

QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA PARTICIPANTE DE GRUPOS DE CONVIVÊNCIA

José Felipe Costa da Silva¹; Naama Samai Costa Oliveira²; Thaiza Teixeira Xavier Nobre³; Ana Elza Oliveira de Mendonça⁴.

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, felipedoshalom@yahoo.com.br¹; Universidade Federal do Rio Grande do Norte, naamasamai.fisio@gmail.com²; Universidade Federal do Rio Grande do Norte, thaizax@hotmail.com³; Universidade Federal do Rio Grande do Norte, a.elza@uol.com.br.

RESUMO

Com o envelhecimento populacional houve um aumento nas prevalências de doenças crônicas não transmissíveis, como principal podemos citar a hipertensão arterial sistêmica como uma das principais doenças que atingem a terceira idade, essa morbidade pode desencadear problemas na saúde geral e consequentemente contribuir para uma má qualidade de vida. Por essa razão o objetivo desse trabalho é verificar a qualidade de vida de pessoas idosas com diagnóstico de HAS que participam de grupos de convivência da terceira idade. Participaram do estudo 11 indivíduos hipertensos de ambos os sexos. Para a avaliação da qualidade de vida, foi utilizado o Questionário genérico WHOQOL-OLD. Os resultados encontrados foram: funcionamento dos sentidos 51,25; autonomia 76,25; atividades passadas, presentes e futuras 80; participação social 85; morte e morrer 73,75; intimidade 75; e a média total encontrada foi 73,5. Observou-se que o domínio da participação social teve uma grande influência na determinação de uma boa QV foi, e o que mais atrapalhou a QV foi o funcionamento dos sentidos.

Palavras-chaves: pessoa idosa, hipertensão arterial, centro de convivência, qualidade de vida.

ABSTRACT

With an aging population there was an increase in the prevalence of chronic diseases as the main we mention hypertension as one of the major diseases that affect the elderly, this morbidity can trigger problems in general health and consequently contribute to a poor quality life. Therefore the aim of this study is to test the quality of life of older people diagnosed with hypertension participating in the elderly community groups. The study included 11 hypertensive individuals of both sexes. For evaluating the quality of life, we used the generic questionnaire WHOQOL-OLD. The results were: sensory abilities 51.25; autonomy 76.25; past activities, present and future 80; social participation 85; death and dying 73.75; 75 intimacy; and the overall average was 73.5. It was observed that the field of social participation had a great influence in determining a good QOL was, and what else hurt QOL was the operation of the senses. **Keywords:** elderly, hypertension, community center, quality of life.

Keywords: elderly, hypertension, community center, quality of life.

INTRODUÇÃO

O mundo se encontra num processo de envelhecimento, Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) em 2050 haverá 2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, esse processo foi desencadeado por fatores como aumento da longevidade, e diminuição na fecundidade das populações¹. Com o envelhecimento houve uma ascensão das doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT), esses tipos de doenças foram responsáveis por 72% de mortes no Brasil no ano de 2007².

As condições de cronicidade necessitam de cuidados permanentes, e compartilham algumas características que chamam atenção, elas aumentaram nos últimos anos e nenhum país está livre, representam um grande desafio para os sistemas de saúde, causam sérias consequências econômicas e sociais colocando em risco os recursos financeiros da saúde³.

Dentre as DCNT a mais comum é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) definida como uma condição clínica e multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, muitos órgãos podem ser afetados e problemas mais graves podem ser desencadeadas como doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, Insuficiência cardíaca, doença renal crônica e doença arterial periférica³.

Em estudo com idosos hipertensos brasileiros foi visto que ao longo de cinco anos a sua prevalência não foi linear, mas se manteve elevada em todos os anos, com predominância no sexo feminino e baixa escolaridade⁴.

É necessário cuidados especiais para essa população em ascendência e melhorias na saúde global. A qualidade de vida (QV) é um fator essencial na vida das pessoas, como um quesito essencial é importante na terceira idade sofrendo influência pelo seu estado de saúde, a QV está relacionada a aspectos que vão desde funcionamento cognitivo, social, satisfação com a vida e ao bem estar social⁵.

O conceito de QV pode ser definido pela OMS como *“a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”*, sendo assim a QV vai bem mais além do que o aspecto saúde e doença⁶.

Uma pesquisada realizada com 339 idosos hipertensos de ambos os sexos com o objetivo de verificar a QV foi observado que a QV sofria influência dos fatores relacionados ao âmbito psicológico e social e que o aspecto físico não possuíam relevância primordial⁷. Em outro estudo os idosos hipertensos e não hipertensos foram avaliados quanto a sua QV, os idosos hipertensos relataram uma percepção mais negativa de sua condição de saúde, no entanto diferença não foi significativa nos dois grupos⁸.

Todo esse processo de envelhecimento mundial trás consigo mudanças na forma de abordagem da saúde pública e preocupação dos gestores de sistemas de saúde, aumentando a necessidade de conhecimento da pessoa idosa para melhor eficácia para promover e melhorar à saúde, nesse contexto o objetivo desse trabalho é verificar a qualidade de vida de pessoas idosas com diagnóstico de HAS que participam de grupos de convivência da terceira idade.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa transversal analítica e descritiva. Participaram do estudo 11 idosos com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, cadastrados e participantes do Centro de convivência da terceira idade do bairro Paraíso do município de Santa Cruz/RN.

Os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 60 anos, viver na comunidade e participar do grupo de convivência. Foram critérios para exclusão do

estudo: presença de déficit cognitivo que comprometia a compreensão do questionário aplicado.

Para caracterização geral dos idosos foi utilizada uma ficha de avaliação fisioterapêutica constituída por identificação, condições clínicas, história da doença atual (HDA), antecedentes patológicos e familiares, hábitos de vida, nível de consciência e medicamentos utilizados. Os idosos foram convidados à participar da pesquisa e aqueles que aceitaram, receberam em suas residências os pesquisadores identificados para aplicação dos questionários.

Para a avaliação da qualidade de vida, foi utilizado o Questionário genérico WHOQOL-OLD desenvolvido pelo grupo de QV da OMS. O WHOQOL-OLD mede a percepção dos indivíduos a respeito do impacto que as doenças causam em suas vidas. O WHOQOL-OLD consta de 24 itens, com resposta por escala tipo Likert de 1 a 5, divididos em seis facetas. Cada faceta é composta por quatro itens, gerando escores que variam de 4 a 20 pontos. Os escores das seis facetas, combinados com as respostas aos 24 itens, geram, também, um escore total⁹.

As facetas são: funcionamento dos sentidos; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; e intimidade. Como cada faceta é composta por quatro itens, os escores podem variar de 4 a 20 para cada faceta. A obtenção do escore total deriva da soma dos 24 itens e não depende do agrupamento por facetas.

A soma dos itens que pertencem a uma faceta produz o escore bruto da faceta correspondendo entre 4 e 20. É necessário a transformação de um escore bruto para um escore transformado da escala (ETE) entre 0 e 100 possibilita expressar o escore da escala em percentagem entre o valor mais baixo possível (0) e o mais alto possível (100). Para se obter o escore transformado da faceta (ETF) (0-100), pode-se aplicar a seguinte regra de transformação: $ETF = 6,25 \times (EBF - 4)$.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A figura 1 mostra os dados sociodemográficos dos idosos e suas porcentagens, 82% era do sexo feminino, 73% estavam com idade entre 70 e 79 anos, 37% era casado, 73% era aposentado e 100% se declararam ser católicos.

| | N | % |
|------------------------|----|------|
| Sexo | | |
| Masculino | 2 | 18% |
| Feminino | 9 | 82% |
| Idade | | |
| 60 e 69 anos | 3 | 27% |
| 70 e 79 anos | 8 | 73% |
| Estado civil | | |
| Casado | 4 | 37% |
| Solteiro | 2 | 18% |
| Viúvo | 2 | 18% |
| Separado | 3 | 27% |
| Tipo de renda | | |
| Pensão | 2 | 18% |
| Aposentadoria | 8 | 73% |
| Pensão e aposentadoria | 1 | 9% |
| Religião | | |
| Católica | 11 | 100% |

Figura 1 Dados sociodemográficos de idosos hipertensos participantes de Centro de convivência. *Fonte autor*

A figura 2 mostra a qualidade de vida das pessoas de acordo com as facetas. Os escores obtidos foram os seguintes: funcionamento dos sentidos 51,25; autonomia 76,25; atividades passadas, presentes e futuras 80; participação social 85; morte e morrer 73,75; intimidade 75; e a média total encontrada foi 73,5.

O envelhecimento populacional é também vivenciado no Brasil, ocorrendo de diferentes formas e dimensões distintas, por isso existe uma necessidade de conhecimento sobre a percepção da qualidade de vida dessa população. Foi percebida uma prevalência de 80% do sexo feminino, fenômeno esse que coincide com estudo de Leite e colaboradores que relata uma grande participação do sexo feminino em atividades grupais¹⁰.

A faixa etária entre 70 e 79 anos teve maior porcentagem com 73%, assim como 37% eram casados, o que se assemelha com outro estudo que avaliou o perfil sociodemográficos de participantes de centros de convivência¹¹. Todos possuíam algum tipo de renda e na sua maioria eram aposentados, e todos referiram ser católicos

A faceta funcionamento dos sentidos refere-se à percepção que o indivíduo tem acerca do funcionamento de seus órgãos dos sentidos e da influência do declínio deles em sua vida, foi encontrada a menor pontuação, esse achado sugere que a perda ou a dificuldade no funcionamento dos sentidos afeta muito a QV desses idosos.



Figura 2: Qualidade de vida de idosos hipertensos participantes de Centro de convivência.
Fonte autor

O envelhecer biológico trás consigo perdas nos órgãos do sentido, os órgãos do tato, visão, audição e olfato vão perdendo sua funcionalidade normal, a visão a partir dos 60 anos passa a apresentar sinais de deterioração. As pessoas idosas têm dificuldades de ouvir alguns sons ou ouve com ruídos ou *tinnitus*, o que algumas vezes atrapalha a comunicação, o olfato e paladar ficam reduzidos o que predispõe a ingestão de alimentos prejudiciais como mais açúcar e sal, prejudicando a saúde da pessoa idosa¹².

A faceta da autonomia refere-se à independência na velhice, quanto se pode viver de forma autônoma e tomar decisões, está relacionado também as suas escolhas sobre o que é bom ou o que é seu bem-estar. Nessa faceta os idosos ficaram um pouco acima da média encontrada ¹³.

A faceta de atividades passadas, presentes e futuras descreve a satisfação sobre conquistas na vida e coisas a que se anseia, está entre os maiores escores alcançados (80), perdendo apenas para a participação social, em um estudo com a mesma faixa etária, comparando os idosos que participavam e não participavam de atividades grupais evidenciou que os que participavam tinham menores escores (63,5) que os que não

participavam (65,93), no entanto não era significativo¹⁴, outro estudo na mesma faixa etária encontrou um escore menor que o encontrado nesse (56,25)¹⁵.

A participação social relacionada a atividades do cotidiano especialmente na comunidade foi à faceta com melhor pontuação, com escore acima da média encontrada (85), esse fato pode está relacionado com a participação das atividades grupais semanais. Gutierrez et al verificou que os maiores índices foram encontrados nessas facetas e ao comparar idosos com e sem sintomas de depressão viu que o escore era maior para aqueles sem sintomas de depressão¹⁶.

O envelhecer e a morte são constituintes de um processo natural, no entanto nem sempre são aceitos por aqueles que vivenciam¹⁷. , depois da faceta do funcionamento dos sentidos, o morte e morrer foram também menos pontuados ficando abaixo da média geral (73,5). Segundo Araújo e colaboradores verificaram o medo do morrer em idosas institucionalizadas em quase sua totalidade da amostra relataram o medo em relação à morte, enquanto em idosas não institucionalizadas existia um medo por sofrimento pessoal, ou seja, à possibilidade de padecerem aflição física por morte dolorosa¹⁸.

A questão relacionada a Intimidade avalia a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas, o escore obtido está acima da média encontrada (75), essa média esta bem acima da encontrada no trabalho que avaliou a QV de idosos institucionalizados¹⁹ (50,58), outro autor que avaliou a QV de idosos (20) participantes de grupos socioterápicos encontrou uma média de 69 semelhante a desse estudo²⁰.

CONCLUSÃO

A amostra foi constituída por pessoas idosas com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, em sua maioria eram do sexo feminino com idade prevalente de 70 a 79 anos. Em relação a QV a melhor pontuação foi encontrada na faceta de participação social, que sugere por participarem de centro de convivência e realizarem atividades sociais venha a interferir positivamente; em sua QV.

O pior escore encontrado na amostra foi o funcionamento dos sentidos, ou seja, é sugestivo que a perda dos sentidos influencia negativamente na QV dos idosos entrevistados. De uma forma geral os participantes possuem uma boa QV.

É necessário mais pesquisas em relação a saúde e QV dessa população, com o objetivo de conhecimento dos aspectos de saúde para uma melhor e eficaz abordagem dos profissionais de saúde.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.
2. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil 2011-2012. Brasília; 2011.
3. Brasil. Cadernos de atenção básica: Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília DF, 2006; 1(15): 58p.
4. Mendes GS, Moraes CF, Gomes L, Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro, 2014 Jul-Set; 9(32):273-278.
5. Martins, Rosa & Mestre, Marina (2014). Esperança e Qualidade de Vida em Idosos. Millenium, 47 (jun/dez). Pp. 153-162.
6. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med 1995; 41:1403-10.
7. Oliveira ERA, Caliman LP, Bubach S, Gomes MJ. Avaliação da qualidade de vida de indivíduos portadores de hipertensão arterial. Rev Odontol 2008; 10(4):9-16.

8. Rabelo DF, Lima CFM, Freitas PM, Santos JC. Qualidade de vida, condições e autopercepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos. Rev Kair Gerontol. São Paulo, Nov 2010; 13(2):115-130.
9. Power M, Schmidt S. Manual WHOQOL-OLD. Genebra: 5. World Health Organization; 1998. [19 p.]. [acesso 16 mar 2015]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/WHOQOL-OLD%20Manual%20Portugues.pdf>.
10. Leite MT, Hildebrandt LM, Kirchner RM, Winck MT, Silva LAA, Franco GP. Estado cognitivo e condições de saúde de idosos que participam de grupos de convivência. Rev Gaúcha Enferm. 2012;33(4):64-71.
11. Silva DAS. Perfil sociodemográfico e antropométrico de idosos de grupos de convivência. Estud. interdiscipl. Envelhec. 2011; 16(1):23-39.
12. Lima JP. A influência das alterações sensoriais na qualidade de vida do idoso. REV CIENT ELET PSIC. 2007; 5(8).
13. Oliveira ZPB, Barbas S. Autonomia do idoso e distanásia. Rev. bioét. (Impr.). 2013; 21 (2): 328-37.
14. Tavares DMS, Dias FA, Munari DB. Qualidade de vida de idosos e participação em atividades educativas grupais. Acta Paul Enferm. 2012;00(0):000-0.
15. Cimirro PA, Rigon R, Vieira MMS, Pereira HMCTCG, Creutzberg M. Qualidade de vida de idosos dos centros-dia do Regado e São Tomé – Portugal. Enfer Foc. 2011; 2(3):195-198.
16. Gutierrez BAO, Auricchio AM, Medina NVJ. Mensuração da qualidade de vida de idosos em centros de convivência. J Health Sci Inst. 2011; 29(3):186-190.
17. Frumi C, Celich KLS. O olhar do idoso frente ao envelhecimento e à morte. Rev. Bra. Ciên. Env. Hum. Jul/Dez 2006; ?(?): 92-100.



18. Araújo LP, Helmer DS, Gomes L, Fukuda CC, Freitas MH. Medo à morte e ao morrer em idosas institucionalizadas e não institucionalizadas. *Acta Scien. Human Socc Scien.* 2009; 31(2): 213-218. 21 A 26 DE SETEMBRO DE 2015
19. Nunes VMA, Menezes RMP, Alchier JC. Avaliação da Qualidade de Vida em idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte. *Act Scientiar. Heal Scien.* 2010; 32(2):119-126.
20. Bajotto AP, Goldim JR. Avaliação da qualidade de vida e tomada de decisão em idosos participantes de grupos socioterápicos da cidade de Arroio do Meio, RS, Brasil. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., RIO DE JANEIRO*, 2011; 14(4):753-761.

