

Qualidade de vida de idosos hipertensos e diabéticos em um serviço ambulatorial

Quality of life of hypertensive and diabetic elderly in an outpatient clinic

Marlene Esteves¹, Sílvia H. F. Vendramini², Maria de Lourdes S. G. Santos³, Vânia Z. Brandão⁴, Zaida A. S. G. Soler⁵, Luciano G. Lourenção⁶

RESUMO

Modelo do estudo: Estudo populacional descritivo, de corte transversal. Objetivo: Avaliar a qualidade de vida de pacientes idosos hipertensos e diabéticos em um ambulatório de um hospital universitário no interior do Estado de São Paulo, Brasil. **Metodologia:** Estudo realizado em um ambulatório de Geriatria, em São José do Rio Preto, envolvendo 62 pacientes idosos com pressão arterial elevada e/ou diabetes mellitus, atendidos no período de dezembro de 2009 a fevereiro de 2010. Os dados foram coletados com o WHOQOL-OLD, analisados com o Statistical Package for Social Sciences (SPSS) software, com testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis não paramétricos e correlação de Pearson, o nível de significância foi ajustado para um valor de $p < 0,05$. **Resultados:** 38 (61,3%) idosos eram hipertensos e 23 (37,1%) diabéticos. A idade dos idosos foi de 67 ± 7 (média, DP). Houve prevalência do sexo feminino (58%), ensino fundamental (87,1%), casados (56,5%), profissões ligadas ao setor de serviços (56,4%), renda de 1 salário mínimo (66,1%) e morando com esposo(a) (58,1%). O maior escore mediano (75,0) foi encontrado nas facetas "Atividades passadas, presentes e futuras", "Participação social", "Morte e morrer" e "Intimidade". A faceta "Autonomia" apresentou o menor escore, correspondendo a 62,5. Os idosos hipertensos tiveram escore inferior aos diabéticos na faceta do "Funcionamento Sensorio" (62,2 vs. 73,6, respectivamente). **Conclusão:** Os idosos apresentaram qualidade de vida inferior na faceta "Autonomia" e melhor qualidade para as facetas "Atividades passadas, presentes e futuras", "Participação social", "Morte e morrer" e "Intimidade". Não houve diferença na qualidade de vida entre diabéticos ou hipertensos, exceto por tendência a menor "Funcionamento do sensorio" entre os hipertensos.

Palavras-chave: Idoso. Qualidade de Vida. Doença Crônica.

1. Mestre em Ciências da Saúde. Professora do Departamento de Enfermagem Geral da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP, São José do Rio Preto (SP), Brasil.
2. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva e Orientação Profissional da FAMERP.
3. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva e Orientação Profissional da FAMERP.
4. Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Departamento de Enfermagem Geral da FAMERP.
5. Enfermeira, Livre docente. Professora do Departamento de Saúde Coletiva e Orientação Profissional da FAMERP.
6. Doutor em Ciências da Saúde. Professor Titular-Livre da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - EEnf/FURG.

CORRESPONDÊNCIA:

Marlene Esteves
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Departamento de Epidemiologia e Saúde Coletiva
Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5416 - Vila São Pedro
CEP: 15090-000 / São José do Rio Preto/SP
E-mail: marlene@famerp.br

Recebido em 03/08/2015
Aprovado em 22/08/2016

Conflito de Interesses: Não há.

ABSTRACT

Model of study: The study design was a populational, cross-sectional and descriptive. Objective: To evaluate the quality of life of high blood pressure and diabetic elderly outpatients of a teaching hospital in the interior of Sao Paulo State, Brazil. **Methodology:** The study was done in a Geriatrics Outpatient Service in São José do Rio Preto, involved 62 elderly patients with high blood pressure and/or diabetes mellitus treated in the period from December 2009 to February 2010. The data were collected with the WHOQOL-OLD, analyzed with the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) software, with tests Mann-Whitney, Kruskal-Wallis non-parametric and Pearson's correlation; the level of significance was set to a value of $p < 0.05$. **Results:** A total of 38 elderly patients studied (61.3%) have high blood pressure, and 23 (37.1%) were diabetics. The age was 67 ± 7 (mean, SD). Characteristics of the sample studied were: female (58.1%), elementary school (87.1%), married status (56.4%), professions linked to the sector of services (56.4%), the income of 1 minimum wage (66.1%) and living with the spouse (58.1%). The highest median score (75.0) was found in the facets "Past, present and future" "Activities", "Social participation", "Death and dying" and "Intimacy". The facet "Autonomy" showed the lowest scoring of 62.5. The elderly with high blood pressure had a lower score compared to patients with diabetes in "Sensory Functioning" facet (62.17 versus 73.64, respectively). **Conclusion:** The elderly showed a lower quality of life in the "Autonomy" and best quality for facets: "Past, present and future", "Activities", "Social participation", "Death and dying" and "Intimacy". There was not difference in the quality of life among elderly with diabetes and high blood pressure patients, except for a tendency to lower "Sensory Functioning" facet in high blood pressure patients.

Keywords: Aged. Quality of Life. Chronic Disease.

Introdução

Estudos demográficos mostram que a população está envelhecendo em todo o mundo. No Brasil, segundo as projeções realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2025, poderão ser 25 milhões de pessoas na faixa etária de 65 anos ou mais. Em 2000, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos, havia 18,3 idosos de 65 anos ou mais, em 2050 essa relação poderá ser de 100 para 105,6. Estima-se que no ano de 2025 o Brasil passará da 16ª para 6ª posição com maior número de idosos em termos absolutos.¹

O envelhecimento populacional gera uma grande preocupação para a política de saúde pública e para o desenvolvimento socioeconômico, pois causa um aumento dos custos na saúde, devido à maior prevalência de doenças crônicas, atendimentos especializados e internações.^{2,3}

Biologicamente, o envelhecimento compreende os processos de transformações do organismo que ocorrem após a maturação sexual e que implicam na diminuição gradual da probabilidade de sobrevivência. Este processo varia nas pessoas, sendo influenciado tanto pelo estilo de vida quanto por fatores genéticos e, durante o envelhecimento ocor-

re uma diminuição da capacidade funcional do indivíduo, decorrente em grande parte da inatividade física e mental, do processo natural de envelhecimento e do acometimento de doenças.⁴

Assim, é fundamental que os profissionais conheçam as características das enfermidades em idosos, pois seus sintomas são confundidos com transtornos normais do envelhecimento, podendo apresentar-se de forma mascarada ou subaguda, sem os sinais clássicos. É freqüente a superposição de enfermidades crônicas, na forma de entidades sindrômicas: são as chamadas síndromes geriátricas. Estas podem incluir alterações sensitivas, imobilidade, depressão, estado confusional agudo, hipertensão, diabetes, incontinência e/ou déficit cognitivo.⁵

Logo, o aumento da expectativa de vida e a alta incidência de doenças crônicas têm demonstrado a importância de estudos neste âmbito, principalmente em relação à qualidade de vida da pessoa idosa. A terapêutica, incluindo as modificações no estilo de vida relacionadas ao ambiente, hábitos pessoais e organização da atenção à saúde, além de proporcionar alívio dos sintomas, traduz-se em melhoria da qualidade de vida do idoso. Ante o exposto e considerando que a qualidade de vida tem enfoques amplos e importantes, como os biológi-

cos, psicológicos, emocionais, sociais, econômicos e até ecológicos, este estudo objetivou avaliar a qualidade de vida de idosos atendidos no ambulatório de um Hospital de Ensino em São José do Rio Preto, Estado de São Paulo, com a finalidade de buscar informações para nortear a avaliação e intervenção do enfermeiro, no atendimento ambulatorial na clínica médica geriátrica.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de base populacional, entre idosos atendidos no Ambulatório do Hospital de Base, um hospital de ensino de grande porte, localizado na cidade de São José do Rio Preto, região noroeste do Estado de São Paulo.

Neste ambulatório, o atendimento dos idosos é realizado pela equipe da clínica médica geriátrica, composta por uma equipe multiprofissional formada por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas, psicólogos e assistentes sociais.

Foram incluídos no estudo todos os idosos hipertensos e diabéticos atendidos na clínica médica geriátrica, de ambos os sexos, com idade superior a 60 anos ou mais, orientados, capazes de se comunicar verbalmente e que consentiram em participar da pesquisa, totalizando 62 idosos.

Para a coleta dos dados foi utilizado o WHOQOL-OLD,⁶ um questionário da OMS composto de 24 questões divididas em seis facetas: funcionamento do sensório; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer e intimidade. Precedendo às questões do WHOQOL-OLD, foram coletados alguns dados pessoais como idade, sexo, estado civil, dados de escolaridade e classe socioeconômica para elaboração do perfil dos idosos.

Respeitando os preceitos Éticos de Pesquisas envolvendo seres humanos, este projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, sob Protocolo N.º 6159/2009 e aprovado em 14 de dezembro de 2009 com o Parecer N.º 444/2009.

A coleta dos dados ocorreu no período de dezembro de 2009 a fevereiro de 2010. Realizou-se uma abordagem individual dos idosos, explicando os objetivos do estudo, a importância da seriedade nas respostas e da participação de todos no estudo, esclarecendo que a participação não era obrigató-

ria. Em seguida, o pesquisador aplicava o questionário como uma entrevista, considerando que havia idosos com dificuldade de leitura e/ou analfabetos.

Os dados do estudo foram coletados com o WHOQOL-OLD e armazenados em uma planilha, utilizando o programa Excel. A análise dos dados foi realizada com o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 17.0.

Os dados sociodemográficos foram utilizados para caracterizar a população do estudo. A confiabilidade do WHOQOL-OLD foi testada através da análise da consistência interna das questões por meio do Coeficiente Alfa de Cronbach, cujos valores maiores ou iguais a 0,700 foram considerados satisfatórios.

Os cálculos dos escores foram realizados conforme modelo estatístico disponibilizado pelo Grupo WHOQOL⁷ que calcula os escores e determina o escore bruto da faceta (EBF) para cada faceta do questionário (amplitude de 4 a 20).

Para auxiliar na análise dos dados e favorecer a comparação com outros estudos, os escores obtidos na escala de 4 a 20 foram convertidos para uma escala de 0 a 100, onde a Média corresponde aos escores de cada faceta. A transformação de um escore bruto para um escore transformado da escala (ETE) entre 0 e 100 possibilita expressar o escore da escala em porcentagem entre o valor mais baixo possível (0) e o mais alto possível (100). Para obter-se o escore transformado da faceta (ETF) (0-100), foi aplicada a regra de transformação: $ETF = 6,25 \times (EBF - 4)$.

Para análise estatística, foram utilizados testes não paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, e análise de correlação de Pearson, considerando o nível de significância de $p < 0,05$.

Resultados

Caracterização da Amostra

A população do estudo foi constituída por 62 idosos. Conforme mostra a Tabela 1, observou-se a prevalência do sexo feminino (36 – 58,06%). A idade variou de 60 a 85 anos, com prevalência de idosos na faixa etária de 60 a 65 anos (33 – 53,23%). A idade média foi de 67,14 (dp: ±7,29) e mediana de 64,50 anos.

Destaca-se que 54 (87,10%) idosos possuíam ensino fundamental, 35 (56,45%) eram casa-

dos e 35 (56,45%) trabalharam em alguma profissão ligada ao setor de serviços.

A renda dos idosos estudados variou de 1 a 4 salários mínimos, sendo que 41 (66,13%) recebiam 1 salário mínimo. Com relação à presença de doenças de base, verificou-se que 38 (61,29%) idosos apresentavam hipertensão arterial sistêmica e 23 (37,10%) eram diabéticos.

Em relação ao convívio familiar, observou-se que a maioria dos idosos (36 - 58,06%) moram com o(a) esposo(a).

Sobre a presença de vícios, verificou-se que 10 (16,13%) idosos eram tabagistas e 7 (11,29%) eram alcoolistas. Destaca-se, ainda, que 100% dos idosos tinham ou praticavam algum tipo de crença religiosa.

Tabela 1: Distribuição das características sociodemográficas dos idosos.

		n	%
Sexo	Masculino	26	41,94
	Feminino	36	58,06
Faixa etária	60 - 65 anos	33	53,23
	66 - 70 anos	08	12,90
	71 - 75 anos	11	17,74
	76 - 80 anos	07	11,29
	81 - 85 anos	03	4,84
Escolaridade	Ensino Fundamental	84	87,10
	Ensino Médio	04	6,45
	Analfabeto	04	6,45
Estado civil	Casado	35	56,45
	Viúvo	17	27,42
	Separado	09	14,52
	Solteiro	01	1,61
Situação Profissional	Setor de Serviços	35	56,45
	Donas de Casa	14	22,58
	Setor Comercial	08	12,90
	Setor Industrial	05	8,06
Renda Familiar (salários mínimos)*	Até 1	41	66,13
	1 a 2	02	3,23
	2 a 4	19	30,65
Doenças de Base	Hipertensão Arterial	38	61,29
	Diabetes Mellitus	23	37,10
	Hipertensão Arterial + Diabetes Mellitus	01	1,61
Convívio Familiar	Esposa(o)	36	58,06
	Filhos	17	27,42
	Sozinho(a)	09	14,52
Alcoolismo	Sim	55	88,71
	Não	07	11,29
Tabagismo	Sim	10	16,13
	Não	52	83,87
Prática Religiosa	Sim	62	100,00
	Não	-	-

* Valor Salário Mínimo: R\$510,00.

Análise da Qualidade de Vida

A consistência interna do WHOQOL-OLD foi avaliada pelo Coeficiente Alfa de Cronbach para as 24 questões do instrumento e para cada faceta. Observaram-se coeficientes inferiores a 0,700 para as facetas: Autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, e morte e morrer.

As estatísticas descritivas de cada faceta do WHOQOL-OLD estão presentes na Tabela 2, bem como o intervalo de confiança para a mediana (IC-95%).

Os resultados pressupõem a existência de diferenças estatisticamente significativas para as facetas quando seus respectivos escores gerais foram comparados, visto que o valor p encontrado ($p=0,003$) foi inferior a 0,05. As facetas Atividades Passadas, Presentes e Futuras (PPF), Participação Social (PSO), Morte e Morrer (MEM) e Intimidade (INT) apresentaram os maiores escores de media-

na, comportando-se de maneira semelhante. Porém, a faceta Autonomia (AUT) foi a que apresentou o menor valor de mediana.

O intervalo de confiança da faceta Autonomia não se sobrepõe aos outros intervalos de confiança referentes às outras facetas, reiterando o valor p encontrado. Os valores mostram que os idosos avaliados apresentam qualidade de vida inferior na faceta Autonomia (AUT) e melhor qualidade para as facetas: Atividades Passadas, Presentes e Futuras (PPF), Participação Social (PSO), Morte e Morrer (MEM) e Intimidade (INT).

Verificou-se, também, a possível correlação dos escores médios das facetas avaliadas em relação à variável doença de base (hipertensão e diabetes), cujos resultados são apresentados na Tabela 3. Para essa análise, uma pessoa foi descartada, pois apresentava as duas doenças de base, não sendo incluída em nenhum dos grupos.

Tabela 2: Distribuição das estatísticas descritivas dos idosos, segundo facetas do WHOQOL-OLD e valor p referente ao teste de Kruskal-Wallis.

Facetas	n	Media±DP	Md	Mín	Máx	IC (95%)	Valor p
FS	62	66,63±21,05	68,75	25,00	93,75	(62,50;75,00)	0,003
AUT	62	61,29±14,62	62,50	12,50	93,75	(56,25;63,58)	
PPF	62	71,88±10,54	75,00	43,75	100,00	(75,00;75,00)	
PSO	62	70,56±13,55	75,00	43,75	100,00	(68,75;75,00)	
MEM	62	67,94±18,92	75,00	25,00	100,00	(62,50;81,25)	
INT	62	64,92±24,23	75,00	0,00	100,00	(68,75;75,00)	

FS: funcionamento do sensorio; AUT: autonomia; PPF: atividades passadas, presentes e futuras; PSO: participação social; MEM: morte e morrer; INT: intimidade.

Tabela 3: Estatísticas descritivas dos escores médios das facetas, segundo doenças de base (p referente ao teste de Mann-Whitney).

Faceta	Doença de base	N	$\bar{x} \pm s$	Md	IC (95%)	Valor p
FS	DM	23	73,64±16,64	75,00	(62,50;84,70)	0,055
	HAS	38	62,17±22,65	62,50	(50,00;75,00)	
AUT	DM	23	59,51±11,90	56,25	(52,79;65,95)	0,308
	HAS	38	62,01±16,14	62,50	(56,25;68,75)	
PPF	DM	23	69,57±9,85	75,00	(65,29;75,00)	0,172
	HAS	38	73,36±10,94	75,00	(75,00;75,00)	
PSO	DM	23	68,75±12,07	75,00	(68,75;75,00)	0,464
	HAS	38	71,87±14,51	75,00	(68,75;75,00)	
MEM	DM	23	62,50±21,81	62,50	(46,54;81,25)	0,165
	HAS	38	70,89±16,59	75,00	(66,12;81,25)	
INT	DM	23	66,03±25,13	75,00	(68,75;75,00)	0,874
	HAS	38	64,64±24,20	75,00	(63,49;75,00)	

*N: número de pacientes do estudo; \bar{x} : média; s: desvio padrão; Md: mediana; IC (95%): intervalo de confiança a 95%; FS: funcionamento do sensorio; AUT: autonomia; PPF: atividades passadas, presentes e futuras; PSO: participação social; MEM: morte e morrer; INT: intimidade; DM: Diabetes Mellitus; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica.

Ao analisar esses dados observou-se que os idosos hipertensos apresentaram tendência a um escore médio de qualidade de vida inferior aos diabéticos na faceta do Funcionamento Sensorio. Nas demais facetas não houve diferença de escore para idosos diabéticos ou hipertensos.

Os resultados permitem inferir a inexistência de diferenças estatisticamente significativas para todas as facetas quando a doença de base é comparada, visto que todos os valores p encontrados foram superiores a 0,05. Os valores p encontrados são embasados na sobreposição dos intervalos de confiança em cada uma das comparações realizadas.

Analisou-se, ainda, a correlação entre os valores médios dos escores de qualidade de vida dos idosos e a idade.

Avaliando o coeficiente de Pearson para correlação entre variáveis quantitativas, verificou-se que não há correlação entre a variável idade e as facetas FS ($r:-0,038$; $p:0,769$), AUT ($r:0,015$; $p:0,907$), PPF

($r:0,062$; $p:0,633$), PSO ($r:-0,029$; $p:0,825$); MEM ($r:-0,004$; $p:0,973$) e INT ($r:-0,069$; $p:0,593$).

A Figura 1 mostra a distribuição dos valores de escores médios dos idosos em relação à idade. Observa-se que, em todas as facetas, não há tendência que mostre correlação positiva ou negativa dos escores quando correlacionados com a idade.

A Tabela 4 apresenta os escores médios das facetas de qualidade de vida em relação às pessoas com quem os idosos residem, não houve diferenças estatisticamente significativas para todas as facetas quando considerado a pessoa com quem o idoso reside, mostrando que a pessoa que mora com o idoso não influencia de forma significativa em nenhuma das facetas levantadas pelo questionário. Os valores p encontrados foram superiores ao nível de significância adotados. Em todas as facetas, a mediana referente à esposa é superior ou igual às medianas referentes aos filhos ou à situação na qual o idoso more sozinho.

Tabela 4: Estatísticas descritivas dos escores médios das facetas, segundo pessoas que residem com os idosos (p referente ao teste de Kruskal-Wallis).

Domínio	Com quem mora	N	$\bar{x} \pm s$	Md	Valor p
FS	Esposa (o)	36	71,88±19,57	75,00	0,067
	Filhos	17	58,09±20,10	62,50	
	Sozinho	9	61,81±24,30	62,50	
AUT	Esposa (o)	36	62,85±16,36	65,63	0,089
	Filhos	17	61,76±12,86	56,25	
	Sozinho	9	54,17±7,65	56,25	
PPF	Esposa (o)	36	72,05±11,23	75,00	0,730
	Filhos	17	72,06±10,85	75,00	
	Sozinho	9	70,83±7,85	75,00	
PSO	Esposa (o)	36	72,92±11,95	75,00	0,276
	Filhos	17	68,01±15,13	75,00	
	Sozinho	9	65,97±15,97	68,75	
MEM	Esposa (o)	36	69,44±19,12	75,00	0,715
	Filhos	17	66,54±20,72	75,00	
	Sozinho	9	64,58±15,63	62,50	
INT	Esposa (o)	36	66,67±23,10	75,00	0,926
	Filhos	17	62,87±24,85	75,00	
	Sozinho	9	61,81±29,55	75,00	

*N: número de pacientes do estudo; \bar{x} : média, s: desvio padrão; Md: mediana; IC (95%): intervalo de confiança a 95%; FS: funcionamento do sensorio; AUT: autonomia; PPF: atividades passadas, presentes e futuras; PSO: participação social; MEM: morte e morrer; INT: intimidade; DM: Diabetes Mellitus; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica.

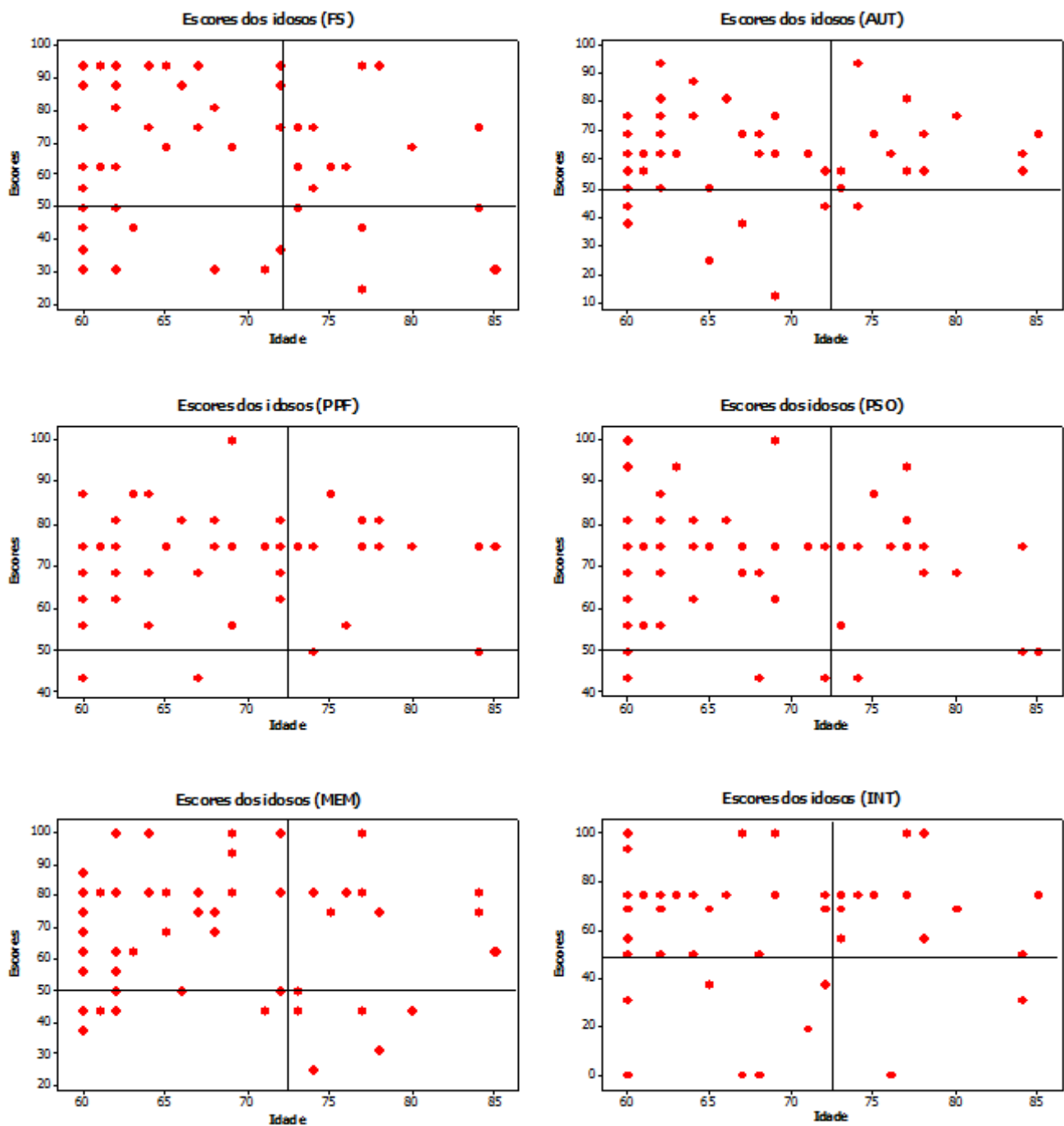


Figura 1: Escores médios das facetas, segundo a idade.
FS: funcionamento do sensorio; AUT: autonomia; PPF: atividades passadas, presentes e futuras; PSO: participação social; MEM: morte e morrer; INT: intimidade;

Discussão

Os dados sociodemográficos encontrados neste estudo confirmam a tendência da prevalência de mulheres entre os idosos atendidos em serviços ambulatoriais,^{8,9} evidenciando que, no Brasil, a velhice é uma experiência predominantemente feminina,¹⁰ havendo um número absoluto de mulheres idosas superior ao de homens com 65 anos ou mais. Isso pode acontecer pela existência da mortalidade diferencial de gênero, que prevalece há longas datas na população brasileira.⁸

Em relação à escolaridade houve prevalência de idosos com ensino fundamental completo (84,10%). Estudos apontam que a qualidade de vida é melhor entre idosos com maior grau de escolaridade, correlacionando melhor qualidade de vida a mais anos de estudo e aquisição de conhecimentos no decorrer da vida, por meio de leituras e estudos.^{11,12}

Além disso, a escolaridade influencia na permanência do idoso no mercado de trabalho. É sugestivo pensar na perda da capacidade para o trabalho relacionada às condições laborais e aos efeitos do processo de envelhecimento, uma vez que em trabalhos anteriores realizavam atividades que requeriam demanda física.¹³

Este estudo encontrou 66,13% dos idosos recebendo um salário mínimo. Estudos mostram que, a maioria dos idosos integrados à população economicamente ativa possui rendimento proveniente do trabalho que é inferior ou igual a dois salários mínimos, e exercem atividades pouco compatíveis com a idade, tais como, serviços de pedreiros, serventes, empregada doméstica, lavadeira e passageira.^{8,14}

Dos idosos estudados que trabalham, verificou-se o predomínio do trabalho informal, o que pode estar relacionado ao grande percentual dos idosos que já são aposentados ou mal qualificados profissionalmente.¹⁴

As aposentadorias e pensões constituem a maior fonte de rendimento da população idosa, e que sendo baixos estes benefícios, um terço dos brasileiros, com 60 anos ou mais, tem a necessidade de manter outras atividades produtivas para o seu sustento.¹⁵ Estudos apontam maior grau de insatisfação em idosos com baixa renda, sugerindo que estas condições afetam a qualidade de vida.^{16,17}

Entre os idosos, é comum pelo menos uma enfermidade com necessidade de cuidados médicos. Com o avanço da idade aumenta o número de doença incapacitante, com origem, muitas vezes, da própria patologia de base, e a diminuição da autonomia influencia na qualidade de vida.^{17,18,19}

É importante ressaltar que essas doenças em idosos representam alto custo social, considerando que a qualidade de vida pode ser preservada quando os indivíduos envelhecem com autonomia, independência e boa saúde física, continuando a desempenhar seus papéis sociais.^{17,18,19}

Além da educação, são aspectos importantes para a qualidade de vida, preservar relacionamentos interpessoais, vínculos familiares com filhos, netos, vizinhos, amigos solidificando sua rede de suporte social na senilidade.¹¹

Neste contexto, a qualidade de vida reflete a percepção que têm os indivíduos de que suas necessidades estão sendo satisfeitas ou, ainda, que lhes estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a auto-realização, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas.^{20,21}

O processo do envelhecimento humano vem seguido de modificações biológicas e psicológicas, favorecendo o desgaste físico e emocional, acarretando redução das respostas fisiológicas às ações do ambiente em que o idoso está inserido.^{20,21}

A autonomia é aspecto importante que deve ser considerado nas políticas públicas de saúde, por meio de programas de atividades destinadas a aumentar a funcionalidade do idoso, visando potencializar a autonomia funcional, entre outras estratégias como prevenção de fatores de risco e estratégias que ajudem a recuperar as capacidades afetadas.^{19,20,21}

Cabe destacar que a autonomia dos idosos reflete diretamente na sua participação social, pois determina sua capacidade de participar de um processo no qual interagem aspectos externos e internos à sua escolha.¹⁹ Ter autonomia implica em capacidade de tomar decisões, de conseguir fazer as coisas que gostaria de fazer ou acreditar que as pessoas ao seu redor respeitam sua liberdade. Para os idosos um envelhecimento mais prazeroso e saudável significa gerenciar sua própria vida, dar importância às suas conquistas e às coisas que anseiam.²¹ Os idosos estudados demonstraram satisfação com as atividades que realizam e que partici-

pam na comunidade. Neste aspecto, a literatura esclarece a importância da interação social na velhice, fase da vida que ocorre isolamento e exclusão do contexto social. Idosos mais integrados com suas famílias e ou seu meio social, têm mais chances de sobrevivência e maior capacidade de evitar o isolamento social, importante fator de risco para morbidade, mortalidade e incapacidade mental.²¹

Com relação às Atividades Presentes Passadas e Futuras (PPF), assim como em outras pesquisas,^{19,22} os resultados deste estudo apontam que a população estudada espera, na velhice, ter participação nas atividades cotidianas, principalmente na comunidade; participar de atividades sociais, ter oportunidade de amar e sentir-se amado, estar satisfeito com as realizações, objetivos alcançados e projetos durante a vida.

Quanto ao Funcionamento do Sensorio (FS), é importante destacar que, por corresponder à perda dos sentidos (audição, visão, paladar, olfato e tato), o comprometimento desta faceta afeta a vida cotidiana, a capacidade de participar em atividades e de interagir com outras pessoas, tornando o idoso dependente dos cuidados da família.²³

Neste aspecto, a Intimidade (INT) refere-se à oportunidade de amar e ser amado. Embora a maioria dos idosos deste estudo seja casada, nota-se que os viúvos e/ou separados sentem-se amados pelos demais membros da família, como também apontam outros relatos.^{24,25}

Estudo caracterizando o arranjo domiciliar de 147 idosos sobre condições de vida e apoio aos idosos mais velhos, evidenciou que a maioria dos idosos residia com o cônjuge, mas que grande parte ainda mora sozinho e com os filhos. Para a autora, a tendência é que as pessoas morem sozinhas e aumentem os domicílios com idosos.²⁵ Porém, é necessário lembrar que a capacidade de ter relacionamentos pessoais e íntimos é um aspecto presente na vida dos idosos. O medo de perder a capacidade sexual em homens idosos é muito comum, já as mulheres expressam o desejo sexual de modo mais tênue, talvez pelo medo de não serem aceitas, de não despertarem desejo no parceiro, por não terem um parceiro, ou ainda por dedicarem as suas vidas aos cuidados da família.²⁶

Em relação à sexualidade de pessoas na terceira idade, destaca-se que a vida sexual do idoso se transforma ao longo de toda a evolução, de ma-

neira individual, porém só desaparece com a morte. A forma de prazer e a busca da sexualidade do idoso se apresentam na forma de carinho, beijos e diálogos.²⁴

Os resultados referentes à Morte e Morrer (MEM) evidenciam que a maioria dos idosos não tem medo de morrer e/ou nem sempre se preocupa com a maneira como irá morrer. Contudo, a literatura aponta que os idosos apresentam medo de sofrer dores ou ficar inválido.²¹

Com relação às limitações das atividades cotidianas, o aumento do número de doenças crônicas entre os idosos interfere diretamente na capacidade funcional, tendo implicações importantes para a família, comunidade, sistema de saúde e para a vida do próprio idoso.^{19,22,23,25}

Doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes causam incapacidade, especialmente entre os mais velhos.⁵ Este estudo evidenciou que, em sua maioria os idosos, são conscientes dos fatores de risco para o desenvolvimento de complicações em relação ao Diabetes Mellitus e à Hipertensão Arterial Sistêmica, e que mudanças no estilo de vida e adoção de hábitos saudáveis são de grande importância.

Os resultados não mostraram um impacto negativo da Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes Mellitus na qualidade de vida destes indivíduos. Resultados de outros estudos mostram que a adesão adequada ao medicamento e ações educativas eficazes das equipes multiprofissionais são importantes para a manutenção da qualidade de vida dos idosos portadores dessas patologias crônicas.^{19,21,22,23}

Sabe-se que a qualidade de vida relacionada à saúde é um aspecto importante em pessoas com doenças crônicas limitantes que se submetem a tratamentos prolongados e apresentam maior vulnerabilidade às comorbidades, como é o caso dos pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. A comparação da qualidade de vida relacionada à saúde de idosos de diferentes localidades brasileiras ou até mesmo de países diferentes é importante para avaliar o impacto da doença e do tratamento nas condições de vida e, desta forma, direcionar a assistência a esses pacientes, de forma individual e coletiva.

A tentativa de avaliar qualidade de vida em pessoas idosas vai além da simples aplicação de

um instrumento. Tratando-se da pessoa idosa, a qualidade pode ser percebida como boa ou ruim de acordo com a forma de vida que cada indivíduo vivencia a sua velhice, o que pode variar entre dois extremos (muito bom ou péssimo). Assim, destaca-se que a avaliação da qualidade de vida depende, na maioria das vezes, da interpretação emocional que cada indivíduo faz dos fatos e eventos que lhes ocorrem individualmente, por exemplo, a perda dos sentidos pode não significar o mesmo para indivíduos diferentes.

A proximidade dos pesquisadores com os idosos atendidos na clínica médica do ambulatório de um hospital escola facilitou a realização deste estudo. Através do contato durante as consultas observou-se que a sua qualidade de vida compreende a consideração de diversos critérios de natureza biológica, psicológica e sociocultural, pois vários elementos podem ser apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice: longevidade, saúde biológica, satisfação, controle cognitivo, eficácia, produtividade, continuidade de papéis familiares e até mesmo relações informais com amigos.

Conclusões

Embora portadores de doenças crônicas que causam impactos na saúde, os idosos hipertensos e diabéticos avaliados neste estudo apresentam bons níveis de qualidade de vida, evidenciados por um escore elevado nas facetas Atividades passadas, presentes e futuras, Participação social, Morte e morrer e Intimidade. O comprometimento observado na faceta Autonomia pode ser decorrente do desgaste físico inerente à idade. Idosos hipertensos

apresentaram maior tendência ao comprometimento do funcionamento sensorial e impacto da perda das habilidades sensoriais na qualidade de vida em relação aos idosos diabéticos. Não houve diferença entre diabéticos e hipertensos, para as demais facetas do WHOQOL-OLD.

O instrumento WHOQOL-OLD mostrou ser um instrumento capaz de avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes idosos portadores dessas duas patologias. Contudo, estudos longitudinais seriam importantes para investigar se a contribuição dos domínios na qualidade de vida global pode se modificar ao longo do tempo e/ou em relação ao estado de saúde do indivíduo acometido de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Este estudo tem como limitações o número de pacientes e a avaliação de pacientes restritos a um único ambulatório de São José do Rio Preto, o que pode ter dificultado a identificação de diferenças significativas entre hipertensos e diabéticos, bem como na avaliação geral das facetas do WHOQOL-OLD, além de não ter um grupo controle. Contudo, os resultados permitiram evidenciar a importância de se analisar o idoso no contexto do serviço de saúde ambulatorial, para subsidiar o planejamento de estratégias e intervenções que garantam a melhoria da assistência dentro das diferentes realidades.

Outros estudos que ampliem as investigações acerca da capacidade funcional, cognitiva e qualidade de vida relacionada à saúde de idosos são importantes, pois, além de permitirem conhecer o impacto das enfermidades e suas repercussões para a capacidade funcional e para o modo de vida do indivíduo, contribuem para o entendimento da maneira como eles se percebem e valorizam suas condições.

Referências

1. IBGE. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 - revisão 2004 metodologia e resultados. Acesso em: 11 Abr. 2011. Disponível: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/metodologia.pdf.
2. Maués CR, Paschoal SMP, Jaluul O, França CC, Jacob Filho W. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. *Rev Bras Clin Med.* 2010; 8: 405-10.
3. Santos Ea, Tavares DMS, Rodrigues LR Dias FA, Ferreira PCS. Morbidity and quality of life of elderly individuals with diabetes mellitus living in urban and rural areas. *Rev Esc Enferm USP.* 2013; 47: 393-400.
4. Neri AL, Cachine M. Velhice bem Sucedida e Educação. In: Neri AL, Debert GG. *Velhice e Sociedade.* São Paulo: Papirus, 1999. p.113-140.
5. Brandão AP, Freitas EV, Magalhães MEC, Pozzan R. Hipertensão arterial no idoso. In: Fretias EV, Py L, Neri AC, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. *Tratado de geriatria e gerontologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.249-62.
6. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saúde Pública.* 2006; 40:785-91.
7. Power M, Schmidt S. *Manual WHOQOL-OLD.* Genebra: World Health Organization; 1998. Acesso em: 21 jan. 2016. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/WHOQOL-OLD%20Manual%20Portugues.pdf>.
8. Albuquerque SMRL, Gazetta MLB, Katsuda TS, Nação EF, Nascimento CL, Raiza O, et al. Perfil socioeconômico da população usuária dos Ambulatórios do complexo Hospital das Clínicas da Faculdade de São Paulo. In: *Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais; 1989: Natal. Anais.* p. 34.
9. Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Uso de serviços ambulatoriais por idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24:2267-78.
10. Veras R. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. *Rev Saúde Pública.* 2007; 23(10):2463-6.
11. Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito objetivo. *Rev Bras Epidemiol.* 2005; 8(3):246-52.
12. Miranda LC, Banhato EFC. Qualidade de vida na terceira idade: a influência da participação em grupos. *Psicol pesq.* 2008; 2(1): 69-80.
13. Sá P. O idoso no Mercado de trabalho. In: Camarano AA, organizador. *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA; 2004.
14. Delgado EI, Lima AP. A melhor idade do Brasil: aspectos biopsicossociais decorrentes do processo de envelhecimento. *Ulbra e Movimento (REFUM), Ji-Paraná,* 2010; 1:76-91.
15. Dedecca CS, Ballini R, Maia AG. Rendimentos Previdenciários e Distribuição de Renda. In: Fagnani E, Pochmann M, organizador. *Debates contemporâneos, economia social e trabalho. Mercado de trabalho, relações sindicais, pobreza e ajuste fiscal.* São Paulo: LTr; 2007. p.172-179.
16. Jola L.C, Ruiz T, Donalísio. Life satisfaction among elderly population in the city of Botucatu, Southern Brazil. *Rev Saúde Pública.* 2007; 41:131-8.
17. KCR Pereira, AM Alvarez, JL Traebert. Contribution of socio-demographic conditions for the perception of quality of life in the elderly. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2011; 14: 85-95.
18. Miyamoto CY, Cabrera EMS, Esteves M, Lourenção LG. Qualidade de vida de idosos em uma instituição de longa permanência. *Arq Cienc Saúde.* 2016;23:36-40.
19. Campos LM, Boscatto EC, Mineiro L. Perfil do estilo de vida dos idosos da Universidade Aberta da Maior Idade - UAMI da cidade de Caçador-SC. *RBPFE - Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício.* 2015; 9:315-20.
20. De Luca d'Alessandro E, Bonacci S, Giraldo G. Aging populations: the health and quality of life of the elderly. *Clin Ter.* 2011; 162:e13-8.
21. Netuveli G, Blane D. Quality of life in older ages. *Br Med Bull.* 2008; 85: 113-26.
22. Castro PC, Tahara N, Rebelatto JR, Driusso P, Aveiro MC, Oishi, J. Influência da universidade aberta da terceira idade (UATI) e do programa de revitalização (REVT) sobre a qualidade de vida de adultos de meia-idade e idosos. *Rev Bras Fisioter.* 2007; 11:461-7.
23. Campolina AG, Dini PS, Ciconelli RM. Impacto da doença crônica na qualidade de vida
24. de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16: 2919-25.
25. Almeida T, Lourenço ML. Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade? *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2007; 10:101-13.
26. Moraes EP. Envelhecimento no meio rural: condições de vida, saúde e apoio dos idosos mais velhos de encruzilhada do Sul-RS. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP); 2007.
27. Silva RCR, Rezende RM, Cotta LG. O papel da enfermagem na sexualidade da terceira idade: informar para prevenir. *Rev. Científica da Família.* 2007; 3:57.