arterial e não incorporam os hábitos saudáveis, além desta prática, os alimentos protetores, como frutas, verduras e legumes (GIROTTO et al., 2013).

O padrão dietético rico nesses alimentos protetores, além de fibras, minerais, hortaliças e laticínios com baixos teores de gordura, também tem importante impacto na redução da pressão arterial. Essa dieta potencializa, ainda, o emagrecimento, reduzindo biomarcadores de risco cardiovascular (SBH, 2010).

Cabe ressaltar que, para manter hábitos alimentares saudáveis, há a necessidade de uma renda familiar capaz de cobrir os gastos necessários a uma boa alimentação. Porém, conforme relatado anteriormente, a maioria dos entrevistados apresentam renda familiar e própria mensais baixas, o que pode dificultar a adesão a esse tratamento não farmacológico para HAS.

Com relação às complicações em decorrência da HAS, o estudo desenvolvido por Reis e Cesarino (2014), no município de São José do Rio Preto-SP, avaliou as complicações das pessoas cadastradas no SISHIPERDIA do referido município, e apontou as cardiopatias e o acidente vascular cerebral como sendo as complicações prevalentes. Esses achados são corroborados pela presente investigação.

A carga de doença isquêmica cardíaca e cerebrovascular atribuída à hipertensão arterial requer destaque e demanda estratégias para melhorar a saúde da população, seja por meio de intervenções abrangentes e continuadas sobre fatores de risco ou por alvos terapêuticos. Além de oferecer intervenções preventivas e terapêuticas efetivas para controle da hipertensão arterial em nível

populacional, deve-se monitorizar a mortalidade como estratégia para estimar o impacto populacional de tais intervenções (FUCHS; MONSELE; FUCHS, 2014).

Com relação às atividades laborais, identificou-se que a principal profissão desempenhada na vida pelas pessoas idosas é a de trabalhador rural, seguida por serviços gerais, sendo que a situação atual dos entrevistados de maior frequência é de aposentados. Cabe ressaltar que uma pequena parcela continua trabalhando atualmente. Esse estudo também apresentou dados referentes ao evento marcante na vida, em que os mais relatados foram a perda(morte) de pessoa querida, seguido pelos conflitos familiares e diagnóstico de doenças em si mesmo.

Dias et al. (2015) desenvolveram um estudo, no município de Porteirinha-MG, o qual aponta as características da pessoa idosa com HAS e constataram que 86,46% eram aposentados; dados que aproximam dos descritos nesta pesquisa. Já a investigação de Cunha (2014), também apresentou que a maior parte dos entrevistados era aposentados (65%). Porém, descreveu que 34,9% desses indivíduos continuavam ativos e exercendo atividades remuneradas. Esse dado vai de encontro do resultado deste estudo, no qual apenas uma pequena parte dos entrevistados continuam ativos (10,3%).

Diante desses resultados, é importante enfatizar que nesta fase da vida, o tempo que antes da aposentadoria era ocupado pelo trabalho, atualmente pode ficar ocioso e isso poderá contribuir para a pessoa idosa apresentar sentimentos de menos valia dentro do âmbito familiar, por não contribuir mais com seu serviço/trabalho (RODRIGUES et al., 2012).

Com relação ao evento marcante na vida, o principal relato dos entrevistados nesta pesquisa se refere à perda/morte de pessoa querida, provavelmente por se tratar de pessoas idosas e que vivenciam nesta fase da vida maiores perdas de familiares. Outros eventos marcantes também foram relatados, como conflitos familiares e diagnóstico de doença em si mesmo.

Nesse sentido, deve-se considerar que o luto é vivenciado por cada um dos indivíduos de maneira diferente, e cada um manifesta seu pesar com maior ou menor emoção, não sendo possível estabelecer padrões para as reações que se seguem à morte de um ente querido. O que se pode afirmar com certeza é que a morte será sentida pela pessoa que fica, e que esta necessitará de meios para expressar o seu pesar (SANTOS; SALES, 2011).

Os vínculos emocionais dentro da família são fundamentais para oferecer à pessoa idosa um contexto favorável à segurança e à autonomia. Essas pessoas passam grande parte de sua vida convivendo com filhos adultos e netos e esse relacionamento é distinto de qualquer outro devido à longa história compartilhada; porém, essa proximidade pode gerar emoções positivas, mas também negativas. Dessa forma, o conflito é um aspecto normativo das relações familiares, mas pode afetar a maneira pela qual os familiares se percebem uns aos outros. Destaca-se que as dificuldades financeiras e os problemas de saúde são fatores que podem gerar muita tensão, assim como as escolhas e o estilo de vida dos filhos adultos e os padrões de comunicação e de interação com os pais (RABELO; NERI, 2014).

Outro evento marcante na vida mencionado pelas pessoas idosas entrevistadas foi o diagnóstico de doença em si mesmas. Receber a notícia de uma doença pode desencadear emoções negativas, principalmente quando há falta de conhecimento sobre a doença, como não aceitação, tristeza, revolta, raiva, medo, depressão (PETERNELLA; MARCON, 2013).

Embora o envelhecer possa ser marcado pela ocorrência de eventos negativos, como verificado nesta pesquisa, os autores Conversano et al. (2010) deixam claro que viver experiências que desafiam o *self* e o controle pessoal, conceituadas como estressantes, podem impulsionar as pessoas idosas a apresentarem um potencial adaptativo e, apesar de vivenciar um pico inicial de estresse, logo conseguem recuperar seu equilíbrio e sair fortalecidos desses eventos marcantes negativos de suas vidas.

## **7.2 Avaliação do consumo/dependência de álcool na pessoa idosa com HAS**

Verificou-se entre os resultados da escala AUDIT que uma pequena parte das pessoas idosas com HAS avaliadas consumiam álcool (24,3%). Além disso, a maioria dos entrevistados relataram nunca ter causado ferimentos a si mesmos ou a outra pessoa após ter bebido (83,3%). Da mesma forma, a maioria dos participantes disse que nunca alguém se preocupou com o fato de o entrevistado ter bebido ou sugeriu que o mesmo parasse de beber (77,7%).

Cabe destacar que os resultados de alguns estudos aproximam-se dos valores encontrados na presente pesquisa. Isso se confirma por meio de uma

investigação realizada em Campinas-SP, com 1432 pessoas idosas, no qual também foi utilizada a escala AUDIT, e se verificou que 30,7% dos entrevistados consumiam bebidas alcólicas (BORIM; BARROS; BOTEGA, 2013). Outra pesquisa realizada por Ryan et al. (2013) nos Estados Unidos utilizou uma amostra de 7422 pessoas acima de 65 anos com doença crônica (88,5% da amostra com HAS) e identificou que 30,9% faziam uso de bebidas alcoólicas.

Outros estudos apresentam percentuais mais elevados de consumo de álcool para pessoas idosas, como pode ser confirmado na "Pesquisa Nacional sobre Uso de Drogas e Saúde", realizada em 2010 nos Estados Unidos, quando se detectou que quase 40% das pessoas acima de 65 anos consumiam álcool (NTI, 2013).

Os autores Wilson et al. (2013) descreveram um levantamento da prevalência nacional de consumo de álcool entre as pessoas idosas com doenças crônicas. Estimaram que entre os períodos de 2005 e 2008 quase metade da população idosa americana fazia uso de bebidas alcólicas (45,3%). Isso equivalia a 16,8 milhões de pessoas com 65 anos ou mais nos Estados Unidos. Já no Brasil, um estudo desenvolvido por Kano, Santos e Pillon (2013), com uma amostra de 111 pessoas idosas no município de São Carlos-SP, identificou que 48% consumiram bebidas alcoólicas durante o ano que antecedeu a entrevista.

De acordo com a classificação da escala AUDIT, verificou-se, nesta pesquisa, que a maior parte das pessoas idosas com HAS foram classificadas como "uso de baixo risco" (89,3%); porém foi identificado uso de risco (6,0%), uso nocivo (2,0%) e provável dependência (2,7%) entre alguns entrevistados.

Vale ressaltar que comparar os diversos achados do presente estudo acerca do uso de álcool na velhice torna-se tarefa difícil, na medida em que tais levantamentos muitas vezes adotam diferentes conceitos, padrões de consumo, bem como distintos instrumentos de rastreamento sobre o uso de álcool e diferenças nas faixas etárias estabelecidas para selecionar a população de estudo. Dessa forma, não foram encontrados estudos com a mesma característica da presente investigação, ou seja, que tenham avaliado o consumo de álcool em pessoas idosas com HAS, utilizando também o mesmo instrumento, AUDIT. Porém, buscou-se realizar comparações com pesquisas que aproximassem das características da amostra, ou seja, com pessoas idosas, ou que utilizaram o mesmo instrumento de investigação ou em população com doença crônica.

Teixeira et al. (2014) desenvolveram uma pesquisa com 82 pessoas com doença crônica e utilizaram a escala AUDIT para identificar o consumo de álcool nessa população e a classificação do instrumento assemelhou-se com o presente estudo, já que 93,9% dos entrevistados apresentaram uso de baixo risco; 3,7% foram classificados como uso de risco e 2,7%, uso nocivo. Destaca-se que nesta pesquisa não foram encontrados indivíduos com a classificação provável dependência, divergindo da presente investigação.

Outros estudos utilizaram a escala AUDIT para a avaliação do consumo/dependência de álcool em pessoas idosas, porém apresentam uma classificação diferente da adotada nesta pesquisa, como demonstrado no estudo de Pereira, Duca e Bastos (2012) que investigaram 638 pessoas idosas em Porto Alegre-RS e identificaram que 96,6% faziam uso de baixo risco de bebidas alcólicas e 3,4% faziam uso de risco. Da mesma forma, Lima, Barros e Alves (2012) também utilizaram a escala AUDIT para investigar 1431 pessoas idosas no município de Campinas-SP e identificaram que 21,4% consumiam bebidas alcólicas menos de uma vez por semana, 10,4% usavam álcool mais de uma vez por semana e 4,3% faziam uso abusivo dessa substância.

Diante desses dados, percebe-se que o consumo de álcool pode diminuir com o envelhecimento. Isso se deve ao fato de as pessoas idosas apresentarem maior prevalência de doenças crônicas e, por isso, fazem uso de mais medicamentos diários, o que tende a diminuir ou cessar a ingestão do consumo de álcool (SKOGEN et al., 2009).

O consumo de baixo risco ou moderado de álcool pode ter um impacto psicológico positivo no indivíduo, com alívio do sofrimento emocional e ser eficaz para lidar com situações sociais e de ansiedade (CULIC, 2009). Há também evidências de que a ingestão moderada de bebida alcólica pode atuar como protetora para algumas doenças cardíacas e em quadros de depressão (LIMA; BARROS; ALVES, 2012). Porém, as pesquisas que abordaram o impacto protetivo do consumo moderado de álcool não foram aplicadas em populações idosas e com doença crônica, necessitando de mais estudos sobre essa temática nessa população específica.

Como foi verificado nos resultados desta pesquisa que parte da população investigada faz uso nocivo de álcool, e outros apresentam provável dependência, faz-se necessário enfatizar que o consumo de bebidas alcólicas expõe a pessoa

idosa ao risco de problemas em sua saúde. Isso porque, com o processo de envelhecimento, a taxa de metabolismo diminui, assim como a quantidade de água armazenada. Essa combinação de metabolismo mais lento e uma diminuição da quantidade de ligações de água, gera uma concentração de álcool relativamente superior com relação a uma pessoa mais jovem. Nesse sentido, as mulheres são ainda mais prejudicadas, já que normalmente apresentam uma taxa de metabolismo mais lenta e menos água em seu corpo do que os homens (NIH, 2012).

Diante desse contexto, os sinais e sintomas como fala arrastada, intoxicação, falta de coordenação dos movimentos, dificuldade de deambulação, podem ocorrer mais rapidamente na pessoa idosa do que nas pessoas mais jovens (KNIGHTLY et al., 2016).

Além disso, o uso de álcool em excesso na população idosa, principalmente naquela com doença crônica, como a HAS, pode trazer prejuízos como dificuldade para uso regular das medicações, fato que pode ocorrer pela crença de que após o consumo de álcool não se deve fazer uso delas. Destaca-se também que, com o passar do tempo, o consumo excessivo de álcool pode danificar órgãos como o fígado, o coração e o cérebro. Ademais, pode gerar desordens do sistema imunológico, bem como danos de músculos e ossos (NIH, 2014).

Outros autores como Ryan et al. (2013) também abordam os danos causados pelo consumo de álcool na pessoa idosa, mesmo que em pequena quantidade, podendo ser prejudicial para o controle das doenças crônicas, como a HAS. A interação de medicações de uso contínuo e consumo de álcool podem resultar em sintomas como tontura, batimento cardíaco irregular, diminuição repentina da pressão arterial, entre outros. Além disso, pode dificultar a adesão ao tratamento, expondo a pessoa ao risco de complicações da doença crônica.

Nesse contexto, cabe destacar que o consumo de álcool compromete a saúde das pessoas idosas, sobretudo por estas serem mais susceptíveis ao risco de morbidades, de fraturas e de alterações cognitivas (BORIM; BARROS; BOTEGA, 2013).

Condições de comorbidades, como a HAS, tornam ainda pior a evolução dessas complicações em decorrência do consumo em excesso de álcool. Já a diminuição do consumo de álcool, reduz discretamente a pressão arterial em 3,3 mmHg (IC 95%: 2,5-4,1 mmHG) para pressão sistólica e 2,0 mmHG para diastólica (IC 95%: 1,5-2,6 mmHG) (NICE, 2011).

Diante desses fatos, é importante que os profissionais de saúde compreendam os motivos que levam as pessoas idosas a consumirem o álcool, que pode incluir controle de dor ou depressão, declínio físico ou psicológico, falta de suporte familiar, perda de ocupação, baixa renda e isolamento social. Nesse caso, pessoas idosas que passam muito tempo sozinhas podem estar mais propensas a recorrer ao álcool como uma defesa ou rota de fuga (DONATELLI; SOMES, 2014).

Da mesma forma, as pessoas idosas que estão sentindo uma perda de controle de si mesmas em decorrência das mudanças naturais do envelhecimento podem buscar no consumo de álcool uma forma de adquirir esse controle, por pensarem que administram a quantidade que bebem e como o álcool faz com que se sintam. Contudo, os efeitos colaterais relacionados ao uso de álcool em pessoas idosas são numerosos conforme mencionado anteriormente (ROSS, 2012).

Com isso, torna-se importante que situações vivenciadas pelas pessoas idosas como quedas, confusão quanto ao uso de medicamentos, dificuldade de compreensão das orientações em saúde, que podem ocorrer no caso de consumo de álcool por essa população, não sejam confundidas pela equipe de saúde, como consequências do processo de envelhecimento normal.

O Ministério da Saúde, no Caderno de Atenção Básica nº 35, que abrange as estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, sugere a aplicação de métodos de prevenção e controle do uso excessivo de álcool na Atenção Básica, em que o rastreamento oportunístico e as intervenções neste âmbito são efetivos em pessoas sem dependência severa (BRASIL, 2014). Da mesma forma, no Caderno de Atenção Básica nº 37, que aborda as estratégias para o cuidado da pessoa com HAS, traz, entre as mudanças no estilo de vida necessárias para o controle dos níveis pressóricos, a redução no uso de bebidas alcoólicas. Fica claro na literatura que o álcool é fator de risco reconhecido para a HAS e pode dificultar o controle da doença já instalada (BRASIL, 2013a).

Para que o rastreio do consumo de álcool seja realizado na Atenção Básica, o Caderno de Atenção Básica nº 34, que aborda a saúde mental, aponta a importância da detecção precoce de problemas relacionados ao uso de bebidas alcoólicas, além da integração do tratamento de outras patologias agravadas pelo uso desta substância, como a HAS. Nesse nível de cuidado, é possível reconhecer sinais e sintomas de abuso de álcool, discutir o risco envolvido, fazer orientações contrárias ao consumo abusivo nas famílias e encaminhar as pessoas que fazem esse

consumo para serviços especializados, quando indicado. Para a realização desse rastreamento, o Ministério da Saúde sugere a utilização da escala AUDIT por se tratar de um instrumento de fácil manuseio e interpretação (BRASIL, 2013b).

Sendo assim, faz-se necessário que a abordagem à pessoa idosa pela equipe de saúde ganhe um novo olhar, que atualmente está voltado mais fortemente para as condições clínicas e para a avaliação das atividades de vida diária, incorporando o rastreamento do consumo de álcool na rotina de atendimento das Unidades Básicas de Saúde, realizando a detecção e o acompanhamento dos casos; assim como a implementação de medidas preventivas para evitar o consumo de álcool por essa população, principalmente quando associado a doenças crônicas.

### **7.3 Avaliação da resiliência na pessoa idosa com HAS**

Na análise da distribuição das pessoas idosas com HAS de acordo com as respostas às afirmativas da Escala de Resiliência, constatou-se que, entre as respostas em que os entrevistados mais discordaram, destaca-se a afirmativa número 7 (eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação), seguida da questão número 16 (normalmente eu posso achar motivo para rir). Já ao analisar as afirmativas em que os indivíduos mais concordaram, apontam-se as afirmativas número 10 (eu sou determinado), e a afirmativa 21 (minha vida tem sentido).

De acordo com a classificação da Escala de Resiliência, a maior parte dos entrevistados encontra-se entre a categoria resiliência moderadamente baixa a moderada (39,7%), seguida da classificação resiliência baixa (36,7%).

Cabe destacar que os resultados de alguns estudos aproximam-se dos valores encontrados na presente pesquisa. Isso se confirma por meio da pesquisa realizada por Araújo; Faro (2016) no Vale do Paraíba-SP, em que se utilizou uma amostra de 117 mulheres idosas (48,7% com HAS), se aplicou a Escala de Resiliência de Wagnild e Yong e se identificou que a maioria das entrevistadas apresentaram resiliência moderada (média de escore: 133,72).

Os autores Ferreira, Santos e Maia (2012) encontraram resultados semelhantes ao aplicar o mesmo instrumento em 65 pessoas idosas em Natal-RN, identificando a maior porcentagem dos entrevistados com resiliência moderada (média do escore: 134,14). Outra investigação realizada por Motta e Rosa (2016)

que avaliou a resiliência de pessoas com diabetes melitus em Juiz de Fora-MG também utilizou a Escala de Resiliência de Wagnild e Young e verificou que a maior parte dos entrevistados apresentavam resiliência moderada (média: 132,50).

Em contrapartida, outros estudos divergem dos resultados encontrados na presente investigação, como pode ser verificado na pesquisa de Tavares et al. (2011) que realizaram um trabalho com 60 pessoas com diabetes melitus, na cidade de Florianópolis-SC, utilizando a escala de resiliência Connor-Davidson (CD-RISC) e identificaram que a maior parte das pessoas avaliadas apresentavam resiliência alta, com escore médio de 77,96. Da mesma forma, a investigação realizada por Quiceno e Alpi (2012) aplicou a Escala de Resiliência de Wagnild e Young em pessoas com doenças crônicas em Medelin, Colômbia, identificando que a maior parte das pessoas estudadas apresentaram resiliência alta (média de escore: 148,5).

Dessa forma, os resultados das pesquisas apresentadas anteriormente não corroboram a elevada porcentagem de pessoas idosas identificadas com baixa resiliência no presente estudo, sendo que a maior parte dos resultados aponta para resiliência moderada a alta nas populações estudadas.

Faz-se necessário enfatizar que não foram encontrados estudos de resiliência em populações com as mesmas características da amostra da presente pesquisa, ou seja, pessoa idosa somente com HAS. Dessa forma, optou-se por buscar comparações com estudos que apresentavam amostras semelhantes, como por exemplo, pessoas idosas ou pessoas com doenças crônicas ou investigações que utilizaram o mesmo instrumento de pesquisa.

Sendo assim, o fato de a classificação “resiliência alta” ter sido destacada nos resultados de alguns estudos pode ser explicado pela tendência de o indivíduo idoso se adaptar às transformações decorrentes do envelhecimento e às demandas negativas, como por exemplo apresentar mais de uma doença crônica. Além disso, existem outros fatores, como a evasão dos filhos, o isolamento social e até mesmo a diminuição das capacidades de decisão e de execução, oriundas da senescência; além de ter maiores possibilidades de se desenvolver incapacidades físicas, com dependência de outros para as atividades de vida diária. Com isso, quanto mais se experenciam adversidades mais são as oportunidades de se tornar resilientes (RESENDE et al., 2010).

Por outro lado, em algumas situações, a pessoa idosa pode ficar impossibilitada de empregar estratégias eficazes de enfrentamento, por exemplo,

quando diante de comprometimento cognitivo, de doenças crônicas e de experiências de perda de familiares e de amigos, que frequentemente se associam à depressão e são comuns na vida da pessoa idosa (CHARLES; CARTINSEN, 2010). Isso pode ser um fator que explica os altos percentuais de indivíduos que foram identificados com resiliência baixa na presente pesquisa, representando um terço da população estudada.

A literatura aponta que o envelhecimento é um fator de risco para a depressão. Isso pode ter um efeito psicossocial no processo da doença. Destaca-se, ainda, que o envelhecimento, quando associado com sintomas de depressão, compete com a resiliência e esse fato deve ser identificado pelos profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, para auxiliar a pessoa idosa a buscar mecanismos que superem a depressão e fortaleçam a resiliência, já que a última é um fator de proteção para a pessoa idosa (FORTES et al., 2015).

As doenças crônicas são geralmente associadas com condições degenerativas em longo prazo e requerem atenção contínua e comportamento adaptativo das pessoas que a apresentam e de seus cuidadores e familiares, sendo necessário o acesso às informações importantes para a adequada gestão da doença. Por essa razão, representam uma verdadeira adversidade na vida das pessoas, cabendo, assim, utilizar programas de incentivo ao desenvolvimento da resiliência durante o processo de adoecimento (LEMOS; MORAES; PELLANDA, 2016).

O estudo na área da resiliência é relativamente novo, com a maioria das pesquisas com foco em crianças, há cerca de 30 anos (SMITH; HAYSLIP, 2012). Desde então, o conhecimento e a compreensão da resiliência se expandiu para outras populações de interesse, incluindo a população idosa. Nas últimas décadas, uma robusta literatura tem enquadrado resiliência como uma construção psicológica, referindo-se a atitudes adaptativas e a comportamentos que permitem permanecer psicologicamente bem, ou até mesmo prosperar, depois de serem expostos a eventos de vida estressante (WAGNILD; COLLINS, 2009).

Na velhice, esses eventos negativos incluem a morte de pessoa querida; acidentes, doenças e incapacidades atingindo a própria pessoa idosa; pobreza; abandono; conflitos familiares; violência doméstica e urbana; tensão crônica de papéis sociais; ansiedade e depressão em virtude da exposição a eventos críticos, entre outros (FONTES; NERI, 2015).

Na Gerontologia, há predominância de conceitos associados à resiliência investigados ao longo do percurso teórico; entre estes, o envelhecimento bem-sucedido, o bem-estar psicológico, o suporte social, a satisfação com a vida, a religiosidade e a espiritualidade, entre outros. A literatura específica sobre a velhice descreve uma pequena diminuição do bem-estar depois dos 60 anos, provavelmente devido a um aumento de doenças. Porém, diante de tensões interpessoais inevitáveis e de situações estressantes, as pessoas idosas assumem posturas mais acomodativas, apresentando uma resposta emocional complexa que valoriza aspectos positivos e negativos da experiência (KESSLER; STAUDINGER, 2009).

Assim, são consideradas como psicologicamente resilientes as pessoas idosas que não sucumbem às adversidades, mas, ao contrário, na presença delas, exibem um padrão adaptativo positivo caracterizado pelo manejo dos eventos que ameaçam a adaptação; ou que, depois de serem afetados por adversidades, buscam recuperar seus níveis anteriores ou basais de bem-estar objetivo e subjetivo. Diante de adversidades, a pessoa idosa pode manter a autoestima e a autoeficácia e criar oportunidades para reverter os efeitos do estresse decorrentes de eventos que surgem na vida. Isso significa que, se puder contar com recursos de resiliência, o indivíduo não sucumbe aos fatores de risco biológico, socioeconômico e psicossocial (FONTES; NERI, 2015).

Adotando-se esse conceito de resiliência, há um redirecionamento dos cuidados de saúde para reconhecer os pontos fortes e desenvolver estratégias para a construção de capacidades existentes. Nesse sentido, resiliência denota força interior, competência, otimismo, flexibilidade e capacidade de lidar de forma eficaz quando confrontados com a adversidade, sendo associada à saúde física e emocional. Dessa forma, o desenvolvimento da resiliência na pessoa idosa com doença crônica, incluindo a HAS, constitui uma forma de compensação para as perdas da capacidade funcional e de saúde física naturais do envelhecimento (WAGNILD, 2009).

Cabe mencionar, ainda, que a pessoa idosa deve se adaptar às mudanças implícitas ao envelhecimento do organismo, buscando soluções para suas condições de vida associadas a estas mudanças. Para o envelhecimento bem sucedido, há a importância da preservação de um estilo de vida saudável que promova a redução da probabilidade de ocorrência de condições patológicas. Isso influi na manutenção de uma visão otimista da vida, como uma forma efetiva de compensar as perdas que

vão ocorrendo, acentuando positivamente o que ainda existe em sua vida. Nesse sentido, a pessoa idosa deve criar ambientes amigáveis para subsistirem e se manterem ativos na sociedade atual (FONSECA, 2005; SOUSA; MIRANDA, 2015).

Torna-se importante destacar que a Escala de Resiliência é uma ferramenta importante a ser utilizada em pessoas com doença crônica, uma vez que, de acordo com a definição teórica da resiliência (perseverança, autossuficiência, significância, solidão existencial e equanimidade), os indivíduos que apresentarem pontuação mais elevada na escala de resiliência podem autogerenciar com mais sucesso sua doença crônica do que aqueles com pontuações mais baixas. Além disso, os indivíduos identificados como “mais resilientes” podem apresentar maior disposição para praticar as orientações em saúde da equipe de enfermagem e de outros profissionais de saúde (WAGNILD, 2009).

Para a pessoa idosa, o funcionamento psicológico positivo produz melhor regulação neuroendócrina e funciona como um fator protetor em relação à adversidade, seja ela física (doença ou incapacidade), econômica ou educacional. Altos níveis de propósito de vida, de crescimento pessoal e de relações positivas com os outros associam-se a baixo risco cardiovascular, bom nível de colesterol e baixos níveis de cortisol, além de melhor controle glicêmico (RYFF et al., 2012).

Ainda no que concerne ao envelhecimento bem-sucedido, se destacam, entre outras, a promoção da saúde fomentada pela implementação de programas integrativos de várias atividades físicas e de atividades em grupos direcionados para as pessoas idosas, bem como pela prevenção da sua dependência face aos seus cuidadores formais e informais (SOUSA; MIRANDA, 2015).

Nesse sentido, ao identificar a resiliência na pessoa idosa com doença crônica, os enfermeiros podem estimular atributos como aceitação da doença, auto-percepção e disposição para gerenciar sua própria saúde, tornando-o parte do planejamento das ações, e respeitando seus valores e crenças pessoais. Para que isso ocorra, é necessário o estabelecimento de uma relação de confiança entre o profissional de saúde e a pessoa idosa, para descobrir e fortalecer seus pontos fortes (PIERINI; STUIFBERGEN, 2010).

Desse modo, métodos que aumentem a resiliência emocional, tais como o relaxamento, a reestruturação cognitiva (realizada por profissionais capacitados) e a distração, são tidos como efetivos para aumentar as habilidades para lidar com condições crônicas e promover o bem-estar. Ademais, práticas como a exploração

da história de vida, do desenvolvimento ou das circunstâncias individuais podem contribuir para aumentar a resiliência, quando identificam experiências de relações bem-sucedidas, cujos comportamentos possam ser utilizados em uma experiência adversa (LERNER et al., 2012).

Cabe destacar que as atividades realizadas pelas ESF, que unem educação em saúde com atividade física, danças, jogos, troca de experiências, entre outras atividades que associam distração ou atividades de lazer com promoção de saúde, são oportunidades para o fortalecimento da resiliência da pessoa idosa com HAS.

Portanto, as contribuições dos estudos recentes sobre o tema revela que a resiliência não é um atributo estável ou que pode estar presente ou ausente, mas é apresentada em indivíduos que se mostram mais ou menos resilientes momentaneamente e que devem ser submetidos à aprendizagem contínua sobre os mecanismos de resiliência (LEMOS; MORAES; PELLANDA, 2016).

Nesse contexto, as pessoas idosas com HAS devem estabelecer mudanças em seus hábitos de vida para o controle de sua condição crônica, como o abandono do tabaco, a alimentação saudável, a redução do consumo de álcool, a atividade física regular, entre outros (BRASIL, 2014). Essa transformação pode ser encarada pela pessoa idosa como uma oportunidade para vivenciar o envelhecimento com mais qualidade e satisfação, além de prevenir o surgimento de outras doenças crônicas e complicações em decorrência da HAS mal controlada. Essa compreensão pode ser estimulada pela equipe de enfermagem, assim como por outros profissionais de saúde, durante o acompanhamento da pessoa idosa nos serviços de saúde, principalmente na Atenção Básica.

#### **7.4 Análise univariada dos fatores associados ao consumo/dependência de álcool**

Ao analisar possíveis associações entre o consumo/dependência de álcool e as variáveis estado civil; crença religiosa; quantidade de filhos; renda familiar mensal; renda própria mensal; tipo de moradia; escolaridade; atividade física; atividade de lazer; auxílio para uso de medicações; tratamentos não farmacológicos;

complicações e evento marcante na vida, observou-se que não houve associação significativa.

Embora essas variáveis não tenham apresentado associação significativa com o consumo/dependência de álcool, percebe-se a importância de se discutir, a seguir, alguns desses fatores que podem influenciar esse consumo.

Com relação à crença religiosa, percebe-se que a religião e a espiritualidade ganham cada vez mais importância em relação à saúde mental, constituindo-se em um fenômeno amplamente estudado, especialmente relacionado às ciências sociais e da saúde (DRAPER, 2012).

Diante os resultados de alguns estudos, verificou-se que existe um fator de proteção para o consumo/dependência de álcool entre as pessoas que frequentam igrejas católicas ou outras religiões quando comparadas com aqueles sem crença religiosa (WOOKSOO, 2012; SANCHEZ et al., 2011).

Nesse contexto, elevados níveis de religiosidade predizem orientações mais otimistas da vida, melhor apoio social, maior controle do estresse e menores níveis de ansiedade. Além disso, a literatura aponta que as práticas espirituais estão associadas à sobriedade, à manutenção da abstinência e à promoção de atitudes que facilitam o processo de tratamento, como recurso de força pessoal (SANCHEZ; NAPPO, 2007).

Os autores Esper et al. (2013) destacam que o abuso de álcool por familiares, como por companheiros (cônjuges), pode influenciar o consumo dessa substância por pessoas idosas que, por medo de modificar as relações familiares, persistem neste hábito e não se sentem motivadas a procurar ajuda especializada para abandonar o vício. Além disso, aqueles que buscam tratamento podem apresentar recaídas com frequência devido à convivência com pessoas etilistas e proximidade com a bebida alcóolica.

Entretanto, a literatura não apresenta um consenso sobre o estado civil do indivíduo e sua possível associação com o consumo de álcool, na medida em que há apontamentos para maior risco desse hábito em pessoas idosas divorciadas ou solteiras. Isso é justificado, possivelmente, pelo fato de essas pessoas participarem com mais frequência de festas, de bailes e de confraternizações que envolvem bebidas alcoólicas, favorecendo o consumo dessas substâncias (MERRICK et al., 2008; LIN et al., 2011).

No que se refere à renda mensal, também há discrepâncias na literatura, sendo encontrada tanto associação positiva entre consumo de álcool e renda mensal mais elevada, como também associação inversa entre essas duas variáveis (VAGAS; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2010). A frequência de consumo de álcool pode ser maior em pessoas idosas com nível socioeconômico mais elevado, pela maior possibilidade financeira de frequentar os bares, os restaurantes e as festas. Por outro lado, é nos segmentos mais pauperizados que o consumo abusivo e de alto risco se faz presente em maior proporção; supostamente devido ao fato de as bebidas com maior teor alcóolico, como as populares cachaça, vodca, conhaque, serem de menor preço no mercado e mais facilmente encontradas em estabelecimentos de venda de bebidas (BRENNAN et al., 2010).

Ao analisar o perfil de consumidores de bebidas alcólicas segundo o nível de escolaridade, verifica-se uma maior frequência do uso de álcool em indivíduos com menor nível de escolaridade (VARGAS; BITTENCOURT; BARROSO, 2014; JOMAR et al., 2015; MATOS et al., 2015).

Dessa forma, a baixa escolaridade colabora para a vulnerabilidade da pessoa idosa, constituindo um dos fatores que contribui para o risco de intoxicação exógena, seja por medicamentos ou por outra substância. A dificuldade de leitura pode interferir na interpretação de rótulos e também no conhecimento a respeito dos riscos de exposição a substâncias como as bebidas alcólicas (VICENTE; SANTOS, 2013).

Ademais, pessoas com baixa escolaridade podem apresentar dificuldades para compreender a educação em saúde, estratégia que possibilita a adoção de comportamentos saudáveis e melhorias nas condições de vida, além de apresentarem menores condições econômicas e de acesso aos serviços de saúde (PERKINS et al., 2006).

Cabe mencionar que existe um alto índice de pessoas idosas com baixa escolaridade e que apresentam depressão, o que pode contribuir para o consumo de álcool. Isso se deve possivelmente ao intuito de alcançar sentimentos de prazer que essa substância proporciona (SASS et al., 2012; ALVARENGA et al., 2010).

O consumo de álcool em pequena quantidade (1-2 doses/dia), é considerado um fator de proteção para doenças cardiovasculares, provavelmente devido ao efeito antitrombótico do álcool. Porém, o consumo dessa substância em maiores quantidades apresenta associação com maiores riscos de complicações, como de

acidente vascular cerebral, doenças cardíacas e mortalidade, já que doses elevadas de bebidas alcoólicas podem ter associação adversa com a pressão arterial. Por isso, as pessoas idosas e com HAS devem ter bastante cautela no consumo de álcool (RONKSLEY et al., 2011).

Além disso, torna-se importante ressaltar que episódios de consumo excessivo de álcool podem levar a descompensações agudas das doenças crônicas, como a HAS, uma vez que os usuários que abusam de álcool costumam ter dificuldades para usar as medicações regularmente (BRASIL, 2014).

A prática regular de atividades físicas é responsável por melhorar a força e a resistência muscular, além de elevar a autoestima da pessoa idosa, contribuindo para as relações psicossociais e para o equilíbrio emocional. Nessa perspectiva, tanto o exercício anaeróbico quanto o exercício de força têm efeitos positivos sobre a cognição, podendo trazer satisfação a vida (CASSILHAS et al., 2007).

Além disso, as atividades físicas regulares são consideradas determinantes para a redução do risco de doenças crônicas e de mortalidade por todas as causas. Outros benefícios sugerem a redução do estresse e dos sintomas de depressão e o aumento da sensação de bem-estar, envolvendo maiores níveis de autoconfiança e satisfação pessoal, podendo, assim, diminuir os vícios, como por exemplo, o consumo de substâncias alcoólicas (SOUSA et al., 2013).

Dessa forma, estimular a prática de atividades físicas na Atenção Básica para pessoas idosas que consomem álcool pode contribuir para o abandono do vício e melhorar a condição física e psicológica do mesmo. Para isso, as recomendações atuais de Saúde Pública para a prática de atividade física suficiente, de acordo com American Heart Association (AHA), envolvem pelo menos 30 minutos diários de exercícios em intensidade moderada em cinco dias da semana ou a prática de pelo menos 20 minutos diários de atividade física em intensidade vigorosa em três ou mais dias da semana (HASKELL et al., 2007).

Cabe destacar que as atividades de lazer realizadas pelas pessoas idosas, assim como em todas as outras faixas etárias, muitas vezes se associam à ingestão de bebidas alcoólicas em eventos festivos, praias e até mesmo em seus domicílios. As propagandas televisivas de bebidas alcoólicas contribuem para que algumas pessoas criem um imaginário segundo o qual essa substância possa levar o consumidor a um estágio de felicidade e união, além de aceitação pelos amigos

também bebedores durante atividades de lazer em grupos (OLIVEIRA; ROMERA; MARCELLINO, 2011).

Embora também não se tenha apresentado associação estatisticamente significativa entre as variáveis tratamentos não farmacológicos e consumo/dependência de álcool, cabe discutir que a bebida alcoólica é absorvida rapidamente no trato gastrointestinal, alcançando diversos órgãos e sistemas, o que pode provocar desordens fisiológicas e psicológicas, podendo levar o indivíduo à desnutrição e à depressão, entre outras alterações orgânicas (OMS, 2010). Dessa forma, pessoas idosas que consomem álcool podem apresentar dificuldades de aderir aos tratamentos não medicamentosos para HAS, já que possivelmente estabelecem um padrão alimentar inadequado, além de serem mais vulneráveis ao uso de tabaco e praticarem menos atividades físicas, conforme demonstrado pelos dados do presente trabalho.

Os eventos marcantes na vida, sejam estes negativos ou positivos, podem ter impacto no consumo de álcool por pessoas idosas. Por um lado, acontecimentos negativos como conflitos familiares, perda (morte) de pessoas queridas, diagnóstico de doenças em si mesmo ou em familiares, têm sido apontados como fonte de estresse e podem levar a pessoa idosa a apresentar sentimentos de tristeza, de desânimo, de culpa, de agressividade e de vergonha, induzindo-os ao consumo de bebidas alcólicas como uma estratégia para lidar com esses sofrimentos. Ademais, a exposição ao estresse gerado por essas vivências negativas pode aumentar o potencial para a iniciação e para a frequência de consumo dessas substâncias, bem como contribuir para maiores recaídas após um período de abstinência (DAVIS et al., 2008; ESPER et al., 2013).

Destaca-se no presente estudo que algumas variáveis, como sexo, faixa etária, tabagismo, tempo de HAS e uso de medicamentos contínuos apresentaram associação significativa com consumo/dependência de álcool. Dessa forma, torna-se importante a discussão a seguir dessas variáveis.

A literatura aponta que o sexo masculino está fortemente associado com o aumento no consumo de álcool em relação ao sexo oposto (FILLENBAUM et al., 2009; NADKARNI et al., 2011; BARNES et al., 2010; WANG; ANDRADE, 2013; VIGITEL, 2015).

O padrão de consumo de álcool na pessoa idosa e os valores morais e sociais associados a este hábito podem ser determinados ainda na juventude,

perdurando por toda a vida. Além disso, existe uma forte pressão social para que os homens iniciem o consumo de bebidas alcoólicas quando mais jovens. Nesse sentido, as mulheres mais velhas podem ter vivenciado uma juventude que não valorizava esse hábito no sexo feminino, o que pode ter influenciado o baixo consumo de álcool nessas mulheres após o processo de envelhecimento (HIRATA et al., 2009; NADKARNI et al., 2011).

Porém, o consumo e a dependência de álcool em mulheres idosas podem ser mais comuns do que os resultados das investigações apontam, já que essa diferença de gênero pode ser atribuída às normas socioculturais que impedem as mulheres de admitir o consumo e o abuso de bebidas alcoólicas (TAIT et al., 2012; KEYES et al., 2010).

Além disso, embora o consumo de álcool seja em menor quantidade para as mulheres, do ponto de vista biológico, há a hipótese de que elas sejam metabolicamente menos tolerantes ao uso dessa substância. Mediante a ingestão de quantidades equivalentes, o álcool apresenta maior impacto negativo no organismo feminino do que no organismo masculino (NIH, 2012).

Cabe destacar que a diferença de consumo de álcool entre os gêneros apresenta alterações com a idade, enquanto se mostra influente nas pessoas mais velhas, a diferença desse consumo entre homens e mulheres diminui nos grupos etários mais jovens (WOLLE et al., 2011).

Com relação à faixa etária, cabe mencionar que há diminuição no consumo de álcool na velhice, e quanto maior a idade, menor a frequência desse consumo. Isso se dá por alguns fatores, como morte precoce das pessoas que fizeram uso de bebidas alcoólicas ao longo de toda a vida, moderação ou interrupção do uso da substância devido ao aumento da sensibilidade aos efeitos do álcool ou aspectos que influenciam pessoas idosas a não relatar o consumo de álcool e a diminuição da investigação por parte da equipe de saúde (HALME et al., 2010).

Assim como o consumo de álcool, o de tabaco pode prejudicar a saúde de pessoas idosas, originando diversos problemas sociais e econômicos no país. Alguns estudos estabelecem a associação entre o consumo de álcool e de tabaco (VARGAS; BITTERN COURT; BARROSO, 2014; NADER et al., 2013). Além disso, o uso de tabaco também é mais frequente no sexo masculino, assim como o consumo de álcool (SANTOS, 2014).

Cabe salientar que a maior utilização dessas substâncias, álcool e tabaco, mesmo com os malefícios provenientes do seu uso, tanto físicos como psicossociais, pode acontecer devido a serem substâncias aceitas pela legislação brasileira. Por isso, com maior acessibilidade e menor estigma, refletindo também na pouca atenção ao tratamento, tendo-se em vista o baixo número de pessoas idosas inseridas em serviços especializados para essas demandas. Nesse contexto, atenta-se para a importância de assistir a saúde mental de homens idosos e as comorbidades clínicas e psiquiátricas que podem agravar as suas situações de saúde (CANTAO et al, 2015).

Torna-se importante destacar também que o consumo de bebidas alcoólicas, associado ao uso de tabaco, aumenta 35 vezes o risco de câncer de boca. Dessa forma, a equipe de saúde deve alertar as pessoas idosas para os riscos da associação entre as estas duas substâncias (FEITOSA; PONTES, 2011).

Cabe destacar que há um aumento significativo de medicamentos de uso diário em pessoas idosas em relação às pessoas mais jovens (BRESLOW et al., 2015). Porém, muitas vezes há um desconhecimento dos possíveis riscos entre a associação do consumo de álcool concomitantemente ao uso de medicações. Vale salientar, ainda, que as pessoas mais velhas muitas vezes não revelam aos profissionais de saúde que fazem uso de bebidas alcoólicas e estes, por sua vez, apresentam menor grau de desconfiança quando avaliam pessoas idosas. Dessa forma, é necessário que a equipe de saúde identifique aqueles indivíduos que necessitam de aconselhamento em relação ao uso seguro de álcool juntamente com os medicamentos (COUSINS et al., 2014).

Os adultos mais velhos são mais vulneráveis aos efeitos fisiológicos do álcool do que os adultos mais jovens (GARGIULO et al., 2013). O consumo de álcool em quantidades consideradas leves ou moderadas para adultos mais jovens podem ter efeitos na saúde indesejáveis em pessoas mais velhas, porque é processado de forma diferente nesses dois grupos etários. Em particular, quando as pessoas envelhecem, as enzimas do fígado que metabolizam álcool e outras substâncias são menos eficientes, e o sistema nervoso central se torna mais sensível a estes. Além disso, a massa corporal diminui com a idade, havendo um decréscimo no volume aquoso de células que, por sua vez, aumenta a concentração de álcool e de outras substâncias químicas que alteram o comportamento no corpo. Muitos problemas comuns entre pessoas idosas, tais como doença crônica e má nutrição, podem ser

exacerbados por até mesmo pequenas quantidades de álcool. Dessa forma, os indivíduos mais velhos podem estar em maior risco de interações adversas na relação álcool-medicação (FERREIRA; WEEMS, 2008; GARGIULO et al., 2013).

Cousins et al. (2014) ainda revelam que há um número crescente de pessoas idosas que apresentam comorbidades, como por exemplo, a HAS e diabetes mellitus e fazem uso de medicamentos diários para controle dessas patologias, mas que ingerem bebidas alcoólicas como estratégia de enfrentamento de sua condição de saúde.

No presente estudo, também houve associação entre o consumo/dependência de álcool e o fato de o entrevistado apresentar diagnóstico de HAS em até 20 anos. Esse achado possivelmente ocorreu devido às pessoas que apresentavam menos tempo de diagnóstico de HAS encontrarem-se nas faixas etárias iniciais do envelhecimento, uma vez que o consumo de bebidas alcoólicas diminui com o avanço da idade e, conseqüentemente, o diagnóstico de HAS torna-se mais frequente nos indivíduos com o passar dos anos, podendo chegar próximo de 100% em pessoas com mais de 80 anos (NUNES et al., 2015). Dessa forma, quanto mais idade a pessoa idosa possui, mais tempo de HAS terá e, com isso, menor será o consumo de álcool.

Diante dessas informações, é necessário que o enfermeiro compreenda que o processo de envelhecimento vem acompanhado por mudanças nos aspectos físicos, psicológicos e sociais do indivíduo e que essas alterações, muitas vezes, levam a pessoa idosa a sentir-se impotente por depender de familiares, gerando desesperança e depressão, o que os torna mais vulneráveis ao uso de bebidas alcoólicas (SANCHES; ALMEIDA; MAGALHÃES, 2015). Dessa forma, o estabelecimento de uma relação de confiança entre o profissional enfermeiro e a pessoa idosa durante as atividades na Atenção Básica, é primordial para a detecção de hábitos de vida inadequados, como o consumo de bebidas alcoólicas, e, com isso, a necessidade da implementação de ações para a promoção de saúde dessa população.

## 7.5 Análise univariada dos fatores associados à resiliência

Neste estudo, verificou-se que as variáveis sexo; faixa etária; estado civil; crença religiosa; quantidade de filhos; tipo de moradia; tabagismo; tempo de HAS; uso de medicamentos contínuos; auxílio para tomar medicamentos; tratamento não farmacológico e complicações não apresentaram associação significativa com a variável resiliência. Contudo, cabe discutir alguns fatores que podem estar relacionados com alterações na resiliência da pessoa idosa com HAS.

Embora alguns autores tenham relatado que não existe relação entre o sexo e a resiliência (LUNDMAN et al., 2007; FORTES; PORTUGUEZ; ARGIMON, 2009), verifica-se que a literatura aponta que os homens são mais resilientes do que as mulheres na idade adulta, devido ao controle das emoções e ao enfrentamento racional de novos desafios (OLIVEIRA; LIPP, 2009). A associação se mostra inversa na infância e na adolescência, quando as meninas apresentam níveis maiores de superação das dificuldades do que os meninos, apresentando, dessa forma, maior resiliência (BOARDMAN et al., 2008; ANDRADE et al., 2013).

Algumas razões podem explicar a resiliência baixa em mulheres idosas, como o fato de os transtornos mentais comuns, como a depressão, ocorrerem com mais frequência em mulheres do que em homens na vida adulta e durante o envelhecimento (KEANE; MARX; SLOAN, 2009).

Com relação à faixa etária, a literatura aponta que, quanto maior a idade, maior o grau de resiliência, apresentado por ideias de independência e de determinação na fase adulta (CONSTANZO; RUFF; SINGER, 2009; PORTZKY et al., 2010).

Essa relação é explicada pelos autores Ferreira et al. (2010) os quais afirmam que as pessoas idosas tendem a se descrever como mais satisfeitas do que os jovens, principalmente aqueles que são independentes, moram sozinhos, são responsáveis pelo próprio sustento. Ou seja, que possuem recursos para compensar as perdas relacionadas ao envelhecimento e se mantêm ativos e engajados socialmente.

Porém, embora haja um aumento da resiliência na pessoa idosa em relação as outras faixas etárias, cabe destacar que há também um declínio dessa característica com o passar dos anos durante a fase de envelhecimento,

possivelmente após os 80 anos, quando a capacidade adaptativa se reduz gradualmente (FERREIRA; SANTOS; MAIA, 2012).

Outro fator que pode se relacionar com a resiliência da pessoa idosa se refere ao estado civil. Alguns autores afirmam que possuir um companheiro(a) facilita o processo de enfrentamento e a capacidade adaptativa, configurando-se como um apoio social na vida da pessoa idosa. Com isso, esses indivíduos apresentam mais recursos psicológicos e sociais, e utilizam estratégias de adaptação mais ricas e saudáveis ao seu desenvolvimento. Além disso, conseguem neutralizar os efeitos das desvantagens oriundas do processo de envelhecimento, assim como isso pode contribuir para sua qualidade de vida, para suas autoconcepções e para seu ajustamento pessoal (PINTO et al., 2006; FERREIRA; SANTOS; MAIA, 2012). Destaca-se, ainda, que pessoas idosas com suporte social, emocional e prático tendem a ser 40% a 60% mais resilientes do que as demais pessoas (LOSOI et al., 2013).

Dessa forma, o relacionamento conjugal de pessoas idosas que apresentam uma convivência pautada no companheirismo, na atenção, no amor e na segurança entre os cônjuges, pode se evidenciar como um estímulo aos pontos fortes das características psicológicas de cada um, contribuindo, assim, para comportamentos e atitudes resilientes (LUTHAR et al., 2007).

A espiritualidade apresenta-se como parte fundamental no processo explicativo da resiliência. Quando as pessoas se desenvolvem por meio de suas experiências de vida e encontram fontes de sentido, como no caso da espiritualidade e da força interna, são fatores que estão interligados à resiliência e apresentam a ideia de que existe um propósito maior na vida, que se apresentam como fonte de superação e de motivação para enfrentar novas experiências, principalmente as negativas (VIEIRA, 2010).

A pessoa religiosa, geralmente, é responsável e consciente, vive a vida como uma missão a ser cumprida. Em momentos de sofrimento, busca suportar e compreender que a vida tem um sentido incondicional, independentemente das circunstâncias. Esses fatores só são apreendidos pela fé e confiança (FRANKL, 2006).

Nesse sentido, a igreja surge ainda como um forte elemento na rede de apoio social da pessoa idosa, por meio da promoção da fé e também como uma possibilidade de novos vínculos com os demais frequentadores da instituição

religiosa. Esses aspectos influenciam positivamente os comportamentos resilientes nesses indivíduos para o enfrentamento de situações adversas (FERREIRA; SANTOS; MAIA, 2012).

O fato de ter ou não filhos não apresentou associação significativa com a resiliência na presente investigação. Entretanto, cabe discutir que os filhos são considerados, por muitos, como parte importante na vida das pessoas e podem se inserir no conceito de resiliência familiar. De acordo com Black e Lobo (2008), a resiliência familiar retrata o sucesso do enfrentamento de situações adversas pelos membros familiares. Nesse constructo, as famílias que apresentam cuidados constantes com seus descendentes, estabelecendo um relacionamento de qualidade entre pais e filhos, por meio de uma dinâmica familiar flexível e com comunicação, coesão familiar, apoio mútuo, práticas educativas com afeto, reciprocidade, trabalho em equipe, estabilidade, confiança e liderança compartilhada, apresentam a resiliência familiar fortalecida, o que contribui para o empoderamento e para o desenvolvimento pessoal.

Com relação à resiliência e a o tempo de diagnóstico de doença crônica, não há consenso na literatura sobre a relação dessas variáveis, já que, por um lado, com o passar do tempo, as pessoas com doenças crônicas, como a HAS, podem ter um desgaste físico e emocional em decorrência do tratamento e do surgimento de possíveis complicações que podem afetar a capacidade de resiliência. Por outro lado, alguns autores indicam que a resiliência é fortalecida com o passar dos anos, principalmente durante o envelhecimento, quando se atinge maior bem-estar e satisfação com a vida, apresentando melhor manejo da doença crônica em nível emocional (BLANCHFLOWER; OSWALD, 2008; QUICENO; ALPI, 2012).

Ao analisar os dados desta investigação, verifica-se que a maioria das pessoas idosas entrevistadas não possui auxílio para tomar medicamentos diários. Esse fato, além de se apresentar como um risco para a saúde desses entrevistados, que podem apresentar diminuição da acuidade visual e de leitura, demonstra uma deficiência de apoio social, que pode ser considerado de suma importância para o enfrentamento das doenças crônicas. O apoio social, principalmente de familiares, protege as pessoas idosas de sentimentos negativos, de depressão e de estresse, fortalecendo, assim, sua resiliência (GUEDES et al, 2006; ROCHA; CIOSAK, 2014).

Na mesma perspectiva, pode-se afirmar que o enfrentamento de doenças crônicas como HAS pela pessoa idosa requer adaptações nos hábitos de vida para

adequar ao tratamento não farmacológico, que é um fator importante para manter os níveis pressóricos nos valores desejados. Diante disso, fica claro que a resiliência garante maior adesão ao tratamento não farmacológico da HAS, com melhor adaptação às restrições impostas pela doença. Essa mudança no estilo de vida requer da pessoa muita força de vontade e determinação (ROCHA; CIOSAK, 2014).

Para tanto, torna-se importante que os profissionais de saúde considerem os aspectos culturais do indivíduo para o planejamento da assistência e durante as orientações de saúde, com o objetivo de minimizar a resistência e facilitar a criação de alternativas para uma adequação dos hábitos de vida dessas pessoas. Nesse contexto, a ESF pode ter um papel fundamental no estímulo da resiliência desses indivíduos, uma vez que está em contato direto com as mesmas pessoas por meio de cuidados longitudinais, passando a conhecer cada um em sua intimidade, o que possibilita a comunicação de conhecimentos sobre a doença, a fim de que a pessoa idosa com HAS desenvolva autorresponsabilidade e mudança de comportamento em relação ao seu estilo de vida (COITINHO et al., 2015).

Constatou-se nesta investigação que a escolaridade apresentou associação significativa com a resiliência. Assim, as pessoas idosas com HAS sem alfabetização têm mais chances de apresentar resiliência baixa.

A escolaridade apresenta-se como um fator de proteção associada ao bem-estar psicológico. Nessa perspectiva, quanto mais anos de estudo, maiores as competências e as habilidades do indivíduo para alcançar a satisfação com a vida e de equilíbrio dos afetos e dos relacionamentos (FERREIRA; SANTOS; MAIA, 2012).

Dessa forma, cabe inferir que esses indivíduos que tiveram mais anos de estudo na vida contaram com as condições e com as ferramentas pessoais que contribuíram com o desenvolvimento do sentido da vida no enfoque da resiliência. Assim, fatores protetores externos como o apoio social e a valorização que as pessoas recebem do meio em que vivem podem influenciar na formação dos fatores protetores internos, contribuindo para a competência pessoal, para a resolução de problemas e, principalmente, para a autonomia (SUÁREZ OJEDA, 2011).

Cabe destacar, ainda, que a baixa escolaridade da pessoa idosa também pode contribuir para o baixo nível socioeconômico (NG et al., 2009), conforme foi encontrado nos resultados do presente trabalho.

Nesse contexto, verificou-se neste estudo que as variáveis renda própria mensal e renda familiar mensal apresentaram associação estatisticamente

significativa com a resiliência. Desse modo, quanto menor a renda das pessoas entrevistadas, maior a chance de apresentar resiliência baixa.

Entretanto, compreende-se que a baixa renda mensal não é condição para a ocorrência de resiliência baixa, já que muitas pessoas precisam encontrar mecanismos de enfrentamento para superar essa adversidade na vida (CONNOR; DAVIDSON, 2010). Com base nisso, os resultados da investigação de Peltz, Moraes e Calotto (2010) são contrários aos dados encontrados no presente estudo e afirmam que quanto maior a renda familiar, menor a resiliência.

No caso de famílias com baixa renda mensal, é comum estas serem consideradas como as mais vulneráveis devido às condições indignas e à precariedade das contingências econômicas e sociais que castigam muitas famílias brasileiras. Entretanto, García e Yunes (2006) afirmam que o exercício da percepção da alteridade e da solidariedade, a capacidade de se colocar no lugar do outro, de estar aberto e de ser humilde, ajuda a enfrentar as adversidades e é importante elemento na dinâmica da resiliência.

Por outro lado, autores destacam que pessoas com melhor condição financeira são favorecidas na apreensão da resiliência, quando comparadas com pessoas de baixa renda, por ter maior facilidade de acesso aos fatores promotores de resiliência, como a escolaridade e o apoio social. Essas informações poderiam explicar o resultado encontrado na presente investigação (WAGNILD, 2009; ANDRADE et al., 2014).

Nalin e França (2015) concordam com essa teoria e complementam ainda que o bem-estar e a resiliência durante a aposentadoria estão intimamente relacionados à satisfação socioeconômica.

Nesse sentido e mediante as colocações anteriores, existem divergências quanto à possível relação entre a renda mensal e a resiliência, principalmente as relacionadas à pessoa idosa, necessitando-se de mais estudos para esclarecer a associação entre essas duas variáveis.

A variável “atividade física” também apresentou associação significativa com a resiliência, corroborando que as pessoas idosas que não praticam atividades físicas possuem maior chance de apresentar resiliência baixa.

Na perspectiva holística da saúde, os benefícios psicológicos da atividade física são tão importantes quanto os benefícios físicos, uma vez que podem amenizar e prevenir distúrbios emocionais e desordens somáticas. Acrescenta-se,

ainda, que pessoas que realizam atividade física, referem sentimentos de bem-estar, de felicidade, de autoestima, de diminuição do estresse e da depressão. Nesse sentido, a literatura apresenta um conjunto de ligações indiretas entre atividade física e a qualidade de vida (SANTOS; ANDRADE; BUENO, 2009).

Diante desses benefícios, destaca-se, ainda, que a prática de exercícios físicos contribui para expandir as redes sociais das pessoas idosas, estimula a capacidade de compartilhar emoções em grupo, de desenvolver o diálogo, de melhorar a expressividade, de produzir desinibições de forma a contribuir para um melhor estado de saúde mental, física e emocional, que vão além da aptidão física (FIGUEIREDO-JÚNIOR; GOMES-DA-SILVA; 2011).

Sendo assim, direcionada ao enfoque psicológico, a atividade física tem sido associada como possível fator protetor em pessoas idosas, tornando-as mais ativas na vida diária e na comunidade, com maior capacidade para superar eventos estressantes e para melhorar sua resiliência (HILDON et al., 2008).

Nesse sentido, a implantação de programas de atividades físicas como estratégia de promoção de saúde, principalmente em Estratégias de Saúde da Família, tem-se destacado pelo incentivo ao envolvimento social do indivíduo e pela necessidade de se estabelecer hábitos de vida saudáveis na população (CARDOSO, 2009). Para a pessoa idosa, os benefícios são ainda maiores, uma vez que promovem o desenvolvimento de atitudes de superação de dificuldades e a busca da vitória sobre os desafios impostos pelas limitações peculiares da idade e pela sociedade, no que diz respeito aos estereótipos e preconceitos vivenciados neste ciclo de vida (CABRAL; LEVANDOWSKI, 2013).

Neste estudo, constatou-se também que a variável “atividade de lazer” apresentou significância estatística com a resiliência. Desse modo, evidenciou-se que as pessoas idosas com HAS que não realizam atividades de lazer possuem maior chance de apresentar resiliência baixa.

Cabe destacar que as atividades de lazer estão associadas com a satisfação e a qualidade de vida. Algumas opções como dança, teatro, caminhada, entre outras, podem configurar-se em um aspecto relevante na vida das pessoas para a manutenção da saúde e do bem-estar (FERREIRA et al., 2010).

Para a pessoa idosa, a relação entre lazer e a resiliência são ainda mais fortes. O estabelecimento de uma rotina para realização de atividades de distração contribui para que a pessoa idosa alcance melhores níveis de bem-estar e de

qualidade de vida. Isso pode se configurar como um recurso que fortalece a resiliência, auxiliando-a a lidar com diversos riscos associados ao envelhecimento (GIBSON; SINGLETON, 2012; NIMROD, 2011).

A literatura apresenta uma situação paradoxal sobre a influência do lazer no envelhecimento. Por um lado, conforme as pessoas envelhecem, torna-se mais importante para elas estar envolvidas em atividades de lazer. Entretanto, com o passar dos anos, durante a fase de envelhecimento, as pessoas se tornam cada vez mais constrangidas devido às dificuldades funcionais que podem apresentar. Dessa forma, há um declínio na participação das atividades de lazer por esses indivíduos (NIMROD; SHRIRA, 2014).

Sendo assim, identifica-se que os profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, que atuam em ESF, podem criar um ambiente propício para pessoas idosas com HAS realizarem atividades de lazer, por meio de momentos na unidade ou outros locais da própria comunidade em que esses indivíduos possam se encontrar periodicamente para realizar atividades manuais, danças, teatro, poesia, recreações, trocas de experiências, educação em saúde, entre outras atividades de lazer. Com isso, se poderá contribuir para a melhoria da autoestima, do bem-estar, da satisfação com a vida e principalmente, para o fortalecimento da resiliência da pessoa idosa.

A variável “evento marcante na vida” também apresentou associação significativa com a resiliência. Desse modo, evidenciou-se que as pessoas que vivenciaram algum evento marcante na vida, no decorrer do último ano que antecedeu a entrevista, tinham menos chances de apresentar resiliência baixa.

Entre os relatos dos eventos que mais marcaram a vida da pessoa idosa com HAS na presente investigação, destacam-se a perda (morte) de pessoa querida, conflitos familiares e diagnóstico de doença em si e em familiares. Dessa forma, verifica-se que se trata de eventos de conotação negativa na vida desses indivíduos. Porém, os autores Ferreira et al. (2010) esclarecem que as experiências negativas tornam a pessoa mais resiliente.

Nesse cenário, a resiliência está associada à presença de mecanismos de autorregulação do *self*, captados ao longo da vida, podendo variar de indivíduo para indivíduo. Dentre esses mecanismos, incluem-se a capacidade de estabelecer metas, as crenças de autoeficácia, a regulação emocional, os mecanismos de enfrentamento do estresse, dentre outros (FREIRE, 2006).

Esses mecanismos mostram grande estabilidade e se verifica que há um aumento durante o processo de envelhecimento, podendo ser encarados como mecanismos adaptativos e compensatórios diante de perdas inerentes nessa fase da vida. Um exemplo é a viuvez, que pode fazer com que a pessoa idosa se volte para outros papéis, como avô, vizinho, membro da igreja, entre outros (FONTES, 2010).

A capacidade de resiliência é avaliada, posteriormente, à adversidade, na medida em que o indivíduo observa seu comportamento em face do sofrimento e se houve repercussões positivas sobre alguma área da sua vida. Sendo assim, é notório mencionar que não se nasce resiliente, mas se adquire essa capacidade no decorrer do desenvolvimento humano (LARROSA, 2007).

Cabe ressaltar que não se deve confundir resiliência com invulnerabilidade, autossuficiência ou insensibilidade; ao contrário, é vivenciar momentos adversos sem negá-los, mas enxergando a crise como oportunidade de crescimento pessoal e não só como ameaça (WALSH, 2005; PASA, 2013).

Diante disso, torna-se importante que o profissional de saúde identifique os potenciais e os déficits de enfrentamento individual das pessoas idosas, compreendendo que a resiliência é fundamental para o melhor manejo da doença crônica. Nesse aspecto, aqueles que apresentam resiliência alta estão mais preparados para encarar qualquer situação adversa que pode acontecer na vida e, conseqüentemente, terão melhor qualidade de vida, independentemente de doenças, de perdas ou de outras situações negativas (ROCHA; CIOSAK, 2014).

## **7.6 Análise univariada da resiliência com consumo/dependência de álcool**

Ao verificar possível associação da resiliência com o consumo/dependência de álcool nas pessoas avaliadas, constatou-se que não houve associação significativa entre essas duas variáveis. Entretanto, torna-se importante discutir as possíveis relações dessas variáveis na vida da pessoa idosa com HAS.

Inicialmente, cabe destacar que na literatura existe uma abordagem na relação entre a resiliência e o consumo de álcool na população jovem. Para essa população, a resiliência baixa está associada com o uso dessas substâncias mais

precocemente, por volta dos 14 anos de idade e a embriaguez por volta dos 17 anos. O fato de a resiliência permanecer estável da pré-escola até a adolescência pode representar um componente importante entre as estratégias psicológicas necessárias para lidar com a gama de desafios pessoais, sociais e cognitivas que enfrentam os jovens de hoje (WEILAND et al., 2012).

Há alguns estudos também que investigam a relação entre acontecimentos traumáticos na infância, como abuso sexual, violência, e suas consequências na fase adulta, como o envolvimento ou não com substâncias nocivas como o álcool. Esses acontecimentos negativos podem exercer influências desfavoráveis nos domínios emocional, comportamental, cognitivo e social e levar ao aumento do risco de psicopatologias, sendo o consumo e a dependência de álcool uma das sequelas psicológicas mais comuns na vida adulta dessas pessoas (GREEN et al., 2010; McLAUGHLIN et al., 2010).

Dessa forma, é possível verificar uma relação inversa entre resiliência e consumo de álcool, sendo que aqueles indivíduos mais resilientes apresentam esta característica como um fator protetor, e, embora tenham vivenciado acontecimentos traumáticos na infância, podem apresentar uma frequência menor de envolvimento com o álcool na maturidade (WINGO; RESSLER; BRADLEY, 2014).

Porém, ao buscar a relação entre a resiliência e o consumo/dependência de álcool na pessoa idosa com HAS, verifica-se que existe uma lacuna na literatura, necessitando-se, assim, de estudos que identifiquem a possível relação entre essas duas variáveis nessa etapa de vida. Com isso, possibilitar aos profissionais de saúde a compreensão e possíveis ações de prevenção em saúde mental da população idosa e em condições crônicas.

Cabe destacar, ainda, que o uso e abuso de substâncias entorpecentes é uma das questões que está emergindo entre as pessoas idosas (BRASIL, 2007). Os dados da presente investigação demonstram isso e fazem refletir sobre essa temática importante, quando se verifica que existem pessoas idosas que consomem ou são até mesmo dependentes de bebidas alcoólicas, fato agravado por se tratar de indivíduos que apresentam uma doença crônica, como a HAS.

Existe na literatura investigação que também tem indicado uma associação significativa e negativa entre o consumo de álcool e resiliência na vida adulta (JOHNSON; DINSMORE; HOF, 2011). Nesse contexto, a resiliência favorece a habilidade para adaptar a circunstâncias estressantes e merece atenção como um

mecanismo de tamponamento para o uso de substâncias nocivas, como o álcool (PRINCE-EMBURY; SAKLOFSKE, 2014).

Barbosa-Leiker (2014) corroboram que o estresse psicológico pode anteceder a depressão que, por sua vez, pode levar o indivíduo ao consumo de bebidas alcóolicas. Teoricamente, esse fato pode ser explicado pela desregulação do sistema de estresse cerebral e pela ativação de funções cerebrais que buscam, por meio do uso de substâncias como o álcool, uma forma de recompensa.

A dependência de bebida alcóolica, portanto, pode ser entendida como um transtorno compulsivo caracterizado anteriormente por estresse, ansiedade e depressão e, conseqüentemente, por alívio de tais problemas emocionais pelo uso repetitivo da substância (HUSSONG et al.; KOOB; KREEK, 2007, 2011).

Em contrapartida, a resiliência apresenta-se como a capacidade de se adaptar às circunstâncias estressantes, e tem sido extensivamente pesquisada como uma forma de compreender e de prevenir o desenvolvimento de psicopatologias, incluindo a ansiedade e a depressão (MASTEN, 2011).

Contudo, cabe destacar que nem todas as pessoas que passam por estresse emocional desenvolvem problemas de saúde mental. O estresse na vida é inevitável, mas a resiliência de cada indivíduo é a chave para explicar as diferenças individuais em resultados psicológicos e comportamentais sob estresse (PRINCE-EMBURY; SAKLOFSKE, 2014).

Há três componentes sobre a pessoa com resiliência alta que são essenciais e que cabe mencionar. Primeiro, a capacidade de antecipar circunstâncias adversas ou estressantes antes que essas ocorram e estar bem preparado para lidar com elas. Outra característica refere-se à flexibilidade desses indivíduos que têm a capacidade de amortecer o impacto de eventos adversos com autoajuste significativo. Por último, são capazes de recuperar-se e de se revigorar de forma rápida e adequada do impacto negativo ou estressante (CHEN et al., 2015).

Dessa forma, os eventos estressantes da vida como traumas, maus tratos, violência, entre outros, podem se manifestar como fatores que estimulam o consumo de álcool. Por outro lado, a resiliência é uma característica que pode contribuir para a superação dessas adversidades e pode auxiliar o indivíduo a alcançar o bem-estar pessoal, e ir além, ao sair fortalecido após o enfrentamento dessas situações adversas. Portanto, pode-se inferir que a resiliência é um fator de proteção para o consumo/dependência de álcool na pessoa idosa (WANG; CHEN, 2015).

Sood et al. (2011) afirmam que a resiliência pode ser melhorada por meio da aprendizagem ativa. Porém, ressalta-se que até o momento tem sido pouco estimulada nos serviços de saúde para a prevenção e para o tratamento de consumo/dependência de álcool.

Diante disso, verifica-se que as redes sociais de apoio contribuem para o enfrentamento dos problemas psicossociais dos sujeitos. Para a pessoa idosa etilista e para seus familiares, as atividades em grupo (oficinas de dança, trabalhos manuais, jogos, entre outras) geram vínculos e formam redes sociais acolhedoras que permitem o resgate da autonomia desses indivíduos e favorecem as relações pessoais (ROCHA et al., 2009).

Dentre as várias atividades desenvolvidas para pessoas idosas na Rede Básica de Saúde, pode-se destacar a Terapia Comunitária Integrativa (TCI), criada pelo psiquiatra e antropólogo Dr. Adalberto de Paula Barreto, docente do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade do Ceará, a qual vem sendo utilizada por profissionais da rede do SUS como uma tecnologia de cuidado, para prevenir o adoecimento advindo de problemas vividos no cotidiano, como o alcoolismo (FERREIRA FILHA et al., 2012).

Essa TCI encontra seus alicerces na teoria sistêmica, na pedagogia de Paulo Freire, na Teoria da Comunicação, na Antropologia e na resiliência. Apresenta-se como um instrumento de construção de redes sociais solidárias a fim de fortalecer um espaço de apoio e de escuta que instiga o poder resiliente dos indivíduos, promovendo o empoderamento, o sentimento de cidadania e o fortalecimento dos vínculos sociais e afetivos. Com isso, mobiliza também os recursos e as competências das famílias e da comunidade (BARRETO, 2005).

Nesse contexto, a TCI é caracterizada como um espaço de promoção de encontros interpessoais e intercomunitários durante se procura partilhar experiências de vida e sabedoria de forma horizontal e circular, buscando a valorização das histórias de vida dos participantes, a restauração da autoestima e da confiança em si, a ampliação da percepção dos problemas e as possibilidades de resolução a partir das competências pessoais e locais (ROCHA et al., 2009).

Sendo assim, ressalta-se a importância da realização de mais estudos que avaliem a relação entre resiliência e consumo/dependência de álcool na pessoa idosa com HAS, considerando-se que o uso de bebidas alcóolicas pode ser prejudicial concomitantemente ao tratamento de doenças crônicas. Em

contrapartida, que a resiliência pode ser considerada uma peça fundamental para que esses indivíduos superem os obstáculos para se adequar ao tratamento farmacológico e não farmacológico, por meio de mudanças nos hábitos de vida, fortalecendo-se, assim, sua saúde física e mental.

## 8 CONCLUSÃO

O presente estudo teve como principal objetivo avaliar o consumo/dependência de álcool e a resiliência da pessoa idosa com hipertensão arterial sistêmica atendida pelas equipes de saúde da família de um município do Sul de Minas Gerais.

Desse modo, de acordo com o primeiro objetivo específico (identificar as variáveis socioeconômicas; de hábitos de vida; de doença crônica; de atividades laborais e de eventos marcantes da população idosa com HAS), torna-se possível concluir que a maioria das pessoas idosas pesquisadas é do sexo feminino, com faixa etária entre 60 e 70 anos, casadas ou conviventes com companheiros, católicas, com um a cinco filhos, com moradia própria. Além disso, a maior parte das pessoas idosas pesquisadas apresentam o ensino fundamental incompleto, seguido por pessoas sem alfabetização; têm renda familiar mensal entre 1.701 a 2.500 reais e renda própria mensal de até 880 reais; não fazem uso de tabaco; não praticam atividade física; apresentam como lazer principalmente as atividades manuais e assistir televisão. Ademais, grande parte das pessoas idosas entrevistadas referem tempo de HAS entre 1 e 10 anos; fazem uso de dois medicamentos contínuos e não possuem auxílio para o uso destes medicamentos; realizam apenas um tratamento farmacológico; não apresentam complicações em decorrência da doença e são aposentadas. Com relação aos eventos marcantes na vida nos últimos 12 meses, a maioria delas enfrentou algum acontecimento nesse período, destacando-se a perda (morte) de pessoa querida e os conflitos familiares.

Com base nos resultados encontrados para responder ao segundo objetivo específico (avaliar o consumo/dependência de álcool pela população idosa com HAS), constatou-se que a maioria das pessoas idosas avaliadas fazem uso de baixo risco para bebidas alcoólicas. Porém, foram identificadas pessoas idosas que apresentam uso de risco, uso nocivo e até mesmo provável dependência para consumo dessas bebidas.

Torna-se possível concluir, por meio dos resultados apresentados para responder ao terceiro objetivo específico (avaliar a resiliência da população idosa com HAS), que a maioria dessas pessoas possui resiliência moderadamente baixa a moderada. Cabe enfatizar que um percentual relevante desses entrevistados foi classificado com resiliência baixa.

De acordo com o quarto objetivo específico proposto nesta investigação (verificar se existe associação entre o consumo/dependência de álcool pela pessoa idosa com HAS e as variáveis de caracterização, de hábitos de vida, doença crônica e eventos marcantes na vida das pessoas idosas com HAS), constatou-se que as variáveis sexo, faixa etária, tabagismo, tempo de HAS e uso de medicamentos contínuos apresentaram associação significativa com consumo/dependência de álcool.

No que diz respeito ao quinto objetivo específico deste estudo (verificar se existe associação entre a resiliência da pessoa idosa com HAS e as variáveis de caracterização, de hábitos de vida, doença crônica e eventos marcantes na vida das pessoas idosas com HAS), torna-se possível concluir que as variáveis renda familiar mensal, renda própria mensal, escolaridade, atividade física, atividade de lazer e evento marcante na vida apresentaram associação significativa com a resiliência.

Por fim, foi possível concluir, com base no sexto objetivo específico deste estudo (verificar se existe associação entre o consumo/dependência de álcool e a resiliência da pessoa idosa com HAS), que não houve associação significativa entre o consumo/dependência de álcool e a resiliência nesta população estudada.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o passar dos anos, as pessoas idosas ficam mais propensas ao desenvolvimento de doenças crônicas, entre as mais comuns, destaca-se a HAS. Dessa forma, durante o acompanhamento dessa população, cabe ao enfermeiro buscar o conhecimento dos hábitos de vida, da adesão ao tratamento proposto pela equipe de saúde e da motivação para o enfrentamento da doença, para que possa auxiliá-los a adaptar a vida e manter a condição crônica estabilizada, proporcionando, assim, um envelhecimento bem-sucedido. Para tanto, a avaliação do consumo de álcool e da resiliência na pessoa idosa com HAS constitui-se uma etapa importante e que deve fazer parte da rotina dos profissionais da área da saúde, principalmente a equipe de enfermagem.

No contexto da autogestão de doença crônica, o consumo de bebidas alcoólicas pode ser responsável pela má adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, como abandono de tabagismo, realização de atividades físicas, hábitos alimentares saudáveis, entre outros, levando a pessoa idosa a se tornar mais vulnerável às complicações dessa doença.

Atualmente, o rastreamento para o consumo/dependência de álcool é recomendado pelo Ministério da Saúde, e os serviços de Atenção Primária estão em uma posição privilegiada para essa avaliação e para o tratamento de pessoas idosas, especialmente para aquelas com doenças crônicas. Com isso, deve-se realizar um acompanhamento longitudinal, considerando-se os aspectos físicos, psíquicos, sociais, econômicos e culturais inerentes a cada um, além de encaminhar para serviços especializados, quando se fizer necessário.

Cabe inferir que alguns fatores e variáveis como sexo masculino, ser mais jovem, ser tabagista, possuir menos tempo de diagnóstico de HAS e não fazer uso de medicamentos contínuos, necessitam ser mais bem entendidos pela equipe de saúde da Atenção Primária. Esse aspecto é de grande relevância, devido ao fato de esses fatores poderem influenciar diretamente o consumo/dependência de álcool pela pessoa idosa.

Além disto, percebe-se que as pesquisas que avaliam o consumo/dependência de álcool estão focadas em pessoas jovens, especialmente em adolescentes. Porém, com o envelhecimento da população, torna-se necessária

a investigação de novos eventos que podem interferir na saúde e na qualidade de vida da população idosa, como o consumo de bebidas alcoólicas.

Da mesma forma, a resiliência constitui-se um aspecto importante na pessoa idosa com HAS, na medida que pode contribuir para o melhor enfrentamento dessa doença, motivando o indivíduo na busca por mudanças em seus hábitos de vida e, conseqüentemente, proporcionando um envelhecimento mais saudável.

Dessa forma, faz-se necessária uma maior atenção, por parte dos profissionais, aos fatores que podem causar alterações na resiliência da pessoa idosa com HAS. Entre esses fatores, citam-se os que estão diretamente ligados à resiliência, como a renda familiar mensal, a renda própria mensal e a escolaridade, que, quando se apresentam de forma deficiente, podem gerar desgaste psicológico e contribuir para a resiliência baixa. Por outro lado, as variáveis atividade física, atividade de lazer e eventos marcantes na vida podem contribuir para o fortalecimento da resiliência.

Cabe também identificar a resiliência como uma característica a ser desenvolvida e reforçada pela equipe de saúde. Estimular as potencialidades individuais é uma das formas mais eficazes de se promover a resiliência. Embora as condições e determinantes sociais enverguem para a não construção desse atributo, faz-se necessário que, durante o atendimento na Saúde Pública, o enfermeiro se atenha ao que é essencial, à motivação pessoal e ao apoio social. Esses fatores, atrelados à educação em saúde, realizarão a promoção da resiliência, empoderando as pessoas idosas para o autogerenciamento da doença crônica.

Nesse contexto, uma das estratégias que pode ser utilizada pela equipe de saúde da família são os encontros regulares entre pessoas idosas os quais pode proporcionar a troca de experiências, a educação em saúde, a realização de atividades de lazer e de atividade física. Assim, contribuirão para o fortalecimento da resiliência na pessoa idosa, além de uma maior compreensão da doença e o estímulo de práticas necessárias para alcançar seu controle.

Torna-se importante ressaltar que este estudo apresentou algumas limitações. Dentre estas, cita-se o desenho transversal da pesquisa que não permitiu verificar a relação causa-efeito dos resultados encontrados. Entretanto, esse desenho foi relevante por ser possível caracterizar e associar variáveis independentes com dependentes, observando-se a situação da pessoa idosa com HAS naquele momento.

Vale mencionar que se utilizou a técnica de entrevista para a coleta de dados neste estudo e, embora isso pudesse atrapalhar a pessoa idosa durante suas atividades domésticas, houve a necessidade de adotar essa técnica devido a possíveis dificuldades visuais e de leitura por essa população. Destaca-se que houve um contato prévio com essas pessoas para agendamento do melhor horário para a realização da coleta de dados.

Outro aspecto que apresentou limitações refere-se à amostragem, já que a coleta não foi realizada com o total de pessoas idosas com HAS do município onde foi realizada a pesquisa. Porém, considera-se difícil realizar um estudo com a população total devido ao elevado número de pessoas com essas características no município onde foi realizada a coleta. Ressalta-se que foi adotado um cálculo amostral por meio de programa estatístico, sendo selecionada uma amostra representativa para essa população.

Mediante essas ponderações, sugere-se a realização de estudos longitudinais que abordem a temática analisada nesta pesquisa de modo a evidenciar onexo-causal e a causa-efeito do consumo/dependência de álcool com a resiliência das pessoas idosas com HAS.

Percebe-se também a necessidade da realização deste estudo em outras regiões. Isso se faz necessário, no sentido de se verificar a real condição de saúde das pessoas idosas com HAS e compará-las à população pesquisada na presente investigação.

Podem-se sugerir também estudos experimentais ou quase-experimentais, abordando essa temática, para que possa aplicar alguma intervenção em grupos de pessoas idosas, no intuito de verificar se o fortalecimento da resiliência poderia diminuir o consumo de álcool nessa população.

Por fim, percebe-se o quanto é importante estimular a saúde mental das pessoas idosas, em especial daquelas com doenças crônicas, compreendendo o envelhecimento como um período do ciclo vital que merece atenção das políticas públicas, dos gestores, dos serviços de saúde e dos profissionais, principalmente dos enfermeiros.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. V. et al. A feminização da velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos e contextos**, Porto Alegre, v. 14, n.1, p. 115-131, jan./jun. 2015. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/19830/13313>>. Acesso em: 01 ago. 2016.
- ALVARENGA, M. R. M. et al. Depressive symptoms in the elderly: analysis of the items of the Geriatric Depression Scale. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 217-224, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/en\\_03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/en_03.pdf)>. Acesso em: 12 ago. 2016.
- ANDRADE, A. O. et al. Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3497-3504, ago. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000803497](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803497)>. Acesso em: 01 ago. 2016.
- ANDRADE, F.P. et al. Perfil Sociodemográfico e Econômico dos Sobreviventes ao Câncer Segundo o Grau de Resiliência. **Texto e Contexto da Enfermagem**. Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 476-84, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a25.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2016.
- APPOLINÁRIO, F. **Dicionário de metodologia científica**: um guia para a produção do conhecimento científico. São Paulo: Atlas, 2004.
- ARAÚJO, C. L. O.; FARO, A. C. M. Estudo sobre a resiliência em idosas do Vale do Paraíba, São Paulo, Brasil. **Enfermería Global [online]**, Murcia, v. 15, n. 42, p. 63-80, 2016. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n42/pt\\_clinica4.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n42/pt_clinica4.pdf)>. Acesso em: 15 ago. 2016.
- AYRES, M. et al. **BioEstat**: aplicações estatísticas nas áreas das ciências biológicas e médicas. Sociedade Civil Mamirauá, MCT-CNPq, Belém, 2007.
- BALDONI, A.O; PEREIRA, L.R.L. O impacto do envelhecimento populacional brasileiro para o sistema de saúde sob a óptica da farmacoepidemiologia: uma revisão narrativa. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, São Paulo, vol. 32, n. 3, p. 313-321, 2011. Disponível em: < [http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien\\_Farm/article/viewFile/1505/1173](http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/1505/1173)>. Acesso em: 15 jun. 2015.
- BANEGAS, J. R. et al. Impact of ambulatory blood pressure monitoring on reclassification of hypertension prevalence and control in older people in Spain. **J Clin Hypertens**, Londres, v. 17, n. 6, p. 453-461, jun. 2015. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jch.12525/pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2016.

- BARBOSA-LEIKER, C. et al. Depression as a mediator in the longitudinal relationship between psychological stress and alcohol use. **J. Subst. Use**, v.19, n. 4, p. 327–333, 2014. Disponível em: <<http://scihub.bz/10.3109/14659891.2013.808711>>. Acesso em: 13 ago. 2016.
- BARBOSA, R. G. B. et al. Treatment adherence and blood pressure control in older individuals with hypertension. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 99, n. 1, p. 636-641, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/abc/v99n1/en\\_aop05112.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abc/v99n1/en_aop05112.pdf)>. Acesso em: 18 ago. 2016.
- BARRETO, A. P. **Terapia comunitária passo a passo**. Fortaleza: LCR; 2005.
- BARNES, A. J. et al. Prevalence and correlates of at-risk drinking among older adults: The project SHARE study. **J Gen Intern Med**, v. 25, n. 8, p. 840-846, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2896609/>>. Acesso em: 07 ago. 2016.
- BARTONE, P. T. et al. Psychological Hardiness and Coping Style as Risk/ Resilience Factors for Alcohol Abuse. **Mil. Med.**, Washington, v. 177, n. 5, p. 517-524, 2012. Disponível em: <<http://militarymedicine.amsus.org/doi/pdf/10.7205/MILMED-D-11-00200>>. Acesso em: 17 jul. 2015.
- BASTOS-BARBOSA, R. G. et al. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 99, n. 1, p. 636-641, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/2012nahead/aop05112.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2016.
- BISQUERRA, R.; SARRIERA, J. C.; MARTINEZ, F. **Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.
- BLACK, K.; LOBO, M. A conceptual review of family resilience factors. **Journal of Family Nursing**, Calgary, v. 14, n. 1, p. 33-55, 2008. Disponível em: <<http://scihub.bz/10.1177/1074840707312237>>. Acesso em: 14 ago. 2016.
- BLANCHFLOWER, D. G.; OSWALD, A. Is well-being u-shaped over the life cycle? **Social Science and Medicine**, v. 66, p. 1733-1749, 2008. Disponível em: <<http://www.nber.org/papers/w12935.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2016.
- BOARDMAN, J. D.; BLALOCK, C. L.; BUTTON, T. M. M. Sex differences in the heritability of resilience. **Twin Research and Human Genetics**, Cambridge, v. 11, n. 1, p. 12-27, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2674367/pdf/nihms99628.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2016.
- BORDALO, A. A. Estudo transversal e/ou longitudinal. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, v. 20, n. 4, p. 5, out./dez. 2006. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpm/v20n4/v20n4a01.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

BORIM, F. S. A.; BARROS, M. B. A.; BOTEGA, N. J. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n. 7, p. 1415-1426, jul. 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n7/15.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Cadernos de Atenção Básica nº 35. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Hipertensão arterial sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica nº 37. Brasília, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental**. Cadernos de Atenção Básica nº 34. Brasília, 2013b.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de informação da atenção básica: SIAB**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 192 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica nº 15. Brasília, 2006.

BRASIL. Lei n. 57, 23 set 2003 (n. 3.561, de 1997, na Casa de Origem). Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 23 set 2003.

BRASIL. Lei n. 8842/94 que a institui, regulamentada pelo Decreto n.1948 de 04 de janeiro de 1996. Estabelece a Política Nacional do Idoso. **Diário Oficial da União**, 04 jan. 1996.

BRENNAN, P.L.; SCHUTTE, K.K.; MOOS, R.H. Retired status and older adults' 10-year drinking trajectories. **J. Stud. Alcohol Drugs**, New Jersey, v. 71, p. 165-168, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2841725/pdf/jsad165.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2016.

BRESLOW, R. A. et al. Prevalence of alcohol-interactive prescription medication use among current drinkers: United States, 1999 to 2010. **Alcoholism: Clinical and**

**Experimental Research**, New Orleans, v. 39, n. 2, p. 371-379, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25597432>>. Acesso em: 07 ago. 2016.

CABRAL, S. A.; LEVANDOWSKI, D. C. Resiliência e psicanálise: aspectos teóricos e possibilidades de investigação. **Rev Latinoam Psicopat Fund**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 42-55, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v16n1/04.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

CANO-GUTIERREZ, C. et al. Prevalence and factors associated to hypertension among older adults in Bogotá, Colombia. **Journal of Aging and Health**, Galveston, v. 27, n. 6, p. 1047-1065, set. 2015. Disponível em: <<http://jah.sagepub.com/content/27/6/1046.full.pdf+html>>. Acesso em: 01 ago. 2016.

CANTÃO, L. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos com depressão e o uso de substâncias psicoativas. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 16, n. 3, p. 355-362, maio/jun. 2015. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/2760>>. Acesso em: 17 ago. 2016.

CARDOSO, A. S. **Características estruturais e funcionais das redes de apoio social de idosos participantes e não participantes de um programa de atividade física**. 2009. 163 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) – Centro de Ciências da Saúde e do Esporte (CEFID), Programa de Pós-graduação da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Florianópolis, 2009.

CARVALHO, V. A.; MACHADO, T. H.; CARAMELLI, P. Reabilitação da memória no idoso. **Neuropsicologia Geriátrica**. Porto Alegre: Artmed. 2014. p. 301-310.

CASSILHAS, R. et al. The impact of resistance exercise on the cognitive function of the elderly. **Med Sci Sports Exerc**, Indianapolis, v. 39, n. 8, p. 1401-1407, 2007. Disponível em: <<http://sci-hub.bz/10.1249/mss.0b013e318060111f>>. Acesso em: 03 ago. 2016.

CHARLES, S. T.; CARTENSEN, L. L. Social and emotional aging. **Annu Rev. Psychol**, Palo Alto, v. 61, p. 338-409, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3950961/pdf/nihms554974.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2016.

CHEN, X.; WANG, Y.; YAN, Y. The Essential Resilience Scale: Instrument Development and Prediction of Perceived Health and Behavior. **Stress Health**, Flórida, 2015. Disponível em: <<http://sci-hub.bz/10.1002/smi.2659>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

CONNOR, K. M.; DAVIDSON, J. R. T. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). **Depress Anxiety [online]**. v. 18, n. 2, p. 76-82, abr. 2003. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.10113/pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

CONVERSANO, C. et al. Optimism and its impact on mental and physical well-being. **Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health**, Sharjah, v. 6, p. 25-29, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2894461/pdf/CPEMH-6-25.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2016.

CONSTANZO, E. S.; RYFF, C. D.; SINGER, B. H. Psychosocial adjustment among cancer survivors: findings from a national survey of health and well-being. **Health Psychol**, Washington, v. 28, n. 2, p. 147-156, mar. 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2668871/pdf/nihms-59731.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

COUSINS, G. et al. Potential for alcohol and drug interactions in older adults: evidence from the Irish longitudinal study on ageing. **BMC Geriatrics**. Londres, v. 14, n. 57, p. 1-10, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4008399/pdf/1471-2318-14-57.pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2016.

COSTA, M. F. L.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Revista epidemiologia serviço saúde**, Brasília, v.12, n. 4, p. 189-201, dez. 2003. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2015.

COTTA, R. M. M. et al. Perfil sócio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1251-1260. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a26v14n4.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2015.

COITINHO, D. et al. Intercorrências em hemodiálise e avaliação da saúde de pacientes renais crônicos. **Av Enferm.**, Bogotá, v. 33, n. 3, p. 362-371, set./dez. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n3/v33n3a04.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2016.

CULIC, V. Moderate drinking, psychological factors and cardiovascular protection. **European Heart Journal**, Oxford, v. 30, p. 381-383, jan. 2009. Disponível em: <<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/ehj/30/3/381.1.full.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2016.

CUNHA, C. L. F. Hipertensão arterial em idosos atendidos em uma unidade ambulatorial. **Journal of management and primary health care**, Maranhão, v. 5, n. 2, p. 131-139, 2014. Disponível em: <<http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/view/208/211>>. Acesso em: 01 ago. 2016.

DAVIS, L. et al. Major depression and comorbid substance use disorders. **Curr Opin Psychiatry**, Stanford, v. 21, n. 1, p. 14-18, 2008. Disponível em: <<http://sci-hub.bz/10.1097/YCO.0b013e3282f32408>>. Acesso em: 04 ago. 2016.

DEL DUCA, G. F.; NAHAS, M. V. **Atividade física e doenças crônicas: evidências e recomendações para um estilo de vida ativo**. 1 ed. Londrina: Midiograf, 2011, 174p.

DIAS, E. G. et al. Caracterização dos hipertensos e fatores dificultadores na adesão do idoso ao tratamento medicamentoso da hipertensão. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 8, n. 3, p. 39-49, jul./set. 2015. Disponível em: <[http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/720/pdf\\_234](http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/720/pdf_234)>. Acesso em: 01 ago. 2016.

DONATELLI, N. S.; SOMES, J. Alcohol and aging: the invisible epidemic. **Journal of Emergency Nursing**, Virginia, v. 40, n. 2, p. 177-180, mar. 2014. Disponível em: <[http://www.jenonline.org/article/S0099-1767\(13\)00576-X/pdf](http://www.jenonline.org/article/S0099-1767(13)00576-X/pdf)>. Acesso em: 01 ago 2016.

DRAPER, P. An integrative review of spiritual assessment: implications for nursing management. **J Nurs Manag**, v. 20, n. 8, p. 970-980, dez. 2012. Disponível em: <<http://sci-hub.bz/10.1111/jonm.12005>>. Acesso em: 01 ago. 2016.

DUARTE, L.M.N. O Processo de Institucionalização do Idoso e as Territorialidades: Espaço como lugar? **Estud. Interdiscipl. Envelh.**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 201-217, 2014. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/33754/31010>>. Acesso em: 12 maio 2015.

DUPRE, M. E. et al. Marital trajectories and mortality among US adults. **Am. J. Epidemiol.**, Durham, v. 170, n. 5, p. 546-555, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2732990/pdf/kwp194.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2016.

EDWARDS, E.S., HALL, J.; ZAUTRA, A. Resilience in aging. Elder care - A Resource for Interprofessional providers. **The Portal of Geriatrics Online Education**. 2012. Disponível em: <<http://www.pogoe.org/productid/21183>>. Acesso em: 28 abr. 2015.

ENOCH, M.D. The Role of Early Life Stress as a Predictor for Alcohol and Drug Dependence. **Psychopharmacology**, Berlim, v. 214, n. 1, p. 17-31, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3005022/pdf/nihms223392.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2015.

ERVATTI, L. R.; BORGES, G. M.; JARDIM, A. P. **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI. Subsídios para as projeções da população**. IBGE, Rio de Janeiro, 156 p., 2015.

ESPER, L. H. et al. Mulheres em tratamento ambulatorial por abuso de álcool: características sociodemográficas e clínicas. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 93-101, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n2/v34n2a12.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

ESPERANDIO, E. M. et al. Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial em idosos de municípios da Amazônia Legal, MT. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**,

Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 481-493, jul./set. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232013000300007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000300007)>. Acesso em: 01 ago. 2016.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life assessment, analysis and interpretation**. England: John Wiley e Sons Ltda, 2000, 393p.

FEITOSA, R. C. L.; PONTES, E. R. J. C. Survey of the life-styles and factors associated with the occurrence of cancer in smokers from the city of Sidrolândia (MS, Brazil). **Cien Saude Colet** [Internet]. Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 605-613, fev. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n2/v16n2a24>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

FERREIRA FILHA, O. et al. Alcoolismo no contexto familiar: estratégias de enfrentamento das idosas usuárias da terapia comunitária. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027980005.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

FERREIRA, C. L.; SANTOS, L. M. O.; MAIA, E. M. C. Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de Saúde em município do nordeste brasileiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 328-334, abr. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a09v46n2.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2016.

FERREIRA, J. M. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um estudo de caso do SESC Alagoas. **Revista Eletrônica de Gestão Nacional**, Alagoas, v. 8, n. 1, p. 118-135, 2010. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/gestaoorg/index.php/gestao/article/viewFile/23/20>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

FERREIRA, M. P.; WEEMS, M. K. Alcohol consumption by aging adults in the United States: Health benefits and detriments. **Journal of the American Dietetic Association**, v.108, n.10, p. 1668–1676, 2008. Disponível em: <<http://digitalcommons.wayne.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1003&context=nfsfrp>>. Acesso em: 07 ago. 2016.

FIGUEIREDO JÚNIOR, J. M.; GOMES-DA-SILVA, P. N. Expressividade e sensorialidade: por uma metodologia da educação física na saúde de idosos. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**, Pelotas, v. 16, n. 2, p. 172-176, 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/578/586>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

FILLENBAUM, G. G. et al. Correlates of and relationship among lifetime alcohol abuse and alcohol dependence in older community residents in Brazil. **Int. Psychiatry**, Londres, v. 6, n. 2, p. 40-44, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2828148/pdf/nihms108497.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2016.

FONSECA, A. M. Desenvolvimento Humano e Envelhecimento. **Climepsi Editores**, Lisboa, 2005.

FONTES, A. P. Resiliência, segundo o paradigma do desenvolvimento ao longo da vida. **Revista Kairós**. São Paulo, Caderno Temático 7, jun. 2010. Disponível em: < <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/3917/2558>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

FONTES, A. P.; NERI, A. L. Resiliência e velhice: revisão de literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1475-1495, maio 2015. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n5/pt\\_1413-8123-csc-20-05-01475.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n5/pt_1413-8123-csc-20-05-01475.pdf)>. Acesso em: 05 ago. 2016.

FORTES, A. P. et al. Resiliência psicológica: fator de proteção para idosos no contexto ambulatorial. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 07-17, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n1/1809-9823-rbgg-18-01-00007.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2016.

FORTES, T. F. R.; PORTUGUEZ, M. W.; ARGIMON, I. I. L. A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. **Estud Psicol**, Campinas, v. 26, n. 4, - 455-463, out/dez. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n4/06.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

FRANKL, V. E. Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração. Petrópolis: Vozes. 2006.

FREIRE, S. A. A personalidade na velhice: Estabilidade e Mudança. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan, 1260-1265.

FUCHS, S. C.; MONSELE, F.; FUCHS, F. C. Hipertensão arterial e mortalidade no Brasil. **Revista Hipertensão**, São Paulo, v. 17, n. 3-4, p. 169-175, jul./dez. 2014. Disponível em: <<http://www7.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/218/1/revista%20de%20hipertensao-2014-3-4-artigo%20de%20AVC.pdf#page=42>>. Acesso em: 01 ago. 2016.

GALDEANO, L. E. **Validação do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio**. 2007. 147 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

GAIOLI, C.C.L.O.; FUREGATO, A.R.F.; SANTOS, J.L.F. Perfil de Cuidadores de Idosos com Doença de Alzheimer Associado à Resiliência. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 21.n. 1. p. 150-157, jan-mar. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a17v21n1.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

GARCÍA, N. M.; YUNES, M. A. Resiliência familiar: baixa renda e monoparentalidade. In: DELL'AGLIO, D. D.; KOLLER, S. H.; YUNES, M. A. (Eds.). **Resiliência e Psicologia Positiva: interfaces do risco à proteção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006, p. 117-140.

GARGIULO, G. et al. Moderate alcohol consumption predists long-term mortality in elderly subjects with chronic heart failure. **Journal of Nutrition, Health and Aging**, v. 17, n. 5, p. 480-485, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23636551>>. Acesso em: 06 ago. 2016.

GIBSON, H. J.; SINGLETON, J. F. Leisure and aging: Theory and practice. Champaign, IL: Human Kinetics, 2012.

GIROTTI, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1763-1772, jun. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000600027](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600027)>. Acesso em: 01 ago. 2016.

GREEN, J. G. et al. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national co-morbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. **Arch Gen Psychiatry**, Berlim, v. 67, n. 2, p. 113-123, 2010. Disponível em: <<http://sci-hub.bz/10.1001/archgenpsychiatry.2009.186>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

GUEDES, M. T. D. et al. Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 301-308, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v19n2/a17v19n2.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

GUILLERMIN, F.; BOMBARDIER, B. Cross-cultural adaptation of health-related of life measures: literatura review and proponed guide-lines. **Journal of Clinical Epidemiology**, Ottawa, v. 46, n. 12, p.1471-1483, 1993. Disponível em: <[http://sci-hub.bz/10.1016/0895-4356\(93\)90142-N](http://sci-hub.bz/10.1016/0895-4356(93)90142-N)>. Acesso em: 22 jul. 2015.

GREZZANA, G.B.; STEIN, A.T.; PELLANDA, L.C. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial por meio da monitoração ambulatorial de 24 horas. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 100, n. 4, p. 335-341, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/2013nahead/aop4797.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2015.

GURGEL, L. G. et al. Avaliação da Resiliência em Adultos e Idosos: Revisão dos Instrumentos. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 30. n. 4. p. 487-496, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v30n4/02.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2015.

HALME, J.T. et al. Alcohol consumption and all-cause mortality among elderly in Finland. **Drug Alcohol Depend.**, v.106, n.2-3, p.212-218, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org.sci-hub.bz/10.1016/j.drugalcdep.2009.08.017>>. Acesso em: 03 ago. 2016.

HASKELL, W. L. et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Med Sci Sports Exerc**, Indianapolis, v. 39, p. 1423-1434, 2007.

Disponível em: <[http://www.cdof.com.br/recomendacao\\_acms\\_adultos65.pdf](http://www.cdof.com.br/recomendacao_acms_adultos65.pdf)>. Acesso em: 02 ago. 2016.

HIRATA, E.S. et al. Prevalence and correlates of alcoholism in community-dwelling elderly living in São Paulo, Brazil. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, Mancherter, v.24, p.1045-1053. 2009. Disponível em: <<http://sci-hub.bz/10.1002/gps.2224>>. Acesso em: 03 ago. 2016.

HILDON, Z. et al. Understanding adversity and resilience at older ages. **Sociology of Health and Illness**. v. 30, n. 5, p. 726-740, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18444953>>. Acesso em 15 ago. 2016.

HUSSONG, A.M. et al. An internalizing pathway to alcohol use and disorder. **Psychol. Addict. Behav.**, Washington, v. 25, n. 3, p. 390–404, 2011. Disponível em: <<http://sci-hub.bz/10.1037/a0024519>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

IPEA- Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. **Secretaria de Assuntos Estratégicos**. Brazilian Population Ageing: Differences in Well-Being by Rural and Urban Areas. Brasil, jan. 2015. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td\\_0878.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0878.pdf)>. Acesso em: 15 jul. 2015.

JARDIM, P. C. B. V.; JARDIM, T. S. V.; SOUZA, W. K. S. B. Como diagnosticar e tratar hipertensão arterial sistêmica. Grupo Editorial Moreira Junior- **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 70, n. 12, p. 64-75. 2013. Disponível em: <[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=5585](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5585)>. Acesso em: 17 jul. 2015.

JOHNSON, N.; DINSMORE, J. A.; HOF, D. D. The relationship between college students' resilience level and type of alcohol use. **International Journal of Psychology: A Biopsychosocial Approach**, Kaunas, n. 8, p. 67–82, 2011. Disponível em: <[http://www.psyjournal.vdu.lt/wp/wp-content/uploads/2011/08/IJP\\_8\\_2011\\_42.pdf](http://www.psyjournal.vdu.lt/wp/wp-content/uploads/2011/08/IJP_8_2011_42.pdf)>. Acesso em: 12 ago. 2016.

JOMAR, R. T. et al. Perfil do consumo de álcool de usuários de uma unidade de Atenção Primária à Saúde. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, p. 55-62, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v64n1/0047-2085-jbpsiq-64-1-0055.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

KANO, M. Y; SANTOS, M. A.; PILLON, S. C. Uso de álcool em idosos: validação transcultural do Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G). **Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 649-656, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n4/pt\\_0080-6234-reeusp-48-04-648.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n4/pt_0080-6234-reeusp-48-04-648.pdf)>. Acesso em: 02 ago. 2016.

KAPLAN, N. M. Smoking and hypertension. **UpToDate**. Última revisão de literatura em out. 2016. Tópico atualizado em dez. 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/smoking-and-hypertension>>. Acesso em 10 ago. 2016.

KASHDAN, T.B. et al. Emotion differentiation as resilience against excessive alcohol use: an ecological momentary assessment in underage social drinkers. **Psychol. Science**, v. 21, n. 9, p. 1341-1347, set. 2010. Disponível em: <<http://sci-hub.bz/10.1177/0956797610379863>>. Acesso em: 14 maio 2015.

KEANE, T. M.; MARX, B. P.; SLOAN, D. Post-traumatic stress disorder: Definition, prevalence, and risk factors. In: SHIROMANI, P. J.; KEANE, T. M.; LEDOUX, J. E. **Post-traumatic Stress Disorder: Basic Science and Clinical Practice**. New York: Humana Press, 2009. p. 1–19.

KEYES, K. M. et al. Telescoping and gender differences in alcohol dependence: new evidence from two national surveys. **Am J Psychiatry**, Arlington, v. 167, n. 8, p. 969-976, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3767417/>>. Acesso em: 07 ago. 2016.

KESSLER, E. M.; STAUDINGER, U. M. Affective experience in adulthood and old age: the role of affective arousal and perceived regulation. **Psychol. Aging**, v. 24, n. 2, p. 349-362, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19485653>>. Acesso em: 05 ago. 2016.

KOOB, G.; KREEK, M. J. Stress, dysregulation of drug reward pathways, and the transition to drug dependence. **Am. J. Psychiatry**, Arlington, v. 164, p. 1149–1159, 2007. Disponível em: <<http://sci-hub.bz/10.1176/appi.ajp.2007.05030503>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

KNIGHTLY, R. et al. Alcohol screening for older adults in an acute general hospital: FAST v. MAST-G assessments. **BJPsych Bulletin**, v. 40, n. 2, p. 72-76, abr. 2016. Disponível em: <[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4817649/pdf/pbrcpsych\\_40\\_2\\_005.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4817649/pdf/pbrcpsych_40_2_005.pdf)>. Acesso em: 02 ago. 2016.

LEMOS, C. M. M.; MORAES, D. W.; PELLANDA, L. C. Resilience in Patients with Ischemic Heart Disease. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 106, n. 2, p. 130-135, fev. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v106n2/0066-782X-abc-20160012.pdf>>. Acesso em 15 ago. 2016.

LERNER, R. M. et al. Resilience across the life Span. **Annual Review of Gerontology and Geriatrics. Emerging perspectives on resilience in adulthood and later life**, New York, v. 32, p. 274-299, 2012.

LIMA, C.T. et al. Concurrent and Construct Validity of the Audit in an Urban Brazilian Sample. **Alcohol and Alcoholism**, v. 40, n. 6, p. 584-589, 2005. Disponível em: <<http://sci-hub.bz/10.1093/alcalc/agh202>>. Acesso em: 13 jul. 2015.

LIMA, M. G.; BARROS, M. B. A.; ALVES, M. C. G. P. Sentimento de felicidade em idosos: uma abordagem epidemiológica, ISA-Camp 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 12, p. 2280-2292, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n12/07.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2016.

LIN, J. C. et al. Alcohol, tobacco, and nonmedical drug use disorders in U.S. Adults aged 65 years and older: data from the 2001-2002 National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions. **Am. J. Geriatr. Psychiatry**, v.19, n.3, p.292-299, 2011.

LOSOI, H. et al. Psychometric properties of the finnish version of the resilience scale and its short version. **Psychology, Community and Health**, v.2, n.1, p. 1-10, 2013. Disponível em: <<http://pch.psychopen.eu/article/view/40/pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2016.

LUNDMAN, B. et al. Psychometric properties of Swedish version of the Resilience Scale. **Scand J. Caring Sce**, v. 21, n. 2, p. 229-237, jun. 2007. Disponível em: <<http://sci-hub.bz/10.1111/j.1471-6712.2007.00461.x>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

LUTHAR, S. S.; BROWM, P. J. Maximizing resilience through diverse levels of inquiry: Prevailing paradigms, possibilities, and priorities for the future. **Development and Psychopathology**. v. 19, n.3, p. 931-955, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2190297/pdf/nihms30913.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

MARQUES, M. B. et al. Avaliação da Competência de idosos diabéticos para o autocuidado. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 415-420, abr. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/20.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2016.

MARTINS, M. H. Envelhecimento e Resiliência: Perspectiva para Reabilitação do Idoso. **Cadernos do GREI** (Grupos de Estudos Interdisciplinares Giordano Bruno) nº 14. Faro, 2015.

MASTEN, A. S. Resilience in children threatened by extreme adversity: frameworks for research, practice, and translational synergy. **Dev. Psychopathol.**, Minnessota, v. 23, p. 493–506, 2011. Disponível em: <<http://scihub.bz/10.1017/S0954579411000198>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

MEDRONHO, R. et al. **Epidemiologia**. 2. ed . São Paulo: Atheneu, 2008.

MELILLO, A. et al. **Resiliência: Descobrimo as próprias fortalezas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005. 160 p.

MÉNDEZ, B. E. Mendez BE. **Uma versão brasileira do AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test**. 1999. Tese de Doutorado, Pelotas, Universidade Federal de Pelotas, 1999.

MERRICK, E.L. et al. Unhealthy drinking patterns in older adults: prevalence and associated characteristics. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.56, p.214-223, 2008. Disponível em: <<https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/65179/j.1532-5415.2007.01539.x.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 01 ago. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática/DAET. Coordenação de Saúde da Pessoa

Idosa/COSAPI. **Caderneta de Saúde do Idoso**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, 56 p.

MOREIRA, R. M. et al. Qualidade de vida, saúde e política pública de idosos no Brasil: uma reflexão teórica. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 27-38, mar. 2013. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/17629/13128>>. Acesso em: 01 ago. 2016.

MORETTI-PIRES, R. O.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 497-509, mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n3/10.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

MOTTA, B. F. B.; ROSA, J. H. S. ASPECTOS SOCIAIS DA RESILIÊNCIA EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO II. **Revista Científica Fagoc Saúde**, Ubá, v. 1, p. 27-36, 2016. Disponível em: <<http://revista.fagoc.br/index.php/saude/article/view/24/145>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

NADKARNI, A. et al. The psychological impact of heavy drinking among the elderly on their co-residents: the 10/66 group population based survey in the Dominican Republic. **Drug Alcohol Depend**, v. 114, n. 1, p. 82-86, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3123469/?report=reader>>. Acesso em: 07 ago. 2016.

NALIN, C. P.; FRANÇA, L. H. F. P. The importance of resilience for well-being in retirement. **Paideia**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 61, p. 191-199, maio/ago. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v25n61/1982-4327-paideia-25-61-0191.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2016.

NG, T. P. et al. Determinants of successful aging using a multidimensional definition among Chinese elderly in Singapore. **Am J Geriatr Psychiatry**. v. 17, n. 5, p. 407-416, 2009. Disponível em: <<http://sci-hub.bz/10.1097/JGP.0b013e31819a808e>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

NICE. **National Institute for Health and Care Excellence**. Hypertension: clinical management of primary hypertension in adults, Londres, ago. 2011. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg127/resources/hypertension-in-adults-diagnosis-and-management-35109454941637>>. Acesso em: 01 ago. 2016.

NIH. **National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism**. Harmful interactions, mixing alcohol with medicines. Documento revisado em 2014. Disponível em: <[http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Medicine/Harmful\\_Interactions.pdf](http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Medicine/Harmful_Interactions.pdf)>. Acesso em: 02 ago. 2016.

NIH SENIOR HEALTH. Alcohol use and older adults. **National Institute on Aging**. Out. 2012. Disponível em:

<<https://nihseniorhealth.gov/alcoholuse/alcoholandaging/01.html>>. Acesso em: 01 ago. 2016.

NIMROD, G. The impact of leisure activity and innovation on the well-being of the very old. In: POON, L. W. **Understanding the well-being in the oldest-old**. New York: Cambridge University Press, 2011, p. 240–257.

NIMROD, G.; SHRIRA, A. The paradox of leisure in later life. **Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**. 2014. Disponível em: < <http://sci-hub.bz/10.1093/geronb/gbu143>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

NUNES, J. M. et al . Consumo de bebidas alcoólicas e prática do binge drinking entre acadêmicos da área da saúde. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 39, n. 3, p. 94-99, 2012 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832012000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832012000300005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 ago. 2016.

OLIVEIRA, J. B.; LIPP, M. E. N. Resiliência e controle do stress em juízes e servidores públicos. **Acad Paul Psicol**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 287-306, 2009. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v29n2/v29n2a07.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2016.

OLIVEIRA, M.; ROMERA, L. A.; MARCELLINO, N. C. Lazer e juventude: análise das propagandas de cerveja veiculadas pela televisão. **Rev. Ed. Fís. UEM**, Maringá, v. 22, n. 4, p. 535-546, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/refuem/v22n4/a05.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

OLIVEIRA, T. L. et al. Effectiveness of education in health in the non-medication treatment of arterial hypertension. **Acta. Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 179-184, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/en\\_v26n2a12.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/en_v26n2a12.pdf)>. Acesso em: Acesso em: 01 ago. 2016.

ONG, K. L. et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension among United States adults 1999-2004. **Rev. Hypertension**, Beijing, v. 49, n. 1, p. 69-75, 2007. Disponível em: <<http://hyper.ahajournals.org/content/49/1/69.long>>. Acesso em: 01 ago. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Adherence to Long-Term Therapies: evidence for action**. Geneva, 2003. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Glossário de álcool e drogas**. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 2ª ed. Bertolote JM, tradutor. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010. 129p.

PEREIRA, G. N.; DUCA, G. F. D.; BASTOS, G. A. N. Indicadores de saúde associados à incapacidade funcional em idosos de baixa renda. **Cadernos de**

**Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2035-2042, nov. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/03.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2016.

PEREIRA, M. et al. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. **Journal of Hypertension**. vol. 27. n. 5. p. 963-975. 2009. Disponível em: < <http://sci-hub.bz/10.1097/hjh.0b013e3283282f65>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

PEREIRA, R. J. et al. Influência de fatores socio sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2907-2917, jun. 2011. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000600028](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600028)>. Acesso em: 01 ago. 2016.

PESCE, R.P. et al. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 436-448. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/10.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

PERKINS, A. J. et al. Assessment of differential item functioning for demographic comparisons in the MOS SF-36 health survey. **Quality of Life Research**, v. 15, n. 3, p. 331-348, 2006. Disponível em: <<http://sci-hub.bz/10.1007/s11136-005-1551-6>>. Acesso em: 02 ago. 2016.

PETERNELLA, F. M. N.; MARCON, S. S. Descobrimos a doença de Parkinson: Impacto para o parkinsoniano e seu familiar. **REBEn**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 25-31, jan./fev. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/04.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2016.

PELTZ, L.; MORAES, M. G.; CARLOTTO, M. S. Resiliência em estudantes do Ensino Médio. **Rev Psico Escolar**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 87-94, jan./jun. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pee/v14n1/v14n1a10.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2016.

PIERINI, D.; STUIFBERGEN, A. Psychological resilience and depressive symptoms in older adults diagnosed with post-polio syndrome. national institute of health. **Rehabil. Nurs.**, Austin, v. 35, n. 4, p. 167-175, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3432643/pdf/nihms-399314.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

PILLON, S. C. et al. Perfil dos idosos atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras drogas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 742-748, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a13>>. Acesso em: 16 maio 2015.

PINTO, J. L. G. et al. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 753-764, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30990.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

PIRES, R. O. M.; WEBSTER, C. M. C. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior do Amazonas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 497-509, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n3/10.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2015.

POLIT D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: Avaliação de Evidências para Prática da Enfermagem. 7. ed. São Paulo: Artmed. 2011. 670p.

PORTZKY, M. et al. Psychometric evaluation of the Dutch Resilience Scale RS-nl on 3265 healthy participants: a confirmation of the association between age and resilience found with the Swedish version. **Scand J Caring Sci**, Malden, v. 24, n. 1, p. 86-92, dez. 2010. Disponível em: <<http://sci-hub.bz/10.1111/j.1471-6712.2010.00841.x>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

PRINCE-EMBURY, S.; SAKLOFSKE, D.H. **Resilience interventions for youth in diverse populations**. New York: Springer, 2014. 481p.

RABELO; NERI. A complexidade emocional dos relacionamentos intergeracionais e a saúde mental dos idosos. **Pensando famílias**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 138-153, jun. 2014. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-494X2014000100012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2014000100012)>. Acesso em: 01 ago. 2016.

QUICENO, J. M.; ALPI, S. V. Resiliencia y características sociodemográficas em enfermos crônicos. **Psicología desde el caribe** [online], Bogotá, v. 29, n. 1, jan./abr. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v29n1/v29n1a06.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2016.

REIS, A. F. N.; CESARINO, C. B. Fatores de risco e complicações em usuários cadastrados no hiperdia de são josé do rio preto. **Ciênc Cuid Saúde**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 118-124, jan./ mar. 2014. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/24235/16986>>. Acesso em: 14 ago. 2016.

RESENDE, M. C. et al. Envelhecer atuando: bem-estar subjetivo, apoio social e resiliência em participantes de grupo de teatro. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v. 22, n. 3, p. 591-608, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fractal/v22n3/v22n3a11.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2016.

RICCIO, G. M. G. E. et al. Validação de instrumento de levantamento de dados para a formação de diagnóstico de enfermagem. **Revista da Sociedade de Cardiologia**, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 1-16, 1995.

RIMANDO, M. Perceived barriers to and facilitators of hypertension management among underserved african. **Ethnicity and Disease**, Arlington, v. 25, n. 3, p. 329-336, ago. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4671409/pdf/ethndis-25-329.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2016.

ROCCA-LARROSA, S. M. Resiliência e cuidado. **Revista IHU online**, São Leopoldo, v. 7, n. 234, p. 56-59, 2007.

ROCHA, A. C. A. L.; CIOSAK, S. I. Chronic Disease in the Elderly: Spirituality and Coping, **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 48 (Esp. 2), p. 87-43, 2014.

Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/0080-6234-reeusp-48-nspe2-00087.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

ROCHA, I. A. et al. A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 687-694, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/06>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

RODRIGUES, L. R. et al. Qualidade de vida de idosos com indicativo de depressão: implicações para a enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 277-283, 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6005>>. Acesso em: 01 ago. 2016.

RONKSLEY P. E. et al. Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis. **BMJ**, v. 342, n. 1, p. 1-13, 2011. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/342/bmj.d671>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

ROSA, M. V.; ARNOLDI, M. A. C. **A entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismos para a validação dos resultados**. Belo Horizonte: Autêntica. 2006. p.112.

ROOS, S. Alcohol use disorders in the elderly. **Primary Psychiatry**, New York, v. 12, n. 1, p. 32-40, 2005. Disponível em: <[http://primarypsychiatry.com/wp-content/uploads/import/0105PP\\_Ross.pdf](http://primarypsychiatry.com/wp-content/uploads/import/0105PP_Ross.pdf)>. Acesso em: 12 ago. 2016.

RYAN, M. et al. Drinking Patterns of Older Adults With Chronic Medical Conditions. **J. Gen. Inter. Med.**, v. 28, n. 10, p. 1326-1332. 2013. Disponível em: <[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3785666/pdf/11606\\_2013\\_Article\\_2409.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3785666/pdf/11606_2013_Article_2409.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2015.

RYFF, C. D. et al. Psychological resilience in adulthood and later life: implications for health. **Annual Review of Gerontology and Geriatrics. Emerging perspectives on resilience in adulthood and later life**, New York, v. 32, p. 72-112, 2012.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill. 2006.

SANCHES, J. F. A.; ALMEIDA, K. P. B.; MAGALHÃES, J. M. O significado dos usuários de álcool e outras drogas sobre recaídas. **R. Interd.**, Teresina, v. 8, n. 2, p. 53-59, abr/jun. 2015. Disponível em: <[http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/viewFile/503/pdf\\_211](http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/viewFile/503/pdf_211)>. Acesso em: 03 ago. 2016.

SANCHEZ, Z. M. et al. God Forbids or Mom Disapproves? Religious Beliefs That Prevent Drug Use Among Youth. **Journal of Adolescent Research**, v. 26, n. 5, p. 591-616, 2011. Disponível em: <<http://sci-hub.bz/10.1177/0743558411402337>>. Acesso em: 01 ago. 2016.

SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 34, p. 73-81, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a10v34s1.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2016.

SANTA-HELENA, E.T.; NEMES, M.I.B.; NETO, J.E. Fatores associados a não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2389-2398, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n12/17.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2015.

SANTOS, A. S. Atividade física, álcool e tabaco entre idosos. **REFACS**, Uberaba, v. 2, n. 1, p. 6-12, 2014. Disponível em: <<http://seer.ufm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/viewFile/1142/996>>. Acesso em: 16 maio 2015.

SANTOS, C. A. et al. Influência do Gênero e do Tipo de Tratamento nos Parâmetros Nutricionais de Idoso em Oncologia. **Rev. Bras. Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 2, p. 143-150, 2014. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_60/v02/pdf/08-artigo-influencia-do-genero-e-do-tipo-de-tratamento-nos-parametros-nutricionais-de-idosos-em-oncologia.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_60/v02/pdf/08-artigo-influencia-do-genero-e-do-tipo-de-tratamento-nos-parametros-nutricionais-de-idosos-em-oncologia.pdf)>. Acesso em: 03 ago. 2016.

SANTOS, E. M.; SALES, C. A. Familiares enlutados: compreensão fenomenológica existencial de suas vivências. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, p. 214-222, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072011000500027](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500027)>. Acesso em: 01 ago. 2016.

SANTOS, F. H.; ANDRADE, V. M.; BUENO, O. F. A. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 3-10, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n1/a02v14n1.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

SANTOS, W.S. et al. Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): Explorando seus parâmetros psicométricos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. São Paulo, v. 61, n. 3, p. 117-123. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v61n3/01.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2015.

SARDINHA, A. H. L. et al. Adesão dos idosos com doenças crônicas ao tratamento medicamentoso. **Revista de Pesquisa em Saúde**, Maranhão, v.16, n. 3, p. 154-158, set./dez. 2015. Disponível em: <<http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/4513/2474>>. Acesso em: 01 ago. 2016.

SASS, A. et al. Depression in elderly enrolled in a control program for

hypertension and diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 80-85, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n1/en\\_v25n1a14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n1/en_v25n1a14.pdf)>. Acesso em: 03 ago. 2016.

SCHURE, M.B.; ODDEN, M.; GOINS, R.T. The Association of Resilience With Mental and Physical Health among Older American Indians: The native elders care study. **Am Indian Alsk Native Ment Health Res**. Seattle, v. 20, n. 2, p. 27-41. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3805026/pdf/nihms502612.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2015.

SECOLI, S. R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 63, n.1, p. 136-140, jan./fev. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000100023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100023)>. Acesso em: 01 ago. 2016.

SILVA, M. J. et al. Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza- Ceará. **Acta. Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 14-20, abr./jun. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002006000200012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000200012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 01 ago. 2016.

SISAP Idoso. **Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas de Idoso**. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/>>. Acesso em: 06 maio 2015.

SMITH, G. C.; HAYSLIP JR., B. Resilience in adulthood and later life: What does it mean and where are we heading? **Annual Review of Gerontology and Geriatrics**, New York, v. 32, p. 03-28, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, 2010. Disponível em <[http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf)>. Acesso em: 26 abr. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **Revista Hipertensão: Diretrizes Europeias para Tratamento de Hipertensão Arterial**. v.17 n.1-2. jan-jun 2014. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/medica/revistas-2014.asp>>. Acesso em: 18 maio 2015.

SOOD, A. et al. Stress management and resilience training among department of medicine faculty: a pilot randomized clinical trial. **J. Gen. Int. Med**. v. 26, n. 8, p. 856-861, 2011. Disponível em: <<http://sci-hub.bz/10.1007/s11606-011-1640-x>>. Acesso em: 14 ago. 2016.

SKOGEN, J. C. et al. Anxiety and depression among abstainers and low-level alcohol consumers. The nord-trondelag health study. **Addiction Research Report**,

Londres, v. 104, n. 9, p. 1519-1529, ago. 2009. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2009.02659.x/pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2016.

SOUSA, S. S. et al. Study of sociodemographic factors associated with functional dependence in the elderly. **Rev. Enferm. UFPI**, Teresina, v. 2, n. 1, p. 44-48, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/viewFile/907/pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2016.

SOUSA, C. S.; MIRANDA, F. P. R. Envelhecimento e educação para resiliência no idoso. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 40, n.1, p. 35-51, jan./mar. 2015. Disponível em: <[http://www.ufrgs.br/edu\\_realidade](http://www.ufrgs.br/edu_realidade)>. Acesso em: 02 ago. 2016.

SUELVES, J. M.; MARTINEZ, V.; MEDINA, A. Injuries from falls and associated factors among elderly people in Cataluna, Spain. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 27, n. 1, p. 37-42, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n1/06.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2015.

SUTHERLAND, G.T. et al. Comorbidities, Confounders and the White Matter Transcriptome in Chronic Alcoholism. **Alcohol Clin Exp Res**, Sydney, v. 38, n. 4, p. 994-1001. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3984382/pdf/nihms550306.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2015.

TAIT, R. J. et al. Alcohol use and depression from middle age to the oldest old: gender is more important than age. **Int Psychogeriatr**, São Paulo, v. 24, n. 8, p. 1275-1283, 2012. Disponível em: <<http://sci-hub.bz/10.1017/S1041610212000087>>. Acesso em: 02 ago. 2016.

TAVARES, B. C. et al. Resiliência de pessoas com diabetes mellitus. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 751-757, out./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/14.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2016.

TAVARES, D. M. S. et al. Quality of life and accession to the pharmacological treatment among elderly hypertensive. **REBEn**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 134-141, jan./fev. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672016000100134&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100134&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)>. Acesso em: 01 ago. 2016.

TEIXEIRA, C. R. S. et al. Consumo de álcool e problemas emocionais relacionados ao diabetes mellitus. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 11-16, jan./abr. 2014. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762014000100003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762014000100003)>. Acesso em: 02 ago. 2016.

TORRES, G. V. et al. Características sociodemográficas e de saúde de idosos dependentes residentes em domicílio. **Revista Espaço Saúde**, São Carlos, v. 10, n.

2, p. 12-17, 2009. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/cvsp/resource/pt/lil-528441>>. Acesso em: 01 ago. 2016.

TRIOLA, M. F. **Introdução à estatística**. 10. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008. 696 p.

VARGAS, D.; BITTENCOURT, M. N.; BARROSO, L. P. Padrões de consumo de álcool de usuários de serviços de atenção primária à saúde de um município brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 17-25, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n1/1413-8123-csc-19-01-00017.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2016.

VARGAS, D.; OLIVEIRA, M. A. F.; ARAÚJO, E. C. Prevalência de dependência alcoólica em serviços de atenção primária à saúde de Bebedouro, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25. N. 1, p. 1711-1720, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n11/30.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2016.

VICENTE, F. R.; SANTOS, S. M. A. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 370-378, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a13>>. Acesso em 16 ago. 2016.

VIEIRA, S. P. Resiliência como força interna. **Rev. Kairós**, São Paulo, Caderno Temático 7, p. 21-30, jun. 2010. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/3919/2559>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

VIGITEL BRASIL 2014 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. **Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde**. Brasília, 2015. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2014.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf)>. Acesso em: 12 de julho de 2016.

ZANEI, S. S. V. **Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida whoqol-bref e sf-36**: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de unidades de terapia intensiva e seus familiares. 2006. 135 f. Tese (Doutorado em enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

WAGNIL, G. A review of the resiliense scale. **Journal of Nursing Measurement**, Worden, v. 17, n. 2, p. 105-113, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19711709>>. Acesso em: 02 ago. 2016.

WAGNILD, G.M. A Review of the Resilience Scale. **Journal of Nursing Measuriment**. New York, v. 2, n. 17, p. 105-113. 2009. Disponível em: <<http://sci-hub.bz/10.1891/1061-3749.17.2.105>>. Acesso em: 13 maio 2015.

WAGNILD, G. M.; COLLINS, J. A. J. Assessing resilience. **Psychosoc Nurs. Ment Health Serv**, Thorofare, v. 47, n. 12, p. 28-33, dez. 2009.

WAGNILD, G.M., YOUNG, H.M. Development and psychometric evaluation of resilience scale. **Journal of Nursing Measurement.**, New York, vol. 1, n. 2. 1993.

WALLACE, C. Integrated assessment of older adults who misuse alcohol. **Nurs. Stand.**, v. 24, n. 33, p. 51-57, 2010. Disponível em: <<http://journals.rcni.com/doi/pdfplus/10.7748/ns2010.04.24.33.51.c7718>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

WALSH, F. **Fortalecendo a resiliência familiar**. São Paulo: Roca, 2005.

WANG, Y. P.; ANDRADE, L. H. Epidemiology of Alcohol and Drug Use in the Elderly. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 26, n. 4, p. 343-348, 2013. Disponível em: <<http://sci-hub.bz/10.1097/YCO.0b013e328360eafd>>. Acesso em: 03 ago. 2016.

WANG, Y.; CHEN, W. Stress and alcohol use in rural Chinese residents: A moderated mediation model examining the roles of resilience and negative emotions. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 155, p. 76–82, 2015. Disponível em: < <http://sci-hub.bz/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.014>>. Acesso em 14 ago. 2016.

WEILAND, B.J. et al. Resiliency in adolescents at high-risk for substance abuse:flexible adaptation via subthalamic nucleus and linkage to drinking and drug use in early adulthood. **Alcohol Clin Exp Res.**, Michigan, v. 36, n. 8, p. 1355-1364. 2012. Disponível em: <<http://sci-hub.bz/10.1111/j.1530-0277.2012.01741.x>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

WILSON, S.R. et al. The Prevalence of Harmful and Hazardous Alcohol Consumption in Older U.S. Adults: Data from the 2005–2008 National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). **J Gen Intern Med**, Los Angeles, v. 29, n. 2, p. 312–319, 2013. Disponível em: <<http://sci-hub.bz/10.1007/s11606-013-2577-z>>. Acesso em: 13 jun. 2015.

WINGO, A.P.; RESSLER, K.J.; BRADLEY, B. Resilience characteristics mitigate tendency for harmful alcohol and illicit drug use in adults with a history of childhood abuse: a cross-sectional study of 2024 inner-city men and women. **J. Psychiatr Res.** v. 53, p. 93-99. 2014. Disponível em: < [http://www.journalofpsychiatricresearch.com/article/S0022-3956\(14\)00016-8/pdf](http://www.journalofpsychiatricresearch.com/article/S0022-3956(14)00016-8/pdf)>. Acesso em: 13 ago. 2015.

WOLLE, C.C. et al. Differences in drinking patterns between men and women in Brazil. **Rev. Bras. Psiquiatr**, São Paulo, v.33, p.367-373, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v33n4/v33n4a10.pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2016.

WOOKSOO, K. How Gender and Religion Influence Alcohol Use in Elderly Korean Immigrants. **Journal of Applied Gerontology**, v. 31, n. 2, p. 173-192, 2012. Disponível em: <<http://sci-hub.bz/10.1177/0733464810384115>>. Acesso em: 13 Ago. 2016.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

#### AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Alfenas, 22 de junho de 2015.

Prezada Senhora, Delaine Gonçalves Carvalho  
Secretária Municipal de Saúde do município de Machado - MG

Solicitamos a V. Sa. autorização para a realização, nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) do referido município, da pesquisa intitulada “**Avaliação do consumo/dependência de álcool e da resiliência na pessoa idosa com hipertensão arterial sistêmica**”. O objetivo do estudo é avaliar o consumo/dependência de álcool e a resiliência da pessoa idosa com hipertensão arterial sistêmica atendida pelas equipes de saúde da família de um município do Sul de Minas Gerais. A coleta de dados ocorrerá por meio de instrumentos que serão aplicados na forma de entrevista pelo próprio pesquisador no domicílio dos idosos que pertencem à área de abrangência das cinco Equipes de Saúde da Família urbanas de Machado-MG. A pesquisa será realizada pela mestranda Aline Alves dos Santos Dullius, sob orientação do Profº Dr. Fábio de Souza Terra e coorientação da Profa. Dra. Patrícia Mônica Ribeiro. Este estudo não implicará em risco para a Secretaria Municipal de Saúde e será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG) de acordo com a resolução 466/12, o que garante o anonimato dos dados fornecidos.

Desde já, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

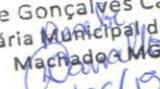
Atenciosamente,



Aline Alves dos Santos Dullius



Profº Dr. Fábio de Souza Terra

Delaine Gonçalves Carvalho  
Secretária Municipal de Saúde  
Machado - MG  
  
22/06/15

## **APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (AOS PARTICIPANTES)**

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa **“AVALIAÇÃO DO CONSUMO/DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E DA RESILIÊNCIA NA PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA”**, no caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento.

Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador (a) ou com a instituição.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador (a) principal, podendo tirar dúvidas do projeto e sua participação.

**TÍTULO DA PESQUISA:** Avaliação do consumo/dependência de álcool e da resiliência na pessoa idosa com hipertensão arterial sistêmica.

**PESQUISADO (A) RESPONSÁVEL:** Prof. Dr. Fábio de Souza Terra

**ENDEREÇO:** Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Centro. Alfenas-MG. CEP: 37130-000. Escola de Enfermagem

**TELEFONE:** (35) 3299-1381

**PESQUISADORES PARTICIPANTES:** Prof<sup>a</sup>. Dra. Patrícia Mônica Ribeiro e Mestranda Aline Alves dos Santos Dullius.

**OBJETIVO:** Esta pesquisa tem como objetivo avaliar o consumo/dependência de álcool e a resiliência da pessoa idoso com hipertensão arterial sistêmica atendida pelas equipes de saúde da família de um município do Sul de Minas Gerais.

**JUSTIFICATIVA:** Faz-se importante compreender se a motivação intrínseca do idoso contribui positivamente para o controle da hipertensão arterial sistêmica e sua relação com o consumo nocivo de bebidas alcoólicas, tornando assim, pertinente a investigação da resiliência e o consumo de álcool na pessoa idosa.

**PROCEDIMENTOS DO ESTUDO:** Esta pesquisa será realizada com idosos com hipertensão arterial sistêmica, pertencentes à área de abrangência das Equipes de Saúde da Família do município de Machado-MG, por meio de três instrumentos para coleta de dados, por meio de entrevista realizada em local previamente agendado com o entrevistado(a). Os dados coletados serão avaliados em programas estatísticos e relacionados para verificar o consumo/dependência de álcool e sua relação com a resiliência dos idosos com hipertensão arterial sistêmica.

**RISCOS E DESCONFORTOS:** Esta pesquisa poderá trazer riscos mínimos com sua participação, podendo causar possíveis desconfortos emocionais ao responder os instrumentos e, se necessário, você será encaminhado à avaliação psicológica a profissionais capacitados da rede básica do município, sem custos financeiros e por tempo necessário. Entretanto, afirmar-se que os pesquisadores tomarão devidos cuidados quanto ao ambiente da coleta de dados, mantendo a sua privacidade e uma atitude ética e respeitosa quanto aos seus questionamentos e as suas repostas, a fim de evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar constrangimentos. Destaca-se que você está livre para deixar de participar da pesquisa em qualquer fase da mesma e sem necessidade de apresentar justificativa.

**BENEFÍCIOS:** Promoção de melhoria no atendimento da equipe de saúde à população idosa com hipertensão arterial sistêmica, por meio de trabalho preventivo quanto ao consumo de álcool e estímulo a melhoria da resiliência do idoso.

**CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE:** Não haverá nenhum gasto e você também não receberá nenhum pagamento por participar desta pesquisa.

**CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA:** Será garantido o sigilo e sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Como pesquisadores, nos comprometemos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa científica, sendo que não haverá identificação da instituição e dos participantes do estudo.

Assinatura do Pesquisador Responsável:

\_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado (a) pela pesquisadora Aline Alves dos Santos Dullius, dos procedimentos que serão realizados, riscos e desconfortos, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa.

Foi me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento na pesquisa. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

Poderei consultar a pesquisadora responsável, Aline Alves dos Santos Dullius ou o CEP-UNIFAL-MG, com endereço na Universidade Federal de Alfenas, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro. CEP – 37130-000, Fone: (35) 3299-1318, no e-mail: [comite.etica@unifal-mg.edu.br](mailto:comite.etica@unifal-mg.edu.br) sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo.

Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

Alfenas, MG, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome voluntário (por extenso)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário

**APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (AO JUIZ  
– PROCESSO DE REFINAMENTO)**

*Prezado(a) Professor(a),*

Vimos convidar vossa senhoria a participar como voluntário no estudo **“AVALIAÇÃO DO CONSUMO/DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E DA RESILIÊNCIA NA PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA”**, cujo propósito é participar do processo de refinamento constante no mesmo. Sua colaboração consiste em responder ao formulário, após análise do instrumento, cujo objetivo é analisar a facilidade de leitura, clareza e apresentação do mesmo (itens: aparência, pertinência e compreensão).

Esclarecemos que é assegurado total sigilo sobre sua identidade e que você tem o direito de deixar de participar da pesquisa, em qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Poderá solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade e sua resposta será respeitosamente utilizada em trabalhos e eventos científicos da área da saúde, sem restrições de prazo e citações, desde a presente data. Caso concorde em participar, é preciso assinar esse termo, que está em duas vias, uma delas é sua e outra do pesquisador.

Após ter lido e compreendido as informações acima, Eu  
\_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

concordo em participar desta pesquisa de forma voluntária sob a responsabilidade da pesquisadores Prof. Dr. Fábio de Souza Terra, Prof<sup>a</sup>. Dra. Patrícia Mônica Ribeiro e Mestranda Aline Alves dos Santos Dullius. Declaro ainda ter recebido uma cópia deste documento.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Assinatura do juiz

Antecipadamente, agradecemos e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos:

**Contato:**

Discente Aline: e-mail: [alinesantos21@yahoo.com.br](mailto:alinesantos21@yahoo.com.br) Telefone: (35) 3295-3821

Prof. Dr. Fábio: e-mail: [fabio.terra@unifal-mg.edu.br](mailto:fabio.terra@unifal-mg.edu.br) Telefone: (35) 3299-1380

## APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO

### Dados socioeconômicos

1 Sexo:       Masculino       Feminino

2 Idade (em anos): \_\_\_\_\_

3 Estado civil:       solteiro(a)       casado(a)/com companheiro(a)  
 separado(a)/divorciado(a)       viúvo(a)

4 Crença religiosa:  Católica       Evangélica       Espírita  
 Ateu (sem religião)       Outra: \_\_\_\_\_

5 Número de filhos: \_\_\_\_\_

6 Renda familiar mensal aproximada (em reais): \_\_\_\_\_

6.1 Renda própria mensal aproximada (em reais): \_\_\_\_\_

6.2 Sua renda própria mensal implica em sua autonomia financeira:

Sim       Não. Especificar: \_\_\_\_\_

7 Tipo de moradia:  Própria       Própria com financiamento       Alugada  
 Emprestada       Outra: \_\_\_\_\_

8) Escolaridade:

Sem alfabetização       Ensino Médio completo  
 Ensino Fundamental incompleto       Superior incompleto  
 Ensino Fundamental completo       Superior completo  
 Ensino Médio incompleto       Pós-graduação

### Hábitos de vida e doença crônica

9 Você fuma?       Não       Sim

9.1 Se sim, quantos cigarros você fuma por dia? \_\_\_\_\_

9.2 Se não, você já fumou?

Não       Sim

9.2.1 Se sim, por quanto tempo você fumou (em anos): \_\_\_\_\_

9.2.2 Se sim, faz quanto tempo que você parou de fumar (em anos): \_\_\_\_\_

10 Com relação à prática de atividades física, atualmente você:



- Trabalhando                       Recebe benefício                       Aposentado(a)  
 Desempregado(a)                       Nunca trabalhou

**Eventos marcantes**

18 No último ano, ocorreu(aram) algum(uns) evento(s) marcante(s) na sua vida?

- Sim     Não

18.1 Se sim, o que ocorreu(aram)?

- Perda (morte) de pessoa querida  
 Separação do companheiro(a)  
 Diagnóstico de doença em pessoa querido  
 Diagnóstico de doença em você  
 Perda de emprego  
 Nascimento de filho/neto  
 Outro. Especificar: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE E- FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS JUÍZES (VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA)

ITENS A SEREM AVALIADOS				
Itens do Instrumento	Aparência	Pertinência	Compreensão	Sugestão
1- Sexo	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
2- Idade	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
3 - Estado civil	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
4 – Crença religiosa	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
5 - Quantidade de filhos	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
6 - Renda familiar e renda própria mensal	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
7 - Tipo de moradia	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
8 – Escolaridade	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
9 - Consumo de cigarro	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
10 - Prática de atividade física	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
11 – Atividades de lazer	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
12 – Tempo que possui HAS	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
13 – Medicamentos que utiliza para HAS	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
14 – Tratamentos não-farmacológicos para HAS	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
15 – Complicações decorrentes da HAS	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
16 – Profissão	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
17 – Atividade que desenvolve atualmente	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
18 – Evento marcante na vida	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	

### Critérios de avaliação:

**Aparência** = o instrumento apresenta forma didática e boa apresentação/formato (boa aparência)?

**Pertinência** = os itens do instrumento estão com coerência ao tema investigado e permite alcançar o objetivo do instrumento?

**Compreensão**= os itens do instrumento possuem uma linguagem de fácil leitura e compreensão?

## ANEXOS

## ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DO CONSUMO/DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E DA RESILIÊNCIA NA PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

**Pesquisador:** FÁBIO DE SOUZA TERRA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 46503115.3.0000.5142

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.144.940

**Data da Relatoria:** 09/07/2015

**Apresentação do Projeto:**

Projeto de mestrado. Trata-se de um estudo descritivo-analítico, transversal, de abordagem quantitativa. A pesquisa será desenvolvida nas unidades urbanas de Estratégia Saúde da Família no município de Machado-MG. A população de estudo consistir-se-á de 300 idosos que apresentam HAS, assistidos pelas cinco Estratégias Saúde da Família urbanas do referido município. Serão utilizados para coleta de dados três instrumentos. O primeiro refere-se a um questionário semiestruturado, que contém 18 questões e foi desenvolvido pelos pesquisadores, e que será destinado para avaliar dados sócio-demográficos, de hábito de vida e doença crônica, atividades laborais e eventos marcantes na vida. O segundo instrumento será utilizado para avaliação do consumo/dependência do álcool pelas pessoas idosas com HAS. O terceiro instrumento será utilizado para avaliação da Resiliência dos idosos com HAS. Para isso, será utilizada a Escala de Resiliência desenvolvida por Wagnild e Young em 1993, que é um dos poucos instrumentos usados para medir níveis de adaptação psicossocial positiva frente a eventos de vida importantes. No período de coleta dos dados, a pesquisadora, com a listagem em mãos, após o sorteio, deverá realizar comunicação prévia com esses idosos hipertensos para agendar o melhor horário e local para aplicação dos instrumentos. Os dados coletados pelos instrumentos serão digitados em uma planilha do MS-

**Endereço:** Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700  
**Bairro:** centro **CEP:** 37.130-000  
**UF:** MG **Município:** ALFENAS  
**Telefone:** (35)3299-1318 **Fax:** (35)3299-1318 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS



Continuação do Parecer: 1.144.940

Excel, versão 2010, para elaboração do banco de dados. Em seguida, será efetuado em dupla digitação a fim de evitar erros de transcrição. Posteriormente, será utilizado para análise estatística descritiva e inferencial o software Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 17.0. Para avaliação da confiabilidade da Escala AUDIT e Escala de Resiliência, será utilizado o Coeficiente Alfa de Cronbach. Além disso, serão utilizados os testes Quiquadrado de Pearson ou Exato de Fisher, teste t de Student ou de Mann-Whitney para verificar se existe associação entre o consumo/dependência de álcool e a resiliência com as variáveis independentes.

**Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar o consumo/dependência de álcool e a resiliência da pessoa idosa com hipertensão arterial sistêmica atendida pelas equipes de saúde da família de um município do Sul de Minas Gerais.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os benefícios superam os riscos. Quanto aos riscos, existem encaminhamentos que atendem às questões éticas.

**Riscos:**

Esta pesquisa poderá trazer riscos mínimos com sua participação, podendo causar possíveis desconfortos emocionais ao responder os instrumentos e, se necessário, você será encaminhado à avaliação psicológica a profissionais capacitados da rede básica do município, sem custos financeiros e por tempo necessário. Entretanto, afirmar-se que os pesquisadores tomarão devidos cuidados quanto ao ambiente da coleta de dados, mantendo a sua privacidade e uma atitude ética e respeitosa quanto aos seus questionamentos e as suas repostas, a fim de evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar constrangimentos. Destaca-se que você está livre para deixar de participar da pesquisa em qualquer fase da mesma e sem necessidade de apresentar justificativa.

**Benefícios:**

Cabe destacar que esta investigação trará como benefício a promoção de melhoria no atendimento da equipe de saúde à população idosa com hipertensão arterial sistêmica, por meio de trabalho preventivo quanto ao consumo de álcool e estímulo a melhoria da resiliência do idoso.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de Pesquisa bem organizado e estruturado metodologicamente, atendendo aos padrões éticos. Pesquisa de importância para promoção da saúde de pacientes idosos com HAS.

**Endereço:** Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

**Bairro:** centro

**CEP:** 37.130-000

**UF:** MG

**Município:** ALFENAS

**Telefone:** (35)3299-1318

**Fax:** (35)3299-1318

**E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

*Handwritten signature in blue ink.*

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS

Continuação do Parecer: 1.144.940

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

Autorização Institucional OK

TCLE (Juízes e participantes da pesquisa) OK

Cronograma OK

Instrumentos OK

Projeto Projeto OK

Folha de Rosto OK

Instrumentos OK

**Recomendações:**

Recomendo aprovação

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

Não há pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O colegiado do CEP acata o parecer do relator.

ALFENAS, 10 de Julho de 2015

---

**Assinado por:**  
**Cristiane da Silva Marciano Grasselli**  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700**Bairro:** centro**CEP:** 37.130-000**UF:** MG**Município:** ALFENAS**Telefone:** (35)3299-1318**Fax:** (35)3299-1318**E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

## ANEXO B – ESCALA AUDIT (*Alcohol Use Disorder Identification Test*)

Este questionário é composto por 10 perguntas que investigam o padrão de uso de álcool nos últimos 12 meses. Leia com atenção cada uma delas e preencha cada item da lista marcando com um X nos espaços correspondentes a cada afirmativa. Marque apenas uma alternativa por questão.

1- Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?	Nunca (Vá para questão 9) 0	Mensalmente ou menos 1	De 2 a 4 vezes por mês 2	De 2 a 3 vezes por semana 3	4 ou mais vezes por semana 4
2- Quando você bebe, quantas doses você consome normalmente?	1 ou 2 0	3 ou 4 1	5 ou 6 2	7 a 9 3	10 ou mais 4
3- Com que frequência você toma 5 ou mais doses de uma vez?	Nunca 0	Menos de uma vez ao mês 1	Mensalmente 2	Semanalmente 3	Todos ou quase todos os dias 4

Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10.

4-Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?	Nunca 0	Menos de uma vez ao mês 1	Mensalmente 2	Semanalmente 3	Todos ou quase todos os dias 4
5- Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?	Nunca 0	Menos de uma vez ao mês 1	Mensalmente 2	Semanalmente 3	Todos ou quase todos os dias 4
6- Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você precisou beber pela manhã para se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?	Nunca 0	Menos de uma vez ao mês 1	Mensalmente 2	Semanalmente 3	Todos ou quase todos os dias 4
7- Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?	Nunca 0	Menos de uma vez ao mês 1	Mensalmente 2	Semanalmente 3	Todos ou quase todos os dias 4
8- Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?	Nunca 0	Menos de uma vez ao mês 1	Mensalmente 2	Semanalmente 3	Todos ou quase todos os dias 4
9- Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?	Não 0	Sim, mas não nos últimos 12 meses 2	Sim, nos últimos 12 meses 4	-	-
10- Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se	Não 0	Sim, mas não nos últimos 12	Sim, nos últimos 12 meses	-	-

preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?		meses 2	4		
---	--	------------	---	--	--

Fonte: Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental**. Brasília-DF, 2013.

### EQUIVALÊNCIAS DE DOSE PADRÃO

Cerveja: 1 chope/1 lata/1 longneck (~340ml)=1 dose ou 1 garrafa=2 doses
Vinho: 1 copo comum (250 ml)= 2 doses ou 1 garrafa (1l)= 8 doses
Cachaça, vodca, uísque ou conhaque: meio copo americano (60 ml)=1,5 dose ou 1 garrafa= mais de 20 doses
Uísque, rum, licor etc: 1 dose de dosador (40 ml)= 1 dose

## ANEXO C - ESCALA DE RESILIÊNCIA

	Discordo			Nem concordo nem discordo	Concordo		
	Totalmente	Muito	Pouco		Muito	Pouco	Totalmente
1. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim.	1	2	3	4	5	6	7
2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
4. Manter interesse nas coisas é importante para mim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar.	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu sou amigo de mim mesmo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	1	2	3	4	5	6	7
10. Eu sou determinado.	1	2	3	4	5	6	7
11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.	1	2	3	4	5	6	7
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez.	1	2	3	4	5	6	7
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes.	1	2	3	4	5	6	7
14. Eu sou disciplinado.	1	2	3	4	5	6	7
15. Eu mantenho interesse nas coisas.	1	2	3	4	5	6	7
16. Eu normalmente posso achar motivo para rir.	1	2	3	4	5	6	7
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis.	1	2	3	4	5	6	7
18. Em uma emergência, eu sou uma	1	2	3	4	5	6	7

<p>19. Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras.</p>	1	2	3	4	5	6	7
<p>20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.</p>	1	2	3	4	5	6	7
<p>21. Minha vida tem sentido.</p>	1	2	3	4	5	6	7
<p>22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.</p>	1	2	3	4	5	6	7
<p>23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.</p>	1	2	3	4	5	6	7
<p>24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer.</p>	1	2	3	4	5	6	7
<p>25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.</p>	1	2	3	4	5	6	7