

A QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS DE IDOSOS ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DO CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG NA CIDADE DE GURUPI, TOCANTINS

Érica Eugênio Lourenço Gontijo

Mestre em Gestão e Desenvolvimento Regional

Professora auxiliar do curso de Análises clínicas/Centro Universitário UNIRG/TO

ericagontijo1@yahoo.com.br

Marcos Gontijo da Silva

Mestre em Medicina Tropical/Universidade Federal de Goiás/GO

Professor adjunto de Parasitologia/Centro Universitário UNIRG/TO

gontijobio@yahoo.com.br

Ana Flavia Eugênio Lourenço

Mestre em Medicina Tropical/Universidade Federal de Goiás/GO

Professora do curso de Farmácia/Faculdade Estácio de Sá

Nancy Julieta Inocente

Pós-doutora em Psicologia/Universidade de Bordeaux/Paris

Professor do Programa de Pós-graduação em Gestão e Desenvolvimento Regional/UNITAU/SP

nancyinocente@gmail.com

Recebido: 23 de agosto de 2012. Revisado: 02 de setembro de 2012. Aceito: 22 de outubro de 2012.

Publicado *online*: 27 de outubro de 2012.

RESUMO

Este estudo se propôs a avaliar a Qualidade de Vida em idosos atendidos no ambulatório do Centro Universitário UNIRG de Gurupi, Tocantins. Realizou-se uma pesquisa do tipo descritiva, o delineamento de levantamento de dados e com abordagem quantitativa usando com ferramenta o questionário sobre qualidade de vida – SF-36 em com 217 idosos. A maior parte dos idosos pesquisados (65,90%) estavam inseridos na faixa etária entre 60 e 70 anos, 61,80% eram do sexo feminino, 95,10% pertenciam as classes sociais C e D, 31,30% eram analfabetos, 42,40% apresentavam hipertensão, 26,27% problemas na coluna e 23,04% diabetes. Quanto à qualidade de vida foi observado que cinco domínios apresentaram uma pontuação média menor que 50, comprovando assim a baixa média desse parâmetro. Foi possível verificar que, para a população em estudo, os níveis de qualidade de vida é muito baixos e que não existem programas ou ações efetivas de caráter governamental para que essa realidade possa mudar a curto prazo.

Palavras-chave: Qualidade de Vida, Idosos, problemas de saúde.

ABSTRACT

This study aimed to assess the quality of life in elderly patients in the outpatient clinic of the University Center of UNIRG Gurupi, Tocantins. We conducted a descriptive research, the design of data collection and quantitative approach to using the tool questionnaire on quality of life - SF-36 with 217 seniors. Most of the elderly respondents (65.90%) were inserted between the ages of 60 and 70 years, 61.80% were female, 95.10% belonged to social classes C and D, 31.30% were illiterate, 42.40% had hypertension, back problems 26.27% 23.04% and diabetes. As for the quality of life was observed that five areas had an average score below 50, thus proving that the low average parâmetro. Foi can check that for the population under study, the levels of quality of life is very low and there are no programs or actions for effective governmental nature that this reality can change in the short term.

Keywords: Quality of Life, Elderly, health problems.

1. INTRODUÇÃO

O rápido envelhecimento da população que vem sendo observado recentemente em nosso meio tem requerido novas políticas e programas para os idosos, fazendo-se necessário conhecer as características dessa população nas diferentes regiões do Brasil (BENADETTI, 2006).

Nas últimas 4 décadas, o Brasil mudou o seu perfil de mortalidade deixando o seu perfil de população jovem para quadro constituído por doenças problemáticas e onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas. Esse envelhecimento da população tem como resultado, nos próximos anos, desafios cada vez maiores aos serviços de saúde (VERAS, 2003).

Em um quadro apresentado por grandes diferenças regionais e sociais, as pessoas acima dos sessenta anos não encontram amparo apropriado no sistema público de saúde e previdência, armazenando sequelas das doenças crônico-degenerativas, adquirindo incapacidades e perdendo independência, bem como qualidade de vida (BENADETTI, 2006).

Em termos de utilização dos serviços de saúde, o aumento dos idosos na população implica no maior número de problemas de longa duração que, frequentemente, exigem intervenções custosas (VERAS, 2003).

Avaliação da qualidade de vida do idoso tem levado a implementação de diversas medidas de natureza biológica, psicológica e sócio-estrutural. Diversos fatores são apontados como essenciais ou indicativos de bem estar na vida do idoso: controle cognitivo, status social, rendimento financeiro, prazer longevidade, saúde mental, competência social, saúde biológica, produtividade, atividade, continuidade de papéis familiares e ocupacionais (principalmente rede de amigos) (SOMCHINDA; FERNANDES, 2003).

Com relação à saúde Buss (2000), concluiu que esta contribui de forma importantíssima a qualidade de vida de indivíduos ou populações. De mesmo modo, é conhecido que várias partes da vida social contribuem para elevação da qualidade de vida. É importante ter não apenas acesso a serviços médico de qualidade, mas é necessário defrontar os fatores determinantes da saúde em todo o seu aspecto, o que exige políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população.

Por isso, é de fundamental importância esboçar políticas específicas, sendo muito importante o conhecimento das necessidades e condições de vida desse segmento etário (VERAS, 2003).

Fundamentado nessa realidade esse trabalho se propõe a avaliar a qualidade de vida dos idosos atendidos no Ambulatório do centro Universitário UNIRG em Gurupi, Tocantins.

2. METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como pesquisa do tipo descritivo, o delineamento de levantamento de dados e com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada com idosos, com idade superior a 60 anos, de ambos os sexos, que procuraram o ambulatório da cidade de Gurupi estado do Tocantins no período compreendido entre maio de 2011 a agosto de 2012.

A população pesquisada foi constituída de idosos atendidos em um ambulatório da cidade de Gurupi Estado do Tocantins, totalizando uma população de 217 idosos.

Foi aplicado o Questionário sobre Qualidade de Vida – SF-36 que constitui-se por 36 itens englobados em oito domínios: capacidade funcional, dor, vitalidade, estado geral de saúde, saúde mental, aspectos físicos, sociais e emocionais. Apresenta um escore final de 0 a 100; sendo o maior escore relacionado a um melhor desempenho (CICONELLI et al.,1997).

Para analisar e facilitar a interpretação dos resultados, os escores foram normalizados. A normalização foi realizada através da transformação linear dos escores de 0-100, obtidos para os domínios do

SF-36 (média de 50 e desvio padrão de 10). Com o escore normalizado, cada escala passou a ser expressa através de uma mesma média de 50 e um mesmo desvio padrão de 10. Ficou claro, portanto, que toda vez que o escore da escala for menor que 50, a qualidade de vida está abaixo da média esperada (WARE; KOSINSKI; KELLE, 1994).

Foram incluídos no estudo os idosos que concordaram em responder aos questionários e que assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido elaborado de acordo com a resolução 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta os protocolos de pesquisa com seres humanos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté e aprovado através do protocolo CEP/UNITAU no 108/11.

Os dados obtidos foram tratados quantitativamente por meio de uma planilha Excel e do software Minitab® V 15. Foi utilizado o programa Excel 2007 para a tabulação e para a análise dos dados utilizou-se o programa Minitab®, utilizando estatística descritiva (média, desvio padrão, valor mínimo e máximo). Para a análise da consistência interna foi utilizado o índice de confiabilidade Alpha Cronbach. Foram aceitos como válidos na consistência interna o índice Alpha Cronbach $> 0,6$. O Teste Qui-Quadrado verificou a relação entre as variáveis e foi adotado um nível de significância de 5%.

3. RESULTADOS

Na análise dos escores do SF-36 (Figura 1), observa-se que cinco domínios apresentaram uma pontuação média menor que 50, que foram CF (Capacidade Funcional) (46,72), LAF (Limitação por Aspectos Físicos) (22,38), DOR (47,42), EGS (Estado Geral de Saúde) (49,11) e LAE (Limitação por Aspectos Emocionais) (44,49).

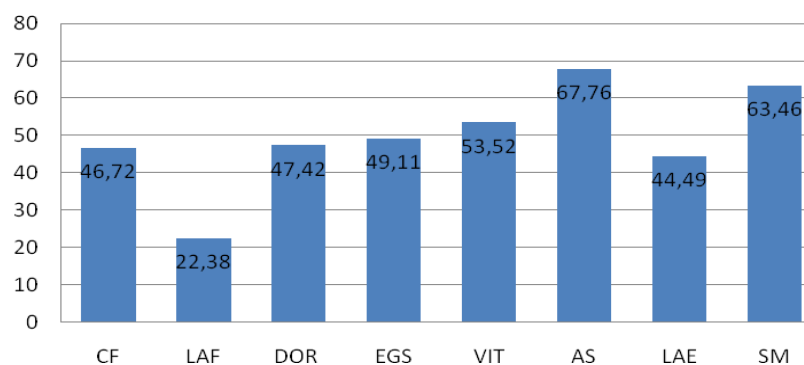


Figura 1: Distribuição dos escores do questionário qualidade de vida SF-36 Gurupi, Tocantins, Brasil, 2012.

Quando a média dos escores do SF-36 foi avaliada em relação às categorias da variável gênero (Figura 2), pode-se observar em relação aos escores menor que 50 que as mulheres tenderam a ter uma percepção da qualidade de vida pior que os homens no escore DOR e melhor nos demais ($p > 0,05$).

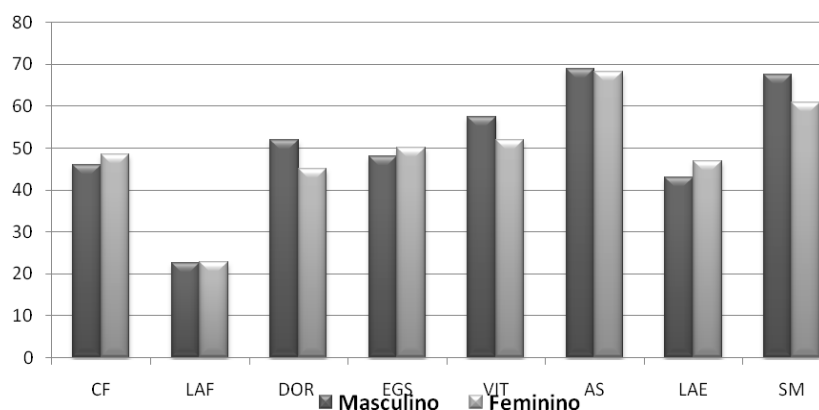


Figura 2: média de escores do SF-36 em relação às categorias da variável gênero Gurupi, Tocantins, Brasil, 2012.

A variável idade foi analisada através das categorias da faixa etária, e foi observado que os pacientes mais jovens tinham, em média, uma melhor percepção de saúde em relação aos pacientes mais idosos (Tabela 1) ($p > 0,05$).

A variável classificação econômica foi analisada através das categorias da CCEB e foi observado que as classes sociais C e D apresentaram, em média, piores escores (Tabela 1) ($p > 0,05$).

Tabela 1: Relação entre a média de escores dos domínios do SF-36 e as variáveis: Gênero, Faixa etária, Doenças e classificação econômica Gurupi, Tocantins, Brasil, 2012.

	n	CF	LAF	DOR	EGS	VIT	AS	LAE	SM
Sexo									
Masculino	82	46,00	22,66	51,84	48,00	57,44	69,0	43,00	67,63
Feminino	136	48,60	22,90	45,17	50,16	52,00	68,18	47,00	61,00
Faixa Etária (Anos)									
60-65	92	51,29	25,00	47,47	52,59	55,43	69,86	45,76	64,15
66-70	51	49,02	22,06	47,63	42,94	48,63	64,08	45,65	63,22
71-75	37	42,29	21,16	46,65	49,59	55,13	71,84	49,73	63,73
76-80	25	41,2	19	47,32	45,84	53,4	64,28	46,64	58,88
81-85	6	49,17	12,50	58,50	58,00	64,17	79,17	27,67	79,33
86-90	5	9,00	10,00	41,80	51,20	43,00	49,80	0	58,40
< 90	1	0	25,00	62,00	60,00	75,00	50,00	0	52,00
Doenças									
Hipertensão	91	44,91	46,50	51,13	65,48	44,35	62,54	44,91	46,50
Diabetes	52	39,42	18,75	44,17	41,35	46,92	63,38	39,63	64,69
Hipercolesterolemia	48	46,18	22,10	41,88	46,14	49,49	59,45	38,69	56,41
Osteoporose	37	50,71	21,71	46,97	53,82	55,00	72,61	47,34	63,26
Artrite	9	40,45	15,91	43,36	48,54	45,45	66,82	39,36	60,36
Problemas de coluna	76	54,56	11,40	36,81	51,61	55,26	67,91	44,51	60,74
Classificação econômica									
A2	1	95,00	100	100	52,00	85,00	100	100	64,00
B1	2	65,00	0	65,00	68,50	82,50	35,00	0	78,00
B2	9	52,78	38,89	48,89	45,56	56,11	69,33	48,11	71,33
C	105	43,60	25,78	47,49	48,21	52,76	67,59	44,78	61,27
D	97	48,97	14,95	45,31	49,24	52,89	68,21	44,31	65,01
E	3	50,00	66,67	66,67	73,33	69,00	71,67	87,33	77,67
Total geral	217	46,72	22,38	47,42	49,11	53,52	67,76	44,49	63,46

Diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre os respectivos pares de médias CF (capacidade funcional); LAF (limitações por aspectos físicos); DOR (dor); EGS (estado geral de saúde); VIT (vitalidade); AS (aspectos sociais); LAE (limitações por aspectos emocionais); SM (saúde mental).

As variáveis doenças então expostas separadamente a seguir: Quanto a hipertensão foi observado que os escores CF, LAF, VIT, LAE e SM, estavam abaixo de 50, indicando assim que sofreram interferência direta de tal moléstia ($p > 0,05$).

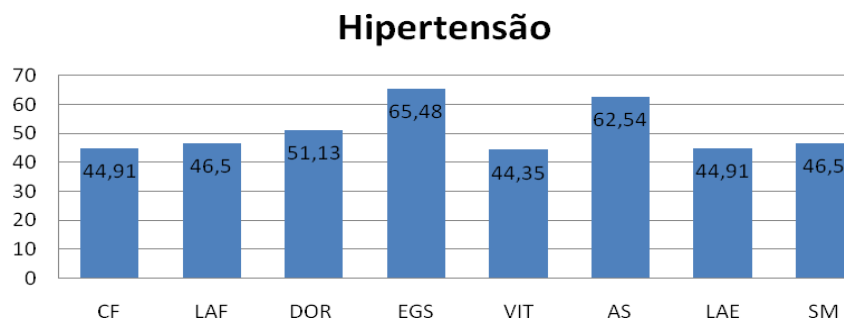


Figura 3: Média de escores do SF-36 em relação às categorias da variável Hipertensão Gurupi, Tocantins, Brasil, 2012.

Quanto ao Diabetes foi observado que apenas os escores AS e SM, estão acima de 50, indicando assim que todos os demais sofreram interferência direta de tal enfermidade ($p>0,05$).

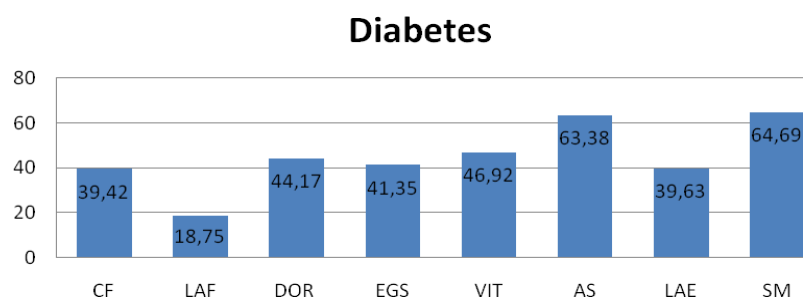


Figura 4: Média de escores do SF-36 em relação às categorias da variável Diabetes Gurupi, Tocantins, Brasil, 2012.

Quanto a Hipercolesterolemia foi observado que apenas os escores AS e SM, estão acima de 50, indicando assim que todos os demais sofreram interferência direta de tal doença ($p>0,05$).

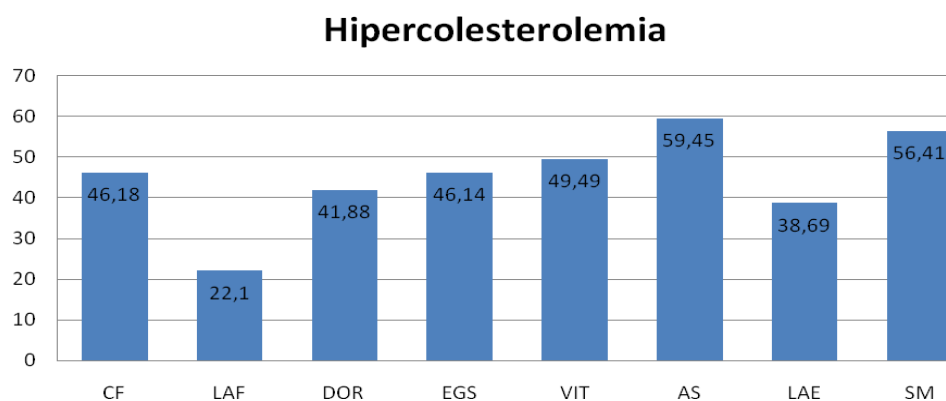


Figura 5: Média de escores do SF-36 em relação às categorias da variável Hipercolesterolemia Gurupi, Tocantins, Brasil, 2012.

Quanto a Osteoporose foi observado que os escores LAF, DOR e LAE estão abaixo de 50, indicando assim que todos os demais sofreram interferência direta de tal patologia ($p>0,05$).

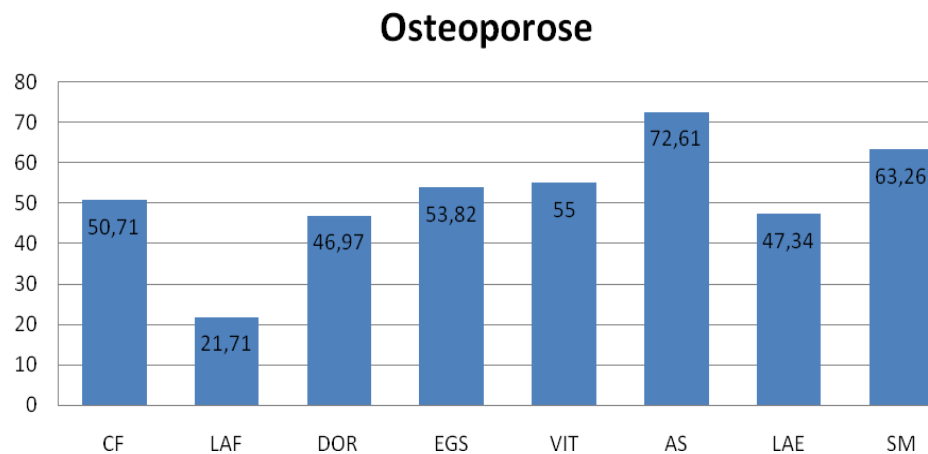


Figura 6: Média de escores do SF-36 em relação às categorias da variável Osteoporose Gurupi, Tocantins, Brasil, 2012.

Quanto a Artrite foi observado que apenas os escores AS e SM, estão acima de 50, indicando assim que todos os demais sofreram interferência direta de tal distúrbio ($p>0,05$).

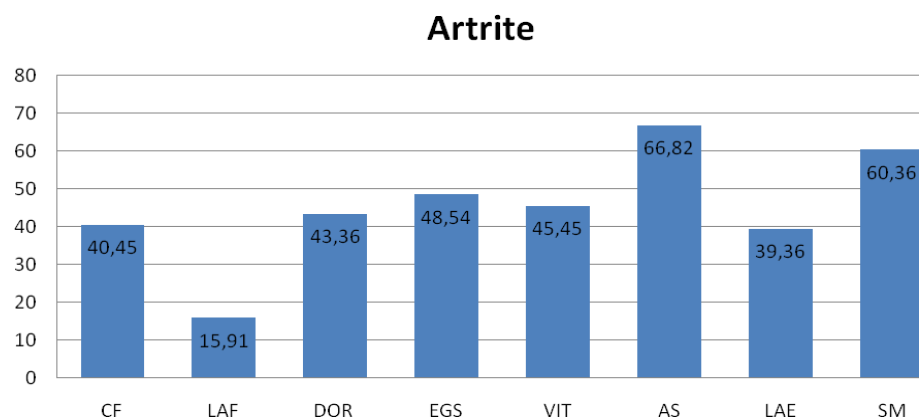


Figura 7: Média de escores do SF-36 em relação às categorias da variável Artrite Gurupi, Tocantins, Brasil, 2012.

Quanto a Problemas de coluna foi observado que os escores LAF, DOR e LAE, estão abaixo de 50, indicando assim que sofreram interferência direta de tal mal ($p>0,05$).

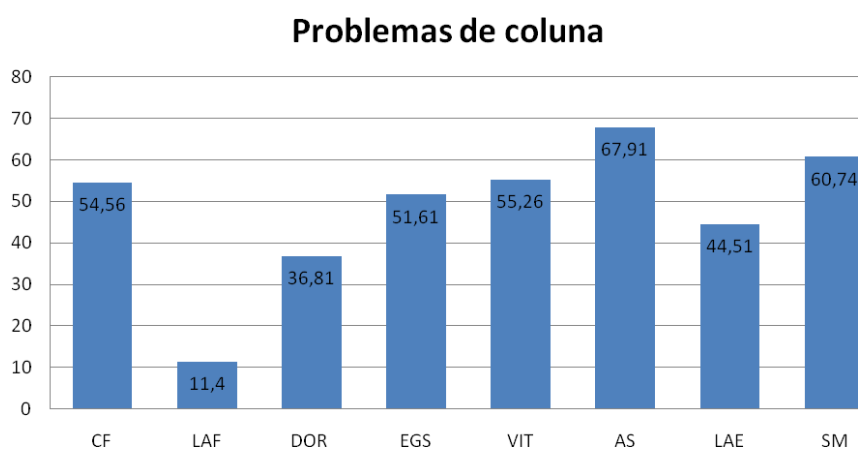


Figura 8: Média de escores do SF-36 em relação às categorias da variável Problemas de coluna Gurupi, Tocantins, Brasil, 2012.

Foram testadas 14 correlações pelo teste de qui-quadrado e foi observado haver correlação em cinco casos. Dessas três positivas (Idade x problemas de saúde, Idade x Quantidade de doenças e Felicidade x Saúde) e duas negativas (Idade x Classificação Econômica e Felicidade x Dor).

Tabela 2: Correlações entre as diferentes variáveis pesquisadas Gurupi, Tocantins, Brasil, 2012.

Variáveis		Chi-Sq	
Idade	X	Problemas de saúde	5,437
Idade	X	Classificação econômica	6,344
Idade	X	Quantidade de doenças	5,437
Idade	X	Quantidade de medicamentos	0,148
Idade	X	Participação em grupos sociais	1,675
Idade	X	Felicidade	0,010
Idade	X	Quantidade de amigos	1,139
Idade	X	Ação coletiva	0,058
Idade	X	Dificuldade de realizar tarefas diárias	2,340
Felicidade	X	Classificação econômica	0,373
Felicidade	X	Saúde	18,451
Felicidade	X	Dor	5,540
Felicidade	X	Número de grupos sociais	1,477
Felicidade	X	Dificuldades	1,004

* As variáveis em negrito apresentaram correlação significativa com (Qui-quadrado $\geq 3,84$)

Quanto maior a idade, mais problemas de saúde foram encontrados, mais quantidade de doenças foram detectadas e foi observada também quanto mais saúde maior a felicidade dos pesquisados.

Foi observada relação inversa entre idade e classificação econômica, felicidade e dor, sendo que quanto maior a idade, menor a classificação econômica e quanto mais dor o idoso apresentava menos feliz ele era.

4. DISCUSSÃO

Avaliação da qualidade de vida é algo que se tornou importante nas últimas décadas. Tradicionalmente, a medida de qualidade de vida teve início em outras áreas do conhecimento. Porém apenas mais tarde a saúde incorporou essa pesquisa, denominando-se qualidade de vida relacionada à saúde, sendo indispensável à necessidade de mudar a medida, antes subjetiva, em quantitativa, e que a mesma tivesse a capacidade de ser usada em pesquisas e modelos econômicos, e também que os resultados seriam úteis em populações diversas e mesmo em diversas doenças (SCHEICHER, 2002).

Para Buss (2000), em países de terceiro mundo como o Brasil, onde há distribuição de renda ruim, grau de escolaridade pequena e são precárias as condições de habitação e ambiente, é forte o impacto sobre a qualidade de vida e saúde.

Na tentativa de diminuir a complexa noção do termo qualidade de vida em diversas culturas e em diferentes classes sociais, diferentes instrumentos têm sido elaborados. Alguns desses instrumentos tratam a saúde como parte de um indicador composto, outros têm, na área da saúde, seu objeto propriamente dito (MINAYO et al., 2000).

Diversos fatores são apontados como essenciais ou indicativos de bem estar na vida do idoso: controle cognitivo, status social, rendimento financeiro, prazer longevidade, saúde mental, competência social, saúde biológica, produtividade, atividade, continuidade de papéis familiares e ocupacionais (SOMCHINDA; FERNANDES, 2003). Este trabalho focou nas variáveis presentes no questionário SF-36.

Foi encontrada uma correlação direta entre saúde e felicidade pelo teste de qui-quadrado (Chi-Sq = 18,451; $P > 0,05$), evidenciando assim que a presença de doenças esta intimamente relacionada à perda da qualidade de vida.

A saúde do idoso interfere diretamente na sua qualidade de vida. Na população, em cada três indivíduos, um é portador de doença crônica e entre os idosos, oito em cada dez possuem pelo menos uma doença crônica (VERAS, 2009).

Quanto a dor 38,2% afirmaram sentir dor moderada durante as últimas quatro semanas, sintoma esse que pode interferir diretamente na qualidade de vida dos pesquisados. Pesquisas ressaltam que a dor crônica tem causado um efeito prejudicial à saúde física, bem como as atividades de vida diária, à saúde mental, ao trabalho e à economia. A dor é um dos motivos de maior procura em todo o mundo pelos serviços de saúde. Esse quesito vem afligindo uma parcela significativa da população brasileira (SMITH et al., 2001; ROSSETTO et al., 1999). Ocorre um comprometimento da qualidade de vida causada pela dor, esse comprometimento pode ser expresso por quadros de depressão (inclusive com elevado risco de suicídio), quadros de ansiedade, dificuldades para dormir, aumento ou diminuição de apetite e perda de peso, compromete o cognitivo e diminuição na realização de tarefas diárias (REYES-GIBBY, 2002).

Indivíduos acima dos 60 anos que sofrem de dor persistente consideram possuírem uma saúde ruim (REYES-GIBBY et al., 2002) e usufruem com maior frequência serviços de saúde do que os indivíduos que não são acometidos da dor (LAVSKY-SHULAN et al., 1985).

A dor é o principal problema de saúde na Europa. A incidência de doenças crônicas é maior entre os adultos de idade avançada do que entre o resto da população. Algumas doenças que levam os idosos a sofrer dor crônica e entre as principais se destacam a: osteoartrite, a neuralgia, a estenose do canal medular, o câncer, a fibromialgia, a dor pós-derrame, a neuropatia periférica diabética e outras (REYES-GIBBY et al., 2002).

Neste trabalho foi possível observar que mais da metade dos entrevistados 55,2% afirmaram que a sua saúde é boa, porém 64,5% afirmaram sentir dificuldade na realização de atividades que exigem esforço, tais como, correr, levantar objetos, participar de esportes, e 93,5% afirmaram possuir uma doença crônica, informações essas demonstram discordância sobre a saúde real e a percepção de saúde que os idosos possuem sobre si mesmos, sendo que grande parte mesmo doentes se sentem bem e afirmam não sofrer de tal moléstia. Assim convivem com o problema e se adaptam de tal maneira a afirmar que mesmo doentes sua saúde é boa.

Segundo Freire JR; Tavares (2005), em pesquisa realizada na cidade de Caratinga-MG, a respeito do conceito de saúde dos idosos que abrangeu aspectos físicos, sociais e mentais, mostrando que eles entendem a saúde não apenas como a ausência de doença. Para os idosos vários fatores se destacam como a capacidade funcional, a autonomia e a independência, estando ligados ao fato de conseguirem trabalhar, na consideração do próprio trabalho como medidor do estado de saúde. Houve relatos também que expressaram ainda como sinônimo de saúde, a ausência de dor e outros sintomas.

Uchoa (2003) afirma que “a avaliação da gravidade e da relevância de um problema de saúde parece ser mais claramente determinado pela possibilidade de enfrentá-los, muito mais que pelo problema em si”.

Mais de 50% dos entrevistados afirmaram que se sentiam saudáveis, pois eles relacionaram o “estar saudável” com a presença de uma rede de apoio e de relacionamento interpessoal.

Alguns autores (Sluzki, 1997; Valla, 2000) também concordam que o apoio social coopera para manutenção da saúde dos indivíduos, elevando a sobrevida e acelerando os processos de cura; além de consentir a superação de certos acontecimentos como a morte de alguém da família, a perda da capacidade de trabalhar, a perda de papéis sociais, o despejo da casa, entre outros. Assim, a rede de apoio e o convívio com outras pessoas podem ser entendidos como verdadeira estratégia de sobrevivência.

De maneira geral, pode-se concluir que os idosos não consideram o envelhecimento somente como um período de perdas e sofrimentos, nem tampouco como sinônimo de doença, buscando viver essa fase da vida, valorizando determinados aspectos que possam amenizar as perdas.

No ano de 2003, 69,3% dos idosos no Brasil afirmaram possuir ao menos, uma doença crônica, dado esse bastante inferior ao encontrado neste inquérito (VERAS; PARAHYBA, 2007).

Qualidade de vida é uma ideia distintivamente humana, e tem cada vez mais chegado próximo ao índice de satisfação alcançado na vida social, familiar, ambiental e amorosa e à própria estética existencial (MINAYO et al., 2000).

A realização de atividades físicas regulares é fundamental para a manutenção da saúde física e mental. A esse respeito, quanto à capacidade de caminhar grandes distâncias, 64,2% afirmam não ter dificuldade em se deslocar por vários quarteirões e 71% afirmam não ter dificuldade em tomar banhos

sozinhos. Segundo Matsudo et al., (2000) o resultado da prática de atividades físicas no organismo são: 1) manutenção ou redução do peso corporal; 2) diminuição ou manutenção da gordura corporal.

Em relação à variável neuromotora, pode-se destacar que ocorre um aumento da força muscular, tanto dos membros superiores, quanto inferiores.

Quanto aos efeitos metabólicos, Matsudo et al., (2000), relata: 1) elevação do volume de sangue circulante, da ventilação pulmonar e da resistência física em 10-30%; 2) diminuição da frequência cardíaca em repouso e no trabalho submáximo e da pressão arterial.

O processo cognitivo dos idosos praticantes de atividades físicas regulares, se dá de forma mais rápida e eficiente, pois foi constatada uma melhoria na circulação cerebral, modificação na síntese e despromoção de neurotransmissores; e ação direta e indireta na redução da pressão arterial, redução dos níveis do colesterol ruim no plasma, diminuição dos níveis dos triglicerídeos (MATSUDO et al., 2000).

Para se compreender um pouco mais o conceito de qualidade de vida deve-se distingui-lo do estado de saúde através de três diferentes funções: função social, física e mental. Ressaltando que para uma melhor qualidade de vida a função mais importante é a física. Tornando-se importantíssimo também o bem-estar psicológico, social e a saúde mental. (ROCHA et al., 2000; SEIDL; ZANNON, 2004).

Buss (2000) discorre sobre a ação da saúde nas péssimas condições de vida e vice-versa. Através de vários relatos pode-se concluir que esta contribui de forma importantíssima a qualidade de vida de indivíduos ou populações. De mesmo modo, é conhecido que várias partes da vida social contribuem para elevação da qualidade de vida, é de grande relevância para a população alcançar um perfil de saúde elevado. O autor Johann Peter Frank, ainda no século dezoito, ao falar sobre qualidade de vida, afirmava existir uma ligação entre pobreza, condição nutricional, condição de trabalho e a saúde.

Nesta pesquisa 29,5% dos pesquisados afirmaram estar cheios de vigor e vontade, e força em toda a parte do dia e 38,7% afirmou se sentir feliz a maior parte do tempo.

A OMS (Organização Mundial de saúde) compreende qualidade de vida “como o completo bem-estar físico, psicológico e social, e não meramente a ausência de doenças”, resultante de condições ambientais, hereditárias e do estilo de vida do indivíduo (SEIDL; ZANON, 2004).

Grande parte dos pesquisados (27,6%) afirmaram que não acham que sua saúde pode piorar.

O IBGE chama a atenção para as políticas sociais voltadas para o atendimento de idosos, tomando-se como base a contínua diminuição da fecundidade e a elevação da longevidade da população, nesse caminho o país caminhará rapidamente rumo a um padrão etário cada vez mais formado por velhos (IBGE, 2006).

Nessa direção, a OMS levanta um questionamento de como manter a independência e a vida ativa com idade avançada? Como fortalecer políticas de prevenção e promoção da saúde? Principalmente as direcionadas aos idosos, como manter e/ou melhorar a qualidade de vida com o envelhecimento? A OMS afirma que o eixo principal da atenção ao idoso não pode ser simplificado pelo simples assistencialismo. Os países necessitam desenvolver políticas amplas e intersetoriais que consigam assegurar o envelhecimento saudável (VERAS et al., 2008).

O envelhecer com qualidade de vida está ligado diretamente com o equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do idoso. A probabilidade de envelhecer com boa QV elevam em razão da adequada atuação dos serviços de saúde. Nesse processo de preparação e adaptação da sociedade a essa realidade demográfica, deve-se incluir a capacitação dos profissionais que terão a função de cuidar da saúde dos idosos.

Ao avaliar os escores por gênero os homens apresentaram piores escores nos domínios CF, EGS e LAE e melhores nos escores DOR, VIT e SM do SF-36, quando comparados às mulheres. Esses achados divergem da maior parte dos estudos que comparou a QV entre gêneros, entendendo que, no geral, os indivíduos do sexo masculino têm melhor QV que as do sexo feminino, e diverge também de outros estudos, no tocante aos domínios mais acometidos. APRILE *et al* (2006) verificaram que os homens apresentaram melhor QV física e os indivíduos do sexo feminino possuem elevação da deterioração da CF, LAF, VIT e SM, mas tinham diminuição da dor comparada aos homens HOPMAN ; VERNER (2003) e KONG ; YANG (2006) usando esse mesmo questionário SF-36, puderam observar menores escores nas mulheres em relação aos homens.

Em um estudo sobre a influência das diferenças entre os sexos, LAI et al., (2005) concluíram que quando somente o gênero foi considerado, não houve diferença entre homens e mulheres. Para LAI et al., (2005), possivelmente, este achado deve-se a não manutenção do papel tradicional da mulher na realização das atividades do lar, os quais requerem diversas habilidades físicas, trazendo a elas o paradigma da incapacidade e a baixa percepção de saúde, relacionada à diminuição da capacidade funcional, principalmente. Para MARTINS et al., (2006), a grande diferença de resultados entre homens e mulheres está no estado afetivo-emocional, propondo que as mulheres expressam maior vulnerabilidade entre os estados depressivos e maior instabilidade do humor e, portanto, pior percepção da saúde. Na nossa amostra, os maiores contrastes entre gêneros foram nos domínios VIT e SM, pois as diferenças foram estatisticamente significantes, talvez pelos aspectos abordados acima pelos autores.

A respeito das doenças crônicas o presente estudo constatou que as mais prevalentes influenciam de forma significativa a qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos, sendo que a magnitude do impacto e as dimensões mais afetadas variam com o tipo da doença. Também foi detectado que, quanto maior o número de comorbidades, maior o comprometimento da qualidade de vida, sendo este o primeiro estudo brasileiro de base populacional a detectar o impacto de doenças crônicas nas dimensões analisadas com o SF-36.

A prevalência de doenças crônicas nos idosos estudados (95.55% com pelo menos uma doença crônica) apresentou-se superior à observada na população brasileira que em faixa etária correspondente apresentou esse percentual inferior a 76% (LIMA-COSTA et al., 2007).

A doença mais prevalente encontrada no estudo foi hipertensão arterial, seguida de doença de coluna, diabetes, hipercolesterolemia, artrite/reumatismo/artrose e osteoporose. No Brasil, em pessoas de 18 anos ou mais, as enfermidades mais frequentes com os dados da PNAD 2003 foram: doença de coluna, hipertensão arterial, artrite, depressão, asma e doenças do coração (BARROS et al., 2006). Em outros estudos, realizados no Brasil e em outros países, essas doenças estão geralmente entre as mais frequentes (ALONSO et al., 2004; LEBRÃO e LAURENTI, 2005; BARROS et al., 2006).

O estudo detectou que as condições que mais afetaram a qualidade de vida relacionada à saúde de idosos foram: diabetes, hipercolesterolemia e artrite.

A osteoporose induz a um comprometimento na qualidade de vida, principalmente no domínio limitações por aspectos físicos e DOR. Semelhante resultado foi relatado por Wee et al. (2005), em pesquisa realizada em Singapura, em que verificaram nos portadores de osteoporose as maiores reduções nos domínios dor, estado geral de saúde e capacidade funcional. No Brasil, Lemos et al. (2006), estudando 40 mulheres idosas com osteoporose, recrutadas na clínica da escola da EMESCAM (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória/ES), encontraram as menores médias nos escores do SF-36 nos domínios de aspectos físicos e emocionais. Em nosso estudo o aspecto emocional também esteve entre os mais comprometidos e a magnitude das médias é semelhante às do estudo de Lemos et al., (2006), o que deve resultar do fato de ser uma pesquisa com amostra da população, em que os pacientes portariam doenças de menor gravidade que as presentes em pacientes de hospitais ou ambulatorios. A osteoporose é fator de risco para as fraturas ósseas, que são a principal causa de morbidade e mortalidade decorrentes de doenças osteomusculares, sendo comuns, as fraturas vertebrais, que podem causar dores, incapacidades e deficiências (BANDEIRA et al., 2006). Os aspectos mentais, sociais e emocionais dos idosos podem também ser afetados pela doença por causa da insegurança, medo de cair, e conseqüente diminuição da mobilidade e função social (LEMOS et al., 2006).

Os hipertensos tiveram a QVRS mais comprometida nos domínios vitalidade, dor, capacidade funcional e limitações por aspectos físicos. Erickson et al., (2001) também encontraram, nos portadores de hipertensão, os maiores prejuízos nos domínios aspectos físicos e estado geral de saúde, sendo que Wang et al., (2006) verificaram as maiores diferenças em aspectos físicos e vitalidade.

Idosos portadores de diabetes tiveram os escores de qualidade de vida diminuídos principalmente nos domínios limitações por aspectos físicos, estado geral de saúde, dor, vitalidade e capacidade funcional. Outros estudos também detectaram o domínio estado geral de saúde como um dos mais prejudicados na presença de diabetes (ALONSO et al., 2004; GOLDNEY, 2004; WEE et al., 2005).

Idosos portadores de artrite/reumatismo/artrose e doença de coluna apresentam-se com elevado prejuízo no domínio limitações por aspectos físicos e dor. No Brasil, estudo de base populacional também

constatou em pacientes portadores de artrite o maior comprometimento da QVRS no referido domínio (SENNA, 2002). Ciconelli et al., (1999) encontraram as menores médias nos escores em aspectos físicos e dor, em 50 pacientes portadores de artrite reumatoide com idade média de 49 anos. Outras pesquisas revelam também grande comprometimento do domínio dor em pessoas com doenças musculoesqueléticas (WEE et al., 2005).

Observou-se que a qualidade de vida relacionada à saúde diminui conforme o aumento do número de morbidades. Nota-se que apresentar uma doença crônica não influenciou de maneira significativa a qualidade de vida dos idosos em quatro dos oito domínios estudados: capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos emocionais e saúde mental. No entanto, no Brasil, Theme-Filha et al., (2005), com dados da Pesquisa Mundial de Saúde, verificaram que apresentar uma enfermidade crônica já aumentava em 2,7 vezes a chance de apresentar percepção de saúde ruim. Em nossa pesquisa, na presença de três ou mais doenças todos os domínios da qualidade de vida tornam-se substancialmente comprometidos.

O domínio dor apresentou-se entre os mais comprometidos, especialmente na presença de osteoporose, doença de coluna e artrite/artrose, o que alerta para a importância de estudos e intervenções relativas aos quadros de dores em idosos, já que a dor crônica pode acarretar depressão e incapacidades, gerando situação de perda de autonomia, com prejuízos pessoais, familiares e econômicos (DELLAROZA et al., 2007).

Foi detectado que os domínios estado geral de saúde e vitalidade também se revelaram com grande prejuízo na presença de condições crônicas. O estudo de Alonso et al. (2004) detectou que os domínios de aspectos físicos e estado geral de saúde foram os mais comprometidos.

Os domínios aspectos sociais e saúde mental foram os menos prejudicados na presença das condições crônicas estudadas. O estudo de Alonso et al., (2004), usando o SF-36 em pesquisa realizada em oito países, encontraram que os domínios saúde mental e aspectos sociais também eram os menos comprometidos em relação ao conjunto das oito doenças pesquisadas, assim como relatado por Wee (2005), em pesquisa realizada em Singapura. O fato dos domínios aspectos sociais e saúde mental não estarem tão prejudicados em função de doenças pode ser explicado pela adaptação às condições impostas pela doença, à adoção de novos referenciais de vida, além da possibilidade de poder contar com alguns tipos de suporte familiar ou social (SCHLENK et al., 1998; JÖNSON et al., 2005).

A relevância deste estudo decorre da quantificação em base populacional do impacto de várias doenças, bem como do número de doenças, nas oito dimensões da QVRS avaliadas pelo SF-36. Os resultados observados são semelhantes aos obtidos em outros países e há coerência entre os domínios mais afetados e o grau de impacto, conforme a doença analisada, dando indicações da validade do instrumento para pesquisa de base populacional no Brasil. Os impactos medidos, que poderão futuramente ser monitorados, apontam aspectos que devem ser considerados nos programas de atenção à saúde do idoso.

A alta prevalência de doenças crônicas que acompanha o envelhecimento populacional exige avanços na prevenção, tratamento e controle das condições crônicas, para reduzir o número de comorbidades e sequelas e possibilitar um envelhecimento ativo, com autonomia, independência e qualidade. (Brasil, 2006a; Brasil, 2006b). Os resultados encontrados na pesquisa alertam para a aplicação de intervenções que considerem as dimensões mais comprometidas da qualidade de vida em saúde em decorrência de doenças crônicas, com atenção especial aos idosos portadores de comorbidades.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa identificou que a maior parte dos idosos pesquisados estavam inseridos na faixa etária entre 60 e 70 anos, eram do sexo feminino, pertenciam às classes sociais C e D, eram alfabetizados em sua maioria, apresentavam hipertensão, problemas na coluna e diabetes.

Quanto às correlações entre as diferentes variáveis testadas foi observado que: quanto maior a idade, mais doenças foram encontrados; quanto melhor a saúde, mais felizes os pesquisados eram; quanto mais dor eles sentiam, mais infelizes se encontravam e que quanto mais velhos, pior a sua classe social.

Quanto à Qualidade de Vida foi observado que cinco domínios apresentaram uma pontuação média menor que 50: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde e limitação por aspectos emocionais, comprovando assim a baixa média desse parâmetro.

Mas há um enorme potencial de contribuição positiva que está ainda por ser explorado. Nesse contexto, identificam-se indivíduos que buscam relacionar de forma diferente com os outros e a comunidade de forma geral. Esse processo inclui a busca do equilíbrio entre as necessidades individuais e as necessidades sociais nas etapas do relacionamento e forma de encarar a vida. Nesse sentido, o idoso passa a considerar os aspectos da comunidade e o impacto sobre a vida de cada membro.

Para que ocorra o desenvolvimento, é necessário retirar as fontes que atrapalham o processo do desenvolvimento, como por exemplo, a pobreza, escassez de oportunidades financeiras e a tirania. Muitas das vezes o mundo atual tem-se recusado em promover a liberdade substancial a um grande número de indivíduos. Esse fato pode ser associado à insuficiência de recursos financeiros que privam a população de possuir alimentação necessária para suprir todas as suas necessidades, ou até mesmo medicamentos para o tratamento de doenças tratáveis, moradia adequada, terem acesso ao saneamento básico e a água tratada.

O presente trabalho não se propõe a exaurir o assunto proposto, mas sim utilizar o mesmo como referencial inicial para instigar novos questionamentos que causem inquietações indutoras de novas pesquisas sobre o assunto na região em estudo. A riqueza de informações e as dúvidas geradas permitem o levantamento de novas questões de pesquisa.

6. REFERÊNCIAS

BENADETTI, T.B; PETROSKI, E.L; GONÇALVES, L.T. Condições de Saúde dos Idosos de Florianópolis: **Arquivos Catarinenses de Medicina** Vol. 35, no. 1, de 2006, pag. 45.

VERAS, R. A novidade da agenda social contemporânea: a inclusão do cidadão de mais idade. **A Terceira idade**, v.14, n.28, p.6-29, 2003.

SOMCHINDA, A; FERNANDES, F.C. **Saúde e qualidade de vida na terceira idade: uma introspecção dos idosos institucionalizados**. Brasília: [s.n.], 2003. Disponível em http://vsites.unb.br/fs/sbc/sbc2003abo/saude_e_qualidade_de_vida_na_terceira_idade.pdf Acesso em 09 de maio de 2011.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.5, n.1, 2000, pp. 163-177.

CICONELLI, R.M. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida. 1997. 120p. Tese (doutorado em Ciências Médicas) – **Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo**, São Paulo, 1997.

WARE, J.E., KOSINSKI, M., KELLER, S.D. **SF-36 Physical and Mental Component Summary Measures: A User's Manual** Boston: The Health Institute, 1994.

SCHEICHER ME. Qualidade de vida e função cardíaca no infarto do miocárdio. **Rev. Fisioterapia Univ.** São Paulo. 2002 ; 9(2): 63-8.

MINAYO, M.C.S; HARTZ, Z.M.A; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva** vol.5, n.1, 2000.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública** 2009;43(3):548-54.

SMITH, B.H; ELLIOT, A.M; CHAMBERS, W.A. The impact of chronic pain in the community. **Family Practice – an international journal** 2001;18:292-299.

ROSSETTO, E.G; DELLAROZA, M.S.G; KRELING, M.C.G.D. Epidemiologia da dor em crianças, adultos e idosos. **Arq Bras Neurocir** 1999;18:213-224.

REYES-GIBBY, C.C; ADAY L, C.C. Impact of pain on self-rated health in the community-dwelling older adults. **Pain** 2002;95:75-

- LAVSKY-SHULAN, M; WALLACE, R.B, KOHOUT, F.J. Prevalence and functional correlates of low back pain in the elderly: the Iowa 65+ rural health study. **J Am Geriatr Soc.** 1985; 33: 23-8.82.
- FREIRE JR, R. C.; TAVARES, M. F. L. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.16, p.147-58, set.2004/fev.2005.
- UCHÔA, E.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. F. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, M. C. S. (Org.) Coleção Antropologia e Saúde: antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p.25-35.
- SLUZKI, C. E. De como a Rede Social afeta a saúde do indivíduo e a saúde do indivíduo afeta a Rede Social. In: SLUZKI, C. E. (Org.) A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997a. p.67-85.
- VALLA, V.V. Redes sociais, pode saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. *Interface (Botucatu)* 2000 ; 14(7):37-56.
- VERAS, R.P, PARAHYBA MICA. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. **Cad Saúde Pública.** 2007;23(10):2479-89.
- MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.K.R;E BARROS NETO, T.L.,Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas,neuromotoras e metabólicas da aptidão física. **Rev. Bras.Ciênc. e Mov.** 8 (4): 21-32, 2000.
- ROCHA A.D; OKABE I; MARTINS M.E.A; MACHADO P.H.B; MELLO T.C. Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final? **Ciênc. saúde coletiva** 2000;5:63-81
- SEID, E. M. F; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.
- VERAS, R.P; CALDAS, C.P; ARAÚJO, D.V; KUSCHNIR, R; MENDES, W. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. **Rev Saúde Pública** 2008;42(3):497-502.
- HOPMAN, W. M; VERNER, J. Quality of life and after Inpatient **Stroke Rehabilitation.** Stroke,2003
- KONG, K.H; YANG, S.Y. Health-related quality of life among chronic stroke survivors attending a rehabilitation clinic. **Singapore Med J**, 47 (3), p. 213-218, 2006.
- LAI, S.M; DUNCAN, P. W; DEW, P; KEIGHLEY, J. Sex Differences in Stroke Recovery. Preventing Chronic Disease: **Public Health Research, Practice, and Policy**, v.2 (3), p. 1-11, 2005.
- MARTINS, T; RIBEIRO, J. P; GARRET, C. Incapacidad y calidad de vida del paciente afectado por um accidente vascular cerebral: evaluación nueve meses después Del alta hospitalar. **Revista de Neurologia**, 42 (11), p. 655-659, 2006.
- ALONSO J; FERRER M; GANDEK B; WARE J.R.J.E; AARONSON N.K; MOSCONI P. et al. Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: Results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. **Qual Life Res** 2004; 13:283-98.
- LEBRÃO ML, LAURENTI R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Rev Brás Epidemiol** 2005; 8(2): 127-41.
- BARROS, M.B.A; CÉSAR, C.L.G; CARANDINA, L; TORRE, G.D. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciênc e Saúde Coletiva** 2006; 11(4): 911-26.
- WEE H-L; CHEUNG Y-B; LI S-C; FONG K-Y; THUMBOO J. The impact of diabetes mellitus and other chronic medical conditions on health-related quality of life: is the whole greater than the sum of its parts? **Health and quality of life outcomes** 2005: 3-12.

LEMOS, M.C.D; MIYAMOTO, S.T; VALIM, V; NATOUR, J. Qualidade de vida em pacientes com osteoporose: correlação entre OPAQ e SF-36. **Rev Bras Reumatol** 2006; 46(5): 323-8.

BANDEIRA, F; MAIA A.C; CANUTO V; FREESE E. Osteoporose: características epidemiológicas e biológicas. In: Freese E. **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006:177-6.

GOLDNEY RD. Diabetes, depression and quality of life. **Diabetes Care** 2004; 27(5): 1066-70.

ERICKSON, S.R, WILLIAMS, B.C, GRUPPEN, L.D. Perceived symptoms and health-related quality of life reported by uncomplicated hypertensive patients compared to normal controls. **Journal of Human Hipertension** 2001; 15: 539-48.

WANG, W; LOPEZ, V; YING, C.S; THOMPSON, D.R. The psychometric properties of the Chinese version of the SF-36 health survey in patients with myocardial infarction in mainland China. **Qual Life Res** 2006; 15: 1525-31.

SENNA, E.R. **Estudo sobre a prevalência de doenças reumáticas na cidade de Montes Claros**. [tese]. São Paulo, UNIFESP, 2002.

CICONELLI, R.M; FERRAZ, M.B; SANTOS, W, MEINÃO, I; QUARESMA, M.R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Reumatol** 1999; 39(3): 143-50.

THEME-FILHA M.M; SZWARCZALD C.L; SOUZA-JÚNIOR P.R.B. Socio-demographic characteristics, treatment coverage, and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil. **Cad Saúde Pública** v.34; p.801-805, 2005.

DELLAROZZA, M.S.G; PIMENTA, C.A.M; MATSUO, T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. **Cad Saúde Pública** 2007; 23(5):1151-60.

SCHLENK E.A; ERLÉN J; DUNBAR-JACOB J; MCDOWELL, L; ENBERG S, S.S.M et al. Health-related quality of life in chronic disorders: a comparison across studies using the MOS SF-36. **Qual Life Res** 1998; 7:57-65.

JÖNSON,A.C; LINDGREN,I; HALLSTRÖM, B; NORRVING, B; LINDGREN, A. Determinantes of quality of life in stroke survivors and their informal caregivers. **Stroke** 2005; 36:803-8.

Ministério da Saúde (BR). Portaria No 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a política nacional de saúde da pessoa idosa. [acesso em 19 de março de 2011]. Disponível em: <http://www.ciape.org.br/PoliticaPIIdosa2528.pdf>, Acesso em 19 de março de 2011.

Ministério da Saúde (BR). Portaria No 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>, [acesso em 19 de março de 2011].