

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Letícia Dahmer¹

Tiago Bittencourt de Oliveira²

Carlos Kemper³

Amanda Pontin Sant'Ana⁴

Gabrielly Lunkes de Melo⁵

Janine Goldschmidt de Avila⁶

RESUMO

Avaliar a qualidade de vida de hipertensos e diabéticos nos remete ao impacto do tratamento da patologia nas questões físicas e psicossociais do paciente provocadas pelas mudanças no estilo de vida dos portadores destas doenças crônicas. Este conhecimento permite esclarecimentos quanto à adaptação e aceitação da doença bem como de seu tratamento. Este trabalho teve como objetivo avaliar a qualidade de vida de hipertensos e diabéticos que participavam de um programa de educação em saúde. Este estudo foi observacional e do tipo inquérito transversal sendo realizado com pacientes hipertensos e diabéticos que frequentavam grupos de educação em saúde do Projeto de Educação pelo Trabalho-PET-Vigilância em Saúde 2013-2015. Foi aplicado um questionário socioeconômico e cultural além do questionário padronizado e validado de qualidade de vida – o WHOQOL-BREF. Foram entrevistados 25 pacientes. Destes, 68% constituíram o gênero feminino. Os escores encontrados por domínio foram: físico 59,00 ($\pm 15,67$), psicológico 69,16 ($\pm 14,12$), social 69,33 ($\pm 11,71$), meio ambiente 64,25 ($\pm 12,30$). O escore geral médio foi de 72,44 ($\pm 9,12$). Os resultados se mostraram positivos, posto que valores acima de 50 são interpretados como satisfatórios. Os resultados deste estudo comprovam a importância de se avaliar a qualidade de vida de hipertensos e diabéticos, uma vez que a descoberta e o tratamento podem afetar a qualidade de vida em vários aspectos. Além disso, é dever dos profissionais da saúde orientar e auxiliar de forma efetiva os portadores destas patologias, para que minimizem os impactos na qualidade de vida que a doença ou o tratamento possam vir a causar.

Palavras-chave: Hipertensão arterial. Diabetes mellitus. Questionário WHOQOL-BREF. Qualidade de vida.

EVALUATION OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS HYPERTENSION AND DIABETES

ABSTRACT

Rate the quality of life of hypertensive and diabetic leads us to the impact of treatment of the condition on physical and psychosocial problems of the patient caused by changes in lifestyle of the carriers of these chronic diseases. This knowledge allows clarification on the adaptation and acceptance of the disease and its treatment. This study aimed to evaluate the quality of life of hypertensive and diabetic patients who participated in a program of health education. This study was observational and cross-sectional survey of the type being conducted with hypertensive and diabetic patients attending health education group Project on Education for Work-PEW-Health Surveillance 2013-2015. A socioeconomic and cultural questionnaire was administered in addition to the standardized and validated questionnaire of quality of life – WHOQOL-BREF. Twenty-five patients were interviewed, of these 68% were female. The domain scores were found for Physical 59.00 (± 15.67), psychological 69.16 (± 14.12), social 69.33 (± 11.71), environment 64.25 (± 12.30). The overall average score was 72.44 (± 9.12). The results were positive, whereas values above 50 are interpreted as satisfactory. The results of this study demonstrate the importance of evaluating the quality of life of hypertensive and diabetic, since the discovery and treatment can affect the quality of life in many ways. Moreover, it is the duty of health professionals to guide and help effectively the pathology of these patients. That minimize the impacts on quality of life that the disease or the treatment might cause.

Keywords: Hypertension. Diabetes mellitus. Questionnaire WHOQOL-BREF. Quality of life.

¹ Acadêmica do curso de Farmácia. Bolsista do PET/Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Câmpus Santo Ângelo. leticia.dahmer@hotmail.com

² Farmacêutico. Mestre em Farmácia pela UFSC. Professor do curso de Farmácia da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Câmpus Santo Ângelo. tiagob@santoangelo.uri.br

³ Educador Físico. Mestre em Educação Física pela UCB-DF. Professor do curso de Educação Física da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Câmpus Santo Ângelo. ckemper@santoangelo.uri.br

⁴ Acadêmica do curso de Enfermagem. Bolsista PET/ Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Câmpus Santo Ângelo. amandap.santana@hotmail.com

⁵ Acadêmica do curso de Farmácia. Bolsista do PET/Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Câmpus Santo Ângelo. gabylunkes@hotmail.com

⁶ Acadêmica do curso de Enfermagem. Bolsista PET/Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Câmpus Santo Ângelo. ja_gol@hotmail.com

No Brasil, a hipertensão e a *diabetes mellitus* constituem as principais causas de hospitalizações pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2011). Suas prevalências na população urbana adulta brasileira variam de 22,3% a 43,9%, dependendo da região em questão (Schmidt et al., 2009). No Rio Grande do Sul, houve um declínio na taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares entre os anos de 1996 e 2009, este sendo mais acentuado que a taxa verificada no Brasil. Já a taxa de mortalidade por *diabetes mellitus* se manteve estável neste mesmo período (Brasil, 2011).

Enquadram-se nas doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), as patologias que se instalam permanentemente, gerando necessidade de adaptação de novos hábitos de vida, tratamento e cuidado por longos períodos. A maioria das DCNTs, como é o caso da hipertensão e da *diabetes mellitus*, são passíveis de tratamento e controle, dependendo da aceitação dos novos hábitos de vida adotados pelo portador da patologia. A adoção da nova rotina requerida durante o tratamento pode comprometer a situação financeira, as relações sociais, de trabalho e o lazer, o que pode representar ameaça na qualidade de vida desta pessoa (Rego, 2011).

O termo qualidade de vida, quando ligado à saúde, se volta principalmente para a capacidade de o indivíduo viver sem doença ou superar os impasses das condições a que a doença o impôs. Isso por que é nesse ponto que os profissionais da área da saúde atuam, podendo influenciar beneficemente aliviando dores ou o mal estar provocado pela patologia (Minayo; Hartz; Buss, 2000).

Avaliar a qualidade de vida de hipertensos e diabéticos nos remete ao impacto do tratamento da patologia nas questões físicas e psicossociais do paciente provocadas pelas mudanças no estilo de vida dos portadores destas doenças crônicas. Este conhecimento permite esclarecimentos quanto à adaptação e aceitação da doença, bem como elaborar estratégias para que haja associação entre qualidade de vida e controle da patologia em questão (Rego, 2011).

O conhecimento da qualidade de vida fornece informações pessoais, sociais, psicológicas e de bem-estar da pessoa. Todos esses parâmetros ajudam a focar não somente a patologia, mas também a forma de tratamento, que, no caso das patologias crônicas, é o processo que afeta a qualidade de vida (Kluthcovsky; Kluthcovskiy, 2009).

Em virtude da falta de uma metodologia que avaliasse a qualidade de vida, pesquisadores da Organização Mundial da Saúde (OMS) criaram um questionário para esta avaliação – o WHOQOL-100 –, que teve uma versão abreviada – o WHOQOL-BREF – que possui 24 questões abrangendo vários domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e 2 envolvendo questões gerais sobre qualidade de vida (Azevedo et al., 2013).

Assim, conhecer o nível de qualidade de vida da população com hipertensão arterial e *diabetes mellitus*, contribui de forma benéfica, pois, dependendo dos resultados encontrados é possível, por meio dos órgãos competentes, planejar e executar ações que visem a promover ou resgatar a qualidade de vida dos portadores de doenças crônicas (Miranzi et al., 2008).

O presente trabalho teve como objetivo avaliar a qualidade de vida de pacientes diabéticos e hipertensos com a aplicação do método WHOQOL-BREF em pessoas que frequentam grupos de educação em saúde.

Métodos

Descrição do estudo

O estudo foi observacional, do tipo inquérito transversal, realizado com pacientes hipertensos e diabéticos que frequentavam grupos de educação em saúde do Projeto de Educação pelo Trabalho-PET-Vigilância em Saúde (2013-2015) da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), Câmpus de Santos Ângelo, RS.

Os critérios de inclusão para a participação nesta pesquisa foram estar cadastrado no sistema do Programa de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia), participar de um dos grupos de atividades de educação em saúde do Projeto PET-Vigilância em Saúde (2013-2015) e ter o diagnóstico de *diabetes mellitus* e/ou hipertensão, não importando o tempo de diagnóstico.

Os critérios de exclusão para a participação neste estudo foram: apresentar surdez, incapacidade de falar e ser analfabeto.

Inicialmente, os funcionários da Secretaria de Saúde do município de Santo Ângelo-RS, bem como os bolsistas do PET-Vigilância em Saúde, convidaram os pacientes cadastrados no programa Hiperdia a participarem dos grupos de educação em saúde que foram realizados em quatro locais do município.

Após a formação dos grupos, os participantes foram convidados por conveniência para participar do estudo. Os pacientes foram entrevistados nos primeiros encontros dos grupos.

Instrumento de coleta dos dados

O instrumento de coleta de dados foi composto por dois questionários, um sobre informações socioeconômicas e culturais e outro chamado WHOQOL-BREF (questionário padronizado da OMS).

A ficha de informações socioeconômica e cultural foi um instrumento criado especialmente para este estudo, na qual foram registradas informações sobre: idade, gênero, data de nascimento, nível educacional, estado civil, local de moradia, entre outras.

O WHOQOL-BREF é um instrumento específico para a aferição da qualidade de vida, criado pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS a partir do WHOQOL-100, sendo uma versão abreviada deste (Fleck et al., 2000; Azevedo et al., 2013). O objetivo deste é oportunizar aferições de qualidade de vida por meio de um instrumento que demande pouco tempo para o seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias. O WHO-

QOL-BREF contém 26 questões, sendo duas gerais e as demais representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. Diferente do WHOQOL-100, em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de 4 questões, no WHOQOL-BREF é avaliada por apenas uma questão.

O domínio geral avalia a qualidade de vida global e o estado de saúde geral. A versão em português, no Brasil, do WHOQOL-BREF, foi avaliada segundo a metodologia preconizada para a versão deste instrumento, tendo sido realizado o teste de campo em 300 indivíduos (Fleck et al., 2000). As características psicométricas preencheram os critérios de desempenho exigidos: consistência interna, validade discriminante, validade convergente, validade de critério, fidedignidade de teste-reteste.

Coleta dos dados e considerações éticas

Os dados foram coletados no município de Santo Ângelo-RS, no período de dezembro de 2013 a abril de 2014, com os pacientes que frequentavam os grupos de educação em saúde do Projeto PET - Vigilância em Saúde (2013-2015).

No momento da entrevista, a pesquisadora explicou os objetivos do estudo, entregou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, em seguida, solicitou que os participantes assinassem o mesmo se concordassem em participar da pesquisa.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da URI – Câmpus Santo Ângelo – com parecer nº 445.493, no dia 4 de novembro de 2013.

Análise dos dados

Os dados foram organizados em um banco de dados desenvolvido para o projeto, em Excel 2010® (Microsoft), e analisados com a utilização do programa SPSS- *Statistical Package for the Social Sciences*® – para ambiente Windows, versão 17.0, autorizada pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus Santo Ângelo-RS.

Os dados foram analisados tanto em dados absolutos quanto em percentuais. Os resultados foram apresentados em tabelas. Para as variáveis numéricas calcularam-se a média e o desvio padrão. Também se apresentou os valores mínimo e máximo. Foi empregada, ainda, a sintaxe WHOQOL-BREF no SPSS para a avaliação dos escores do instrumento de qualidade de vida e seus respectivos domínios.

Resultados

Na amostra dos 25 pesquisados, 68% eram do gênero feminino e 32% do masculino. A idade média para todo o grupo foi de 62,9 anos, com desvio padrão de 10,43 anos, variando de um mínimo de 40 anos a um máximo de 83 anos.

A amostra também foi composta por indivíduos que apresentavam somente hipertensão arterial, representando 48%, e ainda, 44% que apresentavam hipertensão arterial e *diabetes mellitus* associadas, conforme dados da Tabela 1.

A maioria da população em estudo (56%) apresentou nível educacional da 1ª a 4ª série, seguido de 32% que estudaram da 5ª a 8ª série e apenas 12% que concluíram o Ensino Médio.

Em relação aos domínios apresentados na tabela 2, o que apresentou menor escore foi o domínio físico com escore de 59,00 ($\pm 15,67$) e o maior escore foi obtido no domínio social com 69,33 ($\pm 11,71$) em uma escala que varia de 0 a 100. O escore total do questionário WHOQOL-BREF foi 72,44 ($\pm 9,12$), também, em uma escala que varia de 0 a 100.

Tabela 1 – Características gerais dos pacientes hipertensos e diabéticos que participaram do estudo

| | | N | % |
|-------------------|-----------------------|----|-----|
| Gênero | Masculino | 8 | 32 |
| | Feminino | 17 | 68 |
| Idade | 40 a 50 anos | 3 | 12 |
| | 51 a 60 anos | 7 | 28 |
| | 61 a 70 anos | 9 | 36 |
| | >70 anos | 6 | 24 |
| Nível educacional | 1ª a 4ª série | 14 | 56 |
| | 5ª a 8ª série | 8 | 32 |
| | Ensino médio completo | 3 | 12 |
| Patologia | Hipertensão | 12 | 48 |
| | Diabetes mellitus | 2 | 8 |
| | HA + DM | 11 | 44 |
| TOTAL | | 25 | 100 |

Tabela 2 – Escores por domínio a partir do questionário WHOQOL-BREF dos pacientes hipertensos e diabéticos estudados

| | MÍNIMO | MAXIMO | MEDIA | DP |
|-----------------------------------|--------|--------|-------|-------------|
| DOMÍNIO 1 (Físico) (0-100) | 28,57 | 92,86 | 59,00 | $\pm 15,67$ |
| DOMÍNIO 2 (Psicológico) (0-100) | 41,67 | 100,00 | 69,16 | $\pm 14,12$ |
| DOMÍNIO 3 (Social) (0-100) | 50,00 | 91,67 | 69,33 | $\pm 11,71$ |
| DOMÍNIO 4 (Meio ambiente) (0-100) | 46,88 | 93,75 | 64,25 | $\pm 12,30$ |
| GERAL (0-100) | 55,98 | 88,98 | 72,44 | $\pm 9,12$ |

Na tabela 3 observamos que a maioria dos participantes considerou sua qualidade de vida “boa”, representando 52% dos entrevistados, seguido de 24% que consideraram “nem ruim nem boa”.

Tabela 3 – Avaliação da qualidade de vida dos participantes

| AVALIAÇÃO | Nº DE PESSOAS | Nº ACU-MULADO | % | % ACU-MULADO |
|------------------|---------------|---------------|----|--------------|
| Muito ruim | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ruim | 1 | 1 | 4 | 4 |
| Nem ruim nem boa | 6 | 7 | 24 | 28 |
| Boa | 13 | 20 | 52 | 80 |
| Muito boa | 5 | 25 | 20 | 100 |

Em relação à satisfação com a saúde, 48% dos participantes se consideraram “satisfeitos” e 36% “nem satisfeitos nem insatisfeitos” como mostra a Tabela 4.

Tabela 4 – Satisfação com a saúde dos participantes

| COMO SE SENTE | Nº DE PESSOAS | Nº ACU-MULADO | % | % ACU-MULADO |
|---------------------------------|---------------|---------------|------|--------------|
| Muito insatisfeito | 1 | 1 | 4,0 | 4,0 |
| Insatisfeito | 2 | 3 | 8,0 | 12,0 |
| Nem satisfeito nem insatisfeito | 9 | 12 | 36,0 | 48,0 |
| Satisfeito | 12 | 24 | 48,0 | 96,0 |
| Muito satisfeito | 1 | 25 | 4,0 | 100,0 |

No domínio físico, no que se refere à necessidade de algum tratamento médico, 40% dos pesquisados necessitam “muito pouco” e 28% “mais ou menos”.

Tabela 5 – Necessidade de algum tratamento médico para levar a vida diária: faceta do domínio Físico

| NECESSIDADE DE TRATAMENTO MÉDICO | Nº DE PESSOAS | Nº ACU-MULADO | % | % ACU-MULADO |
|----------------------------------|---------------|---------------|------|--------------|
| Nada | 1 | 1 | 4,0 | 4,0 |
| Muito pouco | 10 | 11 | 40,0 | 44,0 |
| Mais ou menos | 7 | 18 | 28,0 | 72,0 |
| Bastante | 6 | 24 | 24,0 | 96,0 |
| Extremamente | 1 | 25 | 4,0 | 100,0 |

Discussão

Observamos, neste estudo, que a maioria dos participantes foi do sexo feminino (68%), perfil semelhante ao resultado encontrado nos estudos feitos por Prado e Jacopetti (2009) e Miranzi et al. (2008). O que pode justificar esta informação é que a maioria da população do município em que o estudo foi feito é composta por mulheres, o que se comprova com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que constataram, no ano de 2010, que 52,03% da população residente em Santo Ângelo era do gênero feminino. Além disso, há um predomínio da população feminina acima dos 50 anos (Rego, 2011). Isto é explicado pelas diferenças de expectativa de vida entre os gêneros, fenômeno bastante intenso no Brasil, conhecido como femi-

nização da velhice, considerando que as mulheres vivem em média oito anos a mais que os homens (Lima, 2011).

Outro fator relevante é que os homens apresentam maior resistência em participar de atividades que não estão relacionadas ao trabalho (Beltrame, 2008), como, por exemplo, grupos de educação em saúde, que é o caso do presente estudo.

A idade dos pesquisados foi bem-variada, porém a maioria (60%) foi composta de pessoas com idade acima de 61 anos. População semelhante foi estudada em outros trabalhos (Miranzi et al., 2008; Prado; Jacopetti, 2009; Rego, 2011; Fontela; Winkelmann; Berlezi, 2013).

O nível educacional da amostra foi composto, na maioria (56%), por pessoas que estudaram da 1ª a 4ª série, e apenas 12% que tinham o Ensino Médio completo. Muitos estudos, no Brasil, mostram a baixa escolaridade de indivíduos com hipertensão arterial e *diabetes mellitus* (Rego, 2011). No estudo de Dos Santos et al. (2013), 25,6% da amostra possuía Ensino Médio completo. Isto reflete as diferentes condições de acesso à educação em décadas anteriores, em que ir à escola era privilégio de uma baixa parcela da população (Beltrame, 2008).

O domínio físico foi o que apresentou o menor escore, 59,0, e se assemelha ao encontrado por Tavares, Dias e Munari (2011), que avaliaram a qualidade de vida de idosos participantes de uma atividade grupal educativa, e o mesmo achado de Gambin (2013) em idosos moradores da zona rural. Os estudos de Fontela, Winkelmann e Berlezi (2013) e Dos Santos et al. (2013), em paciente com *diabetes mellitus*, também apresentaram o menor escore no domínio físico. Nos trabalhos com hipertensos e diabéticos (Prado e Jacopetti, 2009) e apenas com diabéticos (Miranzi et al., 2008) foram encontrados como menor escore o domínio social e meio ambiente.

O domínio físico compreende questões como: dor, desconforto, energia, fadiga, sono, repouso, atividades da vida cotidiana, dependência de medicamento ou tratamentos e capacidade de trabalho. Todos estes fatores são

afetados pelos portadores de doenças crônicas, neste caso a hipertensão arterial e a *diabetes mellitus*, que precisam adotar novos hábitos para o sucesso do tratamento. A adaptação da rotina, incluindo o uso diário dos medicamentos, realização de atividade física e novos hábitos alimentares, podem requerer o abandono de situações anteriormente comuns do dia a dia do indivíduo, o que pode justificar um valor abaixo dos demais domínios e, conseqüentemente, maior contribuição para uma menor qualidade de vida (Azevedo et al., 2013).

A avaliação do nível de QV (qualidade de vida) aplicado por questionário WHOQOL-BREF é significativamente diferente quando comparados idosos com DM e idosos sem DM, obviamente sendo inferior a QV em idosos com DM, principalmente nos domínios físicos e psicológicos (Beltrame, 2008). Outro fato é que pacientes mais idosos apresentam médias inferiores de qualidade de vida, principalmente no aspecto físico. O aspecto físico é fundamental na qualidade de vida do idoso e este sofre influência com o aumento da idade (Azevedo et al., 2013).

O domínio psicológico, que avalia questões relacionadas a sentimentos positivos, concentração, autoestima, aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião e crenças pessoais, apresentou escore de 69,16 no presente trabalho. Outro estudo encontrou 64,74, em idosos com DM moradores da zona urbana, e 66,86 em idosos com DM da zona rural (Dos Santos et al., 2013). Grupos de idosos apresentaram escores de 67,3 quando participaram de grupos de educação (Tavares; Dias; Munari, 2012). Outro trabalho – com mulheres obesas – encontrou escore de 60,1 para o domínio psicológico (Horta et al., 2013). Grupos de diabéticos apresentaram escores menores, como 55,5 (Miranzi et al., 2008), e valores mais altos como 76,5 para idosos diabéticos (Beltrame, 2008).

Os resultados divergentes em alguns estudos e entre os indivíduos pode ser em virtude do próprio conceito de qualidade de vida, que afirma que é de caráter subjetivo, complexo e com várias dimensões. Sendo assim, a avaliação tem conotação para cada época, para cada indivíduo e, também, depende de como este está inserido na sociedade (Beltrame, 2008).

Os sentimentos fazem parte do processo de adaptação do indivíduo com sua nova condição, o que pode comprometer o estado psicológico do portador de doenças crônicas, levando em conta que desde o início do tratamento é ressaltado que a *diabetes mellitus* e a hipertensão são doenças que não apresentam cura, apenas tratamento. Além disso, os alertas quanto às possíveis complicações são ideias que podem favorecer sentimentos e expectativas negativas para o futuro, o que agrava este aspecto na avaliação da qualidade de vida (Moreira; Gomes; Santos, 2010).

Estudos que avaliaram a qualidade de vida pelo método WHOQOL-BREF (Miranzi et al., 2008; Tavares; Dias; Munari, 2012; Gambin, 2013; Dos Santos et al., 2013; Fontela; Winkelmann; Berlezi, 2013; Santos, 2014) mostraram resultados semelhantes quanto ao domínio que apresentou maior escore, que, no presente estudo, foi o domínio social, obtendo escore de 69,33.

Os aspectos relacionados às relações pessoais, suporte (apoio) social e atividade sexual são abordados no domínio relações sociais. O apoio familiar no tratamento das doenças crônicas é fundamental, posto que os novos hábitos de vida devem ser respeitados pelas pessoas que convivem com o portador para o controle da patologia. (Alves; Calixto, 2012). Os resultados deste escore nos mostraram como é imprescindível o apoio dos familiares e demais pessoas que convivem com hipertensos e diabéticos para que a nova rotina não abale as relações sociais desta pessoa bem como a qualidade de vida dos mesmos. Sendo apoiado, o tratamento se simplifica e é encarado de

maneira mais natural, sem que a qualidade de vida seja prejudicada (Alves; Calixto, 2012). Além disso, a participação em atividades coletivas, como é o caso dos grupos de educação em saúde, pode contribuir para a maior satisfação com as relações sociais dos indivíduos (Tavares; Dias; Munari, 2012).

O domínio meio ambiente apresentou escore de 64,25, com resultado similar ao estudo em idosos moradores da zona rural de uma localidade do interior do Rio Grande do Sul, com escore de 64,3 (Gambin, 2013), e em pacientes com insuficiência renal crônica com escore de 62,04 (Santos, 2014), e também próximo ao escore de 62,07 de pacientes com DM residentes na zona urbana (Dos Santos et al., 2013) e escore de 61,07 pacientes DM participantes de grupo de educação (Tavares; Dias; Munari, 2012). Já outros estudos, como em mulheres obesas (Horta et al., 2013) e diabéticos (Miranzi et al., 2008), encontraram escores menores para o domínio meio ambiente com 56,5 e 53,75, respectivamente, sendo o domínio meio ambiente o mais baixo encontrado.

O domínio meio ambiente revela aspectos relacionados ao ambiente em que a pessoa vive, integrando desde aspectos físicos até oportunidade de lazer, situação financeira e condições de transporte. Este dado se mostrou positivo, posto que muitas vezes a descoberta da doença abala os recursos financeiros da família em razão das despesas relacionadas ao tratamento, deixando, com isso, de ter oportunidades de lazer e entretenimento. Além disso, o resultado deste domínio se revelou positivo na avaliação dos participantes em relação ao ambiente em que vivem e o meio de transporte, importantes para a rotina diária de qualquer indivíduo (Azevedo et al., 2013; Ribeiro; Neri, 2012). Geralmente, indivíduos que encontram menores escores no domínio meio ambiente são pessoas com baixa classe econômica, baixa escolaridade, menor número de bens, condições precárias de moradia e desemprego (Azevedo et al., 2013).

O escore geral da qualidade de vida deste estudo foi de 72,44, o que é próximo a outro estudo realizado em idosos diabéticos moradores do município de Concórdia-SC, onde foi encontrado 73,8 (Beltrame, 2008). Também se assemelha aos idosos moradores da zona rural em uma cidade no Norte do Estado do RS, que apresentou escore geral de 67,3 (Gambin, 2013). Já, estudo realizado em Ijuí-RS, com diabéticos tipo 1 e 2, encontrou escore QV geral de 85,0 (Fontela; Winkelmann; Berlezi, 2013), e outro trabalho em mulheres com excesso de peso encontrou escore geral de 89,5 (Horta et al., 2013). Desta forma, podemos perceber que a média da qualidade de vida dos entrevistados se mostrou positiva, considerando que valores acima de 50 são interpretados como satisfatórios (Miranzi et al., 2008).

Na questão número 1, que avalia a qualidade de vida na visão do participante, 52% responderam considerar “boa” sua qualidade de vida, ao contrário do estudo de Miranzi et al. (2008), em que (46,67%) avaliaram como “nem ruim, nem boa”. Destaca-se, porém, que Miranzi et al. (2008) tiveram como amostra apenas pacientes diabéticos associados à hipertensão, diferente do presente estudo, que apresentou pacientes diabéticos e pacientes com hipertensão isolada. Este dado nos remete a considerar que a população não aponta somente a saúde como fator principal para uma boa qualidade de vida, e cada indivíduo tem seu ponto de vista em relação a este tema.

Já na questão número 2, que avalia a satisfação do participante referente a sua saúde, 48% estão “satisfeitos” com a mesma, o que se assemelha ao resultado encontrado no estudo de Miranzi et al. (2008), em que 33,33% consideraram esta mesma resposta. Este dado se comprova no conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS), que definiu qualidade de vida como “a 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”, ou seja, apesar de serem portadores

de doenças crônicas, isso não é motivo para a redução de sua satisfação com a saúde (Minayo et al., 2000; Miranzi et al., 2008).

No domínio físico, a questão número 4 aborda a necessidade de algum tratamento médico para levar a vida diária, na qual 40% da amostra relataram necessitar “muito pouco”. Estes resultados revelam que, apesar das doenças crônicas, os participantes não necessitam de maiores cuidados médicos para levar sua vida, o que se pode considerar um bom resultado, levando em conta que a hipertensão arterial e a *diabetes mellitus* podem desencadear complicações e, conseqüentemente, necessitar maior acompanhamento médico (Beltrame, 2008, Moreira; Gomes; Santos, 2010).

Conclusão

Os resultados deste estudo comprovam a importância de se avaliar a qualidade de vida de hipertensos e diabéticos, uma vez que a descoberta e, posteriormente, o tratamento podem afetar a qualidade de vida em vários aspectos destes indivíduos.

Em relação ao perfil da população estudada observamos a superioridade dos participantes do gênero feminino (68%) e idade acima dos 50 anos. Quanto à qualidade de vida, os aspectos sociais foram os que mais contribuíram para o resultado positivo deste estudo, posto que seu escore foi de 69,33 ($\pm 11,71$).

Apesar de a qualidade de vida geral ter sido satisfatória, com escore médio de 72,44 ($\pm 9,12$), é de extrema importância que se realize mais estudos sobre este assunto para que se conheça o nível de qualidade de vida de portadores de doenças crônicas não transmissíveis. Somente assim será possível diagnosticar quais aspectos devem ser melhorados e elaborar estratégias para que este público mantenha uma boa qualidade de vida após o diagnóstico de hipertensão arterial ou *diabetes mellitus*.

Além disso, é dever dos profissionais da saúde orientar e auxiliar de forma efetiva os portadores deste tipo de patologia, para que minimizem os impactos na qualidade de vida que a doença ou o tratamento possam vir a causar.

Referências

- ALVES, B. A.; CALIXTO, A. A. T. F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. *Journal of the Health Sciences Institute*, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 255-260, 2012.
- AZEVEDO, A. L. S. et al. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. *CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA*, São Paulo, v. 29, n. 9, p. 1.174-1.182, 2013.
- BELTRAME, V. *Qualidade de vida de idosos diabéticos*. 2008. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) – Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, Porto Alegre, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Sistema nacional de vigilância em saúde: relatório de situação – Rio Grande do Sul*. 5. ed. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_nacional_vigilancia_saude_rs_5ed.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2014.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.
- DOS SANTOS, E. A. et al. Morbidades e qualidade de vida de idosos com diabetes mellitus residentes nas zonas rural e urbana. *Rev. Esc. Enferm.*, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 393-400, 2013.
- FLECK, M. P. A. et al; Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista Saúde Pública*; v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.
- FONTELA, P. C.; WINKELMANN, E. R.; BERLEZI, E. M. Perfil de indivíduos com diabetes mellitus tipo 2 adscritos em estratégia de saúde da família. Relatório técnico-científico. SEMINÁRIO

DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 21. Ijuí, 2013. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/salaoconhecimento>>. Acesso em: 12 jun. 2014.

GAMBIN, G. *Qualidade de vida de idosos do meio rural usuários da estratégia de saúde da família*. 2013. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Porto Alegre-RS, 2013.

HORTA P. M. et al. Qualidade de vida entre mulheres com excesso de peso e doenças crônicas não transmissíveis. *Revista Gaúcha Enferm.*, Belo Horizonte-MG, v. 34, n. 4, p. 121-129, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. *Perfil dos municípios brasileiros*. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=431750&idtema=16&search=||s%EDntese-das-informa%E7%F5es>>. Acesso em: 19 maio 2014.

KLUTHCOVSKYI, A. C. G. C.; KLUTHCOVSKYII, F. A. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. *Revista psiquiatria*, Porto Alegre, v. 31, n. 3, 2009.

LIMA, C. R. V. *Políticas públicas para idosos: a realidade das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Distrito Federal*. Brasília. 2011. Monografia (Especialização em Legislativo e políticas públicas) – Câmara dos Deputados, Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento (Cefor), 2011.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MIRANZI, S. S. C. et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 672-679, out./dez. 2008.

MOREIRA, T. M. M.; GOMES, E. B.; SANTOS, J. C. Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. *Revista Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre-RS, v. 31, n. 4, p. 662-669, dez. 2010.

PEDROSO, B. et al. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, Ponta Grossa, v. 2, n. 1, p. 31-36, jan./jun. 2010.

PRADO, I.; JACOPETTI, S. R. Qualidade de vida na percepção dos idosos hipertensos e diabéticos de uma u.s. de Curitiba-PR. *Boletim de enfermagem*; Curitiba, v. 1, n. 3, p. 33-53, 2009.

REGO, A. R. F. *Qualidade de vida de pacientes hipertensos e hipertenso-diabético*. Campina Grande. 2011. Dissertação (Mestre em Saúde Pública) – Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, 2011.

RIBEIRO, L. H. M.; NERI, A. L. Exercícios físicos, força muscular e atividades de vida diária em mulheres idosas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Campinas, SP, v. 17, n. 8, p. 2.169-2.180, 2012.

SANTOS, J. P. *Qualidade de vida e tratamento da anemia em pacientes com insuficiência renal crônica*. Criciúma-SC. Trabalho de conclusão de curso. Universidade do Extremo Sul Catarinense – Unesc. 2014. Disponível em: <<http://repositorio.unesc.net/handle/1/2155>>. Acesso em: 12 jun. 2014.

SCHMIDT, M. I. et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 74-82, 2009.

TAVARES, D. M. S.; DIAS, F. A.; MUNARI, D. B. Qualidade de vida de idosos e participação em atividades educativas grupais. *Acta Paulista Enfermagem*, São Paulo, v. 25, n. 4. 2012.

Recebido em: 6/7/2014

Aceito em: 7/4/2015