

# Qualidade de vida e morbidades associadas em idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família do município Senador Guimard, Acre

*Quality of life and associated morbidities among elderly persons registered with the Family Health Strategy of Senador Guimard in the state of Acre*

Thatiana Lameira Maciel Amaral<sup>1</sup>  
Cledir de Araújo Amaral<sup>2</sup>  
Patrícia Rezende do Prado<sup>1</sup>  
Nathália Silva de Lima<sup>1</sup>  
Patrícia Vasconcelos Herculano<sup>1</sup>  
Gina Torres Rego Monteiro<sup>3</sup>

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

## Resumo

**Objetivos:** Verificar a prevalência de baixa qualidade de vida e analisar as morbidades a ela associadas em idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família. **Método:** Estudo transversal realizado com idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família residentes na zona urbana do município de Senador Guimard, Acre. A comparação entre homens e mulheres quanto às morbidades referidas e qualidade de vida foi realizada pelo teste Qui-quadrado de Pearson. As associações dos tercis da qualidade de vida com as morbidades referidas foram estimadas pela razão de chance (OR) por meio de análise de regressão logística multivariada. **Resultados:** Homens e mulheres apresentaram diferenças quanto ao relato de hipertensão ( $p=0,015$ ), diabetes ( $p=0,033$ ), no domínio psicológico ( $p=0,009$ ) e da qualidade de vida total ( $<0,001$ ). Os idosos classificados no tercil inferior do domínio *físico e social* da qualidade de vida tiveram maior chance de sofrer de hipertensão, distúrbios cardiovasculares e anemia. Os pertencentes ao tercil inferior do domínio *psicológico* também tiveram maior chance de sofrer de hipertensão, distúrbios cardiovasculares e insônia, além da anemia. Os idosos pertencentes ao tercil inferior total tiveram maior chance de sofrer de hipertensão, distúrbios cardiovasculares, insônia e anemia. Não houve associação estatisticamente significativa no domínio *ambiental*. **Conclusão:** A qualidade de vida total e os domínios *físico, psicológico e social* da qualidade de vida podem ser considerados bons indicadores de morbidades referidas em idosos, exceto para o domínio *ambiental*.

**Palavras-chave:** Morbidade; Qualidade de Vida; Idoso.

## Abstract

**Objectives:** To verify the prevalence of a low quality of life and analyze the morbidities associated with such a condition among elderly persons registered with the Family Health Strategy of the municipality of Senador Guimard. **Method:** A cross-sectional study was performed of elderly persons registered with the Family Health Strategy in the urban area of the municipality of Senador Guimard in the state of Acre. A comparison between

<sup>1</sup> Universidade Federal do Acre, Centro de Ciências da Saúde e do Desporto. Rio Branco, Acre, Brasil.

<sup>2</sup> Instituto Federal do Acre. Rio Branco, Acre, Brasil.

<sup>3</sup> Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

men and women regarding morbidities and quality of life was performed using Pearson's chi-squared test. The associations between the tertiles of quality of life and morbidities were estimated by odds ratio through multivariate logistic regression analysis. *Results:* There were differences between men and women in the reporting of hypertension ( $p=0.015$ ), diabetes ( $p=0.033$ ), in the psychological domain ( $p=0.009$ ) and in total quality of life ( $<0.001$ ). Elderly people classified in the lower tertile of the physical and social domains of quality of life were more likely to suffer from hypertension, cardiovascular disorders and anemia. Those in the lower tertile of the psychological domain were also more likely to suffer from hypertension, cardiovascular disorders and insomnia, as well as anemia. Elderly individuals in the lower overall tertile were more likely to suffer from hypertension, cardiovascular disorders, insomnia and anemia. No statistically significant associations were found for the environmental domain. *Conclusion:* The total quality of life and the physical, psychological and social domains of quality of life can be considered good indicators of the described morbidities among the elderly. The environmental domain, however, was not a useful indicator.

**Key words:** Morbidity;  
Quality of Life; Elderly.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento é compreendido como um processo natural de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, sendo chamado de senescência. No entanto, se ocorrer condições patológicas que requerem assistência, tem-se a senilidade.<sup>1</sup>

A chegada da velhice inclui as limitações de um corpo muito vivido sem a mesma vitalidade, rapidez de raciocínio, percepção sensorial e motora ou cognitiva.<sup>2</sup> Além disso, o idoso pode ser acometido por doenças crônicas durante o processo de envelhecimento que influenciarão no seu bem-estar.<sup>1</sup>

Dentre as modificações biológicas nesse processo, estão a atrofia da musculatura esquelética, redução da água intracelular, aumento e redistribuição de gordura, diminuição da concentração de albumina sérica, redução da taxa do metabolismo basal, alteração no sistema de regulação da temperatura e diminuição da imunidade celular, que favorecem o aparecimento de doenças, se não houver uma educação para o envelhecimento.<sup>3</sup>

A partir da década de 1960 desencadeou-se, mundialmente, a transição da estrutura etária.<sup>4</sup> A expectativa de vida no Brasil tem aumentado rapidamente nas últimas décadas, segundo o

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), passando de 70,4 anos, em 2000, para 73,4 anos em 2010.<sup>5</sup> Este aumento na expectativa de vida ocorreu de modo gradual e foi possível graças a melhorias nas condições sociais, de saneamento básico, além do uso de antibióticos e de vacinas que influenciaram positivamente na prevenção e tratamento de doenças infectocontagiosas.<sup>6</sup> Assim, a população idosa passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002. Estima-se que este número alcance 32 milhões de idosos em 2020.<sup>7</sup> Dentre as regiões do país, a região Norte apresentou a menor porcentagem (5,3%) de idosos.<sup>8</sup>

Quanto à presença de doenças, segundo o IBGE, 77,4% dos idosos declararam possuir doenças crônicas. Para aqueles de 75 anos ou mais de idade, essa proporção aumenta para 80,3%. Quase metade (48,9%) dos idosos sofria de mais de uma doença crônica. Entre as doenças crônicas mais referidas está a hipertensão arterial, que se destaca em todos os subgrupos de idosos, com proporções em torno de 50%. As doenças musculoesqueléticas aparecem, também, com bastante frequência (35,1%) entre as pessoas de 60 anos ou mais de idade.<sup>8</sup>

Estudos apontam que a presença de morbidades influencia de forma negativa a qualidade de vida dos indivíduos.<sup>9</sup> A Ciência sempre buscou conceituar o termo "qualidade de vida" e, nessa busca, acredita

não ter um único significado.<sup>10</sup> O termo qualidade de vida, geralmente, inclui uma variedade potencial de mais condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, a sua condição de saúde e as intervenções médicas.<sup>11</sup> O conceito de qualidade de vida é pessoal e depende das necessidades e preferências de cada indivíduo e do que é importante para ele, por isso, nem sempre o nível socioeconômico é sinônimo de qualidade de vida, sendo o tema muito subjetivo.<sup>12</sup>

A boa qualidade de vida na idade madura deve ser vista por múltiplos aspectos, ou seja, uma velhice satisfatória não será atributo do indivíduo biológico, psicológico ou social, mas resulta da interação entre pessoas em mudança, vivendo em sociedade e de suas relações intra, extraindividuais e comunitárias.<sup>13</sup>

Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família, prioritária para a organização da atenção básica e estruturação do sistema de saúde, trabalha com práticas interdisciplinares buscando uma atenção integral e humanizada a ser oferecida à população nela cadastrada, levando em consideração a realidade local e valorizando as diferentes necessidades dos diversos grupos populacionais.

No ano de 2006, foi estabelecida a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), portaria GM nº 2.528/2006, definindo que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família. O objetivo dessa iniciativa ministerial foi oferecer à pessoa idosa e à sua rede de suporte social uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar.<sup>14</sup>

São grandes os desafios na área da saúde para atender a essa demanda tão específica e que requer intervenções de custos elevados e de tecnologia avançada.<sup>15</sup> Atualmente no Brasil vários estudos vêm abordando o tema “idosos”, visando definir as condições de saúde e verificar as morbidades que podem gerar incapacidades e dependência.

Assim, o presente estudo objetivou verificar a prevalência de baixa qualidade de vida e analisar as morbidades a ela associadas em idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família do município de Senador Guimard, Acre.

## METODOLOGIA

Estudo transversal com amostra probabilística de idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família do município de Senador Guimard, Acre. A amostragem foi selecionada assumindo um erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%, com uma prevalência esperada para doenças crônicas de 50%, levando a uma amostra de 235 sujeitos, acrescidos 15% para eventuais perdas ou recusas, totalizando a necessidade de uma amostra de 271 indivíduos. No ano de 2010, a Estratégia de Saúde da Família de Senador Guimard cobria 100% da população da zona urbana do município.

A amostra foi selecionada por meio de um sorteio aleatório do número de cadastro dos idosos (ficha A) obtido junto à Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente das quatro Unidades de Saúde da Família existentes no município.

Foram excluídos os idosos com comprometimento cognitivo que inviabilizassem responder às questões da entrevista. Totalizaram sete perdas ou recusas, representando 2,9% da amostra. A amostra final foi composta por 264 idosos de ambos os sexos com idade entre 60 e 102 anos.

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de agosto e outubro de 2010 por entrevistadores treinados, sendo que cerca de 10% das entrevistas foram refeitas pela coordenação da pesquisa para garantir o controle das informações obtidas e corrigir possíveis divergências entre os resultados dos avaliadores. Não foi observada diferença.

Para obtenção dos dados, foram realizadas entrevistas estruturadas em um formulário contendo dados de identificação, demográficos, socioeconômicos e condição de saúde, além das escalas para classificação econômica<sup>16</sup> e de Qualidade de Vida – WHOQOL-Bref.<sup>17</sup>

A presença de morbidade foi avaliada como variável dependente, tendo sido obtida pelo autorrelato do idoso sobre o diagnóstico feito por profissional de saúde da presença de alguma das seguintes morbidades: hipertensão, diabetes, distúrbio cardiovascular (acidente vascular encefálico e problema cardíaco), distúrbio musculoesquelético (problema na coluna, reumatismo, artrite/artrose e osteoporose), insônia, catarata, anemia, distúrbios gastrintestinais e urinários.

A variável independente *qualidade de vida* foi mensurada pelo instrumento conhecido por WHOQOL-Bref (*The World Health Organization Quality of Life Assessment*),<sup>17</sup> proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e amplamente utilizado em diferentes países e em 20 idiomas. Disponível no Brasil, o questionário faz um inventário das atividades desenvolvidas nas duas últimas semanas, apresentando-se em duas versões, a versão longa (100 questões) e a versão curta (26 questões). Essa última versão foi composta retendo da primeira as questões que obtiveram melhor desempenho psicométrico, contemplando os *domínios total, físico, psicológico, social e ambiental*, sendo identificados níveis satisfatórios de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste.<sup>17</sup> Os escores dos domínios da qualidade de vida foram analisados em tercís, sendo o tercil inferior a categoria que demonstra os menores escores de qualidade de vida e o superior, com maiores escores e, conseqüentemente, maior chance de boa qualidade de vida.

As covariáveis sexo, idade, escolaridade, situação conjugal e classificação econômica também foram investigadas. A idade foi categorizada em “60 a 69 anos”, “70 a 79 anos” e “80 anos e mais”. A situação conjugal, em “com companheiro” e “sem companheiro”. A escolaridade foi categorizada em “Analfabeto/3ª série fundamental” e “4ª série fundamental ou mais”. A classificação econômica foi obtida por meio do Critério Brasil de Classificação Econômica,<sup>17</sup> que considera o poder de compra das pessoas nas seguintes classes: A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E. O critério atribui pontos em função de cada característica domiciliar e realiza a soma desses pontos, cada classe corresponde a um

intervalo numérico. No presente estudo, optou-se por dividir em duas classes, “B/C” e “D/E”, ou seja, somaram-se os valores de ambas, criando assim uma categoria que incluía os pertencentes das duas classes. Ressalte-se que nenhum idoso foi categorizado na classe A.

Os dados foram duplamente digitados para corrigir possíveis erros de digitação e validados com o *software* Epi Info 6.04 (*Centers for Disease Control and Prevention*, Atlanta, Estados Unidos). Na análise descritiva, foram verificadas as frequências absolutas e relativas de todas as variáveis analisadas por sexo, sendo estimadas as diferenças nas frequências entre os idosos segundo sexo quanto às morbidades referidas e a qualidade de vida, pelo teste de Qui-quadrado de Pearson ( $p < 0,05$ ). Também foram estabelecidas médias com seus respectivos desvios-padrão para os domínios da qualidade de vida, onde foram testadas as diferenças das médias entre os indivíduos com e sem morbidade por meio do teste *t* Student para amostras independentes ( $p < 0,05$ ).

Modelos de regressão logística multivariada não pareada estimaram a magnitude de associação em *Odds Ratio* (OR), com seus respectivos intervalos de confiança em 95% (IC95%), entre a variável dependente morbidade autorreferida com os domínios da qualidade de vida em tercís, tendo o tercil superior de cada domínio como referência. Inicialmente, foi realizada análise bivariada, que verificou associação de cada morbidade autorreferida com os domínios da qualidade de vida. As associações que apresentaram valor de  $p < 0,20$  foram incluídas no modelo multivariado. O modelo foi ajustado pela idade, sexo, escolaridade, classificação econômica e situação conjugal. As magnitudes de associações com valores de  $p$  igual ou abaixo de 0,05 foram consideradas estatisticamente significantes. Os dados foram analisados com o auxílio do *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 17.0.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre sob o protocolo nº 23107.021442/2010-68, em 2010. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

Participaram da pesquisa 264 idosos, sendo a maioria mulheres. O grupo etário predominante

foi de 60 a 69 anos, de baixa escolaridade, sem companheiro, com renda menor ou igual a um salário mínimo e pertencente à classe socioeconômica D/E (tabela 1).

**Tabela 1.** Características socioeconômicas e de qualidade de vida. Senador Guomard, AC, 2010.

Variáveis	Total N (%)	Homens n (%)	Mulheres n (%)	<i>p</i> -valor
Grupo etário				0,044
60 a 69 anos	126(47,7)	39(37,9)	87(54,0)	
70 a 79 anos	90(34,1)	41(39,8)	49(30,4)	
80 anos e mais	48(18,2)	23(22,3)	25(15,5)	
Escolaridade				0,919
Analfabeto/3ª série fundamental	211(79,9)	82(79,6)	129(80,1)	
4ª série fundamental ou mais	53(20,1)	21(20,4)	32(19,9)	
Situação conjugal				0,049
Com companheiro(a)	111(42,0)	51(49,5)	60(37,3)	
Sem companheiro(a)	153(58,0)	52(50,5)	101(62,7)	
Renda (salário mínimo)*				0,138
De 0 a <1 SM	90(58,2)	52(53,1)	90(61,6)	
De 1 ou mais SM	102(41,8)	46(46,9)	56(38,4)	
Classificação econômica				0,588
B/C	95(36,0)	37(35,9)	58(36,0)	
D/E	169(64,0)	66(64,0)	113(64,0)	

\*Salário mínimo vigente em 2010= R\$ 510,00.

Os menores escores da qualidade de vida foram obtidos nos domínios *ambiental e psicológico*, com média, respectivamente, de 50,4( $\pm$ 7,97) e 63,8( $\pm$ 10,56). O maior escore foi obtido no domínio qualidade de vida total com média de 63,5( $\pm$ 15,00).

Observa-se que os domínios da qualidade de vida psicológico e total apresentam uma diferença estatisticamente significativa entre os sexos, sendo que a maioria dos indivíduos do sexo masculino obteve um escore melhor no tercil superior da qualidade de vida (tabela 2).

**Tabela 2.** Escores da qualidade de vida. Senador Guiomard, AC, 2010.

Domínios da qualidade de vida (QV)	Total N (%)	Homens n (%)	Mulheres n (%)	<i>p</i> -valor
Físico				0,145
Tercil superior	108(40,9)	48(46,6)	60(37,3)	
Tercil intermediário	79(29,9)	24(23,3)	55(34,2)	
Tercil inferior	77(29,2)	31(30,1)	46(28,6)	
Psicológico				0,009
Tercil superior	130(49,2)	56(54,4)	74(46,0)	
Tercil intermediário	62(23,5)	14(13,6)	48(29,8)	
Tercil inferior	72(27,3)	33(32,0)	39(24,2)	
Social				0,265
Tercil superior	138(52,3)	48(46,6)	90(55,9)	
Tercil intermediário	69(26,1)	32(31,1)	37(23,0)	
Tercil inferior	57(21,6)	23(22,3)	34(21,1)	
Ambiental				0,798
Tercil superior	112(42,4)	44(42,7)	68(42,2)	
Tercil intermediário	85(32,2)	31(30,1)	54(33,5)	
Tercil inferior	67(25,4)	28(27,2)	39(24,2)	
Total				<0,001
Tercil superior	131(49,6)	56(54,4)	75(46,6)	
Tercil intermediário	93(35,2)	23(22,3)	70(43,5)	
Tercil inferior	40(15,2)	24(23,3)	16(9,9)	

Com relação ao autorrelato de doenças, as mais frequentemente foram distúrbios musculoesqueléticos (73,1%), hipertensão (63,4%), insônia (46,8%) e distúrbios cardiovasculares

(42,0%) (tabela 3). Ressalte-se que homens e mulheres diferem de forma significativa quanto à prevalência de diabetes e hipertensão, sendo suas prevalências maiores nas mulheres (tabela 3).

**Tabela 3.** Morbidades autorreferidas. Senador Guiomard, AC, 2010.

Variáveis	Total N (%)	Homens n (%)	Mulheres n (%)	<i>p</i> -valor
Hipertensão*				0,015
Não	96(36,6)	47(45,6)	49(30,8)	
Sim	166(63,4)	56(54,4)	110(69,2)	
Diabetes*				0,033
Não	218(83,2)	92(89,3)	126(79,2)	
Sim	44(16,8)	11(10,7)	33(20,8)	
Distúrbio cardiovascular				0,555
Não	153(58,0)	62(60,2)	91(56,5)	
Sim	111(42,0)	41(39,8)	70(43,5)	
Insônia*				0,190
Não	140(53,2)	60(58,3)	80(50,0)	
Sim	123(46,8)	43(41,7)	80(50,0)	
Distúrbio musculoesquelético*				0,132
Não	71(26,9)	33(32,0)	38(23,6)	
Sim	193(73,1)	70(68,0)	123(76,4)	
Incontinência intestinal/urinária				0,101
Não	223(84,8)	92(89,3)	131(81,9)	
Sim	40(15,2)	11(10,7)	29(18,1)	
Catarata*				0,421
Não	162(62,1)	59(59,0)	103(64,0)	
Sim	99(37,9)	41(41,0)	58(36,0)	
Asma/bronquite*				0,729
Não	237(90,1)	92(89,3)	145(90,6)	
Sim	26(9,9)	11(10,7)	15(9,4)	
Anemia*				0,801
Não	226(86,6)	89(87,3)	137(86,2)	
Sim	35(13,4)	13(12,7)	22(13,8)	

\*Número menor que 264 devido ao desconhecimento por parte do idoso da presença de morbidades.

Ao avaliar a presença de morbidades autorreferidas com os domínios da qualidade de vida, tendo como referência o tercil superior dessa, observou-se que os idosos que relataram hipertensão, distúrbios cardiovasculares e anemia obtiveram maior chance de pertencer ao tercil inferior dos

domínios da qualidade de vida, com exceção do domínio *ambiental*, que não obteve significância estatística na associação com as morbidades. O autorrelato de insônia também aumentou a chance de pertencer ao tercil inferior dos domínios *psicológico e total* da qualidade de vida (tabela 4).

**Tabela 4.** Associação dos tercís da qualidade de vida com morbidades autorreferidas. Senador Guimard, AC, 2010.

Domínios da qualidade de vida (QV)	Hipertensão OR (IC95%)*	Distúrbio cardiovascular OR (IC95%)*	Insônia OR (IC95%)*	Anemia OR (IC95%)*
<b>QV Domínio Físico**</b>				
Tercil intermediário	1,42(0,75;2,68)	2,01(1,07;3,79)	1,35(0,73;2,51)	2,11(0,77;5,80)
Tercil inferior	2,26(1,10;4,65)	2,53(1,26;5,10)	1,93(0,98;3,82)	3,64(1,31;10,17)
<i>p Tendência</i>	0,027	0,008	0,057	0,013
<b>QV Domínio Psicológico**</b>				
Tercil intermediário	1,12(0,59;2,16)	1,35(0,71;2,57)	1,31(0,70;2,46)	2,13(0,76;5,93)
Tercil inferior	3,59(1,75;7,35)	2,22(1,19;4,13)	1,86(1,01;3,44)	4,00(1,62;9,88)
<i>p Tendência</i>	0,001	0,013	0,046	0,003
<b>QV Domínio Social**</b>				
Tercil intermediário	2,00(1,05;3,80)	1,79(0,98;3,27)	1,17(0,65;2,11)	2,40(0,99;5,84)
Tercil inferior	2,77(1,34;5,75)	2,22(1,16;4,26)	1,02(0,54;1,93)	2,55(1,01;6,43)
<i>p Tendência</i>	0,003	0,010	0,862	0,032
<b>QV Domínio Ambiental**</b>				
Tercil intermediário	0,89(0,49;1,62)	1,70(0,95;3,04)	0,70(0,39;1,25)	2,12(0,87;5,14)
Tercil inferior	1,56(0,79;3,10)	1,70(0,90;3,21)	1,55(0,82;2,90)	2,36(0,91;6,17)
<i>p Tendência</i>	0,277	0,077	0,290	0,066
<b>QV Total**</b>				
Tercil intermediário	2,23(1,24;4,03)	1,80(1,02;3,18)	1,47(0,85;2,56)	2,66(1,07;6,58)
Tercil inferior	6,56(2,46;17,46)	6,34(2,81;14,32)	2,77(1,29;5,93)	5,29(1,89;14,79)
<i>p Tendência</i>	<0,001	<0,001	0,008	0,001

\*OR= ajustada pela idade, sexo, escolaridade, classificação econômica e situação conjugal; \*\*tercil superior como categoria de referência.



## DISCUSSÃO

A presença de morbidades é uma realidade ao envelhecer e acarreta relação com os baixos escores dos domínios da qualidade de vida, exceto para o *ambiental*, conforme apresentado nos resultados do presente estudo. O crescimento no número de idosos ao longo dos últimos anos deve ser uma preocupação para as Estratégias de Saúde da Família em todo país.<sup>18</sup>

No Estado do Acre, os idosos correspondem a 4,3% da população, sendo que em Senador Guiomard, a população de idosos é de 7,9%.<sup>9</sup> A cada ano no Brasil temos 650 mil novos idosos, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais.<sup>19</sup>

Na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), cerca de 70,0% dos idosos participantes relataram ter, pelo menos, uma doença crônica.<sup>20</sup> A hipertensão arterial e a artrite foram as doenças crônicas mais frequentemente relatadas.<sup>21</sup> No presente estudo, a hipertensão arterial foi a mais frequente, fato que corrobora os dados nacionais que indicaram uma prevalência de 45,4% na população.<sup>22</sup> Outros estudos também apontam as doenças do sistema cardiovascular (angina, insuficiência cardíaca, afecções vasculares, arritmia cardíaca, acidente vascular cerebral e trombose) e as dislipidemias, todas associadas à hipertensão, em primeiro lugar, seguidas pela diabetes e pelas doenças musculoesqueléticas.<sup>23,24</sup>

A ocorrência de morbidades interfere significativamente em vários domínios da qualidade de vida dos indivíduos idosos. Para alcançar o bem-estar na velhice, deve existir um equilíbrio entre todas as vertentes da qualidade de vida.<sup>25</sup> Quanto à percepção de qualidade de vida dos idosos da presente pesquisa, observa-se que as mulheres relataram pior qualidade de vida. Segundo Pino,<sup>26</sup> a qualidade de vida subjetiva é melhor percebida pelos homens em relação às mulheres idosas, o que pode ser explicado pelo sentimento negativo da chegada do envelhecimento pelas mulheres,

associado às mudanças físicas, surgimento de doenças e perda do companheiro. Apesar de o sexo feminino ter sobrevivência maior do que os homens, essas experimentam proporções mais elevadas de limitações funcionais e morbidades,<sup>27</sup> ponto relevante e constatado no estudo, já que em todas morbidades referidas as mulheres detinham a maioria dos menores escores de qualidade de vida.

Outros estudos também demonstraram que mulheres vivem mais, sendo este um fenômeno mundial, e bastante intenso no Brasil, onde as mulheres vivem em média oito anos a mais que os homens.<sup>28</sup> Tal fato pode estar relacionado aos comportamentos específicos de cada sexo, pois as mulheres têm maior assiduidade no serviço de saúde por vivenciar experiências ao longo da vida em Unidades de Saúde, como: pré-natal, planejamento familiar e consultas de rotina, o que facilita a descoberta de doenças nos estágios iniciais.<sup>29,30</sup> Por outro lado, os homens, apesar de durante a vida estarem mais expostos a acidentes de trabalho e de trânsito, além de liderarem o *ranking* no uso de álcool, drogas e cigarro,<sup>31</sup> não procuram atendimento de saúde.<sup>32</sup>

Ao relacionar a presença de morbidades com uma pior qualidade de vida, verificou-se que existe uma associação dos baixos escores da qualidade de vida com a anemia, fato que pode ser explicado pelo baixo suprimento de oxigênio nas células. o que proporciona a diminuição do metabolismo do organismo. A fadiga, que é um dos principais sintomas, pode piorar a qualidade de vida do idoso e funcionar como um estressor a mais, precipitando ou agravando as percepções sobre saúde.<sup>33</sup>

A hipertensão e distúrbios cardiovasculares influenciam a qualidade de vida total. A hipertensão é um fator integrante dos distúrbios cardiovasculares. Nesse contexto, sugere-se que a qualidade de vida dos indivíduos seja prejudicada pela presença das morbidades supracitadas, já que em um contexto geral da vida diária essas causam incapacidade física, dependência medicamentosa, comprometendo o cotidiano do indivíduo.<sup>34</sup>

As desordens do sono parecem aumentar com a idade, sendo a insônia a mais prevalente. Estudos demonstram a associação de doenças com a ocorrência de insônia, com ênfase para as relacionadas às questões psicológicas, como depressão, ansiedade e demência.<sup>35-37</sup> A privação do sono resulta em menor qualidade de vida e maiores preditores de morbimortalidade em idosos.<sup>38</sup>

Uma das limitações deste estudo foi a utilização do autorrelato das morbidades, que parece superestimar os dados, pois retratam apenas o que a pessoa apresenta sintomaticamente.<sup>39</sup> No entanto, a utilização do autorrelato tem se mostrado uma ferramenta importante e válida, com alta especificidade e sensibilidade, em estudos epidemiológicos, devido às dificuldades técnicas e aos altos custos nas investigações populacionais.<sup>40-42</sup> Importante destacar também que o delineamento transversal não permite fazer inferência casual para as associações observadas, devendo ser consideradas com cautela.

Os pontos positivos do estudo foram a amostra significativa de idosos acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família de Senador Guimard-AC e a abordagem de uma temática

relevante, frente ao cenário de envelhecimento populacional e da influência de morbidades autorreferidas na qualidade de vida dos idosos ainda não pesquisada no município.

## CONCLUSÃO

A maioria dos idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família de Senador Guimard-AC relata ter pelo menos uma doença crônica, com maior predomínio de hipertensão, diabetes e doenças musculoesqueléticas. Os idosos classificados no tercil inferior do domínio *físico e social* da qualidade de vida tiveram mais chances de sofrer hipertensão arterial, distúrbios cardiovasculares e anemia. Os pertencentes ao tercil inferior do domínio *psicológico e total* mantiveram os mesmos anteriormente mencionados, acrescido de insônia.

Ressalte-se que a percepção da qualidade de vida está fortemente determinada por diversos fatores externos e internos, como saúde e outras condições financeiras e sociais. Portanto, deve-se enfatizar a importância do acompanhamento holístico dos idosos acompanhados nas unidades de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.
2. Skinner B, Valghan ME. Enjoy old age: a program of self: management. New York: Norton: Summus; 1983.
3. Duarte Y, Diogo M. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000.
4. Carvalho JAM, Garcia RA. O Envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad Saúde Pública 2003;19(3):725-33.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil: tábua completa de mortalidade 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
6. Nasri F. O envelhecimento populacional no Brasil. Einstein 2008;6(Supl 1):4-6.
7. Lima-costa MF, Veras RP. Saúde pública e envelhecimento [editorial]. Cad Saúde Pública 2003;19(3): 700-1.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
9. Belvis AG, Avolio M, Sicuro L, Rosano A, Latini E, Damiani G, et al. Social relationships and HRQL: a cross-sectional survey among older italian adults. BMC Public Health 2008;8:1-10.
10. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. JAMA 1994;272(8):619-26.
11. Bullinger D. Locomotor disability in very elderly people. Br Med J 1993;301(6745):216-20.
12. Moraes NAS, Witter GP. Velhice: qualidade de vida intrínseca e extrínseca. Bol Psicol 2007;57(127):215-38.
13. Neri MC, Soares WL. Estimando o impacto da renda na saúde através de programas de transferência de renda aos idosos de baixa renda no Brasil. Cad Saúde Pública 2007;23(8):1845-56.

14. Brasil. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
15. Quintella LCM. Qualidade de vida e estado nutricional de idosos: um estudo descritivo sobre frequentadores do centro de práticas esportivas da Universidade de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006.
16. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil: dados com base no levantamento sócio econômico 2006 e 2007 [Internet]. São Paulo: ABEP; 2009 [acesso em 05 jun. 2014]. Disponível em: <http://www.abep.org/codigosguias/CCEB2008-Base2006e2007.pdf>
17. Fleck MPA. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida "WHOQOL-Bref". Rev Saúde Pública 2000;34(2):178-83.
18. Brasil. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a aprovação da Política de Atenção Básica, estabelecendo diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Diário Oficial da União; 28 mar. 2006.
19. Veras RP. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Pública 2009;43(3):548-54.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Amostra por Domicílio - PNAD 2007 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2007 [acesso em 20 ago. 2014]. Disponível em: [www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2007/graficos\\_pdf.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2007/graficos_pdf.pdf)
21. Lima-costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchoa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Cad Saúde Pública 2003;19(3):745-57.
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Informações sobre municípios brasileiros 2006 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2006 [acesso 20 ago. 2014]. Disponível em: <http://www.ibge.com.br>
23. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Tinoco ALA, Rosado LEFPL, et al. Análise do perfil socio-sanitário de idosos: a importância do Programa de Saúde da Família. Rev Méd Minas Gerais 2010;20(1):5-15.
24. Garcia ESS, Saintrain MVL. Perfil epidemiológico de uma população idosa atendida pelo programa saúde da família. Rev Enferm UERJ 2009;17(1):18-23.
25. Campolina A, Dini P, Ciconelli R. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo. Ciênc Saúde Coletiva 2011;16(6):2919-25.
26. Pino ACS. Calidad de vida en la atención al mayor. Rev Multidiscip Gerontol 2003;13(3):188-92
27. Azevedo ALS, Silva RA, Tomasi E, Quevedo LA. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. Cad Saúde Pública 2013; 29(9):1774-82.
28. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.
29. Mrus JM, Williams PL, Tsevat J, Cohn SE, Wu AW. Gender differences in health related quality of life in patients with HIV/AIDS. Qual Life Res 2005;14(2):479-91.
30. Teh CF, Kilbourne AM, McCarthy JF, Welsh D, Blow FC. Gender differences in health related quality of life for veterans with serious mental illness. Psychiatr Ser 2008;59(6):663-9.
31. Chaimowicz F. Epidemiologia e o envelhecimento populacional no Brasil. In: Freitas EV, Py L, editoras. Tratado de geriatria e gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
32. Gomes R, Moreira MCN, Nascimento EF, Rebelo LEFS, Couto MT, Schraiber LB. Os homens não vêm!: Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. Ciênc Saúde Coletiva 2011;16(suppl.1):983-92.
33. Furlanetto LM, Brasil MAA. Diagnosticando e tratando a depressão no paciente com doença clínica. J Bras Psiquiatr 2006;55(1):8-19.
34. Christmann M, Da costa CC, Moussalle LD. Avaliação da qualidade de vida de pacientes cardiopatas internados em um hospital público. Rev AMRIGS 2011;55(3):239-43.
35. Benka RM. Diagnosis and treatment of chronic insomnia: a review. Psychiatr Ser 2005;56(3):332-43.
36. Kamel NS, Gammack JK. Insomnia in the elderly: cause, approach, and treatment. Am J Med 2006;119(6):463-9.
37. Schneider DL. Insomnia: safe and effective therapy for sleep problems in the older patient. Geriatrics 2002;57(5):24-35.
38. Sá RMB, Motta LB, Oliveira FJ. Insônia: prevalência e fatores de risco relacionados em população de idosos acompanhados em ambulatório. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2007 [acesso em 12 ago. 2014];10(2):217-30. Disponível em: [http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180998232007000200007&lng=pt](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232007000200007&lng=pt)

39. Chrestani MA, Santos IS, Matijasevich AM. Self-reported hypertension: validation in a representative cross-sectional survey. *Cad Saúde Pública* 2009;25(11):2395-406
40. Brasil. Vigitel Brasil 2008: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
41. Siqueira FV, Facchini LA, Hallal PC. The burden of fractures in Brazil: a population- based study. *Bone* 2005;37(2):261-6.
42. Ferreira AD, César CC, Malta DC, Andrade ACS, Ramos CGC, Proietti FA, et al. Validade de estimativas obtidas por inquérito telefônico: comparação entre VIGITEL 2008 e Inquérito Saúde em Beagá. *Rev Bras Epidemiol* 2011;14(1 supl.):16-30.

Recebido: 12/11/2014

Revisado: 16/7/2015

Aprovado: 11/8/2015