



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

MARLENE ESTEVES

**QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS
HIPERTENSOS E DIABÉTICOS ATENDIDOS
NO AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL DE
ENSINO DO INTERIOR DE SÃO PAULO**

São José do Rio Preto
2011

MARLENE ESTEVES

**QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS
HIPERTENSOS E DIABÉTICOS ATENDIDOS
NO AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL DE
ENSINO DO INTERIOR DE SÃO PAULO**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina de São José do Rio Preto
para obtenção do título de Mestre no
Curso de Pós-Graduação em Ciências
da Saúde, Eixo Temático: Medicina
Interna.

Orientador (a): Prof^a. Dra^a. Silvia Helena Vendramini

**São José do Rio Preto
2011**

Esteves, Marlene.

Qualidade de vida dos idosos hipertensos e diabéticos atendidos no ambulatório de um hospital de ensino do interior de São Paulo. / Marlene Esteves.

São José do Rio Preto, 2011

62 p.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Eixo Temático: Medicina Interna

Orientador (a): Profª. Drª. Silvia Helena Vendramini

1. Idoso; 2. Qualidade de vida; 3. Doença Crônica.

Marlene Esteves

**QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS HIPERTENSOS E
DIABÉTICOS ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE UM
HOSPITAL DE ENSINO DO INTERIOR DE SÃO PAULO**

Banca Examinadora

Tese para Obtenção do Grau de Mestrado

Presidente e Orientadora: Prof^a. Dr^a. Silvia
Helena Vendramini

2º examinadora: *Prof. Dra. Maria Manuela Rino Mendes*

3º examinadora: *Prof. Dra. Marielza Regina Ismael Martins*

Suplentes: *Prof. Dra. Luciana Kussumota.*

Suplentes: *Prof. Dra. Cláudia Bernardes Cesarino*

São José do Rio Preto, 30 / 11 / 2011.

SUMÁRIO

Dedicatória.....	i
Agradecimentos Especiais.....	ii
Epígrafe.....	v
Lista de Figuras.....	vi
Lista de Tabelas Gráficos/Quadros	vii
Lista de Símbolos e Abreviações.....	viii
Resumo.....	ix
Abstract.....	x
1. INTRODUÇÃO.....	2
1.1. Justificativa.....	2
1.1. Envelhecimento Populacional.....	2
1.2. Hipertensão Arterial Sistêmica no Idoso.....	3
1.3. Diabetes Melittus no Idoso.....	4
1.4. Binômio Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Melittus (DM).....	6
1.1.5. Qualidade de Vida relacionada à Saúde (QVRS).....	8
1.1.6. Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida.....	10
2. OBJETIVOS.....	12
2.1. Objetivo Geral.....	12
2.2. Objetivos Específicos.....	12
3. CASUÍSTICA E MÉTODO.....	14
3.1. Tipo de Estudo.....	14
3.2. Local do Estudo.....	14
3.3. População do Estudo.....	15

3.4. Coleta dos Dados.....	16
3.5. Questões Éticas.....	17
3.6. Análise Estatística.....	18
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	20
4.1. Caracterização Sócio-demográfica, Econômica e Clínica.....	20
4.2. Análise da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde.....	26
4.3. Participação Social (PSO).....	32
4.4. Considerações Finais.....	36
5. CONCLUSÕES.....	39
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
APÊNDICE.....	54
ANEXOS.....	56

*Primeiramente a Deus, meu Senhor, pelo dom da fé e pelas arestas aparadas
diariamente, levando-me ao crescimento pessoal e espiritual, e à Sua
presença em todos os momentos.*

*Aos meus pais por acreditarem no meu potencial e sempre estar pedindo a
Deus por mim.*

*À minha querida filha e companheira, muito obrigada pelo seu apoio
incondicional, você é uma pessoa rara que iluminou meu caminho e pela qual
sinto-me privilegiada de viver.*

Ao meu futuro genro, que me ajudou muito nesta trajetória.

*A minha irmã de quem subtraí momentos preciosos, e a todas as pessoas que
acreditaram que este trabalho podia ser feito e me estimularam com seu
apoio. Com o que posso sempre contar.*

Agradecimentos Especiais

- ✓ À **Prof^a. Dr^a. Silvia Helena Vendramini**, pela oportunidade de ser sua orientanda, exemplo de compromisso e respeito à pesquisa. Obrigada por estimular meu desenvolvimento acadêmico.

- ✓ À **Prof^a. Dr^a. Vânia Zaqueu Brandão** - “Uns são homens, alguns são professoras e poucos mestres. Aos primeiros, escuta-se. Aos segundos, respeite-se. Aos últimos, segue-se”. Obrigado pela orientação, por acreditar em mim, me incentivar e não me deixar desanimar diante dos insucessos, suscitar em mim a maturidade do raciocínio científico. Aprendi muito com você e sei que das decisões mais difíceis, me oriento tentando prever qual seria sua postura e o que você pensaria da minha escolha. Obrigada por ter Você!

- ✓ À **Prof^a. Cláudia Bernardi Cesarino**, por acreditar em minha capacidade profissional e para me orientar.

- ✓ A **Prof^a. Adriana Pelegrini**, pelas vezes que me sentia diante de tanto conhecimento científico.

- ✓ Aos **Docentes do Curso de Graduação** em Enfermagem da FAMERP, pelo incentivo, carinho e amizade durante estes anos.

- ✓ **Em especial**, A **Profª. Drª. Marielza Regina Ismael Martins**, uma das pessoas que mais ajudou - me na realização deste trabalho.

- ✓ À **Profª. Drª. Maria de Lourdes Sperili dos Santos**, pela colaboração.

- ✓ Aos **Professores da Pós-Graduação**, pelos ensinamentos e dedicação durante o curso.

- ✓ Às **secretárias** do Curso de Graduação em Enfermagem da FAMERP, pela atenção e respeito compartilhando a trajetória acadêmica.

- ✓ **Aos funcionários** da Pós-Graduação da FAMERP, *José Antonio Silistiano, Fabiana Cristina Godoy, Rosemeire Cleide Souza Desidério, Luís Henrique de Oliveira Ferreira, Guilherme Martins Dias e Bruno Augusto de Oliveira Barreto*, pela cordialidade e diligência com que sempre atenderam às minhas solicitações.

- ✓ Aos **pacientes heróis idosos** que se voluntariaram para a participação deste trabalho, atuando como parceiros imprescindíveis do pesquisador na busca do conhecimento e saberes. A eles, espero que os frutos obtidos sejam compensatórios e possam melhorar a sua qualidade de vida.

- ✓ Aos **funcionários do Ambulatório**, médicos do (HE) que cruzaram meu caminho, por me darem a oportunidade de participar, ainda que apenas por pouco tempo, mas também pelas inúmeras lições que me ensinaram.

- ✓ À **Zélia Cristina Regis**, que me ajudou - me em todos os percursos relacionados ao trabalho.

- ✓ À **Profª. Adília Maria Pires Sciarra**, pela gentileza na correção e tradução deste trabalho.

Deus te agradeço pelo privilégio de contar com pessoas tão especiais.

Muito obrigada!

*"Há homens que lutam um dia e são bons.
Há outros que lutam um ano e são melhores.
Há os que lutam muitos anos e são muito bons.
Porém, há os que lutam toda a vida.
Esses são os imprescindíveis."*

(Bertoldt, Brecht)

Figura 1. Distribuição dos idosos segundo o sexo. São José do Rio Preto, 2011.....	20
---	----

Lista de Tabelas e Gráficos

- Tabela 1.** Estatísticas descritivas dos escores médios das facetas em relação às doenças de base. Valor p referente ao teste de Mann-Whitney..... 24
- Tabela 2.** Distribuição das estatísticas descritivas dos idosos em relação às facetas do *WHOQUOL-OLD* e valor p referente ao teste de *Kruskal-Wallis*. São José do Rio Preto, 2011..... 26
- Tabela 3.** Estatísticas descritivas dos escores médios das facetas em relação às pessoas que residem com os idosos. Valor p referente ao teste de *Kruskal-Wallis* 28

Lista de Símbolos e Abreviaturas

QV	-Qualidade de Vida
QVRS	-Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
OMS	-Organização Mundial da Saúde
IBGE	-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
HAS	- Hipertensão Arterial Sistêmica
DM	-Diabete Mellitus
PAS	-Pressão Arterial Sistêmica
PAD	-Pressão Arterial Diastólica
AVE	-Acidente Vascular Encefálico
HVE	- Hipertrofia Ventricular Esquerda
ADA	- Associação Americana de Diabetes
WHOQOL	- World Health Organization Quality of Life

A população mundial está envelhecendo, o que requer atenção especial dos serviços de saúde para atender a complexidade do perfil de morbimortalidade dos idosos. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são doenças crônicas e fatores de risco para doenças cardiovasculares, que constituem a principal causa de morbimortalidade da população brasileira. O estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de idosos com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus participantes do ambulatório de um hospital de ensino. Trata-se de um estudo prospectivo, descritivo de base populacional realizado no ambulatório da Clínica Médica Geriátrica de São José do Rio Preto, com 62 idosos com HAS e/ou DM atendidos neste ambulatório, no período de novembro de 2009 a fevereiro de 2010. Para a coleta de dados foi usado o questionário *WHOQOL-OLD* e usado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) e analisados por meio da estatística descritiva com abordagem de testes não-paramétricos como *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*, além do teste de correlação com coeficiente de *Pearson* e o nível de significância adotado foi $p < 0,05$. Os pacientes idosos com HAS e /ou DM tiveram inexistência de diferença estatística em todas as facetas do questionário de QVRS *WHOQOL – OLD*, porém apresentaram maior impacto na faceta autonomia e melhores escores nos domínios: funcionamento do sensorio, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade. Os resultados deste estudo podem favorecer o entendimento das necessidades e peculiaridades destes pacientes.

Palavras-chave: 1. Idoso; 2. Qualidade de vida; 3. Doença Crônica.

Abstract

The world population has been aging. This requires special attention from health care services to provide the complexity in morbimortality profile of the elderly. High Blood Pressure (HBP) and Diabetes Mellitus (DM) are chronic diseases and risk factors for cardiovascular diseases, which are the major cause of morbidity and mortality of Brazilian population. This study aimed at evaluating the quality of life regarding the health (QLRH) of elderly hypertensive and / or diabetic outpatients attended in a school hospital in the interior of Sao Paulo state. This is a descriptive, cross-sectional study performed in the outpatient service of the Geriatrics Medical Clinics of São José do Rio Preto, with 62 elderly patients with HBP and / or DM treated at this clinics during the period from November 2009 to February 2010. To collect data the WHOQOL-OLD questionnaire and the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) software were used. They were analyzed by means of descriptive statistics through non-parametric tests like Mann-Whitney and Kruskal-Wallis test and Pearson's correlation with coefficient test ; the level of significance was $p < 0.05$. Elderly patients with HBP and / or DM had no statistical difference in all facets of the questionnaire QLRH WHOQOL - OLD, but had a greater impact on the facet autonomy and higher scores in these domains: the sensory functioning, past present and future activities, social participation, death and dying and intimacy. The results of this study can provide the care of needs and peculiarities of these patients.

Keyword: 1. Elderly; 2. Quality of Life; 3. Chronic Diseases.

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1. Justificativa

O tema escolhido para estudo imergiu a partir do desenvolvimento do ensino clínico, na disciplina de Sistematização da Assistência ao Adulto e Idoso, ministrado no 3º ano do Curso de Graduação em Enfermagem junto com os alunos da 2ª e 3ª séries, a Assistência de Enfermagem a um número cada vez maior de idosos hipertensos e/ou diabéticos, que têm necessidades e características próprias, e, portanto, precisam de cuidado planejado, feito por pessoa competente, que esteja atenta a “diversas peculiaridades”.

A inquietação maior foi à busca de respostas com relação a qual seria a QV dos idosos Hipertensos e Diabéticos assistidos no hospital onde trabalhava.

Existe escassa literatura científica sobre a qualidade de vida da saúde (QVRS) em idosos hipertensos e diabéticos, como também pela alta prevalência das duas doenças entre idosos. Os achados deste estudo poderão motivar outras pesquisas que busquem investigar melhor os aspectos abordados pelo instrumento de avaliação e, assim, auxiliar no tratamento destes idosos.

1.1.1. Envelhecimento populacional

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial, e, no Brasil, as modificações se dão de forma radical e bastante acelerada. ⁽¹⁾ O censo dos idosos em 2009 corresponde a 8,6% da população total, essa impactante

realidade é explicada pelo fato da forte redução da fecundidade e aumento da expectativa de vida, reduzindo a fração jovem e ampliando a idosa da população brasileira é constituída por idosos com o grupo etário de maior crescimento o de 75 anos ou mais, revelando 49,3%.⁽²⁾

Camarano 2006,⁽³⁾ e projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE),⁽⁴⁾ apontam que no Brasil poderá haver 25 milhões de idosos, que em 2025 passará da décima sexta posição para o sexto país do mundo com maior número de idoso. Que os idosos correspondem a 8,6% da população total, essa impactante realidade é explicada pelo fato da forte redução da fecundidade e aumento da expectativa de vida, reduzindo a fração jovem e ampliando a idosa. Em 2050, a população de 80 anos ou mais será de 13,7 milhões de idosos.⁽⁵⁾

Em 2008 no Estado de São Paulo, 10% da população é composta de idosos e em São José do Rio Preto um estudo epidemiológico verificou uma prevalência de 25,7% da população com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), sendo 13,5% são entre idosos. Valores que mostram claramente a importância de se encarar este novo desafio do contingente de idosos que é proporcionalmente maior do que no resto do estado e do país.⁽⁶⁾

E ainda as condições crônicas que afetam os idosos, atualmente, a HAS e a Diabetes Mellitus (DM) são as mais significativas. Entre as doenças crônicas não transmissíveis, a DM, comumente acompanhada de hipertensão, destaca-se como importante causa de morbidade e mortalidade, especialmente entre os idosos, sendo que alguns autores destacam a predominância em homens.⁽⁷⁻⁸⁾

1.1.2. Hipertensão Arterial Sistêmica no Idoso

A prevalência da HAS é entre 20 e 40% na população acima de 18 anos, mais de 50% entre 60 a 69 anos, e 75% acima de 70 anos.⁽⁹⁾

No Brasil, a prevalência da HAS na população adulta é estimada em cerca de 20%, já na população idosa varia entre 40% a 56%.⁽¹⁰⁾

A HAS é uma condição clínica multifatorial, caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados e sustentados, que por definição tem índices de pressão arterial sistólica (PAS) maiores ou iguais a 140 mmHg e de pressão arterial diastólica (PAD) maiores ou iguais a 90 mmhg em indivíduos adultos acima dos 18 anos.⁽¹¹⁾

Em idades mais avançadas, no sexo feminino e de raça negra a HAS passa a ter maior importância na incidência de acidente vascular encefálico (AVE), no desenvolvimento de hipertrofia ventricular esquerda (HVE) e de insuficiência cardíaca. No entanto, apenas 54% dos pacientes recebem tratamento e, apenas, 28% fazem controle adequado da hipertensão.⁽¹²⁻¹³⁾

O tratamento da HAS pode ser não farmacológico, que engloba estratégias educativas, adoção de hábitos alimentares durante a vida, prática regular de atividades físicas, suspensão do tabagismo e do etilismo, entre outras, ou farmacológico, que quando aliado aos outros contribui de forma direta para melhorar a qualidade de vida.⁽¹³⁻¹⁵⁾

1.1.3. Diabetes Mellitus no Idoso

As taxas brasileiras de mortalidade por DM têm apresentado um aumento com a progressão da idade, e chega em 22,33% para a faixa de 60 anos ou mais. A DM é uma síndrome de etiologia múltipla, que apresenta em comum a hiperglicemia, decorrente de defeitos na ação da insulina, na sua secreção ou ambos. Atualmente a classificação proposta pela Organização

Mundial da Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes (ADA), inclui o DM tipo 1, a DM tipo 2, o DM gestacional e outros tipos específicos de DM. ⁽¹⁶⁾

Brasil. Ministério da saúde, Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabete Mellitus Brasília: ministério da saúde, 2006 coloca que a prevalência na população adulta foi estimada em 7,6%, estudos recentes apontam taxas de 12,1 a 13,5% e um incremento de 17,4% na faixa etária de 60 a 69 anos. E aumenta a cada dia estudos e projetam que o número no mundo, pode chegar a 300 milhões em 2030, e destes, cerca de dois terços estarão nos países em desenvolvimento. ⁽¹⁷⁾

O DM tipo 2 caracteriza-se por defeitos na ação e secreção de insulina. É a forma presente em 90 a 95% dos casos e apesar de poder ocorrer em qualquer idade, geralmente, é diagnosticada após os 40 anos e os pacientes não são dependentes de insulina exógena, mas podem necessitar de tratamento para um controle metabólico adequado. ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾

O DM no idoso tem uma clínica mais insidiosa, que aliada a problemas do envelhecimento como redução do glicogênio hepático, catarata, enfermidades cardiovasculares, entre outros, justifica a atenção redobrada ao controle glicêmico, hemoglobina glicada para prevenção das possíveis complicações, que certamente comprometem a quantidade e qualidade de vida. ⁽²⁰⁻²¹⁾

O tratamento da Diabete Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica no idoso segue os mesmos princípios utilizados em faixas etárias mais jovens. Recomenda – se o uso de medicamento associado às mudanças no estilo de

vida (tratamento dietético). O controle glicêmico, controle dos níveis de colesterol, triglicérides, lipoproteínas, IMC. Estão relacionados com as mudanças dos hábitos de vida que devem ser gradativamente incorporadas na vida do paciente diabético e hipertenso. A importância da prática do exercício físico (caminhada, hidroginástica, andar de bicicleta) regular 5x/semana por 20 a 30 minutos: reduz o peso, estabiliza o controle do nível de glicose no sangue, melhora a PA e estresse. Deve ser feito de forma criteriosa sempre com acompanhamento médico. (22-24)

1.1.4. Binômio Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM)

O binômio DM e HAS é duas vezes mais comum na população idosa que na população em geral. Em homens (abaixo de 50 anos), mulheres (acima dos 50 anos), o nível socioeconômico, modo de vida, podem trazer conseqüências graves e a chance de desenvolver doenças vascular cerebral, coronariana e renal é maior, quando comparados aos normotensos diabéticos. (23-25)

Devido a estas particularidades é importante o diagnóstico precoce dos hipertensos e diabéticos, bem como a implementação de medidas efetivas, tais como: modificações no estilo de vida, tratamento farmacológico ou associação de ambos, pois se faz a proteção de órgãos-alvo, diminuindo complicações de ordem cardiovascular, sem alterar o perfil metabólico destes pacientes. (25-27)

Em relação aos idosos brasileiros, um dos maiores desafios é o número de hipertensos não tratados e falta de adesão dos hipertensos sob tratamento.

Ainda destaca-se que a HAS está frequentemente associada a diabetes, que exige correta identificação do problema e adequada abordagem terapêutica. ⁽²⁸⁾

Os idosos diabéticos são acometidos por graves complicações, sendo responsáveis por altas taxas de permanência hospitalar, de incapacidade funcional, de comorbidades e de polifarmácia. ⁽²⁹⁾

Assim, a assistência às necessidades dos idosos com esses diagnósticos DM e HAS deve compreender os âmbitos ambulatorial, hospitalar e domiciliar para que sejam detectados possíveis problemas sem comprometimento de sua Qualidade de Vida relacionado Idosos. ⁽³⁰⁻³²⁾

Acredita-se que a qualidade de vida dos indivíduos/pessoas com estas doenças seja influenciada tanto por fatores médicos objetivos, quanto pela auto-percepção da saúde. Estarem inscritos em um grupo de assistência contribui significativamente para a melhora o controle dos níveis de pressão arterial e níveis glicêmicos aumentando significativamente. Assim, a proposta-chave para os idosos é postergar, ao máximo, o início da doença, com projetos de prevenção, para detectar o precoce agravo da saúde, evitando que se torne crônica e que necessite de hospitalização. ⁽³³⁾

Na realidade brasileira, o modelo de atenção à saúde predominante por muitas décadas tem-se caracterizado pela fragmentação do cuidado, centralização do poder no profissional médico e dificuldade de acesso da população com menor poder aquisitivo implícito. Desta forma, não consegue atender adequadamente aos diversos e complexos problemas de saúde dessa população. ⁽³⁴⁾

Os impactos sociais e financeiros produzidos por estes agravos HAS e DM fortalecem a necessidade do desenvolvimento das ações de preventivas prioritizadas na política municipal de saúde. ⁽³⁵⁾

1.1.5. Qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS)

O conceito de QVRS apresenta dois aspectos: o cotidiano, empregado pela população em geral e o científico usado pelos profissionais das diferentes áreas da saúde. Este último, por ser recente, não é possível padronizar o seu conceito, pois tem conotação restrita, dependendo dos objetivos, das metas traçadas e das pretensões individuais. ⁽³⁵⁾

A QVRS consiste numa noção humana relacionada ao grau de percepção da doença entre os portadores de hipertensão arterial sistêmica a satisfação na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à estética existencial. Reflete conhecimento, experiência, valor individual e coletivo que variam de acordo com o momento histórico, o espaço e a situação que os indivíduos vivenciam. ⁽³⁶⁾

Brito *et al*, (2008), ³⁶ consideraram como QVRS boa ou excelente aquela que oferece um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas, viver, sentir ou amar, trabalhar produzindo bens e serviços, fazendo ciências ou artes.

Na área da saúde, o interesse pelo conceito de QVRS é relativamente recente e decorre em parte da constituição de novos paradigmas, em relação à velhice que é gradual de maneira individual e social, não existindo um perfil

único de idoso. Esta diversidade representa um grande desafio para o trabalho com este segmento da população. Acredita-se na necessidade de construir um modelo de atenção integral à saúde, personalizada e promotora da vida. Viver mais não é o sinônimo de viver melhor, as políticas sociais devem contemplar direitos, necessidades, reconhecimento das capacidades dos idosos que promovam envelhecimento digno e sustentável. Resgatar a individualidade e dignidade para uma atuação social junto à família e comunidade, desenvolver ações que possibilitem ao idoso prestar-lhe toda a assistência que tem influenciado as práticas do setor nas últimas décadas.⁽³⁷⁾

A OMS define QVRS como a “percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, considerada no contexto da cultura e dos valores nos quais vive e elabora seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Portanto, não deve ser medida apenas pelo prolongamento da existência, pois nela influem diversos fatores como saúde, moradia, trabalho, lazer e satisfação, entre outros.⁽³⁸⁾

E acompanhando essa mudança de paradigma, a melhoria da QVRS passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas para o setor nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças.⁽³⁹⁾

Definir QVRS dos idosos é o trabalho complexo, pois este é um fenômeno multideterminado e multidimensional, isto é, depende dos valores vigentes na sociedade, das condições biológicas, sociais e psicológicas em interação com situações passadas, atuais e prospectivas. Envolve

comparações entre critérios objetivos e subjetivos, sujeitos a alterações no decorrer do tempo.⁽⁴⁰⁾

Neste estudo observou-se um binômio da velhice: boa e ruim. A velhice boa quer dizer saúde, bom relacionamento familiar, alegria, atividade, espírito jovem e religiosidade. E a velhice ruim: doença, perda, inatividade, dependência e falta de relacionamento familiar. De modo geral, pode-se dizer que o idoso autônomo, com boa saúde física, ativo, desempenha papéis sociais e leva uma vida com significado.⁽⁴¹⁾

1.1.6. Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida

Durante a última década, um dos maiores desenvolvimentos no campo da saúde tem sido o reconhecimento da importância da satisfação do paciente em relação à monitoração da qualidade de medidas terapêuticas empregadas.

Diversos instrumentos ou índices, cujas finalidades são ampliar a concepção de saúde, valorizar a opinião do indivíduo e relacionar o uso de tecnologias, têm sido propostos e utilizados com a finalidade de avaliar a QVRS de pacientes com as mais diversas doenças.⁽⁴²⁾

Em virtude das dificuldades encontradas em conceituar QVRS, a elaboração de instrumentos psicometricamente confiáveis para a mensuração torna-se um grande desafio, e atualmente já existem cerca de 300 instrumentos de avaliação de QVRS.⁽⁴²⁾

Qualquer método empregado na avaliação de QVRS vai ser reducionista, pois é um objeto permeado por múltiplas facetas, em que não existe ou não é possível criar um modelo agregador de todas como resultado, que seja uma

construção coerente, lógica, consensual e com capacidade explicativa do fenômeno.⁽⁴²⁾

Embora sejam de difícil mensuração, os indicadores subjetivos permitem uma melhor avaliação da QVRS, pois consideram a percepção pessoal relacionada à cultura, valores necessidades e perspectivas de bem estar do indivíduo.⁽⁴²⁾ Os instrumentos mais utilizados para avaliar QVRS são os questionários auto-aplicáveis e a entrevista. Em relação aos instrumentos específicos para aferição de QVRS em idosos, destaca-se escassez de questionários ou escalas adequadamente desenhados e/ou testados nesta população.⁽⁴²⁾

Destaca-se a necessidade do desenvolvimento de instrumentos multidimensionais suficientemente sensíveis para captar a variabilidade das situações sociais dos idosos como aposentadoria, viuvez, dependência, perda de autonomia e de papéis sociais são muito frequentes.⁽⁴²⁾

Segundo Fleck *et. al.*, a maioria dos instrumentos foi elaborada nos Estados Unidos,⁽⁴³⁾ embora se tenha tentado traduzi-los para outras línguas, existem divergências, oriundas da falta de consenso sobre a influência cultural no seu construto sobre a aplicabilidade transcultural desses instrumentos, que tem gerado questionamentos sobre a confiabilidade da aplicação de um instrumento traduzido em diferentes culturas.

1.2. OBJETIVO

1.2.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de idosos com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus participantes do ambulatório de um hospital de ensino.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar os idosos com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, participantes do ambulatório de um hospital de ensino, segundo as variáveis: sócio-demográficas e econômicas e hábitos de vida.

2. CASUÍSTICA E MÉTODOS

2. CASUÍSTICA E MÉTODOS

2.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo prospectivo, descritivo, de base populacional entre os idosos atendidos no Ambulatório de um Hospital de Ensino da Divisão Regional de Saúde (DRS) XV de São José do Rio Preto, SP.

2.2. Local do estudo

Este estudo foi realizado no Ambulatório da Clínica Médica Geriátrica do Hospital de Base (HB) da Fundação Faculdade Regional de Medicina (FUNFARME), de São José do Rio Preto, Hospital de Ensino e referência da DRS XV, que engloba 101 municípios.

O atendimento dos pacientes, no ambulatório, é feito por uma equipe multidisciplinar composta por Enfermeiros, Nutricionistas, Assistentes Sociais, Psicólogas, Fonoaudiólogas, Fisioterapeutas, Médicos, Aprimorandos da enfermagem e/ou medicina.

Em média, são realizadas 75 mil consultas por mês em mais de 40 especialidades médicas, atendimentos de grupo de glaucoma, diabetes, hipertensão, terceira idade, planejamento familiar e obesidade, além do tratamento de acupuntura.

Por ser ambulatório de referência da DRS XV, recebe apenas paciente encaminhado de suas cidades de origem ou Unidade Básica de Saúde (UBS), com referência do Ambulatório Regional de Especialidades (ARE).

No serviço realizado pela equipe multidisciplinar do Ambulatório referido, o atendimento é feito duas vezes por semana e o retorno é marcado de acordo com a necessidade do paciente, podendo variar de uma semana a seis meses.

A rotina de cada consulta, com duração de 30 minutos, baseia-se em primeiro lugar na aferição de PA e pesagem do paciente, realizada pela equipe de enfermagem, constituída pela enfermeira e auxiliar de enfermagem. Na sequência, o paciente é entrevistado pela farmacêutica, que verifica todos os medicamentos utilizados e problemas com custo, interações medicamentosas e efeitos colaterais. Logo depois é feita uma reunião de todos os pacientes com os profissionais da saúde (enfermeiro, médico, psicóloga, farmacêutica, nutricionista, fisioterapeuta e assistente social), na qual todos participam com orientações, utilizando-se de dinâmicas visando trabalhar um cuidado idoso previamente planejado com os idosos. Após este momento, os pacientes são atendidos individualmente pela equipe médica, e, então, encaminhados após consulta aos profissionais da saúde, conforme suas necessidades.

2.3. População do estudo

A população deste estudo foi constituída por 62 idosos atendidos no Ambulatório de Clínica Geriátrica do Hospital de Base (HB), no período de novembro de 2009 a fevereiro de 2010.

Para a composição da amostra com 62 idosos, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: pacientes com idade superior a 60 anos, atendidos na Clínica eleita, de ambos os sexos, sem déficit cognitivo, com diagnóstico médico de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabete Mellitus como doença de base e que aceitaram participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Apêndice 1, após terem sido informados dos propósitos do estudo e do caráter voluntário na participação.

2.4. Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada, integralmente, pela pesquisadora do estudo no Ambulatório de Clínica Geriátrica do HB, das 8h às 12h, antes ou após o atendimento do paciente, nos meses de novembro de 2009 a fevereiro de 2010.

Para a coleta de dados foi utilizado o *WHOQOL-OLD*, um questionário específico para a avaliação da qualidade de vida de idosos, desenvolvido pela OMS (Anexo1).

O *WHOQOL-OLD* é um questionário validado no Brasil (2006),⁽⁴³⁾ vinculado ao estudo da qualidade de vida de idosos, composto de 24 questões focalizando em seis facetas, a seguir detalhadas onde cada pergunta apresenta uma escala numerada de 1 a 5 (Likert), sendo 1 referente a parâmetros como muito ruim ou muito insatisfeito e 5 referente a muito satisfeito ou muito bom ou muito insatisfeito e muito ruim.

As facetas são:

Funcionamento do Sensório (FS): aborda o funcionamento sensorial e o impacto das perdas sensoriais na qualidade de vida; questões 1, 2, 10 e 20;

Autonomia (AUT): aborda a independência na velhice, capacidade ou liberdade de viver de forma autônoma e tomar decisões; questões 3, 4, 5 e 11;

Atividades Passadas, Presentes e Futuras (PPF): aborda a satisfação sobre as conquistas na vida e coisas que anseia; questões 12, 13, 15 e 19;

Participação Social (PSO): que está relacionada à participação nas atividades cotidianas, principalmente na comunidade; questões 14, 16, 17 e 18;

Morte e Morrer (MEM): aborda a preocupação, temores e inquietações sobre a morte ou sobre morrer; questões 6, 7, 8 e 9;

Intimidade (INT): aborda a capacidade de ter relacionamentos pessoais e íntimos; questões 21, 22, 23 e 24.

A confiabilidade dos dados e consistência interna do *WHOQOL-OLD* foi avaliada pelo Coeficiente Alfa de *Cronbach* para as 24 questões do instrumento e para cada faceta, embasando as pressuposições levantadas pelas inferências estatísticas. Observou-se coeficientes inferiores a 0,700, sendo, portanto considerados altamente confiáveis.

Às questões sobre QVRS foram acrescentadas variáveis sociodemográficas. Este instrumento identifica fatores sobre a qualidade de vida, e também sobre a percepção da doença manifestada na visão deste indivíduo o que tem grande importância para nortear a avaliação e intervenção da equipe multiprofissional.

(43)

A pesquisadora realizou uma única entrevista com cada paciente idoso, em sala previamente agendada que garantia a privacidade. Fez-se a opção pela entrevista direta na aplicação do referido instrumento, que pode ser auto-aplicável, em razão da possível dificuldade de leitura, problemas visuais e analfabetismo entre os idosos.

2.5. Questões éticas

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) nº 15090-000, da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP, Estado de São Paulo, Brasil, segundo a Resolução 196/96. Protocolo nº 3361/2008 e atendendo as exigências da Lei nº 190 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta as pesquisas envolvendo seres

humanos e, portanto, assegura aos idosos aceitarem participar do estudo, após assinatura do TCLE (Apêndice 1).

2.6. Análise Estatística

Os dados coletados foram armazenados numa planilha, utilizando-se o programa Excel. A análise dos dados foi realizada com o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 17.0 e foram utilizadas estatísticas descritivas com abordagem de testes estatísticos não-paramétricos como Mann-Whitney e Kruskal-Wallis; além do teste de correlação com coeficiente de Pearson. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, serão apresentados os resultados obtidos, iniciando pela caracterização sociodemográfica, econômica e clínica dos pacientes idosos hipertensos e/ou diabéticos que integraram a pesquisa. A apresentação da QVRS desta população atendida no Ambulatório de clínica médica Geriátrica de um Hospital de Ensino, segundo o *WHOQOL-OLD*.

3.1 Caracterização sociodemográfica, econômica e clínica

A população deste estudo foi constituída de 62 idosos, sendo 26 (41,94%) do sexo masculino e 36 (58,06%) do sexo feminino como mostra a Figura 1.

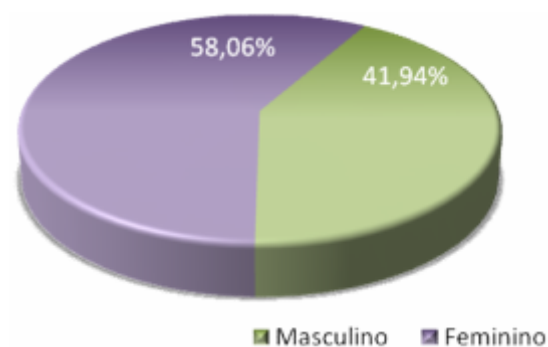


Figura 1: Distribuição dos idosos, segundo o sexo. São José do Rio Preto, 2011.

Este resultado vai ao encontro de estudos como de Costa *et al.* (2002),⁽⁴⁴⁾ que verificou a predominância do sexo feminino em idosos atendidos no ambulatório de clínica médica no município de Belo Horizonte sendo mais acentuada na faixa dos 70 aos 80 anos.

O estudo de Albuquerque *et al.*,⁽⁴⁵⁾ em São Paulo corrobora com mulheres idosas no atendimento ambulatorial da clínica médica de um hospital das clínicas, alcançando o dobro entre a faixa etária de 65 a 69 anos, e mais que o triplo na faixa etária de 70 anos ou mais. Importante ressaltar que no Brasil, o número absoluto de mulheres idosas tem sido superior quando confrontado com o de homens de 60 anos ou mais. Ainda que esta situação decorra da existência de mortalidade diferencial por sexo, que destaca desde os anos 50 a expectativa de vida aumentada na população feminina.

Faixa etária representa um ponto importante na população idosa, pois quanto maior a faixa etária, maior o risco de adoecer e maior grau de dependência. Estudo realizado com idosos atendidos no ambulatório de um Hospital Escola em São Paulo, as idades prevalentes encontrada passe de 73 a 74 anos. Outro estudo também corroborou com os resultados deste estudo, que observou a predominância de idosos com 75 a 94 anos em um Hospital de Ensino no ambulatório de Clínica Médica em São Paulo.⁽⁴⁵⁾

Com relação à idade, verificou-se que a idade média dos idosos foi 67,14 anos com desvio padrão de 7,29 anos e coeficiente de variação de 10,87%. A mediana (parâmetro que divide os primeiros 50% dos dados dos últimos 50%) foi 64,50 anos. O valor mínimo encontrado foi de 60 anos e o máximo de 85 anos.

No item escolaridade dos idosos avaliados foi possível verificar que 54 deles (87,10%) possuíam escolaridade; quatro (6,45%) escolaridade e quatro (6,45%) eram analfabetos.

Em um estudo de VILLARDI Raquel (2005), 41% dos idosos não são analfabetos, 30% possuem o ensino fundamental e 25% são analfabetos e 2,3% um idoso tem curso superior. O registro do nível de escolaridade no Brasil em sua maioria, que está além do desejado e persiste apesar do investimento do poder público em políticas educacionais, registra a defasagem da média de anos de estudo, por idades e do número de estudantes brasileiros vindos de famílias pobres, que chegam ao ensino superior. ⁽⁴⁶⁻⁴⁷⁾

Em relação ao estado civil, observa-se que do total de 62 idosos deste estudo, 35 (56,45%) eram casados, 17 (27,42%) viúvos, 9 (14,52%) separados e apenas 1 (1,61%) solteiro.

Por sua vez, Albuquerque *et al.* (1989), ⁽⁴³⁻⁴⁴⁾ encontraram no estudo realizado no ambulatório de um hospital, a predominância de viúvos, sendo 35% de homens e 81% de mulheres.

Estes resultados corroboram com a pesquisa de Almeida, ⁽⁴⁸⁾ que identificou 44% de casados e 41% de viúvos na população de Passo Fundo (RS), mas se contrapõem aos resultados de Almeida & Lourenço. ⁽⁴⁹⁾ Identificou 60% de solteiros na população geriátrica de Passo Fundo, e 48% na população de idosos eram solteiros, respectivamente.

Os idosos deste estudo também foram indagados quanto à profissão que exerceram, e do total de 62; 35 (56,45%) trabalharam em alguma profissão ligada ao setor de serviços; 14 (22,58%) foram do lar; oito (12,90%)

trabalharam em profissões ligadas ao setor comercial e cinco (8,06%) em profissões ligadas ao setor industrial.

Vale destacar que os 62 idosos do estudo referiram ter tido alguma profissão/ocupação, porém atualmente se dizem aposentados, mesmo quando continuam exercendo qualquer atividade profissional/ocupacional. Dos idosos 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.⁽⁵⁰⁾

Ainda Sá (2004),⁽⁵⁰⁾ observou que 49 (79,03%) trabalhavam em profissões que não exigiam alto grau de escolaridade como serviços do lar. Dados confirmam que 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.

Dos 62 que fizeram parte do estudo, 41 (66,13%) recebiam um salário mínimo; 19 (30,65%) recebiam de dois a quatro salários mínimos e 2 (3,23%) recebiam de um a dois salários mínimos.

Dedecca *et al.*,⁽⁵¹⁾ destacaram que 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.

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 passadeira.⁽⁵²⁾

Quanto à presença das doenças HAS, DM ou ambas, foi verificado que 38 (61,29%) idosos eram portadores de HAS, 23 (37,10%) de DM e 1 (1,61%) era portador de ambas as doenças como mostra a Tabela 1.

Tabela 1. Estatísticas descritivas dos escores médios das facetas em relação às doenças de base. Valor p referente ao teste de Mann-Whitney.

Domínio	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)	

Estudo verificou que o risco do idoso ser acometido por doenças crônicas como a HAS e o DM é 63% nos idosos com 65 anos ou mais, ou seja, é três vezes maior do que nos jovens adultos; fato que aumenta a morbimortalidade quando não tratada.⁽⁵²⁾

Pesquisa demonstrou que o aumento dessas doenças crônicas, ligadas ao processo do envelhecimento, exige tratamentos longos, com custos elevados, pois não podem ser resolvidas prontamente e, portanto, absorvem grandes quantidades de recursos materiais e humanos, e acaba por comprometer a família e a sociedade, que não estão preparadas para este tipo de evento, atenção/ cuidado.⁽³⁴⁾

O avanço da idade aumenta o número de doenças incapacitantes, com origem muitas das vezes na própria patologia de base e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida sofrerá interferência. Fato que talvez possa ser explicado com estudos de outros autores, nos quais os participantes com 85 anos mantiveram o envelhecimento saudável e faziam uso de terapia medicamentosa.⁽⁵³⁾

Quanto ao relacionamento familiar, encontrou-se neste estudo que 36 (58,06%) idosos moravam com (os) esposas; 17 (27,42%) com filhos e 9 (14,52%) sozinhos.

Estes achados corroboram com o estudo de Moraes 2007. Encruzilhada do Sul/RS (Brasil), que caracterizou o arranjo domiciliar de 147 idosos sobre condições de vida e apoio aos idosos mais velhos. Evidenciou que a maioria morava com o cônjuge e que grande parte ainda reside sozinha e com os filhos. Para a pesquisadora, a tendência são as pessoas morarem sozinhas e aumentarem os domicílios com idosos, conhecido por “ninhos vazios”.⁽⁵⁴⁾

Outras variáveis analisadas foram presença de vícios como alcoolismo e tabagismo. Do total de idosos avaliados, 52 (83,87%) referiram não possuir o hábito de fumar e 10 (16,13%) afirmaram ser tabagistas. Quanto ao alcoolismo, 55 (88,71%) relataram não terem esse hábito, enquanto que 7 (11,29%) afirmaram ser adeptos deste.

Estudo sugere a diminuição da sensibilidade aos efeitos do álcool com o aumento da idade, que acontece pelo fato de que os idosos atingem uma concentração alcoólica maior do que os indivíduos jovens, para a mesma quantidade de álcool. ⁽⁵⁵⁾

Ainda para Vargas *et al.*, ⁽⁵⁶⁾ a maior concentração de álcool no sangue se deve a diminuição do líquido corporal decorrente do fenômeno natural do envelhecimento e conseqüentemente, a uma diminuição da diluição do álcool no sangue.

Para mensuração da QVRS dos pacientes idosos estudados, utilizou-se o questionário *WHOQOL-OLD* composto por 24 questões, agrupadas em 6 facetas, sendo que para cada paciente foi dado um escore. A Tabela 2 apresenta as estatísticas descritivas de cada faceta do *WHOQOL-OLD*, bem como o intervalo de confiança para a mediana (IC - 95%).

Tabela 2. Distribuição das estatísticas descritivas dos idosos em relação às facetas do *WHOQOL-OLD* e valor p referente ao teste de *Kruskal-Wallis*. São José do Rio Preto, 2011.

Facetas	N	$\bar{x} \pm s$	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)	

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

Os resultados acima pressupõem a existência de diferenças estatisticamente significativas para as facetas quando seus respectivos escores gerais foram comparados, visto que o valor $p=0,003$. As facetas PPF, PSO, MEM e INT apresentam maiores escores de mediana, comportando-se de maneira semelhante. Porém, a faceta AUT foi a que apresentou o menor valor de mediana.

O intervalo de confiança da faceta AUT não 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 de vida para as facetas: atividades presentes, passadas e futuras PPF, participação social PSO, morte e morrer MEM e intimidade INT.

O presente estudo mostrou que na faceta morte e morrer, observou-se que entre os sexos existia uma preocupação não pela maneira pela qual irá morrer, mas de ficar sofrendo, paralisado na cama. O medo da morte pode interferir negativamente na qualidade de vida do idoso, sendo gerador de ansiedade e o impedindo de executar determinadas tarefas, que anteriormente lhe conferiam satisfação.

Para os idosos estudados, envelhecer com qualidade significa ter liberdade e condições de saúde para gerenciar sua própria vida, esses são elementos que eles entendem necessários para se desfrutar de um envelhecimento mais prazeroso e saudável.

Dentre os autores pesquisados, é senso comum o aumento progressivo da expectativa de vida da população mundial e das doenças crônicas e incapacitantes que decorrem dessa nova realidade da população idosa do

planeta. Também é possível constatar a consciência de que o processo do envelhecimento se relaciona a aspectos físicos, cognitivos, sociais, emocionais, ou seja, que este é multidimensional.

A partir dos dados da Tabela 3 é possível pressupor a inexistência de diferenças estatisticamente significativas para todas as facetas quando leva-se em conta a pessoa com quem o idoso reside. A pessoa que mora com o idoso não influencia de forma significativa em nenhuma das facetas levantadas pelo questionário. Os valores p encontrados são superiores ao nível de significância adotada. Em todas as facetas, a mediana referente à esposa é superior ou igual às demais referentes aos filhos ou à situação na qual o idoso more sozinho.

Tabela 3. Estatísticas descritivas dos escores médios das facetas em relação às pessoas que residem com os idosos. Valor 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	

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

No presente estudo os dados sócios demográficos confirmam a tendência de outros estudos que apontam prevalência de mulheres entre os idosos, evidenciando que, no Brasil, a velhice é uma experiência predominantemente feminina. É comum, entre idosos, pelo menos uma enfermidade com necessidade de cuidados médicos. Com o avanço da idade aumenta o número de doença, com origem, muitas vezes, na própria patologia de base, e a diminuição da autonomia influencia na qualidade de vida. ⁽⁵⁷⁾

É importante ressaltar que essas doenças em idosos representam alto custo social, considerando-se que a qualidade de vida pode ser preservada quando os indivíduos envelhecem com autonomia, independência, boa saúde física, desempenhando papéis sociais. ⁽⁵⁸⁾

Em relação à escolaridade, estudos relatam que a qualidade de vida é melhor entre idosos com maior grau de escolaridade. ⁽⁵⁹⁾ Pode-se correlacionar melhor Qualidade de Vida a mais anos de escolaridade e aquisição de conhecimentos no decorrer da vida, por meio de leituras e estudos. ⁽⁶⁰⁾

Outros estudos demonstraram maior grau de insatisfação em idosos também com baixa renda, sugerindo que estas condições afetam a qualidade de vida. ⁽⁶⁰⁾ 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 senectude, o que corrobora com dados deste trabalho. ^(8,60-62)

Quanto à qualidade de vida, inicialmente relacionada à auto-estima ao bem estar pessoal foram abrangentes outros aspectos tais como: capacidade funcional, nível socioeconômico, estado emocional, interação social, relações informais com amigos, atividade intelectual, suporte familiar, o próprio estado

de saúde, valores culturais éticos, estilo de vida, aposentadoria, trabalho autônomo ou emprego e/ou com atividades diárias no ambiente em que se vive. ⁽⁶³⁻⁶⁵⁾

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. ⁽⁶⁶⁾

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. Avaliar a Qualidade de Vida na velhice implica na adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e sócio – estrutural. ⁽⁶⁷⁾

O instrumento de avaliação da qualidade de vida proposto pela Organização Mundial da Saúde - WHOQOL-OLD apresenta como principais indicadores de bem - estar na velhice: bom Funcionamento do Sensório, Autonomia, satisfação sobre as conquistas na vida e coisas a que se anseia, Participação em atividades, não se preocupar com a Morte e o Morrer e possuir relações pessoais e íntimas. No presente estudo foi possível verificar que os idosos avaliados apresentaram qualidade de vida inferior na faceta Autonomia (AUT) e melhor qualidade de vida para as facetas: Funcionamento do Sensório (FS) Atividades Passadas. Presentes e Futuras (PPF), Participação Social (PSO), Morte e Morrer (MEM) e Intimidade (INT). ⁽⁶⁸⁾

A faceta AUT refere-se à liberdade de tomar decisões, de conseguir fazer as coisas que gostariam 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. ⁽⁶⁹⁻⁷⁰⁾

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 potencializá-la, entre outras estratégias como prevenção de fatores de risco e estratégias que ajudem a recuperar as capacidades afetadas. ⁽⁷⁰⁾

A AUT 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. ⁽⁷⁰⁾

O comprometimento da Autonomia e da Participação Social, também verificado neste estudo, denota a necessidade de desenvolver estratégias que estimulem a independência e a articulação de ações junto à sociedade que contribuam para a implementação de atividades sociais que contemplem esta população. ⁽⁷⁰⁾

Nas últimas décadas, observa-se um interesse crescente das autoridades governamentais e científicas pelo envelhecimento saudável, que contemple o lazer e atividades físicas. ⁽⁷¹⁻⁷³⁾

3.3. Participação Social (PSO)

Participação social, faceta que compreende as questões 14, 16, 17 e 18 do Anexo 1, está relacionada à participação nas atividades cotidianas, principalmente na comunidade.

Sobre a Participação Social (PSO), os idosos desta pesquisa demonstraram satisfação com as atividades que realizavam e que participavam na comunidade. Neste sentido, a literatura esclarece a importância da interação social na velhice, fase da vida que ocorre isolamento e exclusão do contexto social. ⁽⁷⁴⁾

Idosos mais integrados com suas famílias e ou com seu meio social têm mais chances de sobrevivência e maior capacidade de se evitar o isolamento social, importante fator de risco para morbidade, mortalidade e incapacidade mental. ⁽⁷³⁻⁷⁵⁾

No domínio Atividades Presente, Passado e Futuro (PPF) da população estudada, o que esperavam na velhice, foi descrito pelos idosos o fato de terem participação nas atividades cotidianas, principalmente na comunidade, atividades sociais, oportunidade de amar e sentir – se amado, estarem satisfeitos com as realizações, objetivos alcançados e projetos durante a vida eram, comum a outras pesquisas. ⁽⁷⁶⁾

Com relação ao domínio Funcionamento do Sensório (FS), embora neste estudo não houvesse diferença significativa, estudos apontam que o fato deste domínio corresponder a perda dos sentidos (audição, visão, paladar, olfato e tato), acabam por afetar a vida cotidiana, a capacidade de participar em atividades e de interagir com outras pessoas, tornando o idoso dependente dos cuidados da família. ⁽⁷⁷⁻⁷⁸⁾

Em relação ao idoso que mora com a família, o estudo apresentou resultado satisfatório. Autores relatam que o fato de o idoso morar sozinho é considerado uma situação de risco quando existe o comprometimento funcional. ⁽⁷⁹⁻⁸⁰⁾

Neste aspecto, a faceta INT refere-se às oportunidades de amar e ser amado. Neste domínio, no estudo, a maioria dos idosos era casada. Mesmo os viúvos e separados, sentem-se amados pelos demais membros da família, assim como em outros relatos. ⁽⁸¹⁻⁸³⁾

Estudos sobre a terceira idade mostraram que a forma de prazer e a busca da sexualidade do idoso apresentam – se na forma de carinho, beijos e diálogos onde muitas vezes são apagadas as rotinas e perdas. A vida sexual transforma – se ao longo de toda a evolução individualmente, porém só desaparece com a morte. ⁽⁸¹⁻⁸³⁾

A capacidade de ter relacionamentos pessoais e íntimos são aspectos presentes 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 despertar desejo no parceiro, ou por não terem um parceiro, ou ainda por dedicarem as suas vidas aos cuidados da família. ⁽⁸⁴⁾

A percepção dos idosos quanto a Morte e Morrer (MEM) revelaram que a maioria dos idosos não tem medo de morrer e nem sempre se preocupam com a maneira pela qual irão morrer, mas temem sofrer dores ou ficar inválido. Muitos acreditam que a morte “é a única coisa certa na vida e não se deve temê-la, e sim, aceitá-la com humildade”. Autores abordaram a preocupação, temores e inquietações sobre a morte ou o morrer, que geram ansiedade e impedimento de executar determinadas tarefas que os deixariam satisfeitos e que estas questões podem estar associadas à espiritualidade. ⁽⁸⁵⁾

Com relação aos temores sobre limitações das atividades cotidianas, considera-se o aumento do número de doenças crônicas entre os idosos, que interferem diretamente na capacidade funcional, tendo implicações importantes

para a família, comunidade, sistema de saúde e para a vida do próprio idoso. Analisar as mudanças no estilo de vida. ⁽⁸⁶⁾

Doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabete Mellitus causam incapacidade, especialmente entre os idosos. Em relação ao diabetes, uma doença altamente limitante, por sua capacidade de causar prejuízos físicos como cegueira, amputações, nefropatias, entre outras, além do impacto social e financeiro no sistema de saúde na família e na pessoa portadora da doença. ⁽⁸⁷⁻⁸⁸⁾.

A QVRS é um aspecto importante em pessoas com doenças crônicas graves e limitantes que se submetem a tratamentos prolongados e dolorosos e apresentam maior vulnerabilidade às co-morbidades, como é o caso dos pacientes portadores de Acidente Vascular Encefálico (AVE) e com amputações de membros, devido às doenças crônicas, tais como, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabete Mellitus. A comparação da QVRS de adultos e idosos 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. O instrumento WHOQOL - OLD mostrou ser um instrumento capaz de avaliar a QVRS de pacientes idosos portadores de Acidentes Vascular Encefálico (AVE) e com perda de Membros (Diabete Mellitus), detectando diferenças entre as dimensões para as duas patologias. Os idosos demonstraram melhor QVRS quando avaliaram os aspectos emocionais, relacionamento interpessoal e com a equipe de saúde. ⁽⁷⁴⁻⁷⁵⁾

Outros autores corroboram com este estudo que indica a necessidade de ampliação das investigações acerca da capacidade funcional, cognitiva e QVRS de idosos com Acidente Vascular Encefálico (AVE), bem como a população de idosos com perda de membros (Diabete Mellitus) e, desta forma,

analisar a influência de variáveis independentes com QVRS. A QVRS torna – se importante, pois, além de se conhecer o impacto das enfermidades e suas repercussões para a capacidade funcional e modo de vida do indivíduo, leva em consideração a maneira como ele se percebe e valoriza suas condições. ⁽⁸⁷⁻⁸⁸⁾

Neste estudo-se observou que em sua maioria os idosos estavam conscientes dos fatores de risco para o desenvolvimento de complicações em relação ao Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, e que mudanças no estilo de vida e adoção de hábitos saudáveis são de grande importância.

Os resultados mostraram um impacto positivo da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na qualidade de vida destes indivíduos porque uma minoria não aderiu corretamente ao medicamento, e que a parte educativa das equipes multiprofissionais tem sido de grande importância para a QVRS. Outros estudos corroboraram com estes resultados. ⁽⁸⁹⁾

Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus representam dois dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares. Demonstrando a importância dos primeiros cuidados e da abordagem realizada quando o quadro clínico estiver mais estável.

Diante da pesquisa, pode-se perceber a importância da luta contra o tempo diante destas patologias, já que, estas são consideradas fatores essenciais para salvar os tecidos vasculares, evitando desta maneira a destruição de uma maior quantidade destes tecidos. Além disso, destacamos como outro fator imprescindível a questão da educação em saúde, tanto para a população como para os familiares, pois a falta de conhecimento e de cuidados iniciais diante destas patologias irá dificultar o prognóstico do paciente.

3.4. Considerações finais

A atenção à saúde da pessoa idosa no atendimento ambulatorial ocorre pela demanda espontânea, consiste em um processo que envolve várias dimensões. Esse diagnóstico HAS e DM pode ser influenciado por vários fatores como: ambiente onde vive o idoso, relacionamento entre profissionais idoso e a sua família, história clínica da pessoa idosa, aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais.

A proximidade do pesquisador 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.

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, constata-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.

Finalmente, espera-se que este estudo através de suas reflexões, possa contribuir para a melhoria de vida dos idosos atendidos na clínica médica do ambulatório, nesta área de abrangência da estratégia Saúde e possa incentivar desafiar outros pesquisadores sobre essa temática.

Com o uso do instrumento WHOQOL – OLD apenas a faceta AUT foi a que apresentou o menor valor de mediana. As demais PPF, PSO, MEM e INT apresentaram os maiores escores de mediana, comportando-se de maneira semelhante.

Por meio deste estudo, percebeu-se a importância de se analisar o idoso dentro do contexto da estratégia da Saúde, a fim de que os resultados gerados por ele possam transformar-se em subsídios para o planejamento de futuras estratégias para implementação e intervenções na assistência adequadas a realidade local.

4. CONCLUSÕES

4. CONCLUSÕES

Por meio da qualidade de vida dos idosos relacionados à saúde (QVRS), pressupõe-se a inexistência de diferença estatística para todas as facetas, autonomia (AUT) e melhores escores nos domínios: funcionamento do sensorio (FS), atividades presentes passadas e futuras (PPF), participação social (PSO), morte e morrer (MEM) e intimidade (INT), quando comparadas com a doença de base Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabete Mellitus.

Neste estudo verificou-se que as características sócio-demográficas têm relação direta com a QVRS dos idosos com Hipertensão Arterial e Diabete Mellitus. Também a importância de estarem inseridos em atividades sociais para se sentirem úteis e terem uma maneira de ocupar suas mentes, superarem suas limitações, temores e inquietações sobre o morrer, mantendo a capacidade de ter relacionamentos pessoais e sentirem-se independentes.

Conhecer a QVRS dos indivíduos com hipertensão e diabetes significa um momento ímpar de compreensão, e remete novamente a importância do planejamento e da implementação de ações de responsabilidade das esferas governamentais. Ações que devem estar embasadas em informações científicas, a serem desenvolvidas por meio de políticas públicas, que envolvam a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. Dados preliminares do censo 2000. 2000; <http://www.ibge.com.br>
2. Veras R. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. Rev Saúde Pública 2007;23(10): 2463-2466.
3. Camarano AA. Mecanismos de proteção social para a população idosa brasileira. Textos para discussão nº 1179. Rio de Janeiro: IPEA; 2006
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2008; http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=1272.
5. Camarano A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: IPEA; 2002.
6. Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto - SP. Arq Bras Cardiol 2008;91(1):31-35.
7. Francisco PMSB, Belon AP, Barros MBA, Carandina L, Alves MCGP, Goldbaum M, et al. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. Rev Saúde Pública 2010; 26(1):175-184.

8. Andujar AM. Modelo de qualidade de vida dentro dos domínios Bio-Psico-Social para aposentados [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.
9. Thom T, Haase N, Rosamond W, Howard VJ, Rumsfeld J, Manolio T, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2006 Update. A Report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation* 2006;113(6):e85-151.
10. Rodrigues NC, Rauth J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: Freitas EV, Py L, Cançado FX, Doll J, Zoni ML, organizadores. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 186-191.
11. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arquivo Brasileiro Cardiologia* 2010; 95(1 Supl 1):1-51.
12. Sociedade Brasileiro de Cardiologia. IV Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arqu Bras Cardiol* 2004; 98 Supl IV:7-14.
13. Lessa I. Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca e da hipertensão arterial sistêmica no Brasil. *Rev Bras Hipertens* 2001;8(4):383-392.
13. Sabry, Sampaio HAC, SILVA MGC. Consumo Alimentar de Indivíduos Hipertensos uma comparação com o plano DASH (Dietary Approachs to stop Hyperternsion) *Rev Bras Nutr Clín* 2007;22(2):121-6.
14. Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, Ferrannini E, Holman RR, Sherwin R, et al. Medical management of hyperglycemia in type 2 diabete: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a

- consensus statement of the American Diabete Association and the European Association for the Study of Diabete. *Diabete Care* 2009; 32(1):193-203.
15. Sociedade Brasileira de Diabete. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabete. 2009. Itapevi (SP): A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Diabete Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 64p.
 17. Sociedade brasileira de Diabetes Diretrizes tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus. São Paulo: SBD; 2007.
 18. Dias JCR, Santos LC, Coutinho VF. Aspectos Clínicos e Nutricionais na Síndrome Metabólica. Revisão. *Rev Bras Nutr Clin* 2009;24(1)72- 78.
 19. Monnier L, Colette C. Glycemic variability: should we and can we prevent it? *Diabete Care* 2008;31 Supl 2:S150-4.
 20. Sumita NM, Andriolo AA. Importância da hemoglobina glicada no controle do diabete mellitus e na avaliação de risco das complicações crônicas: revisão. *J Bras Patol Med Lab* 2008;44(3):169-74.
 21. Jorge LEL, Nahas MV. O efeito do exercício na prevenção de doenças cardiovasculares. *Nursing (São Paulo)* 2006; 9(95):762-765. 89.
 22. Cunha IC, Peixoto MR, Jardim PC, Alexandre VP. Fatores associados à prática de atividade física na população adulta de Goiânia. *Rev Bras Epidemiol* 2008;11(3):495-504.
 23. Laterza MC, Rondon UM, Negrão CE. Efeito anti-hipertensivo do exercício. *Rev Bras Hipertens* 2007;14(2):104-11.

24. Lima WA, Glaner MF. Principais fatores de risco relacionados às doenças cardiovasculares. *Rev Bras Cineantropom Desempenho hum* 2006;8(1):96-104.
25. Duckworth W, Abraira C, Moritz T, Reda D, Emanuele N, Reaven PD, et al. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabete. *N Engl J Med* 2009 8;360(2):129-39.
26. Schafer-Keller P, Garzoni D, Dickenmann M, De Geest S. Medication non adherence - predictive factors and diagnostics. *Ther Umsch* 2010;67(6):283-8.
25. Dosse C, Cesarino CB, Martins JFV, Castedo MCA. Factors associated to patients' noncompliance with hypertension treatment. *Rev Latinoam Enferm* 2009;17(2):201-206.
26. Silva P. *Farmacologia*. 8ª. ed. Porto Alegre: Guanabara Koogan; 2010, p.120 – 129.
27. Pierin AMG. *Hipertensão Arterial: uma proposta para o cuidar*. 6ª. ed. Barueri: Manole; 2008.
28. Borelli FAO, Sousa MG, Passarelli Júnior O, Pimenta E, Gonzaga C, Cordeiro A, et al. Hipertensão arterial no idoso: importância em se tratar. *Rev Bras Hipertens* 2008;15(4):236-239.
29. Dinis RPA. *A família do idoso. O parceiro esquecido? Cuidar do idoso hospitalizado em parceria com a família, perspectivas dos enfermeiros [dissertação]*. Lisboa: Universidade Aberta; 2006.

30. Soares AM, Mion Junior D, Pierin A, Jacob Filho W. A importância de um programa de assistência multidisciplinar no controle de pressão arterial no idoso hipertenso. *Einstein (São Paulo)* 2007;5(2):137-142.
31. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev Saúde Pública* 1987; 21(3):200-10.
33. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Rev Saúde Pública* 2004;20(2):580-588.
34. Brito DMS, Araújo TL, Galvão MTGM, Moreira TMM, Lopes MVO. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. *Rev Saúde Pública* 2008;24(4):933-940.
35. Philips D. *quality of life: concept, policy and practice*. London, Routledge; 2006.
36. Organização Mundial da Saúde. *Qualidade de vida do Indivíduo e sua percepção da vida*. BRASIL, 2004.
37. Miranda, Simão de Novas dinâmicas para Grupos: aprendizagem do conviver. 4ª ed. Campinas: Papirus; 2005.
38. Maués CR, Paschoal SMP, Jaluul O, França CC, Jacob Filho W. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. *Rev Soc Bras Clín* 2010;8(5):405-10.
39. Cachioni M, Diogo MJE, Neri AI. *Saúde e qualidade de vida na velhice*. São Paulo: Alínea; 2006.
40. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL – OLD module. *Rev Saúde Pública* 2006;40(5):785-91.

41. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev Saúde Pública* 1999;33(2):198-205.
42. Costa MFFL, Guerra HL, Firmo JOA, Uchôa E. Projeto Bambuí: um estudo epidemiológico de características sócio-demográficas, suporte social e indicadores de condição de vida de saúde em idosos em comparação com adultos jovens, (Belo Horizonte). *Inf Epidemiol Sus* 2002;11(2):91-105.
43. 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.
44. BARROS MML. UNATI. Unidade Aberta da Terceira Idade: Programa de Estudos para terceira idade. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2003.
45. Villardi R. Tecnologia na educação: uma perspectiva sócio-interacionista. Rio de Janeiro: Dunya; 2005.
46. Almeida. T. O percurso do envelhecimento, amor, casamento, através das eras. 2008; <http://www.psicopedagogia.br/artigos/artigos.?entrLD=1041>.
47. Almeida T, Lourenço ML. Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade? *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2007;10(1):101-13.

48. 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.
49. 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.
50. Borelli FAO, Sousa MG, Passarelli Júnior O, Pimenta E, Gonzaga C, Cordeiro A, et al. Hipertensão arterial no idoso: importância em se tratar. Rev Bras Hipertens 2008;15(4):236-239.
51. Lima AP, Delgado EI. A melhor idade do Brasil: aspectos biopsicossociais decorrentes do processo de envelhecimento. Ulbra Mov (REFUM) 2010;1(2):76-91.
52. 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.
53. Neves DP. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? Cad Saúde Pública;2004;20(1):7-36.
54. Vargas D, Oliveira MAF, Luiz MAV. Atendimento ao alcoolista em serviços de Atenção Primária à saúde: percepções e condutas do enfermeiro. Acta Paul Enferm 2010;23(1):73-79.

55. Lima LCV, Bueno CMLB. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosas no Brasil. *Rev Saúde Pesquisa* 2009;2(2):273-280.
56. Martins MR. Configurando o perfil de bem estar e qualidade de vida de idosos - um estudo no projeto de autonomia do idoso (PAI) UNIVALI [Trabalho de Conclusão de Curso]. Biguaçu (SC): Universidade do Vale do Itajaí; 2009.
57. Goldmam SN. Universidade para Terceira Idade: Uma lição de cidadania. Recife: Elógica; 2003.
58. Marques DT. Educação de Jovens adultos: uma perspectiva de alfabetização com idosos 2009 [dissertação]. Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas; 2009.
59. Joias L, Ruiz T. Inquérito populacional sobre o estilo e a qualidade de vida na terceira idade. *Rev Bras Med Fam Com* 2006;2(6):114-130.
60. Toscano JJO, Oliveira ACC. Qualidade de Vida em idosos com distintos níveis de atividade física. *Rev Bras Med Esporte* 2009;15(3):169-173.
61. Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito Objetivo. *Rev Bras Epidemiol* 2005;8(3):246-252.
63. Paskulin LMG, Córdova FP, Costa FM, Vianna LAC. Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. *Acta Paul Enferm* 2010;23(1):101-107.

64. Trentini CM, Chachamovich E, Figueiredo M, Hirata VN. A percepção de qualidade de vida do idoso avaliada por si próprio e pelo cuidador. *Estud Psicol (Natal)* 2006;11(2):191-197.
65. Joia L.C, Ruiz T, Donalísio. Condições Associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(1):131-8.
66. Neri AL, organizador. *Qualidade de vida na velhice: enfoque interdisciplinar*. Campinas: Alínea; 2007.
67. Fleck MPA, organizador. *A Avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2008.
68. Elias N. *A Solidão dos doentes ao envelhecer e morrer*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2006.
69. Pires ZRS, Silva MJ. Autonomia e capacidade decisória dos idosos de baixa renda: uma problemática a ser considerada na saúde do idoso. 2001; <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/717/777>.
70. Amaral PN, Pomatti DM, Fortes VLF. Atividades físicas no envelhecimento humano: uma leitura sensível criativa. *RBCEH* 2007;4(1):18-27.
71. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006;22(2):285-294.

72. Marcelino NCO. O lazer e os espaços na cidade. In: Isayama H, Linhares MA, organizadores. Sobre lazer e política. Maneiras de ver, maneiras de fazer. Belo Horizonte: UFMG; 2006. p. 65-92.
73. Paschoal SMP. Qualidade de vida na velhice. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 147-153.
74. Schneider RH, Irigaray TQ. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estud Psicol (Campinas)* 2008;25(4):585-593.
75. 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(6):461-467.
76. Gaspar JC, Oliveira MAC, Duayer MFF. Perfil dos pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos pelo PSF no município de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP* 2007;41(4):619-628.
77. Romero D.E. Diferenciais de gênero no impacto familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002;7(4):777-794.
78. Rodrigues RN, Camargos MCS. Idosos que moram sozinhos; como eles enfrentam dificuldades de saúde. XVI. Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Caxambu MG; 2008.
79. Corrêa CS. Famílias e cuidado dedicado ao idoso e a estrutura de rede de apoio influenciam o tempo individual dedicado à atenção ao idoso. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.

80. Silva RCR, Rezende RM, Cotta LG. O papel da enfermagem na sexualidade da terceira idade: informar para prevenir. *Rev Cient Fam* 2007;3:57.
81. Almeida T, Lourenço ML. Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade? *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2007;10(1):101-13.
82. Gradim CVC, Sousa AMM, Lobo JM. A prática sexual e o envelhecimento. *Cogitare Enferm* 2004;12(2):204-13.
83. Jacob L. Sexualidade na Terceira Idade. 2008; http://www.socialgest.pt/_dlids/SexualidadenaTerceiraIdade.pdf.
84. Panzini RG, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MPA. Espiritualidade/religiosidade e qualidade de vida. In: Fleck MPA, organizador. *A avaliação de qualidade de vida*. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 177-196.
85. Santos ZMSA, Lima HP. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. *Texto & contexto Enferm* 2008;17(1):90-97.
86. Forti A, Loureiro R, Gusmão A. Diabetes mellitus: classificação e diagnóstico. In: Vilar L. *Endocrinologia clínica*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. Pp. 539–48.
87. Martins T, Ribeiro JP, Garret C. Incapacidade e qualidade de vida do doente afectado por acidente vascular cerebral: avaliação nove meses após alta hospitalar. *Rev Neurol (Barcelona)* 2006;42(11):655-659.

88. Coelho EB. Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes Hipertensos e Diabéticos e suas complicações. *Arq Bras Cardiol* 2008;85(3):157-161.

APÊNDICE

APÊNDICE**FAMERP- Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto****Termo de Consentimento Pós-Esclarecimento**

Este estudo “QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL ESCOLA DO INTERIOR DE SÃO PAULO” pretende avaliar aspectos de qualidade de vida dos pacientes idosos. Você terá de dispor de alguns minutos de seu tempo para responder o questionário. Os resultados do estudo serão divulgados em reuniões científicas e publicações em meios especializados. Suas respostas são confidenciais e é garantido sigilo e continuidade do tratamento sem prejuízos caso você queira se retirar do estudo em qualquer momento do seu desenvolvimento.

Eu, _____ RG: _____

consinto em participar da pesquisa em questão, por livre vontade sem que tenha sido submetido a qualquer tipo de pressão.

Data: _____ Assinatura: _____

Nota: este termo de Consentimento pós- esclarecimento foi elaborado em duas vias, ficando uma com o pesquisador e a outra com o sujeito da pesquisa.

.....

.....

Orientadora: Silvia Vendramini.

Pesq: Marlene Esteves

Telefone: (17) 32015716 ou ramal 5716.

Comitê de Ética em Pesquisa. Fone: (17) 210-5700 ramal 5813.

Anexo I

Instrumento de coleta de dados – Variáveis sóciodemográficos

Nº DO QUESTIONÁRIO _____ **DATA DA ENTREVISTA:**.....

INÍCIO _____:_____ **TÉRMINO** _____:_____ **ENTREVISTADOR:**_____

IDENTIFICAÇÃO E PERFIL SOCIAL

1. Sexo: () Masculino () Feminino

2. Data de nascimento: ____/____/____ Anos: _____

3. Local de nascimento:

() Urbana () Rural () Ignorado

() Cidade _____ () Estado _____ () País _____

4. Qual o seu estado conjugal?

() Nunca se casou ou morou com companheiro(a)

() Mora com esposo(a) ou companheiro(a)

() Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a)

() Viúvo(a) () Ignorado

5. Escolaridade:

() Analfabeto

() Sabe ler/escrever ou primário incompleto

() Primário completo (1ª a 4ª série completas)

() Ginásio incompleto (5ª a 8ª série incompletas)

() Ginásio completo (5ª a 8ª série completas)

() Colegial incompleto (2º grau incompleto)

() Colegial completo (2º grau completo)

() Curso superior incompleto (3º grau incompleto)

() Curso superior completo (3º grau completo)

7. Profissão: **8. Ocupação:**.....

9. Com quem mora

() sozinho

() com companheiro (a)

() com filhos

() com outros, _____

10. Lazer

() sim, citar: _____

() não

11. Tabagismo

() sim, há quanto tempo _____

() não

12. Alcoolismo

() sim, há quanto tempo _____

() não

13. Atividade física

() sim, há quanto tempo:..... Frequência:.....

() não

14. Faz tratamento para sua doença de “base”

() sim, especifique _____

() não

15. Medicação ingerida por prescrição médica

() sim, qual? _____

() não

16. Recebe visitas?

() sim, qual? _____

() não

OBSERVAÇÃO DO ENTREVISTADOR:

.....

.....

.....

.....

ANEXO III



WHOQOL-OLD

Instruções

ESTE INSTRUMENTO NAO DEVE SER APLICADO INDIVIDUALMENTE, MAS SIM EM CONJUNTO COM O INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser :

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro "Bastante", ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado "Nada" com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

Muito obrigado(a) pela sua colaboração!

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

old_01 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_02 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_03 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_05 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_06 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_07 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_08 O quanto você tem medo de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

old_10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

old_15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_19 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito feliz
1	2	3	4	5

old_20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

old_21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

VOCÊ TEM ALGUM COMENTÁRIO SOBRE O QUESTIONÁRIO?

OBRIGADO(A) PELA SUA COLABORAÇÃO!