

Qualidade de vida, condições e auto-percepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos

Quality of life, health conditions and self related health among hypertensive and non hypertensive elderly

Dóris Firmino Rabelo
Claudia Feio da Maia Lima
Patrícia Martins de Freitas
Júlio César dos Santos

RESUMO: O objetivo foi investigar o estilo de vida, as condições e a auto-percepção da saúde e da qualidade de vida entre idosos hipertensos e não hipertensos do município de Patos de Minas (MG). Participaram 364 idosos, sendo 54,7% hipertensos. Utilizaram-se: anamnese (histórico de saúde, engajamento social, estilo de vida e saúde percebida); Escala de Lawton; Mini-Exame do Estado Mental; Escala de Qualidade de Vida de Flanagan. Foram feitas estatísticas descritivas, comparativas de grupos, correlação e regressão linear. Os resultados indicaram que a qualidade de vida foi influenciada pelas atividades física e religiosa, e pela saúde percebida, comparada a contemporâneos. A saúde percebida hoje foi influenciada pelas mesmas variáveis e pela hipertensão arterial. Considerou-se que a continuidade de estudos que investiguem a qualidade de vida e a saúde percebida é necessária para a consolidação de modelos teóricos do desenvolvimento psicossocial de idosos saudáveis ou não.

Palavras-chave: Idosos; Hipertensão arterial; Qualidade de vida.

ABSTRACT: *The aim was to investigate the lifestyle, conditions and self perception of health and quality of life among hypertensive and non hypertensive elderly of Patos de Minas-MG. Participated 364 elderly, 54.7% was hypertensive. We used: anamnesis (history of social engagement, health, lifestyle and self-related health); Scale of Lawton; Mini-Mental State Examination; Scale of Quality of Life of Flanagan. Descriptive statistics were made, comparative groups, correlation and regression analysis.*

The results indicated that the quality of life has been influenced by religious and physical activities, and self-related health compared to contemporaries. Self-related health seen today was influenced by the same variables and hypertension. It was considered that the continuity of studies that investigate the quality of life and self-related health is necessary for the consolidation of theoretical models of the psychosocial development of healthy elderly or not.

Keywords: *Elderly; Hypertension; Quality of life.*

Introdução

De maneira geral, a maioria das pessoas deseja levar uma vida satisfatória e significativa ao longo do desenvolvimento, e em especial na velhice. Entender os processos pelos quais as pessoas conseguem alcançar e manter o sentimento de satisfação com suas vidas e uma boa velhice, do ponto de vista biopsicossocial, há muito tem sido uma questão investigada. Um dos grandes desafios enfrentados na velhice diz respeito às condições crônicas de saúde, maior causa de incapacidade entre os idosos e fonte de muitas dificuldades cotidianas.

A condição crônica que mais afeta os idosos é a hipertensão arterial. Acredita-se que a qualidade de vida dos afetados por esta doença é influenciada tanto por fatores médicos objetivos, quanto pela auto-percepção da saúde. No tratamento do paciente hipertenso é preciso buscar estratégias efetivas mediante uma abordagem integral, envolvendo os elementos fisiopatológicos, psicológicos e sociais para uma reorganização da atenção à saúde. Informações sobre as consequências que uma doença de longa permanência traz para a vida dos mais velhos podem ser úteis a todos aqueles que almejam melhorar seus programas de intervenção a pessoas afetadas por condições crônicas de saúde.

As doenças crônicas representam a principal causa de mortalidade e incapacidade no mundo, responsáveis por 59% dos 56,5 milhões de óbitos anuais. (OPAS, 2003). Entre as doenças crônicas, as cardiovasculares constituem a principal causa de morte na pessoa idosa, pois podem gerar incapacidades, dependências e perda de autonomia, representando um alto custo econômico e social.

No Brasil, no ano de 2003, 27,4% dos óbitos foram devidos às doenças cardiovasculares, atingindo 37% quando excluídos os óbitos por causas mal definidas e a violência. A principal causa de morte em todas as regiões do Brasil é o acidente vascular cerebral, acometendo as mulheres em maior proporção (SBC; SBH; SBN, 2006). A hipertensão arterial é o principal fator de risco para as mortes por acidente vascular cerebral e doença coronariana, explicando 40% dos óbitos por estas causas, sendo responsável por alta frequência de internações decorrentes desses agravos.

A hipertensão arterial é uma doença de natureza multifatorial com alta prevalência na população idosa, tornando-se um fator determinante nas elevadas taxas de morbidade e mortalidade desses indivíduos. Acomete quase 60% dos idosos; está frequentemente associada a outras doenças como a arteriosclerose, *diabetes mellitus* e síndrome metabólica, conferindo a este grupo alto risco cardiovascular. (Perrotti *et al.*, 2007).

O Estudo Multicêntrico do Idoso (EMI) demonstrou uma prevalência de 65% na população idosa; entre as mulheres com mais de 75 anos, a prevalência de hipertensão pode chegar a 80%. Dados do Framingham Heart Study demonstraram que indivíduos que atingem os 65 anos sem HAS têm 90% de chance de se tornarem hipertensos. (Miranda, 2005).

A probabilidade de incidência da hipertensão arterial é influenciada por condições multicausais que, além de aspectos como sexo, raça, idade, hereditariedade – que certamente não podem sofrer intervenção pode ser determinada também por alguns fatores plenamente modificáveis, como sobrepeso, ingestão excessiva de sal, sedentarismo, consumo de álcool, tabagismo, condições socioeconômicas, dislipidemias, dentre outras. Estes fatores abrem um campo muito amplo de pesquisas e possibilidades de atuação para a equipe de saúde, tanto na prevenção de problemas cardiovasculares, quanto na adesão ao tratamento em situação de doença ou disfunção já adquirida.

O impacto dos diversos fatores, em termos de risco relativo, diminui com o envelhecimento. Com o aumento da idade, porém, a prevalência das doenças cardiovasculares eleva o risco atribuível a determinado fator de risco, e o número de eventos que se devem a ele aumenta mais que nos jovens. É importante ressaltar que nenhum desses fatores de risco supera o envelhecimento como principal fator predisponente às doenças cardiovasculares. (Lieberman, 2007).

A hipertensão arterial contribui significativamente para modificações na qualidade de vida das pessoas por interferir na capacidade física, emocional, interação social, atividade intelectual, exercício profissional e outras atividades do cotidiano. De acordo com a definição

da Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade de vida é 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. (OMS, 1996).

Estudos têm se preocupado com os aspectos que deveriam ser considerados como importantes na manutenção e promoção da qualidade de vida na velhice. De modo geral, pode-se dizer que um idoso com qualidade de vida é aquele autônomo, com boa saúde física, ativo, desempenhando papéis sociais e levando uma vida com significado. Partindo desta concepção, quatro aspectos devem ser considerados: o físico, o psicológico, o social e o espiritual. (Lopes & Rabelo, 2006).

A qualidade de vida não é um parâmetro estático e pode variar entre os sujeitos e no mesmo sujeito ao longo do tempo. Definir qualidade de vida na velhice é um 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, e envolve comparações entre critérios objetivos e subjetivos sujeitos a alterações no decorrer do tempo. (Chachamovich; Trentini & Fleck, 2007).

Embora fatores biológicos exerçam um papel fundamental na determinação da qualidade de vida dos idosos, a percepção subjetiva do indivíduo e sua avaliação da situação funcionam como elementos importantes. A objetividade consiste numa avaliação determinada pelas medidas objetivamente estabelecidas; a subjetividade refere-se a como as pessoas se sentem ou se percebem a respeito de suas vidas, como percebem o valor dos componentes objetivos como fatores qualitativos de suas vidas. Consideramos a importância da subjetividade na avaliação do que faz da vida algo bom e desejável, pois os fatores objetivos tais como os de natureza socioeconômicas ou referentes à própria saúde sozinhos não são suficientes para explicar a experiência da qualidade de vida. (Neri, 2007).

Para os idosos, a determinação da qualidade de vida tem influência da auto-percepção da saúde que consiste em sentir-se bem, mesmo na presença de agravos e doenças significativas que possam tornar-se impedimento para realização de habilidades e capacidades. Tem crescido a consciência de que a compreensão dos resultados de saúde deve incluir o julgamento subjetivo do paciente quanto ao seu funcionamento físico. A saúde percebida é uma avaliação global do status de saúde a partir da percepção de seus aspectos

objetivos e subjetivos. Este é um indicador útil do estado corrente de saúde do indivíduo. A saúde percebida deve ser compreendida como uma medida sintetizada de todas as dimensões de saúde relevantes ao indivíduo, sendo resultante de processos ativos de interpretação. Além de englobar condições médicas e incapacidades funcionais, envolve fatores considerados não-clínicos como o estado de humor, as redes de relações sociais e as comparações sociais.

O conhecimento do perfil sócio-demográfico dos pacientes hipertensos, do uso que fazem dos serviços de saúde e das estratégias terapêuticas que conhecem e utilizam são importantes para direcionar intervenções mais eficazes de controle da hipertensão arterial. As intervenções e as repercussões de determinadas situações do tratamento individual ao longo da vida, com uma escolha cuidadosa do anti-hipertensivo e assistência multiprofissional no decorrer do tratamento são aspectos fundamentais.

A mudança de hábitos de vida ainda representa um grande desafio, por se tratar de processo comportamental complexo que sofre diversas influências, como meio ambiente, culturais, sociais e dos profissionais de saúde. A educação em saúde é uma alternativa fundamental para conduzir as pessoas a essas mudanças, para fins de prevenção ou controle dos fatores de risco da HAS, por meio de hábitos e atitudes saudáveis.

Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi investigar o estilo de vida, as condições e a auto-percepção da saúde e da qualidade de vida entre idosos hipertensos e não hipertensos do município de Patos de Minas (MG).

Método

O presente trabalho foi desenvolvido a partir do banco de dados da pesquisa “Saúde, mecanismos de auto-regulação do *self* e qualidade de vida no envelhecimento normal: estudo com a população idosa de Patos de Minas-MG” devidamente aprovada pelo Comitê de ética em Pesquisa do UNIPAM (protocolo n.º 110/08) em 27 de agosto de 2008, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Tratou-se de um estudo descritivo, de campo, quantitativo, de natureza transversal destinado a avaliar variáveis sociais, psicológicas e físicas de uma amostra representativa da população idosa de Patos de Minas, residente na comunidade deste município.

Participantes

O processo adotado para a determinação da amostra foi a técnica de amostragem probabilística aleatória simples para a construção de um subconjunto delimitador do universo adotado. O resultado da amostra, utilizando-se o último censo demográfico, para um nível de confiança de 95%, com um erro amostral tolerável de 5% e para um universo de 8494 idosos residentes no município de Patos de Minas, foi de 384 sujeitos. Foram calculadas amostras estratificadas de acordo com o número de idosos residentes em cada bairro da cidade.

A seleção da amostra foi realizada pela equipe executora do projeto, treinada para este fim, que foram até estas regiões e buscaram identificar nos domicílios os indivíduos relevantes para a pesquisa. A coleta dos dados realizou-se no domicílio dos idosos. Foi feita a explanação da pesquisa, objetivos, expectativas e processo para que os sujeitos da amostra aceitassem ou não participar do processo. Após a resposta afirmativa dos sujeitos em colaborar, foi solicitado que estes assinassem o Termo de Consentimento Esclarecido para, em seguida, serem realizadas as entrevistas.

Os critérios de inclusão na pesquisa foram: ter idade igual ou superior a 60 anos, não apresentar um déficit auditivo ou visual que impossibilitasse a compreensão do roteiro de entrevista, residir na comunidade e atingir o escore mínimo esperado no Mini Exame do Estado Mental, de acordo com a escolaridade.

Participaram 364 idosos, sendo que 54,7% eram hipertensos. A média de idade foi de 68,5 anos (DP=7,8anos) para idosos sem hipertensão e 69,3 anos (DP=6,9anos) para idosos com hipertensão. O sexo feminino é mais frequente nos dois grupos sendo 62,4% para idosos sem hipertensão e 70,9% para idosos hipertensos. Em relação aos anos de escolaridade a maior frequência foi entre os idosos que estudaram entre 1 a 4 anos sendo 49,7 % para idosos não hipertensos e 51% para idosos hipertensos.

O estado civil teve um percentual mais frequente de casados, no grupo do sem hipertensão foi de 51,5% e no grupo dos hipertensos foi de 56,8%. O percentual de viuvez foi de 33% para ambos os grupos. A participação em atividade economicamente ativa foi de baixa frequência para os dois grupos, no caso dos não hipertensos 31,5% trabalhavam e no caso dos hipertensos apenas 15% estavam ativos. O arranjo familiar possui uma distribuição mais uniforme para o caso dos não hipertensos sendo que moram 16,4 %, moram sozinhos;

29,1% moram com cônjuge; 25,5% com descendentes; 20,6% com cônjuges e descendentes; 8,5% outros; enquanto que para os idosos hipertensos a distribuição segue outro padrão sendo que 19,1% moravam sozinhos; 24,1% moravam com cônjuge; 19,1% com descendentes; 32,2% com cônjuges e descendentes; 5,5% outros.

Instrumentos

a) Ficha de informações sócio-demográficas (idade, sexo, escolaridade, estado civil, ocupação, arranjo domiciliar);

b) Anamnese (destinada aos idosos e à entrevista com um acompanhante ou familiar que seguem a rotina dos mesmos) para caracterizar os sujeitos quanto ao:

- Histórico de saúde (indicado por índice de hospitalização no último ano, doenças crônicas, eventos que deixam sequelas, medicação);

- Engajamento social (participação em atividades sociais e de lazer);

- Estilo de vida e hábitos de saúde (atividades físicas, alimentação, histórico de etilismo e tabagismo);

- Saúde percebida para levantar dados avaliativos sobre a saúde atual, sobre a saúde atual em comparação com cinco anos atrás e a perspectiva daqui a cinco anos (comparações temporais), e sobre a saúde atual da pessoa em comparação com a de outros indivíduos da mesma idade (critério de comparação social);

c) Escala de Lawton. (MS, 2006). Avalia o desempenho funcional em termos de atividades instrumentais. Os idosos são classificados como independentes, dependentes parcialmente ou dependentes no desempenho de nove funções;

d) Mini-Exame do Estado Mental. (Brucki *et al.*, 2003). É um teste de rastreamento e permite uma avaliação global do funcionamento cognitivo. É composto por uma avaliação objetiva da orientação, memória, cálculo e linguagem. Funciona como indicador de déficit cognitivo. O escore mínimo esperado por escolaridade: para analfabetos: 19; para escolaridade de 1 a 4 anos: 23; de 5 a 8 anos: 26,5; de 9 a 11 anos: 28; para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos: 29. Esta é a escala mais amplamente utilizada na avaliação de declínio cognitivo em idosos;

e) Escala de Qualidade de Vida de Flanagan. (Dantas, Góis, & Silva, 2005). São avaliados os domínios ‘Bem-estar físico e mental’, ‘Relacionamento com outras pessoas’, ‘Atividades cívicas, sociais e comunitárias’, ‘Desenvolvimento e enriquecimento pessoal’, ‘Recreação’ e ‘independência’ em uma escala que varia de 1 (extremamente insatisfeito) a 7 (extremamente satisfeito).

Análise de dados

Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística com a utilização do programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*). Foram feitas tabelas de frequência para as variáveis categóricas, bem como estatísticas descritivas das variáveis contínuas (média, desvio padrão, valores mínimo e máximo e mediana). Para analisar a relação entre as variáveis foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson ($p < 0.05$). Para verificar as diferenças entre os grupos de idosos sem hipertensão e hipertensos foi realizado o teste t de *student*. A análise de regressão foi utilizada para verificar as variáveis que mais contribuem para a saúde percebida e a qualidade de vida dos idosos investigados.

Resultados

Estilo de vida

Com relação ao estilo de vida verificou-se que tanto os idosos hipertensos quanto aqueles sem esta condição participam mais de atividades religiosas (68,2% e 72,2% respectivamente) do que de atividades sociais ou voluntárias na comunidade (23,2% e 19,6%, respectivamente) e apresentam baixo nível de atividades físicas (66,8% e 59,8%, respectivamente). No que se refere aos comportamentos preventivos, 64,3% dos idosos hipertensos e 50,9% dos idosos sem hipertensão sempre examinam a pressão arterial e o nível de colesterol regularmente e 92,5% dos hipertensos e 92,1% dos não hipertensos mantêm suas vacinas atualizadas. Observou-se que existem duas vezes mais fumantes hipertensos

(25,7%) do que não hipertensos (14,3%). De modo geral os idosos visitam o médico regularmente (87,4% hipertensos e 76,4% não hipertensos).

Condições de saúde

Uma quantidade maior de idosos hipertensos (63,3%) está em tratamento de saúde atualmente do que os não hipertensos (38,8%). Verificou-se um número maior de comorbidades entre os hipertensos, como os problemas cardíacos (14,5% dos não hipertensos e 39,2% dos hipertensos), a diabetes (7,3% dos não hipertensos e 21,6% dos hipertensos) e o problema com o colesterol (23% dos não hipertensos e 48,5% dos hipertensos). Além disso, também relataram maior dificuldade visual (54,5% dos não hipertensos e 72,4% dos hipertensos), uma avaliação mais negativa do apetite (5,4% dos não hipertensos e 16,1% dos hipertensos), um maior número de hospitalizações no último ano (16% dos não hipertensos e 23,9% dos hipertensos), maior percepção de dor (24,4% dos não hipertensos e 32,7% dos hipertensos sempre sentem dor), maior prevalência de alguém na família com hipertensão arterial (46,6% dos não hipertensos e 77,3% dos hipertensos) e maior incidência de quedas no último ano (17% dos não hipertensos e 22,6% dos hipertensos).

Saúde percebida e Qualidade de vida

Verificou-se que os idosos hipertensos têm uma percepção mais negativa da sua própria saúde (Tabela 1), mas, com relação à percepção da própria qualidade de vida, os dois grupos apresentaram satisfação (Tabela 2).

Tabela 1: Distribuição da Saúde Percebida entre idosos sem hipertensão e com hipertensão

Saúde Percebida	Idosos sem hipertensão	Idosos com hipertensão
Percepção da saúde de modo geral		
Muito boa	36,3%	14%
Boa	35,2%	36,7%
Razoável	24,8%	40,7%
Péssima	3,6%	8,5%
Percepção da saúde comparada com a de outras pessoas de mesma idade		
Melhor	60%	47,7%
	32,7%	40,2%

Igual	7,3%	12,1%
Pior		
Percepção da saúde hoje comparada com a de cinco anos		
Melhor	24,2%	24,1%
Igual	48,5%	35,2%
Pior	27,3%	40,7%
Percepção da saúde daqui a cinco anos		
Melhor	20%	21,1%
Igual	61,2%	45,2%
Pior	18,8%	33,7%

* O teste t de Student indicou que existem diferenças significativas entre os grupos quanto à saúde percebida atual (Não hipertensos: M=2,83; DP=1,05; hipertensos: M=3,39; DP=0,93; p=0,000) e à saúde percebida hoje em comparação com contemporâneos (Não hipertensos: M=1,47; DP=0,63; hipertensos: M=1,64; DP=0,68; p=0,015).

Tabela 2: Média da percepção da Qualidade de Vida entre idosos sem hipertensão e hipertensos

Qualidade de Vida	Idosos sem hipertensão		Idosos com hipertensão	
	Média	dp	Média	dp
Bem-estar físico e mental	5,3	0,9	5,0	1,0
Relacionamento com outras pessoas	5,2	1,1	5,2	1,0
Atividades cívicas, sociais e comunitárias	5,0	1,0	4,8	0,9
Desenvolvimento e enriquecimento pessoal	5,2	0,9	5,0	0,8
Recreação	4,8	1,0	4,6	1,0
Independência	5,4	1,2	5,4	1,1
Total	5,1	0,8	5,0	0,8

*Não foram encontradas diferenças significativas para a comparação com o teste t de student.

Correlação de Pearson

Idosos com hipertensão:

A melhor percepção de qualidade de vida está correlacionada à maior participação em atividades religiosas ($r=0,140$; $p=0,049$) e em atividades físicas ($r=0,247$; $p=0,000$), à melhor saúde geral percebida ($r=0,200$; $p=0,005$), à percepção mais positiva da saúde hoje comparada com contemporâneos ($r=0,234$; $p=0,001$) e à maior funcionalidade no desempenho de atividades instrumentais de vida diária ($r=0,170$; $p=0,017$).

Idosos sem hipertensão arterial:

A melhor percepção de qualidade de vida está correlacionada à maior participação em atividades físicas ($r=0,204$; $p=0,009$), à melhor saúde geral percebida ($r=0,244$; $p=0,002$), à percepção mais positiva da saúde hoje comparada com contemporâneos ($r=0,284$; $p=0,000$) e à maior funcionalidade no desempenho de atividades instrumentais de vida diária ($r=0,261$; $p=0,001$).

Regressão Múltipla:

Para a análise de regressão foi utilizado o método *stepwise* para testar quais as variáveis são preditoras da qualidade de vida e em seguida quais as variáveis são preditoras da saúde percebida. Para o modelo da qualidade de vida foram incluídas as seguintes variáveis: hipertensão; saúde geral; atividade religiosa; atividade física; saúde percebida comparada com os contemporâneos; regularidade nas consultas médicas. O modelo final apresentou um $r=0,36$ e $r^2=0,13$, incluindo as variáveis: saúde comparada com contemporâneos; atividade física; atividade religiosa; e saúde geral. Dentre essas variáveis, a saúde comparada com os contemporâneos explica 25 % da variância com $p < 0,01$. No caso da saúde percebida as variáveis incluídas foram as mesmas, entretanto o modelo que melhor explicou a variável foi o seguinte: saúde comparada com contemporâneos que sozinha explica 57% $p < 0,01$ do modelo; atividade física; saúde comparada com cinco anos atrás e hipertensão. Esse modelo foi predito por um $r=0,55$ e $r^2=0,30$.

Discussão

Os resultados encontrados no presente estudo demonstram um perfil diferenciado entre o grupo de idosos hipertensos e não hipertensos. As variáveis que avaliaram o estilo de vida e as condições de saúde possibilitam a identificação de hábitos que estão associados à hipertensão, assim como o nível de impacto que a hipertensão tem sobre a

saúde. Para o estilo de vida podemos destacar que entre os idosos hipertensos estão o maior número de fumantes; menor número de praticantes de atividades físicas e maior procura pelos serviços saúde.

Os resultados desse perfil são compatíveis com os apresentados na literatura como, por exemplo, o estudo de Cotta e colaboradores (2009) que investigou o estilo de vida de pacientes hipertensos e diabéticos e encontrou como principais características desse grupo: baixa renda e escolaridade; tratamento medicamentoso e sedentarismo. Essa procura regular ao serviço de saúde e as variáveis que compõem o estilo de vida de idosos hipertensos é um indicador de que o foco do tratamento da hipertensão ainda é essencialmente curativo e que as ações de promoção da saúde ainda não fazem parte da realidade desse público. Em termos de políticas de saúde, esse resultado deve ter relevância na análise, considerando que o tratamento curativo é mais oneroso para o sistema público de saúde.

No estudo de Coltro e colaboradores (2009) as medidas educativas próprias do modelo de promoção da saúde são evidenciadas. Para os autores a alta prevalência de fatores de risco modificáveis na população de idosos hipertensos e diabéticos sugere a necessidade de medidas de saúde pública que promovam educação e prevenção primária dirigida, principalmente, para indivíduos idosos e com sobrepeso.

A comparação com contemporâneos (comparação social) desempenha um papel importante na avaliação e construção da realidade e no enfrentamento de eventos negativos. Em situações que produzem um decréscimo no bem-estar, os indivíduos irão frequentemente se comparar com outros ou com situações de vida que eles acreditam serem piores, em um esforço de melhorar seu bem-estar, particularmente quando não têm em vista oportunidades de ações instrumentais. Esse mecanismo faz emergir a percepção de que seu *status* é relativamente mais favorável, e isso produz um aumento no bem-estar subjetivo.

Os resultados das análises comparativas no presente estudo mostraram que os idosos com hipertensão avaliaram mais negativamente sua saúde quando comparada com contemporâneos, indicando que apesar dos recursos compensatórios que os idosos possam lançar mão, a presença de uma doença crônica tem potencial de diminuir a satisfação em certos domínios da vida pessoal. Por outro lado a satisfação com a qualidade de vida não

difere entre os dois grupos. Esses resultados fortalecem a hipótese de que a qualidade de vida se associa a outros fatores, de forma que mesmo tendo uma percepção negativa sobre a própria saúde os idosos hipertensos mantêm a satisfação com a qualidade de vida.

Portanto, doenças crônicas de longa permanência, desde que controladas, podem não comprometer a qualidade de vida em idosos. Apesar desses resultados, a investigação de idosos hipertensos que adotem a promoção da saúde como tratamento complementar deve ser investigada com objetivo de verificar possíveis diferenças na saúde percebida e na qualidade de vida. Esse resultado converge com os achados de Ramos (2003) que considera a presença de uma doença prejudicial à percepção da saúde e qualidade de vida dos idosos. No entanto, esses mesmos indivíduos podem ser considerados saudáveis, mesmo que tenham doenças crônicas, degenerativas, contudo controladas. Nesse estudo foi identificada uma média de 5,62 co-morbidades auto-relatadas. Apesar deste número considerável de co-morbidades, a maioria dos idosos foi considerada, tanto moderadamente ativa (81,7%) ou ativa (7,5%), a partir de uma perspectiva funcional. O autor explica esse resultado pela relação que a saúde tem como a qualidade de vida, sendo um bom indicador para a percepção negativa, mas insuficiente para explicar a velhice bem sucedida.

As correlações, apesar de serem fracas, foram significativas demonstrando relações positivas entre a melhor saúde percebida e as variáveis: atividade religiosa e física, percepção mais positiva da saúde hoje comparada com contemporâneos; tanto para o grupo de idosos hipertensos quanto para os não hipertensos. Essa relação sugere que tais variáveis funcionem como mediadoras da qualidade de vida em idosos com ou sem patologias crônicas.

Os resultados encontrados na análise de regressão são convergentes com as demais análises realizadas. Para a qualidade de vida, as variáveis do estilo de vida - atividade física e religiosa - e comparação da saúde com contemporâneos constituem as variáveis preditivas. Enquanto que para a saúde percebida, essas mesmas variáveis, incluindo a hipertensão e a saúde comparada com cinco anos são preditivas. Esses resultados demonstram que a hipertensão não é preditora da qualidade de vida para os idosos. Em contrapartida, para a saúde percebida, a hipertensão não foi excluída do modelo. É possível que as doenças controláveis de saúde, quando manejadas, não sejam tão impactantes na qualidade de vida.

Outra consideração relevante é que, tanto para a qualidade de vida, quanto para a saúde percebida, a variável saúde comparada com contemporâneos é a que mais contribui para os modelos, demonstrando que a comparação social para os idosos pode ser um dos principais mecanismos de manutenção da qualidade de vida e da saúde percebida.

Acredita-se que um dos aspectos mais importantes no entendimento da representação de uma condição crônica de saúde, potencialmente incapacitante quando não manejada adequadamente na vida de uma pessoa idosa é avaliar através de sua própria perspectiva em que medida sua qualidade de vida foi afetada. A maioria dos participantes está satisfeita com sua própria qualidade de vida, indicando a capacidade de superação e ajustamento a suas limitações e mudanças em sua vida. Perdas na funcionalidade não são, necessariamente, um impedimento para a continuidade do funcionamento cognitivo e emocional, e como qualquer ser humano, o idoso consegue ativar mecanismos compensatórios para lidar com essas perdas.

Considerações Finais

Os resultados do presente estudo apontam que a qualidade de vida em idosos é menos impactada por problemas de saúde de longa permanência, desde que esses estejam controlados, como no caso da hipertensão. Esse controle geralmente é feito por tratamento medicamentoso, acompanhado de mudanças no estilo de vida. As limitações quanto às modificações no estilo de vida são indicadores importantes da necessidade de políticas públicas voltadas à promoção da saúde.

Outra consideração é que a saúde percebida tende a sofrer maiores impactos pela presença da hipertensão. Os idosos hipertensos apresentaram uma percepção mais negativa de sua própria condição de saúde. Apesar de perceberem mais negativamente a saúde, os idosos hipertensos não diferiram dos não hipertensos quanto à qualidade de vida.

Assim, a qualidade de vida em idosos hipertensos é explicada por outros fatores: engajamento social, atividades físicas e religiosas. Os resultados observados sugerem a importância de estudos que favorecem o desenvolvimento de práticas e cuidados voltados à promoção da saúde nos idosos, considerando a progressão do crescimento desta população. Além disso, consideramos que a continuidade de estudos que investiguem a qualidade de vida e saúde percebida é necessária para a consolidação de modelos teóricos do desenvolvimento psicossocial de idosos saudáveis ou não.

Referências

- Brucki, S.M.D. *et al.* (2003). Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq. Neuro-psiquiat.r.*, 61(3-B): 777-81.
- Chachamovich, E; Trentini, C. & Fleck, M.P.A. (2007). Qualidade de vida em idosos: conceituação e investigação. In: Neri, A.L. (Org.). *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas, SP: Alínea: 61-82.
- Coltro, R.S. *et al.* (2009). Frequência de fatores de risco cardiovascular em voluntários participantes de evento de educação em saúde. *Rev.Assoc.Med. Bras.*, 55(5): 606-10.
- Cotta, R.M. *et al.* (2009). Social-sanitary and lifestyle profile of hypertense and/or diabetics, users of the Family Health Program in the city of Teixeiras, Minas Gerais State. *C. S. Col.*, 14(4): 1251-60.
- Dantas, R.A.S; Góis, C.F.L. & Silva, L.M. (2005). Utilização da versão adaptada da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan em pacientes cardíacos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 13(1): 15-20.
- Lieberman, A. (2007). Aspectos epidemiológicos e o impacto clínico da hipertensão no indivíduo idoso. *Rev Bras Hipertens*, 14(1): 17-20.
- Lopes, E.S.L & Rabelo, D.F. (2006). Qualidade de vida na velhice: indicadores nacionais e internacionais. *Revista Kairós Gerontologia*, 9(2): 209-26.
- Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. (2006). *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Miranda, R.D. (2005). Hipertensão arterial: o que muda na fisiopatologia e no tratamento. In: Ramos, L.R. *Geriatría e Gerontologia. Guias de medicina ambulatorial do hospitalar UNIFESP - Escola Paulista de Medicina*. (2ª ed.). São Paulo: Manole: 61-75.
- Neri, A.L. (2007). Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: Neri, A.L. (Org.). *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas, SP: Alínea: 13-60.
- Organización Mundial de la Salud. (1996). *Control de La hipertensión*. Genebra: Organización Mundial de la Salud. (Série de Informes Técnicos, 862).
- Organização Pan-americana da saúde (OPAS). (2003). *Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde*. Brasília (DF).
- Perrotti, T.C. *et al.* (2007). Tratamento farmacológico da hipertensão no idoso. *Rev Bras Hipertens*, 14(1), 37-41.
- Ramos, L.R. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad.Saúde Publica*, 19(3): 793-8.
- Sociedade brasileira de Cardiologia (SBC), Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). (2006). *V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*. São Paulo (SP).

Recebido em 13/10/2010

Aceito em 27/11/2010

Dóris Firmino Rabelo – Psicóloga, Mestre em Gerontologia pela UNICAMP, Campinas (SP), professora assistente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

E-mail: drisrabelo@yahoo.com.br

Claudia Feio da Maia Lima – Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Área de Concentração Saúde do Idoso. Professora Assistente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

E-mail: claudiafeiolima@yahoo.com.br

Patrícia Martins de Freitas - Psicóloga, Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente. Professora Adjunta do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

E-mail: pmfrei@gmail.com

Júlio César dos Santos - Economista, Mestre em Teoria Econômica. Professor Assistente do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

E-mail: economiadasaude@ufrb.edu.br.