

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS HIPERTENSOS DE UM GRUPO DE
CONVIVÊNCIA SOCIAL DO MUNICÍPIO DE SÃO LUIZ GONZAGA – RS**

AVILA, Vanessa Hoffmann de ¹

VIEIRA, Rodrigo Casales da Silva ²

1 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. Email: vanessa.havila@hotmail.com

2 Professor Mestre da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões.
Email: rodrigocasles@hotmail.com

RESUMO: Introdução: O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo que causa diversas alterações no organismo, sejam elas de ordem morfológica, psicológica, funcional ou biológica, levando ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão arterial sistêmica e, conseqüentemente a redução da qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida em idosos hipertensos de um grupo de convivência social de São Luiz Gonzaga. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo de caráter transversal, onde foi aplicado o questionário SF-36 para mensuração da qualidade de vida. **Resultados:** Pode-se observar que os idosos têm uma boa qualidade de vida, e que a maior parte deles não é tabagista, nem etilista. **Conclusão:** Foi possível concluir que os idosos apresentam uma boa qualidade de vida, por serem ativos e participarem de atividades em grupo, o que proporciona a eles uma maior sociabilidade.

Palavras – chave: Envelhecimento; Idosos; Qualidade de vida.

ABSTRACT: Introduction: Aging is a dynamic and progressive process that causes various changes in the body, whether morphological, psychological, functional or biological, leading to the development of chronic non-communicable diseases such as systemic arterial hypertension and, consequently, life. **Objective:** To evaluate the quality of life in elderly hypertensives of a social coexistence group of São Luiz Gonzaga. **Materials and Methods:** This is a cross-sectional study where the SF-36 questionnaire was used to measure quality of life. **Results:** It can be observed that the elderly have a good quality of life, and that most of them are neither smokers nor alcoholics. **Conclusion:** It was possible to conclude that the elderly present a good quality of life, because they are active and participate in group activities, which gives them a greater sociability.

Keywords: Aging; Elderly; Quality of life.

INTRODUÇÃO

A definição de idoso se diferencia entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento. Nos países desenvolvidos consideram-se idosas as pessoas com 65 anos ou mais; já nos países em desenvolvimento são consideradas idosas as pessoas com 60 anos ou mais. Essa definição se estabeleceu pela Organização das Nações Unidas, através da Resolução 39/125, durante a Primeira Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População, relacionando-se com a expectativa de vida ao nascer e com a qualidade de vida que as nações propiciam aos seus cidadãos (SANTOS, 2010).

O envelhecimento é um processo dinâmico e gradativo, causando muitas mudanças no organismo, sendo elas de ordem morfológica, psicológica, funcional ou biológica, levando a redução da capacidade funcional e ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis. Entre os fatores de risco para o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o mais predominante (MENDES, 2014).

As alterações específicas do envelhecimento fazem com que o indivíduo torne-se mais propenso ao desenvolvimento de HAS, sendo que esta é a doença crônica mais recorrente nessa população (MIRANDA, 2002).

Com o envelhecimento, as paredes arteriais, que são elásticas, perdem células musculares lisas, acumulam fibras colágenas e sofrem alterações moleculares em suas fibras elásticas. Com isso, as paredes arteriais tornam-se mais fibrosas, menos complacentes e há uma diminuição na luz desses vasos. Quando a complacência está reduzida, ocorre uma maior oscilação de pressão para um mesmo volume ejetado (JACOB FILHO, 2008).

A HAS é descrita como a manutenção de níveis de pressóricos acima de 140 mmHg na sistólica e 90 mmHg na diastólica. Está associada a fatores intrínsecos, como hereditariedade, gênero, idade e raça; e a fatores extrínsecos, como tabagismo, sedentarismo, obesidade, estresse, dislipidemia e dieta. Além do que, há aumento do risco de comorbidades, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e insuficiência renal crônica (MENDES, 2014).

Há estudos demonstrando que indivíduos hipertensos sintomáticos apresentam pior qualidade de vida quando comparados aos assintomáticos. A justificativa de pior qualidade de vida destes indivíduos pode estar relacionada ao fato de se sentirem doentes, de tomarem medicamentos que tendem a causar reações adversas, do estresse de ter que fazer dieta,

exercícios e privar-se de determinadas vontades, além de possíveis complicações, tais como acidente vascular cerebral ou infarto (BRITO et al, 2008).

O conceito de qualidade de vida está associado com a autoestima e o bem-estar pessoal e engloba uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive. O conceito de qualidade de vida varia de autor para autor e, além disso, é uma definição subjetiva que depende do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo (VECCHIA, 2005).

Na última década ocorreu um aumento de instrumentos de avaliação de qualidade de vida e afins, a maioria desenvolvida nos Estados Unidos, com um interesse crescente em traduzi-los para utilização em outras culturas. A aplicação transcultural por meio da tradução de qualquer instrumento de avaliação é um tema controverso. Alguns autores criticam a possibilidade de que o conceito de qualidade de vida possa não ser ligado à cultura. Por outro lado, em um nível abstrato, alguns autores têm considerado que existe um “universal cultural” de qualidade de vida, isto é, que, independente de nação, cultura ou época, é importante que as pessoas se sintam bem psicologicamente, possuam boas condições físicas e sintam-se socialmente integradas e funcionalmente competentes (GUYATT, 1993).

O termo Qualidade de Vida (QV) tem recebido uma variedade de definições ao longo dos anos. A QV pode se basear em três princípios fundamentais: capacidade funcional, nível socioeconômico e satisfação. A QV também pode estar relacionada com os seguintes componentes: capacidade física, estado emocional, interação social, atividade intelectual, situação econômica e autoproteção de saúde. Na realidade, o conceito de QV varia de acordo com a visão de cada indivíduo (SANTOS, 2002).

Qualidade de vida é a percepção do indivíduo quanto a sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive, levando em conta suas metas, suas expectativas, seus padrões e suas preocupações. Os especialistas notam que ela é afetada pela interação entre a saúde, o estado mental, a espiritualidade, os relacionamentos do indivíduo e os elementos do ambiente (REBELATTO, 2017).

Justifica-se a realização dessa pesquisa porque não existem dados na literatura sobre o processo de envelhecimento e qualidade de vida em idosos acometidos pela HAS no município de São Luiz Gonzaga. Além disso, para que futuramente, se consiga intervir

fisioterapeuticamente na qualidade de vida de indivíduos hipertensos em idade avançada do referido município é preciso, primeiro se conhecer o perfil desses idosos.

O objetivo deste estudo é avaliar a qualidade de vida em idosos hipertensos de um grupo de convivência social de São Luiz Gonzaga.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo é de caráter transversal. Sendo a amostra composta por 10 idosos hipertensos de uma unidade de um grupo de convivência social de São Luiz Gonzaga, de ambos os sexos, a partir de 60 anos de idade.

Tendo como critérios de inclusão indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos; ambos os sexos; com diagnóstico mínimo de HAS há pelo menos 6 meses; em tratamento medicamentoso efetivo e que aceitem participar do estudo assinando o termo de consentimento livre e esclarecido, e que façam parte do programa de convivência para a terceira idade (Conviver).

E como critérios de exclusão indivíduos com estado mentais alterados que impeçam a aplicabilidade do questionário de qualidade de vida e que não aceitaram participar do estudo não assinando o termo de consentimento livre e esclarecido, além de não se encaixarem nos critérios de inclusão para este estudo.

Em um primeiro momento (contato inicial), foi aplicada a avaliação fisioterapêutica criada pelo pesquisador, com a finalidade de selecionar os pacientes a serem avaliados.

Logo após, foi aplicado o teste minimal para avaliação do estado mental com a finalidade de averiguar se os indivíduos estão aptos a responder o questionário sobre qualidade de vida.

Sendo que o minimal é o teste validado e adaptado para a população brasileira que é utilizado para avaliar a função cognitiva. É um teste rápido (em torno de 10 minutos), de fácil aplicação, não requerendo material específico. É utilizado como instrumento de rastreamento. São avaliados os domínios orientação espacial, temporal, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho.

Por fim foi avaliada a qualidade de vida através do questionário SF36.

O estudo foi aplicado na Associação dos Moradores do Bairro da Gruta no município de São Luiz Gonzaga, no estado do Rio Grande do Sul, situado na rua Barão da Passagem, 1544.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados dez indivíduos cujas características clínicas e demográficas estão descritas na tabela 1.

Tabela 1: Características clínicas e demográficas da amostra

Características	n: 10
Idade (MD)	71,8
Gênero (%)	
M/F	30/70
Tempo de diagnostico da hipertensão arterial sistêmica (%)	
≤10 anos	40
≥11 anos ≤20 anos	50
≥20 anos ≤30 anos	10
Patologias associadas (%)	
Ausência de patologias associadas	60
Complicações cardíacas	30
Diabetes	10
Câncer	10

Fonte: Da autora.

Os dados estão expressos em MD - media e desvio padrão e % - porcentagem respectivamente. M – masculino, F- feminino, ≤ - menor ou igual, ≥ - maior ou igual, n: participantes

A partir do questionário SF – 36 (Tabela 2) pode-se observar que os idosos têm uma boa qualidade de vida. Isso se deve, provavelmente, por se tratar de idosos que participam de

um grupo de convivência social, onde se sentem incluídos e ativos na sociedade. (GALISTEU et al, 2006)

Tabela 2. Apresentação dos resultados do questionário SF36 que avalia a qualidade de vida dos participantes.

Domínios	n: 10	
Capacidade Funcional	72	± 21,24
Aspectos físicos	59	±38,28
Dor	64,9	± 22,85
Estado geral de saúde	62,9	±25,88
Vitalidade	59	±13,70
Aspectos sociais	89,5	±18,02
Aspectos emocionais	66,83	±41,99
Saúde mental	85,3	±16,42

Fonte da Autora

Dados expressos em media e desvio padrão, n: participantes.

O fato de nenhum dos participantes fazer uso de bebida alcoólica e, apenas, 10% dos participantes serem tabagistas, contribui também, para uma melhor qualidade de vida, já que, dessa forma, os indivíduos não sofrem com os malefícios do tabagismo e do etilismo, que poderiam agravar as consequências da HAS no organismo.

O escore alto para os domínios saúde mental e aspectos sociais devem-se, provavelmente pelo fato de realizarem atividades lúdicas e com dança, o que pode corroborar para que eles tenham uma melhora do seu estado de saúde mental através de uma sociabilização. (PEREIRA et al, 2006)

Em contrapartida em um estudo, realizado por Carvalho et al (2013), com 246 indivíduos hipertensos em tratamento medicamentoso há pelo menos 3 meses e, 87 indivíduos não hipertensos e saudáveis, aplicou-se o questionário de qualidade de vida SF - 36. Foi demonstrado que os indivíduos com hipertensão tiveram pior qualidade de vida quando comparados aos indivíduos saudáveis. Sendo que sete dos oito domínios foram menores do que dos indivíduos normotensos.

Já Pimenta et al (2008), realizou um estudo com 87 idosos tendo como resultado os piores escores nos domínios aspectos físicos, dor e estado geral de saúde. O que corrobora com o atual trabalho, no qual obtivemos uma baixa pontuação nesses campos e nos campos vitalidade e aspectos emocionais.

Os domínios em que se teve uma menor pontuação são limitações por aspectos físicos, vitalidade, dor, limitações por aspectos emocionais e estado geral de saúde. Isso ocorre por se tratar de indivíduos idosos, que devido ao envelhecimento apresentarão maiores limitações físicas e emocionais e, uma tendência à quadros álgicos, sofrendo, inclusive, a interferência da HAS que, ao longo do tempo, começa a demonstrar sinais e sintomas característicos (CANCELA, 2007).

Além disso, há uma maior tendência ao estresse ou a alterações nos aspectos emocionais quando comparado, na literatura, com indivíduos jovens. Com relação aos aspectos físicos e vitalidade podemos relacionar com a média de idade, que é de 71,8 e, portanto, com os efeitos do envelhecimento na aptidão física desses indivíduos (ARBEX, 2009).

A percepção do estado geral de saúde pode estar reduzida em razão da percepção que o indivíduo tem da doença, a qual traz limitações para o paciente devido à cronicidade, ao risco de desenvolver outras patologias, a mudança na alimentação e a ingestão de fármacos para controle da pressão arterial (CÔTÉ, 2005).

Os achados deste estudo, também vão ao encontro de Farias et al (2017), que observou que os idosos que participam de grupos de convivência social demonstram uma melhor qualidade de vida pelo questionário SF – 36, quando comparados aos idosos que não participam de grupos e não praticam atividades físicas. Os grupos sociais ampliam o convívio social e auxiliam na melhora das condições de saúde e do equilíbrio emocional, promovendo o envelhecimento ativo e tendo por objetivo a manutenção das capacidades e do potencial de desenvolvimento do indivíduo idoso. Promovendo assim, uma melhor qualidade de vida.

Limitações do estudo

Faz-se necessário, futuros estudos que avaliem e comparem a qualidade de vida de idosos hipertensos e normotensos. Isso se justifica pela existência de trabalhos na literatura demonstrando que os indivíduos com hipertensão tiveram pior qualidade de vida quando comparados aos indivíduos saudáveis.

Futuros do estudo

Com base no presente estudo pode-se desenvolver um plano de tratamento utilizando a dança como um meio lúdico para que as atividades tornem-se mais atrativas e interessantes. Podendo desenvolver um ensaio clínico randomizado com um grupo de idosos hipertensos e um grupo de idosos normotensos.

CONCLUSÃO

Através desse estudo foi possível concluir que os idosos apresentam uma boa qualidade de vida, por serem ativos e participarem de atividades em grupo, o que proporciona a eles uma maior sociabilidade.

Também se pode observar que a maioria dos indivíduos não apresenta patologias associadas, não fazem uso de bebida alcoólica e não são tabagistas. O que pode interferir diretamente na qualidade de vida, pois o etilismo e o tabagismo podem ser fatos agravantes das consequências da HAS no organismo.

REFERÊNCIAS

- ARBEX FS, ALMEIDA EA. (2009). Qualidade de vida e hipertensão arterial no envelhecimento. *Rev Bras Clin Med*.
- BRASIL. (2007). Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília – DF.
- BRITO DM, ARAUJO TL, GALVAO MT, MOREIRA TM, LOPES MV. (2008). [Quality of life and perception of illness among individuals with high blood pressure]. *Cad Saude Publica*.
- CAETANO, L. M. (2006). O Idoso e a Atividade Física. Horizonte. *Revista de Educação Física e desporto*, V.11, n. 124, p.20-28.
- CANCELA, D. M. G. (2007). *O processo de envelhecimento*. Portal da psicologia. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2017.
- CARVALHO MV, SIQUEIRA LB, SOUZA ALL, JARDIM PCBV. (2013). A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. *Arq Bras Cardiol*.
- CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M. R. (1999). Tradução para língua portuguesa e validação do questionário de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 39(3):143-50.
- CÔTÉ I, MOISAN J, CHABOT I, et al. (2005). *Health-related quality of life in hypertension: impact of a pharmacy intervention programme*. *J Clin Pharm Ther*.
- ENRIGHT, P. L.; SHERRILL, D. L.; (1998). *Am J. Respir Crit Care Med*. Nov,158(5 Pt 1):1384-7.
- FARIAS ML, LUZA LP, SOUSA BA, ZAMPIROLO ER. (2017). Equilíbrio, mobilidade funcional e qualidade de vida em idosos participantes e não participantes de um centro de convivência. *Sci med*.

FIEDLER, M.M.; PERES, K. Z. (2008). Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Caderno de Saúde Pública*.

GALISTEU KJ, FACUNDIM SD, RIBEIRO RCHM, SOLER ZASG. (2006). Qualidade de vida de idosos de um grupo de convivência com a mensuração da escala de Flanagan. *Arq Cienc Saúde*.

GUS I, HARZHEIM E, ZASLAVSKY C, MEDINA C, GUS M. (2004). Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 83, n 5.

GUYATT, G.; FEENY, D.; PATRICK, L. (1993). Measuring realth related quality of life. *Ann Int Med*, 12(2):622-9.

JACOB FILHO, W.; GORZONI, M. L. (2008). *Geriatrics e gerontologia: o que todos devem saber*. São Paulo.

LYRA JUNIOR, D. P.; AMARAL R.T.; VEIGA E. V.; CÁRNIO E. V.; NOGUEIRA M. S.; PELÁ I. R. (2006). A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. *Rev Latino Americana de Enfermagem*.

MENDES, G. S.; MORAES, C. F.; GOMES, L. (2014). Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. Rio de Janeiro.

MIRANDA, R. D., et al. (2002). Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. *Revista Brasileira de Hipertensão*.

PEREIRA RJ, COTTA RMM, FRANCESCHINI SCC, SAMPAIO RF, PRIORE SE, CECON PR. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev Psiquiatr*.

PIMENTA FAP, SIMIL FF, TORRES HOG, AMARAL CFS, REZENDE CF, COELHO TO, REZENDE NA. (2008). Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a Utilização do questionário sf-36. *Rev Assoc Med Bras*.

RAMOS, L. R.; ROSA, T. E.; OLIVEIRA, Z. M.; MEDINA, M. C. G. & SANTOS, F. R. G., (1993). Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, 27:87-94.

REBELATTO J. R; MORELLI, J. G. S. *Fisioterapia Geriátrica: uma Prática da Assistência ao Idoso*, 2. ed., 2017.

SANTOS, R. S.; SANTOS, I. B. C.; FERNANDES, M. G. M.; HENRIQUES, M. E. R. M. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Rev Latino Americana de Enfermagem*.

SANTOS, S. S. C. (2010). Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Rio Grande.

VAITKEVICIUS, P. V.; FLEG, J. L.; ENGEL, J. H. et al. (1993). *Effects of age and aerobic capacity on arterial stiffness in healthy adults*. Circulation.

VECCHIA, R. D., et al. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. São Paulo.