

Percepção da saúde e estado nutricional de pacientes hospitalizados com doenças crônicas

Perception of health and nutritional status of hospitalized patients with chronic diseases

Ingrid Gabriela de Oliveira Tonini¹, Francielle do Rocio da Luz¹, Paola Doryanne Menon¹, Carla Zanelatto², Caryna Eurich Mazur²

¹Curso de Nutrição, Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO) - Guarapuava (PR), Brasil.

²Departamento de Nutrição, UNICENTRO - Guarapuava (PR), Brasil.

DOI: <https://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v44i1.1095>

RESUMO

Introdução: As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) podem afetar significativamente a qualidade de vida dos indivíduos aos quais elas acometem. Assim, a autopercepção da saúde torna-se um importante indicador, uma vez que possibilita a compreensão do estado de saúde e a tomada de decisões.

Objetivo: Avaliar a autopercepção da saúde, o perfil nutricional e fatores de risco em pacientes hospitalizados com doenças crônicas. **Métodos:** Estudo transversal realizado com 56 pacientes, adultos e idosos, internados em hospital de Guarapuava-PR entre agosto e outubro de 2017. Para a coleta de dados adaptou-se o instrumento *Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ)*, que avaliou a percepção do indivíduo sobre sua doença, seu estado nutricional e aceitação da dieta hospitalar. Aplicou-se os testes de Shapiro-Wilk para normalidade das variáveis, e correlação de Pearson e T de Student para associação entre essas. **Resultados:** A média de idade foi 63,8±4,7 anos e o diagnóstico clínico com maior prevalência foi o de doença pulmonar (41,1%), seguido por diabetes *mellitus* tipo 2 (21,4%) e HAS (17,9%). De acordo com o IMC, 28,6% da amostra encontrava-se em magreza e 21,5% com excesso de peso. Quanto ao *Brief IPQ*, 73,2% dos pacientes classificaram sua saúde como boa. A minoria dos pacientes (28,6%) se considerava totalmente responsável por sua saúde. Em relação à preocupação com a doença, 33,9% dos pacientes se disseram extremamente preocupados e 14,3% afirmaram não estar preocupados. **Conclusão:** A maioria dos participantes encontrava-se em desnutrição, considerava sua saúde como boa e acreditava que o tratamento poderia melhorar sua saúde.

Palavras-chave: antropometria; doença crônica; hospitalização; estado nutricional.

ABSTRACT

Introduction: Chronic noncommunicable diseases (CNCD) can significantly affect the quality of life of individuals affected. Therefore, self-perception of health becomes an important indicator, since it enables the understanding of health status and the decision-making. **Objective:** To evaluate the self-perception of health, nutritional profile and risk factors in hospitalized patients with chronic diseases. **Methods:** A cross-sectional study carried out with 56 patients, adults and elderly, in a hospital in Guarapuava-PR. For data collection was adapted the instrument *Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ)*, to evaluate the individual's perception of their disease, their nutritional status and acceptance of the hospital diet. The Shapiro-Wilk test was applied for normality of the variables, and Pearson's correlation and Student's T for association between these variables. **Results:** The mean age was 63.8±4.7 years and the most prevalent clinical diagnosis was pulmonary disease (41.1%), followed by type 2 diabetes mellitus (21.4%) and arterial hypertension (17.9%). According to the BMI, underweight was observed in 28.6% and overweight in 21.5% of the sample. As for the *Brief IPQ*, 73.2% of the patients classified their health as good. The minority of the patients (28.6%) considered themselves completely responsible for their health. Concerning the disease, 33.9% of the patients said they were extremely worried and 14.3% said they were not worried. **Conclusion:** The majority of participants were malnourished, considered their health to be good and believed that the treatment could improve their health.

Keywords: anthropometry; chronic disease; hospitalization; nutritional status.

Recebido em: 13/12/2017

Revisado em: 02/06/2018

Aprovado em: 07/08/2018

Autor para correspondência: Caryna Eurich Mazur - Universidade Estadual do Centro-Oeste - Rua Simeão Varela de Sá, 03 - Vila Carli - CEP: 85040-080 - Guarapuava (PR), Brasil - E-mail: carynanutricionista@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) aumentou significativamente, sendo que no Brasil constituem o problema de saúde de maior magnitude, correspondendo a aproximadamente 75% das causas de morte¹. Os principais fatores de risco para essas doenças incluem pressão arterial elevada, tabagismo, etilismo, sedentarismo e excesso de peso². Assim, observa-se uma mudança no perfil populacional com relação à morbidade e mortalidade, uma vez que, dentre idosos, as principais doenças responsáveis por óbitos são neoplasias, doenças respiratórias e circulatórias³.

Dentre as causas do aumento da morbimortalidade estão, ainda, as alterações no estado nutricional, sendo que a desnutrição é uma alteração comumente observada no ambiente hospitalar, a qual está intimamente relacionada ao consumo alimentar insuficiente e pode acarretar em graves complicações, como risco de infecções, deficiência de cicatrização, insuficiência cardíaca e respiratória e redução da filtração glomerular^{4,5}.

Sabe-se que as DCNT podem afetar significativamente a qualidade de vida e limitar as atividades básicas dos indivíduos, como trabalho e lazer⁶. Neste sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida como a visão que o indivíduo tem sobre sua posição na vida, em relação aos valores e cultura nos quais está inserido e aos seus objetivos pessoais, expectativas, padrões e preocupações⁷. Dessa maneira, a auto-percepção da saúde torna-se um importante indicador, uma vez que possibilita a compreensão da perspectiva que o indivíduo tem sobre sua saúde, além de ser utilizada como parâmetro para avaliação da mortalidade⁸.

A percepção da saúde pode ser definida como a forma com que um indivíduo vê sua saúde, seja positiva ou negativamente, e, consequentemente, se comporta⁹. Outros estudos^{10,11} têm abordado este tema, principalmente na associação entre saúde, determinantes socioeconômicos e demográficos, doenças crônicas e capacidade funcional de indivíduos, sendo considerado um método confiável e que evidencia aspectos físicos, emocionais e cognitivos¹².

Portanto, a maneira com que o estado de saúde do paciente é percebido por ele pode influenciar em sua busca por serviços assistenciais, bem como na adesão ao tratamento e eficácia da assistência prestada¹³. Além disso, a autopercepção negativa pode retratar a prática de hábitos de vida que são prejudiciais à saúde¹⁴.

Em vista disso, o objetivo desse estudo foi avaliar a autopercepção da saúde, o perfil nutricional e fatores de risco, como tabagismo e etilismo, entre pacientes hospitalizados com doenças crônicas.

MÉTODOS

Estudo transversal, realizado com pacientes adultos, de ambos os sexos, internados em um hospital misto da cidade de Guarapuava-PR.

A população do estudo foi composta por 56 pacientes, adultos e idosos, internados no período de agosto a outubro de 2017. Os critérios de inclusão foram indivíduos lúcidos, comunicativos, acometidos por, ao menos, uma DCNT e que aceitassem participar da pesquisa, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Já os de exclusão foi ausência de DCNT, dificuldade de comunicação e recusa do paciente em participar da pesquisa. A pesquisa foi realizada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COMEP) da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), sob parecer nº 1593833/2016.

A abordagem aos pacientes se deu no leito, pela manhã, nos intervalos entre o banho e o almoço, somente com pacientes que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o TCLE. Para a coleta de dados adaptou-se o instrumento *Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ)*¹⁵, a fim de avaliar a percepção do indivíduo sobre sua doença, seu estado nutricional, tabagismo e etilismo e aceitação da dieta hospitalar. Foram incluídos no questionário os dados pessoais do paciente, como idade, sexo, data de admissão, escolaridade, renda familiar e diagnóstico, além das questões de peso, altura e aceitação da dieta hospitalar. Os questionários foram preenchidos pelas pesquisadoras, sendo que cada pergunta dirigida ao paciente tinha opção de 0 a 10 pontos. Para esta pesquisa não foram utilizadas as perguntas “Quanto tempo você pensa que sua doença irá durar? Explique” e “Liste os fatores mais importantes que você acha que causaram a sua doença”, considerando-se que, entre a maioria dos entrevistados, houve dificuldade em compreender seu sentido e em respondê-las.

O estado nutricional foi verificado por meio do peso e da altura, os quais foram autorreferidos, pois já havia sido realizada triagem nutricional com estes pacientes antes da pesquisa. Posteriormente, realizou-se o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), obtido por meio da razão entre o peso atual e a altura ao quadrado (kg/m²), sendo classificado segundo Lipschitz¹⁶ para os idosos e segundo a OMS¹⁷ para os adultos. Ressalta-se que foi possível realizar o cálculo do IMC de apenas 38 pacientes, pois alguns não souberam informar seu peso e/ou altura.

A análise estatística foi realizada com o auxílio do software IBM SPSS Statistics® 22.0. As variáveis foram testadas quanto à sua normalidade, por meio do teste de Shapiro-Wilk. Foi aplicado a correlação de Pearson e o teste T de Student para associação entre as variáveis. Foi adotado o nível de significância estatística de 5% (p<0,05).

RESULTADOS

Na Tabela 1 é possível observar as características gerais dos indivíduos hospitalizados. A média de idade foi de 63,8±4,7 anos, onde 67,9% (n=38) eram do sexo masculino. Em relação a escolaridade, 50% (n=28) possuíam somente o ensino

fundamental. A renda familiar de 53,6% (n=30) foi entre dois e três salários mínimos.

O diagnóstico clínico com maior prevalência foi doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) com 41,1% (n=23), as demais foram diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) com 21,4% (n=12) e hipertensão arterial sistêmica (HAS) com 17,9% (n=10). Como diagnóstico secundário 21,4% (n=12) tinham HAS. Quanto ao tempo de diagnóstico, 51,78% (n=29) haviam sido diagnosticados há mais de cinco anos. Em relação ao número de internações no último ano, 41,1% (n=23) haviam sido internados uma vez. Sobre a percepção da saúde, 73,2% (n=42) dos pacientes classificaram sua saúde como boa.

As prescrições dietoterápicas mais prevalentes foram para DM2 e HAS, presente em 25% (n=14) dos casos, e dieta hipossódica, também em 25% (n=14). A maioria dos pacientes (87,5%) relatou aceitar bem a dieta hospitalar oferecida.

Conforme o IMC, o estado nutricional com maior prevalência foi a magreza com 28,6% (n=16), depois eutrofia com 25% (n=14) e excesso de peso com 21,5% (n=12), com IMC médio de $24,85 \pm 7,28 \text{ kg/m}^2$.

Quando questionados sobre hábitos de vida, 8,9% (n=5) eram etilistas, 8,9% (n=5) eram tabagistas e 10,7% (n=6) praticavam algum tipo de atividade física (Tabela 1).

Quanto ao *Brief IPQ*, cujas questões podem ser observadas na Tabela 2, a pergunta 1 obteve 28,6% (n=16) de resposta máxima (nota 10), 25% (n=14) de resposta nota sete. A pergunta dois recebeu 39,3% (n=22) de resposta máxima e 21,4% (n=12) foi nota oito.

A pergunta três recebeu 26,8% (n=15) de nota seis e 17,9% (n=10) nota 10. Já na pergunta quatro houve uma prevalência de 57,1% (n=32) de resposta máxima e 14,3% (n=8) de nota oito.

Sobre a pergunta cinco 19,6% (n=11) responderam nota máxima, 14,3% (n=8) responderam notas oito e cinco. Quando questionados sobre a pergunta seis, 33,9% (n=19) responderam nota máxima, 14,3% (n=8) responderam nota mínima (zero).

Quando questionados sobre até que ponto compreendia a sua doença, 30,4% (n=17) responderam nota cinco, 16,1% (n=9) nota seis. A última pergunta, que questionava sobre o quanto a doença o afetava emocionalmente, 23,2% (n=13) responderam nota máxima, 17,9% (n=10) nota cinco.

Tabela 1: Características gerais da amostra de indivíduos hospitalizados

Dados pessoais	n	%	Dados nutricionais	n	%
Diagnóstico Clínico			Prescrição dietoterápica		
Cirrose	1	1,8	Branda	3	5,4
Cirrose Hepática	1	1,8	DM	7	12,5
DM 2	12	21,4	DM + HAS	14	25,0
DM + HAS + Celulite MID	1	1,8	Hepatopatia	1	1,8
DM 1	1	1,8	Hipo	14	25
DM + HAS	3	5,4	Leve	5	8,9
DPOC	23	41,1	Livre	9	16,1
DPOC + HAS	1	1,8	Pastosa	1	1,8
HAS	10	17,9	SNE	1	1,8
ICC	1	1,8	Tratamento Conservador	1	1,8
ICC + DPOC + IRC	1	1,8			
Tromboendarterectomia de MID	1	1,8			
Sexo			Aceitação da dieta		
Masculino	38	67,9	Boa	49	87,5
Feminino	18	32,1	Ruim	4	7,1
			Indiferente	3	5,4
Renda familiar			Estado nutricional		
1 SM	22	39,3	Eutrofia	14	25,0
2-3 SM	30	53,6	Excesso de peso	12	21,5
>4 SM	4	7,1	Magreza	16	28,6
Escolaridade					
Analfabeto	11	19,6			
Ensino fundamental	28	50			
Ensino médio	14	25			
Ensino superior	3	5,4			

Nota: DM= Diabetes mellitus; DPOC = Doença pulmonar obstrutiva crônica; ICC = Insuficiência cardíaca congestiva; IRC = Insuficiência renal crônica; HAS = Hipertensão arterial sistêmica; MID = Membro inferior direito; SNE = Sonda nasoenteral; SM = Salário mínimo.

Ainda na Tabela 2 são apresentadas as correlações das perguntas do questionário com o IMC dos indivíduos. Houve correlação fraca entre as perguntas 1, 5 e 8 quando comparadas ao IMC.

A pergunta que obteve maior correlação foi a seis, seguida de dois e três, porém as correlações foram fracas e sem diferença estatística significativa.

Na Tabela 3 foram apresentadas as comparações das perguntas entre adultos e idosos. Algumas questões obtiveram médias parecidas. A pergunta seis obteve resposta maior no grupo dos adultos (8,17±2,08) quando comparada à média dos idosos (5,09±3,90) ($p<0,05$). A média dos idosos foi maior na pergunta quatro, valor de 9,18±1,47 contra a média de 8,50±1,95 dos adultos, porém sem significância estatística. Nas demais questões as médias obtiveram valores próximos entre as faixas etárias.

DISCUSSÃO

As variáveis com maiores prevalências encontradas nos indivíduos do estudo foram o IMC de magreza, o diagnóstico clínico há mais de cinco anos, o ensino fundamental completo, a renda familiar entre dois e três salários mínimos, a boa aceitação da dieta hospitalar e a classificação da saúde como boa. A maioria dos indivíduos não praticava nenhuma atividade física, porém também não possuíam nenhum vício como tabagismo e/ou etilismo.

Apesar da maioria dos pacientes terem um diagnóstico há longo prazo, houve poucas internações no último ano, onde grande parte respondeu ter sido hospitalizado apenas uma única vez nos últimos doze meses.

Em um estudo realizado por Brito *et al.*¹⁸, para avaliar a qualidade de vida e percepção da doença em portadores de HAS no Município de Fortaleza, Ceará, foi observado que a maioria classificou o estado de saúde como bom, não possuíam ensino médio, o predomínio do estudo era de idosos que recebiam entre um e três salários mínimos, igualmente a maioria desse estudo.

Já o estudo realizado por Castro *et al.*¹⁹, avaliando a percepção da doença, indicadores de ansiedade e depressão em mulheres com câncer, concluiu que todas as participantes apresentaram um nível de ansiedade, mostrando que a doença as afetava emocionalmente, em consequência disso favorecia esse resultado.

A maior parte dos indivíduos que aceitaram participar desse estudo acreditava que eram responsáveis pelo seu estado de saúde atual, que, além disso, afetava seu bem-estar, porém não o emocional. Entretanto, esperavam que o tratamento pudesse melhorar sua saúde. Em contrapartida, a maioria não entendia muito sobre a doença atual e afirmavam não terem o controle exatamente. Em relação à preocupação, os adultos se mostraram mais preocupados com seu estado de saúde do que os idosos.

Um estudo que avaliou a percepção de pessoas que sofrem de DM2 sobre a doença e os motivos da readmissão hospitalar observou que a maior parte dos indivíduos não possuía conhecimento geral sobre a doença e suas complicações, apontando a necessidade de profissionais de saúde com conhecimentos para transmitir aos pacientes informação sobre a doença, suas complicações e complexidade²⁰.

Em um estudo que analisou a percepção da doença em 83 pacientes com HAS em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, foi

Tabela 2: Correlação entre as perguntas do *Brief IPQ* com o índice de massa corporal (IMC) de indivíduos hospitalizados.

Variáveis	R*
1. Quanto você acha que é responsável pela sua saúde?	-0,12
2. Quanto a doença afeta sua vida?	0,18
3. Quanto controle você sente que tem sobre a sua doença?	0,19
4. Quanto você pensa que o tratamento pode ajudar a melhorar a sua doença?	0,10
5. Quanto você sente os sintomas (sinais, reações e manifestações) da sua doença?	-0,07
6. Quanto você está preocupado (a) com sua doença?	0,26
7. Até que ponto você acha que compreende sua doença?	0,03
8. Quanto a sua doença o afeta emocionalmente?	-0,04

* R relativo à correlação de Pearson.

Tabela 3: Comparação das perguntas do *Brief IPQ* entre adultos e idosos hospitalizados

Variáveis	Adultos (n=24) Média±DP	Idosos (n=32) Média±DP	p*
1. Quanto você acha que é responsável pela sua saúde?	7,54±1,91	7,37±2,41	0,78
2. Quanto a doença afeta sua vida?	8,08±2,08	8,12±1,96	0,94
3. Quanto controle você sente que tem sobre a sua doença?	6,87±1,65	7,00±2,30	0,82
4. Quanto você pensa que o tratamento pode ajudar a melhorar a sua doença?	8,50±1,95	9,18±1,47	0,14
5. Quanto você sente os sintomas (sinais, reações e manifestações) da sua doença?	6,41±2,43	6,90±2,38	0,45
6. Quanto você está preocupado (a) com sua doença?	8,17±2,08	5,09±3,90	0,01
7. Até que ponto você acha que compreende sua doença?	5,87±1,96	5,25±2,60	0,33
8. Quanto a sua doença o afeta emocionalmente?	7,04±2,69	6,59±2,88	0,55

* $p<0,05$: estatisticamente significativo, teste T de Student; DP: desvio padrão; n: número da amostra.

possível observar que a maioria dos pacientes tinha a visão de que a doença não era grave e que tinham boa qualidade de vida, apesar de que esses possuíam renda de até dois salários mínimos, o que dificultava para adquirir os medicamentos necessários, além da escolaridade baixa¹³.

No estudo realizado por Pinotti *et al.*²¹, que pesquisou 15 hipertensos Itaiópolis, Santa Catarina, onde a maioria era constituída por pacientes idosos, isso pode ser atribuído ao fato de que os níveis tensionais tendem a se elevar em idades mais avançadas. Sobre o conhecimento da doença os indivíduos não demonstraram conhecimento sobre o conceito de HAS, mesmo recebendo informações da Unidade de Saúde. Entretanto foi possível perceber que esses pacientes possuem suas próprias percepções sobre a HAS, relacionando-a a pressão alta, ao nervosismo e as alterações na consistência do sangue. Quando foram questionados a respeito da definição de qualidade de vida, responderam que para se ter qualidade de vida, é necessário: saúde, boa relação familiar, lazer, alegria, amizade e condições de moradia adequada.

Dentre as limitações do estudo, destaca-se o pequeno tamanho da amostra, ocasionado pelo tempo relativamente curto da coleta de dados (dois meses), bem como pela recusa dos pacientes

hospitalizados e dificuldade para localizar indivíduos com DCNT no período da pesquisa.

Com o estudo realizado pode-se concluir que a grande parte dos indivíduos acreditava que o tratamento poderia auxiliar no prognóstico da doença, assim como melhorar o seu emocional em relação à doença, promovendo melhor qualidade de vida. A maioria não relatava fazer uso de bebidas alcóolicas, e ou, tabagismo, contudo houve baixa prática de atividade física. No que se refere ao estado nutricional, pode-se notar maior prevalência de magreza e eutrofia, todavia foi possível observar também excesso de peso nos pacientes avaliados. No entanto, cabe ressaltar que a predominância de magreza está ligada ao fato da maioria da amostra avaliada ser idosa e com DPOC, esses são dois fatores relacionados ao baixo peso^{22,23}. A grande parte dos indivíduos avaliados neste estudo classificou sua saúde como boa e se sentia responsável pela mesma, porém não possuía conhecimento o suficiente sobre suas doenças. Neste sentido, torna-se necessário o esclarecimento por parte dos profissionais da saúde aos seus pacientes sobre as complicações relacionadas às suas enfermidades, bem como quais comportamentos podem ser adotados para amenizar os sinais e sintomas ocasionados pelas doenças.

REFERÊNCIAS

1. Malta DC, França E, Abreu DMX, Perillo RD, Salmen MC, Teixeira RA, *et al.* Mortality due to noncommunicable diseases in Brazil, 1990 to 2015, according to estimates from the Global Burden of Disease study. *São Paulo Med J.* 2017;135(3):213-21. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-3180.2016.0330050117>
2. World Health Organization (WHO). Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO, 2009.
3. Nolte AOA. Associação entre hábitos saudáveis de alimentação, estado nutricional e percepção de saúde dos idosos. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 2011.
4. Ferreira D, Guimarães TG, Marcadenti A. Aceitação de dietas hospitalares e estado nutricional entre pacientes com câncer. *Einstein (São Paulo).* 2013;11(1):41-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082013000100008>
5. Franco JB, Morsoletto RHC. Perfil nutricional de pacientes hospitalizados em um hospital público do município de Ituiutaba, Minas Gerais. *Rev Bras Nutr Clin.* 2012;27(3):187-92.
6. Arruda GO, Santos AL, Teston EF, Cecilio HPM, Radovanovic CAT, Marcon SS. Associação entre autopercepção de saúde e características sociodemográficas com doenças cardiovasculares em indivíduos adultos. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(1):61-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100008>
7. World Health Organization (WHO). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1403-9. [https://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
8. Savassi LCM. A satisfação do usuário e a autopercepção da saúde em atenção primária. *Rev Bras Med Fam Comun.* 2010;5(17):3-5. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf5\(17\)135](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf5(17)135)
9. Castro EK, Kreling M, Ponciano C, Meneghetti BM, Chem CM. Longitudinal assessment of illness perceptions in young adults with cancer. *Psicol Reflex Crit.* 2012; 25(4):671-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722012000400006>
10. Confortin SC, Giehl MWC, Antes DL, Schneider IJC, D'Orsi E. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2015;31(5):1049-60. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00132014>
11. Dresch FK, Barcelos ARG, Cunha GL, Santos GA. Condição de saúde auto percebida e prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis em idosos atendidos pela Estratégia da Saúde da Família. *Rev Conhecimento Online.* 2017;2:118-27. <https://dx.doi.org/10.25112/rco.v2i0.1183>
12. Borges AM, Santos G, Kummer JA, Laura F, Dal Molin V, Wibelinger LM. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2014;17(1):79-86. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232014000100009>
13. Reis MG, Glashan RQ. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2001;9(3):51-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692001000300008>
14. Pinto AA, Barbosa RMSP, Nahas MV, Pelegrini A. Prevalência e fatores associados à autopercepção negativa de saúde em adolescentes da região Norte do Brasil. *Rev Bras Pesq Saúde.* 2017;19(4):65-73. <https://dx.doi.org/10.21722/rbps.v19i4.19805>
15. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res.* 2006;60(6):631-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>
16. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care.* 1994;21(1):55-67.

17. World Health Organization (WHO). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO, 1995.
18. Brito DMS, Araújo TL, Galvão MTG, Moreira TMM, Lopes MVO. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(4):933-40. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000400025>
19. Castro EK, Romeiro FB, Lima NB, Lawrenz P, Hass S. Percepção da doença, indicadores de ansiedade e depressão em mulheres com câncer. *Psic Saúde Doenças*. 2015;16(3):359-72. <http://dx.doi.org/10.15309/15psd160307>
20. Baggio SC, Sales CA, Marcon SS, Santos AL. Percepção de pessoas com diabetes sobre a doença e os motivos de rehospitalização: estudo descritivo. *Online Braz J Nurs*. 2013;12(2):501-10.
21. Pinotti S, Mantovani MF, Giacomozzi LM. Percepção sobre a hipertensão arterial e qualidade de vida: contribuição para o cuidado de enfermagem. *Cogitare Enferm*. 2008;13(4):526-34. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v13i4.13112>
22. Biondo A, Santos JS, Silva ACP. Desnutrição em paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Rev HCPA*. 2011;31(3):369-71.
23. Fidelix MSP, Santana AFF, Gomes JR. Prevalência de desnutrição hospitalar em idosos. *Rev Assoc Bras Nutr*. 2013;5(1):60-8.

