

MORBIDADES E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS URBANOS COM E SEM PROBLEMAS CARDÍACOS¹

Darlene Mara dos Santos Tavares*
 Flavia Aparecida Dias**
 Pollyana Cristina dos Santos Ferreira***
 Leiner Resende Rodrigues****
 Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves*****
 Lúcia Aparecida Ferreira*****

RESUMO

A presença de alterações na situação de saúde de idosos com problemas cardíacos devem ser investigadas e acompanhadas pelos profissionais de saúde. Destacam-se, nesse sentido, os agravos de saúde relacionados às complicações cardiovasculares, visto que podem influenciar para que os idosos tornem-se mais vulneráveis, impactando no padrão de morbimortalidade e na qualidade de vida. Assim, esse estudo teve como objetivos descrever as características sociodemográficas de idosos segundo presença ou não de problemas cardíacos e comparar a presença da hipertensão arterial sistêmica, do diabetes mellitus e os escores de qualidade de vida entre idosos com e sem problemas cardíacos. Trata-se de inquérito domiciliar transversal realizado entre 829 idosos com e 829 idosos sem problemas cardíacos. Utilizou-se frequências absolutas e percentuais, testes qui-quadrado e *t*-Student ($p < 0,05$). Prevaleceu o sexo feminino, 60-70 anos, casados e renda de um salário mínimo. Houve maior proporção de idosos com problemas cardíacos apresentando hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Os idosos com problemas cardíacos apresentaram escores significativamente inferiores nos domínios físico e psicológico e superior nas facetas morte e morrer e intimidade. Evidencia-se a necessidade de acompanhamento e monitoramento das condições de saúde desta população bem como a reflexão sobre o impacto nos aspectos físico e psicológico.

Palavras-chave: Idoso. Doenças cardiovasculares. Qualidade de vida. Enfermagem Geriátrica.

INTRODUÇÃO

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no período de 1999 a 2009 o percentual de idosos aumentou de 9,1% para 11,3%⁽¹⁾. No que se refere às morbidades, no país as doenças cardiovasculares representam 17,3%⁽¹⁾ e relacionam-se a outros problemas de saúde. Inquérito realizado entre idosos de 16 capitais brasileiras obteve que 12,6% referiram doença isquêmica do coração estando associada à hipertensão arterial sistêmica e ao diabetes mellitus⁽²⁾.

Estudo realizado em Santa Catarina verificou que a presença de doenças cardiovasculares é quatro vezes maior entre aqueles com

hipertensão arterial sistêmica. Para aqueles com diabetes mellitus a chance triplica⁽³⁾.

Destaca-se que apesar do potencial impacto das doenças cardiovasculares entre os idosos, verifica-se que estudos relacionados a essa temática são escassos na literatura científica, o que denota a necessidade de ampliação do seu conhecimento⁽⁴⁾ bem como o impacto no cotidiano do idoso considerando a influência sobre sua qualidade de vida (QV)^(5,6).

Estudo realizado entre idosos com insuficiência cardíaca na Suécia observou que os aspectos de QV mais impactados foram a saúde geral e a vitalidade⁽⁵⁾. Outra investigação na Holanda evidenciou menores escores relacionados às limitações físicas⁽⁶⁾. No Brasil, pesquisa conduzida com idosos com

¹Pesquisa financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG). Trabalho apresentado na 6ª Reunião Ibero-Americana de Qualidade de Vida na forma de seção oral.

*Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associado do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). E-mail: darlenetavares@enfermagem.uftm.br

**Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde da UFTM. E-mail: flaviadias_ura@yahoo.com.br

***Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde da UFTM. E-mail: pollycris21@bol.com.br

****Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária do Curso de Graduação em Enfermagem da UFTM. E-mail: leinerrr@bol.com.br

*****Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária do Curso de Graduação em Enfermagem da UFTM. E-mail: juremaluiz@ig.com.br

*****Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto 2 do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária do Curso de Graduação em Enfermagem da UFTM. E-mail: lap2ferreira@yahoo.com.br

insuficiência cardíaca concluiu que os fatores que sofreram maior impacto na QV foram os físicos e emocionais⁽⁷⁾.

Ressalta-se que, apesar das investigações avaliarem a QV do idoso com problemas cardíacos, os instrumentos utilizados não são específicos para esta faixa etária e, resguardando-se as especificidades das localidades, os resultados não são congruentes^(5,7), denotando a necessidade de aprofundamento sobre a temática. Deste modo, faz-se necessário identificar se existem diferenças na saúde e QV de idosos entre idosos com e sem esta morbidade, utilizando-se instrumento específico direcionado a este grupo populacional.

Para este estudo foi considerado o conceito de QV proposto por um grupo de estudiosos apoiado pela Organização Mundial de Saúde (OMS): “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”^(8:1405).

É importante destacar que as ações de enfermagem podem contribuir para o aumento da QV de pessoas com problemas cardíacos. Para tanto é fundamental que esse profissional tenha conhecimento sobre o assunto e esteja preparado para sensibilizar iniciativas de mudanças no estilo de vida, repercutindo em melhorias na QV do indivíduo com problemas cardíacos⁽⁷⁾. Assim, torna-se relevante a identificação das alterações de saúde do idoso, principalmente no que se refere às complicações cardiovasculares que podem torná-los mais vulneráveis, podendo influenciar no padrão de morbimortalidade e impactar em sua QV⁽⁹⁾.

Nesta perspectiva, os objetivos deste estudo foram: descrever as características sociodemográficas de idosos segundo presença ou não de problemas cardíacos e comparar a presença da hipertensão arterial sistêmica, do diabetes mellitus e os escores de qualidade de vida entre idosos com e sem problemas cardíacos.

MÉTODOS

Este estudo faz parte de uma pesquisa maior denominada “Morbidades, qualidade de vida e capacidade funcional de idosos do município de Uberaba-MG”, de base populacional, tipo inquérito domiciliar e transversal realizada na zona urbana do município de Uberaba-MG. Para

obter a população de idosos no referido município utilizou-se uma lista de moradores do Centro de Controle de Zoonoses de Uberaba para identificação do número de idosos. Foi calculada a proporção de idosos em cada bairro, seu respectivo intervalo amostral e o número de indivíduos para compor a amostra. Os idosos foram selecionados por meio da técnica de amostragem estratificada proporcional sendo sorteado aleatoriamente o primeiro domicílio a ser visitado.

O cálculo da amostragem populacional considerou 95% de confiança, 80% de poder do teste, margem de erro de 4,0% para as estimativas intervalares e uma proporção estimada de $\pi = 0,5$ para as proporções de interesse. Partindo-se de uma amostra populacional de 2.683 idosos em 2005, no presente estudo foram excluídos 541 idosos, dos quais, 201 não foram encontrados após três visitas, 174 recusaram, 142 foram a óbito e 25 estavam hospitalizados. Desta forma, amostra populacional foi de 2.142 idosos.

Os critérios de inclusão do presente estudo foram: ter 60 anos ou mais de idade; não apresentar declínio cognitivo; morar na zona urbana no município de Uberaba e ter respondido ao item referente à presença ou não de problemas cardíacos. Dentre os 2.142 idosos 829 atenderam aos critérios estabelecidos e autorreferiram ter problemas cardíacos.

A partir disto, dentre os 1.313 sem problemas cardíacos foram selecionados 829 idosos, pareados por sexo e faixa etária de acordo com a ordem de realização das entrevistas. Foram formados dois grupos: idosos que autorreferiram ter problemas cardíacos ($n=829$) e idosos sem problemas cardíacos ($n=829$).

A coleta de dados foi realizada por 12 entrevistadores, treinados e acompanhados pelos pesquisadores, no domicílio entre agosto a dezembro de 2008.

Para a caracterização sociodemográfica dos idosos (sexo: masculino ou feminino; faixa etária, em anos: 60 | 70, 70 | 80 e 80 ou mais; estado conjugal: solteiro, casado ou mora com companheiro, separado/desquitado/divorciado, viúvo; escolaridade, em anos: 0,1 | 4, 4 | 8, 8, 9 ou mais; renda individual mensal em salários mínimo: 0 < 1, 1, 1 | 3, 3 | 5, 6 ou mais) e identificação das

morbidades (problemas cardíacos, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus) utilizou-se um instrumento semiestruturado. A QV foi avaliada pelos instrumentos *World Health Organization Quality of Life – BREF (WHOQOL-BREF)*⁽¹⁰⁾ e *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults (WHOQOL-OLD)*⁽¹¹⁾.

Embora os questionários utilizados possam ser autoaplicáveis optou-se pela entrevista, em virtude da possível dificuldade de leitura ou compreensão dos itens do questionário e problemas visuais apresentados pelos idosos.

Foi construída uma planilha eletrônica no programa Excel® e os dados coletados foram digitados, em dupla entrada, sendo posteriormente submetidas à verificação da consistência entre as duas planilhas de dados. Os dados foram transportados para o programa estatístico “*Statistical Package for the Social Sciences*” (SPSS), versão 17.0, para proceder a análise.

Foi realizada análise através de frequências absolutas e percentuais, testes qui-quadrado, para comparação das variáveis categóricas e, *t*-Student para a comparação da QV ($p < 0,05$).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro,

parecer N° 897 em 13 de abril de 2007. Somente após a anuência do entrevistado e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi conduzida a entrevista.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria dos idosos era do sexo feminino (65,6%) na faixa etária de 60-70 anos (43,5%). Resultados semelhantes ao obtido em outros estudos no Brasil^(2,12,13). A prevalência de idosos com 60-70 anos evidencia a necessidade de efetivar ações de promoção da saúde para a população mais jovem visando à prevenção de agravos em saúde. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) se constitui em espaço privilegiado para este fim, uma vez que pressupõe o vínculo com a população adscrita.

Na Tabela 1, a seguir, encontra-se a distribuição dos idosos com e sem problemas cardíacos segundo características sociodemográficas.

Em relação ao estado conjugal, em ambos os grupos, o maior percentual foi para os casados, sendo 47,2% para aqueles com problemas cardíacos e 46%, sem problemas cardíacos (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição de frequência das características sociodemográficas dos idosos com e sem problemas cardíacos. Uberaba, 2011

Variáveis		Com		Sem		Total	
		N	%	N	%	N	%
Estado conjugal	Casado/mora companheiro	391	47,2	381	46	772	46,6
	Separado/desquitado/divorciado	66	8	81	9,8	147	8,9
	Viúvo	330	39,8	321	38,7	651	39,3
	Solteiro	40	4,8	46	5,5	86	5,2
Escolaridade (em anos)	Sem escolaridade	194	23,4	159	19,2	353	21,3
	1-4	253	30,5	267	32,2	520	31,4
	4-8	289	34,9	260	31,4	549	33,1
	8	30	3,6	35	4,2	65	3,9
	9-11	15	1,8	26	3,1	41	2,5
	11 ou mais	42	5,1	75	9	117	7,1
Renda individual (em salários mínimos)	Sem renda	75	9	97	11,7	172	10,4
	< 1	7	0,8	9	1,1	16	1
	1	504	60,8	426	51,4	930	56,1
	1-3	202	24,4	238	28,7	440	26,5
	3-5	24	2,9	34	4,1	58	3,5
	> 5	10	1,2	24	2,9	34	2,1

*O salário mínimo correspondia a R\$ 415,00 (DIEESE, 2010)¹.

¹Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos - DIEESE. Cesta Básica Nacional. Salário mínimo nominal e necessário [on-line]. [citado 2010 out 20]. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/analisecestabasica/salarioMinimo.html>.

Resultado condizente ao encontrado entre indivíduos com doença arterial coronariana em Salvador-BA no qual 52% eram casados⁽¹⁴⁾. Destaca-se que o idoso pode apresentar dificuldades em lidar com o aparecimento de doenças crônicas. A presença do esposo ou companheiro nesse momento pode favorecer alterações nos hábitos de vida, contribuindo para a prevenção de complicações.

Quanto à escolaridade, os idosos com problemas cardíacos apresentaram, predominantemente, 4-8 anos de estudo (34,9%) e aqueles sem problemas cardíacos 1-4 (32,2%) (Tabela 1). Este resultado pode estar relacionado ao maior acesso à informação e, conseqüentemente, a procura pelos serviços de saúde, dentre aqueles com maior escolaridade. Isto seria decorrente da possibilidade de conhecimento sobre os aspectos que envolvem os problemas cardíacos, viabilizando a detecção da doença.

Em ambos os grupos a maioria apresentou renda individual mensal de um salário mínimo, porém a proporção de idosos com problemas cardíacos que recebia um salário mínimo (60,8%) foi superior àqueles sem problemas cardíacos (51,4%) (Tabela 1). Condizente ao obtido entre idosos no qual prevaleceu a renda familiar de um salário (62,8%)⁽¹²⁾. A renda é um fator importante a ser considerado para a adesão ao tratamento medicamentoso entre idosos com doenças crônicas. Nesse contexto, a equipe de saúde deve avaliar as suas condições econômicas e dificuldades em adquirir as medicações necessárias.

É relevante ressaltar que as características socioeconômicas podem influenciar no cuidado do idoso frente à doença. Estes aspectos devem ser considerados para nortear o planejamento de intervenções e a abordagem do indivíduo visando melhoria da compreensão acerca do tratamento⁽¹⁴⁾. Acredita-se que a aproximação do profissional de saúde ao contexto do idoso pode contribuir para a identificação de aspectos relevantes relacionados ao seu cuidado com a saúde e dificuldades no controle da doença.

Houve maior proporção de idosos com problemas cardíacos apresentando hipertensão arterial sistêmica ($\chi^2=80,823$; $p<0,001$) e diabetes mellitus ($\chi^2=50,906$; $p<0,001$). A associação entre problemas cardíacos e

hipertensão arterial sistêmica tem sido descrita na literatura científica⁽¹³⁾. Considerando que esta morbidade não controlada pode contribuir para eventos cardiovasculares, faz-se necessário ações de acompanhamento da sua saúde dada a sua cronicidade, ausência de sintomatologia e complicações a longo prazo⁽¹⁵⁾. Deste modo, acredita-se que os idosos devem estar adequadamente orientados acerca do cuidado à saúde em relação a estas morbidades bem como a importância do seu controle.

Salienta-se que entre aqueles que já possuem o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, deve-se reforçar atitudes que favoreçam o tratamento, dentre elas, levar os remédios em viagens; determinar horários para tomar a medicação e providenciá-la antes que acabe, além de não interromper o seu uso por conta própria e não faltar às consultas⁽¹⁵⁾. Considerando que no presente estudo o maior percentual eram casados, pode-se buscar a colaboração do cônjuge nestas ações.

Os problemas cardíacos também estiveram associados ao diabetes mellitus em pesquisa conduzida com idosos em São Paulo ($p=0,04$)⁽¹⁶⁾. Deste modo, torna-se relevante o controle desse fator de risco uma vez que o conhecimento das comorbidades, entre aqueles com problemas cardíacos, e seus determinantes sociais podem fornecer subsídios para a prevenção de desfechos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis e para o desenvolvimento de políticas públicas com meta no envelhecimento saudável^(2,3).

Ademais, os serviços de saúde devem ser capazes de proporcionar espaços de discussão destes indivíduos com informações sobre a doença e estilo de vida visando ampliar o conhecimento e habilidades acerca do cuidado diário⁽¹⁶⁾ de modo a postergar o aparecimento de complicações crônicas que podem contribuir para a deterioração do seu estado de saúde.

Destaca-se que o recorte transversal do presente estudo deve ser considerado como limitação dos achados, no entanto, a associação dos problemas cardíacos com a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, entre os idosos, reforça a necessidade de ações efetivas em saúde para diminuir a mortalidade e as incapacidades que decorrem destas morbidades. As Unidades de Atenção primária, na modalidade ou não da

ESF, devem basear-se no diagnóstico situacional de saúde e propor ações educativas em saúde visando discutir esta temática. Além disto, campanhas pontuais de aferição da pressão arterial, glicemia capilar, índice de massa corporal e circunferência abdominal podem contribuir para o diagnóstico precoce. Somam-se, ainda, esforços da equipe de junto ao idoso e familiares para a adesão ao tratamento.

Referente à autoavaliação da QV, em ambos os grupos, a maioria considerou como boa e

estava satisfeita com sua saúde. A determinação da QV influencia a autopercepção da saúde que engloba condições médicas, incapacidades funcionais e fatores não clínicos como o estado de humor e redes de relações sociais⁽¹⁷⁾. Deste modo, pode-se considerar este resultado positivo.

Na Tabela 2, a seguir, encontram-se os escores de QV.

Tabela 2 - Distribuição dos escores de QV dos idosos sem e com problemas cardíacos. Uberaba, 2012.

Escore de QV	Com		Sem		t	p
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão		
WHOQOL-BREF						
Físico	55,26	14,86	62,36	16,75	9,121	<0,001*
Psicológico	65,86	11,09	67,02	12,84	1,969	0,049*
Relações sociais	69	10,95	68,79	12,51	-0,37	0,712
Meio ambiente	63,36	11,07	62,34	12,64	-1,754	0,08
WHOQOL-OLD						
Funcionamento dos sentidos	79,99	19,67	80,66	19,42	0,691	0,49
Autonomia	59,9	12,6	61,06	13,69	1,792	0,073
Atividades passadas, presentes e futuras	65,92	11,33	65,64	13,9	-0,442	0,658
Participação social	64,9	15,33	64,76	15,19	-0,188	0,851
Morte e morrer	77,42	24,08	74,89	24,23	-2,136	0,033*
Intimidade	70,05	14,82	67,75	17,53	-2,875	0,004*

* $p < 0,05$.

Na QV mensurada pelo WHOQOL-BREF, os maiores escores foram obtidos no domínio das relações sociais para ambos os grupos (Tabela 2). Este fato pode ser justificado pela maioria dos idosos do presente estudo ser casados contribuindo com o menor impacto nas relações pessoais e suporte social, avaliados neste domínio⁽¹⁰⁾.

Os menores escores de QV estiveram no domínio físico para aqueles com problemas cardíacos (55,26) e no meio ambiente para os sem problemas (62,34) (Tabela 2). O menor escore no aspecto físico pode estar relacionado aos aspectos relacionados à doença. Quanto aos idosos sem problemas cardíacos, a enfermagem pode identificar quais os fatores que estão apresentando maior impacto no meio ambiente, como a segurança física, recursos financeiros e cuidados com a saúde, avaliados neste domínio⁽¹⁰⁾. A menor escolaridade entre estes idosos pode estar influenciando negativamente na oportunidade de adquirir novas informações e habilidades também contempladas no meio ambiente⁽¹⁰⁾. Nesse contexto, é relevante investigar a influência da escolaridade nas

oportunidades cotidianas e, juntamente com o idoso e familiares, elaborar estratégias de enfrentamento para minimizar tal situação.

Na comparação entre os grupos verificou-se que os idosos com problemas cardíacos apresentaram escores significativamente inferiores aos sem problemas no domínio físico ($p < 0,001$) e psicológico ($p = 0,049$) (Tabela 2). Resultado semelhante ao obtido em estudo realizado com idosos na Suécia, que evidenciou menor escore dentre aqueles com insuficiência cardíaca no componente físico, SF-36⁽⁵⁾. Este fato pode decorrer da sensação de desconforto, fadiga e diminuição da energia ocasionados pela morbidade, aspectos estes mensurados neste domínio⁽¹⁰⁾. Ressalta-se que a fadiga e a dispneia se caracterizam pelo agravamento progressivo entre aqueles com problemas cardíacos⁽¹⁸⁾.

Considerando o percentual de idosos com comorbidades crônicas nesta pesquisa, é importante destacar que os mesmos podem apresentar-se vulneráveis às complicações cardiovasculares devido ao estresse emocional diário, limitações decorrentes dos problemas de saúde e dificuldades no desenvolvimento de

atividades físicas⁽⁹⁾, que podem limitar seu cotidiano, justificando os menores escores neste domínio.

Nessa perspectiva, os profissionais de saúde devem favorecer a formação de vínculos disponibilizando espaços para que o idoso esclareça suas dúvidas, aprenda a identificar as alterações decorrentes das morbidades que afetam sua vida diária e relatem suas dificuldades em lidar com estas mudanças⁽⁹⁾.

O maior impacto psicológico entre os idosos com problemas cardíacos é evidenciado na literatura científica⁽⁵⁾ destacando-se o medo, a insegurança e a tristeza⁽¹⁸⁾. Inquérito entre adultos e idosos com insuficiência cardíaca evidenciou que os fatores psicossociais se relacionavam diretamente à doença provocando ansiedade e depressão, interferindo na QV⁽¹⁹⁾. Destaca-se ainda que as limitações imposta pela doença interfiram na capacidade para o trabalho podendo contribuir para este quadro⁽¹⁹⁾.

No entanto, ainda que esta morbidade provoque limitações físicas é indispensável à adaptação dos indivíduos à sua condição de saúde de modo a prevenir complicações e melhorar sua QV. Deste modo, a consulta de enfermagem tem papel relevante no levantamento dos reais problemas de adaptação, além de avaliação periódica visando acompanhar a evolução e progressão das intervenções de enfermagem às respostas adaptativas⁽¹⁹⁾. Desta forma, podem-se estabelecer, conjuntamente com o idoso e seus familiares, estratégias que contribuam para melhor adaptação à doença, respeitando-se as especificidades individuais.

A QV mensurada pelo WHOQOL-OLD apontou para maiores escores na faceta 'funcionamento dos sentidos' e o menor na 'autonomia' em ambos os grupos (Tabela 2). Os maiores escores na faceta 'funcionamento dos sentidos' podem estar relacionados ao predomínio de idosos jovens neste estudo, fazendo com que as alterações sensoriais sejam pouco percebidas.

Entre os idosos com problemas cardíacos infere-se que a diminuição da autonomia possa estar relacionada ao comprometimento físico. Neste contexto, é possível que os familiares cerceiem o poder de decisão do idoso considerando-o incapaz, dada as limitações impostas pela doença.

Os idosos com problemas cardíacos apresentaram médias significativamente superiores na faceta 'morte e morrer' ($p=0,033$) e intimidade ($p=0,004$) (Tabela 2). O maior escore na faceta 'morte e morrer' para aqueles com problemas cardíacos indica que estas questões estão sendo mais bem percebidas neste grupo. O enfermeiro, durante suas atividades grupais com idosos, pode contribuir para a formação de um espaço de troca de experiências sobre esta temática, sobretudo entre aqueles que possuem doenças crônicas com diagnóstico recente.

O maior escore na faceta 'intimidade' adquirido pelos idosos com problemas cardíacos obtido nesta pesquisa pode ter sido favorecido pelo maior percentual de casados. Soma-se ainda o fato de que, em decorrência dos agravos à saúde, as relações pessoais destes idosos podem estar fortalecidas pela possibilidade de maior apoio para enfrentamento da doença. O desenvolvimento de atividades em grupo envolvendo idosos e familiares pode incentivar a aproximação das relações, especialmente dentre aqueles sem esta morbidade. Pode-se propor reflexão sobre a qualidade destas relações e os fatores que estejam a prejudicando, de modo a estabelecer medidas que visem reverter este impacto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A associação dos problemas cardíacos com a hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus enfatiza que o acompanhamento e monitoramento das condições de saúde desta população devem ser priorizados. Considerando a cronicidade destas morbidades, é relevante que seja investigada junto aos idosos a sua presença e realizado adequado controle. A enfermagem pode contribuir por meio de visita domiciliar e consulta individual ao idoso.

Observa-se que os problemas cardíacos têm impactado na QV física e psicológica, reforçando a necessidade de refletir acerca do cuidado dispensado à saúde desta população. A partir do acompanhamento do idoso, será possível identificar a evolução da doença bem como comorbidades e estabelecer ações que facilitem seu convívio com a morbidade, como estratégias adaptativas no seu cotidiano que minimizem o impacto físico.

Ressalta-se como limitação do estudo que devido ao delineamento transversal da pesquisa, não foi possível estabelecer relações de causalidade entre estas variáveis. Destaca-se, ainda, que se considerou a presença ou não de problemas cardíacos a partir do autorrelato do

idoso, não sendo confirmado o diagnóstico a partir da avaliação clínica e laboratorial.

Ainda assim, esse estudo indica a necessidade de novas pesquisas que identifiquem os fatores relacionados aos problemas cardíacos visando contribuir para o planejamento de ações em saúde de acordo com as comorbidades e complicações.

MORBIDITIES AND QUALITY OF LIFE OF URBAN ELDERLY PEOPLE WITH AND WITHOUT HEART PROBLEMS

ABSTRACT

The presence of changes in health of older people who have heart problems should be investigated and monitored by health professionals. Noteworthy, in this sense, the health hazards related to cardiovascular complications, as they may influence the elderly to become more vulnerable, impacting the pattern of morbidity and quality of life. Thus, this study aimed to describe the socio-demographic characteristics of the elderly according to the presence or absence of heart problems and compare the presence of hypertension, diabetes mellitus and health-related quality of life among elderly people with and without heart problems. It is cross-sectional household survey conducted among 829 elderly with heart problems and 829 subjects without. We used absolute frequencies and percentages, chi-square and *t*-test ($p < 0,05$). They were prevailed females, 60-70 years-old, married and income of a minimum wage. There were a greater proportion of older people with heart problems as hypertension and diabetes mellitus. Elderly people with heart problems had significantly lower scores in the physical and psychological facets, higher in death and dying and intimacy. It is highlighted the need for tracking and monitoring health conditions of this population as well as the reflection on the impact on physical and psychological aspects.

Keywords: Elderly. Cardiovascular diseases. Quality of life. Geriatric nursing.

MORBILIDADES Y CALIDAD DE VIDA DE ANCIANOS URBANOS CON Y SIN PROBLEMAS CARDÍACOS

RESUMEN

La presencia de cambios en el estado de salud de los ancianos con problemas cardíacos debe ser investigada y supervisada por profesionales de la salud. Se destacan, en este sentido, los agravios de salud relacionados con las complicaciones cardiovasculares, puesto que pueden influir para que los ancianos se vuelvan más vulnerables, impactando en el patrón de morbimortalidad y en la calidad de vida. Con ello, este estudio tuvo como objetivo describir las características socio-demográficas de ancianos según la presencia o ausencia de problemas cardíacos y comparar la presencia de hipertensión arterial sistémica, la diabetes mellitus y los resultados de la calidad de vida entre ancianos con y sin problemas cardíacos. Se trata de una encuesta domiciliar transversal realizada entre 829 ancianos con problemas cardíacos y 829 sin estos problemas. Utilizamos frecuencias absolutas y porcentajes, chi-cuadrado y *t*-Student ($p < 0,05$). Prevalcieron: el sexo femenino; 60-70 años; casados y la renta de un salario mínimo. Hubo un gran número de ancianos con problemas cardíacos presentando hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus. Los ancianos con problemas cardíacos presentaron resultados significativamente inferiores en los aspectos físico y psicológico, y superiores en los aspectos muerte y morir e intimidad. Se constata la necesidad de acompañamiento y monitoreo de las condiciones de salud de esta población, así como la reflexión sobre el impacto en los aspectos físico y psicológico.

Palabras clave: Anciano. Enfermedades cardiovasculares. Calidad de vida. Enfermería Geriátrica.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -IBGE. Síntese dos indicadores sociais – uma análise das condições de vida da população brasileira, 2010 [on-line]. [citado 2011 out 13]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao_odevida/indicadoresminimos/sinteseindicossociais2010/SIS_2010.pdf.
2. Pereira JC, Barreto SM, Passos VMA. The profile of cardiovascular health of elderly Brazilian people needs to

improve: a population-based study. *Arq Bras Cardiol.* 2008; 91(1):1-10.

3. Alves FMB, Cosentino MB, Sakae TM, Coutinho MSSA. Cardiovascular risk factors in patients with noncoronary atherosclerotic disease in a hospital in South Brazil: control-case study. *Rev Soc Bras Clin Med.* [on-line]. 2009 [citado 2010 out 10]; 7(1): 3-10. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n1/a3-10.pdf>.

4. Ferreira CCC, Peixoto MRG, Barbosa MA, Silveira EA. Prevalência de risco cardiovascular em idosos usuários do

- Sistema Único de Saúde de Goiânia. Arq Bras Cardiol. 2010; 95(5):621-628.
5. Johansson P, Arestedt K, Alehagen U, Svanborg E, Dahlström U, Broström A. Sleep disordered breathing, insomnia, and health related quality of life - A comparison between age and gender matched elderly with heart failure or without cardiovascular disease. Eur J Cardiovasc Nurs. 2010; 9(2):108-17.
6. Barbareschi G, Sanderman R, Leegte IL, van Veldhuisen DJ, Jaarsma T. Educational level and the quality of life of heart failure patients: a longitudinal study. J Card Fail [online]. 2011;17(1):47-53. Disponível em: <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/1071-9164/PIIS1071916410010717.pdf>.
7. Soares DA, Toledo JAS, Santos LF, Lima RMB, Galdeano LE. Quality of life of heart failure patients. Acta Paul Enferm. 2008; 21(2):243-8.
8. The WHOQOL Group. The world health organization quality of life assessment (Whoqol): position paper from the world health organization. Soc Sci Med. 1995; 41:1403-09.
9. Berardinelli LMM, Santos I, Santos MLCS, Lima TCL, Missio AC, Berardinelli LM. Identificando vulnerabilidade para complicações cardiovasculares em idosos: uma estratégia para o cuidado. Rev enferm UERJ. 2011; 19(4):541-6.
10. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. Rev Saude Publica. 2000; 34(2):178-83.
11. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. Rev Saude Publica. 2006; 40(5):785-91.
12. Caetano JA, Costa AC, Santos ZMSA, Soares E. Description of risk factors for cardiovascular alterations in an elderly group. Texto & contexto enferm. 2008; 17(2): 327-35.
13. Costa MFLL, Peixoto SV, César CC, Malta DC, Moura EC. Health behaviors among older adults with hypertension, Brazil, 2006. Rev Saude Publica. 2009; 3 Suppl.2:18-26.
14. Gama GGG, Queiroz TL, Guimarães AC, Mussi FC. Difficulties of individuals with arterial coronary disease to continue drug treatment. Acta Paul Enferm. 2010; 23(4): 533-9.
15. Pierin AMG, Marroni SN, Taveira LAF, Benseñor IJM. Hypertension control and related factors at primary care located in the west side of the city of São Paulo, Brazil. Cienc saude colet. 2011; 16(1):1389-1400.
16. Francisco PMSB, Belon AP, Barros MBA, Carandina L, Alves MCGP, Goldbaum M et al. Self-reported diabetes in the elderly: prevalence, associated factors, and control practices. Cad Saude Publica. 2010; 26(1):175-84.
17. Rabelo DF, Lima CFM, Freitas PM, Santos, C. Qualidade de vida, condições e autopercepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos. Rev Kairos. 2010; 13(2):115-30.
18. Scattolin FAA, Diogo MJDE, Colombo RCR. Correlation between instruments for measuring health-related quality of life and functional independence in elderly with heart failure. Cad Saude Publica. 2007; 23(11):2705-15.
19. Rocha LA, Silva LF. Adaptação psicossocial de pessoas portadoras de insuficiência cardíaca: diagnósticos e intervenções de enfermagem. Rev Elet. Enf. [on-line]. 2009; 11(3):484-93. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a04.htm>.

Endereço para correspondência: Darlene Mara dos Santos Tavares. R. Jonas de Carvalho, n.420, Bairro Olinda, CEP 38.055-440, Uberaba-MG. E-mail: darlenetavares@enfermagem.uftm.br.

Data de recebimento: 10/12/2012

Data de aprovação: 07/04/2014