

Qualidade de vida de idosos hipertensos e diabéticos da comunidade: um estudo observacional

Quality of life of elderly hypertensive and diabetics of the community: an observational study

Jéssica Eidler da Silva Borges¹, Aquiles Assunção Camelier²,
Luís Vicente Franco Oliveira³, Glauber Sá Brandão⁴

¹Universidade do Estado da Bahia. Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil. jes-20p@hotmail.com

²Universidade do Estado da Bahia, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, Bahia, Brasil. aquilescamelier@yahoo.com.br

³Centro Universitário de Anápolis. Anápolis, Goiás, Brasil. oliveira.lvf@gmail.com

⁴Autor para correspondência. Universidade do Estado da Bahia. Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil. gbrandao@uneb.br

RESUMO | INTRODUÇÃO: O envelhecimento da população brasileira provocou modificações no perfil das morbidades, aumentando as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), principalmente hipertensão e diabetes, interferindo na qualidade de vida. **OBJETIVO:** Avaliar a qualidade de vida de idosos hipertensos e diabéticos da comunidade, analisar suas correlações e caracterizar o perfil desses idosos. **MATERIAIS E MÉTODO:** Estudo observacional, transversal, com 108 idosos da comunidade com 60 anos ou mais. Na coleta de dados, aplicaram-se questionários sociodemográficos, antropométricos, de morbidades, avaliação do comprometimento cognitivo, por meio do Mini Exame do Estado Mental, e da qualidade de vida por meio do WHOQOL-OLD. Os dados foram submetidos à estatística descritiva, análise de variância para comparação de médias entre os grupos e correlação de Pearson para testar a associação da qualidade de vida com o quantitativo de DCNT. **RESULTADOS:** A média de idade foi 70 ± 6 anos, predominância do sexo feminino (85,2%); baixa escolaridade (75,8%); baixa renda (51,9%); morando com familiares (80,6%) e casados (46,3%). Em relação às DCNT, 37,0% eram hipertensos, 18,5% diabéticos e 14,8% tinham associação das duas. Os idosos sem DCNT apresentaram médias do WHOQOL-OLD maiores que os demais grupos com pelo menos uma DCNT e houve correlação negativa da quantidade de DCNT e a qualidade de vida. **CONCLUSÃO:** DCNT influenciam negativamente a qualidade de vida dos idosos, sendo que idosos sem DCNT apresentaram melhor qualidade de vida, comparados aos hipertensos, diabéticos ou com associação de ambas e, o medo de morrer foi a variável que apresentou maior interferência na qualidade de vida dos idosos.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Qualidade de vida. Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

ABSTRACT | INTRODUCTION: With the aging of the Brazilian population, there was a change in the morbidity profile, with a consequent increase in chronic noncommunicable diseases (CNCD). **OBJECTIVE:** To evaluate the quality of life of elderly diabetic and hypertensive in the community and characterize the profile of these elderly people. **MATERIALS AND METHODS:** 108 elderly subjects were investigated in a cross-sectional observational study. Data collection included questionnaires containing sociodemographic, anthropometric and self-reported morbidity data, as well as the evaluation of cognitive impairment through the Mini Mental State Examination and quality of life through the WHOQOL-OLD. Data were submitted to descriptive statistics, analysis of variance for comparison of means between groups and Pearson correlation to test the association of quality of life with the quantitative of CNCD. **RESULTS:** Mean age 70 ± 6 , predominantly female (85.2%); low schooling (75.8%); low income (51.9%); living with relatives (80.6%) and married (46.3%). They were hypertensive (37.0%), diabetics (18.5%) and both (14.8%). Elderly non-CNCD had WHOQOL-OLD averages higher than the other groups with at least one CNCD, and there was a moderate and statistically significant negative association of the amount of CNCD and quality of life. **CONCLUSION:** CNCD negatively influence the quality of life of the elderly, and the elderly without chronic disease presented better quality of life when compared to the elderly with the presence of hypertension, diabetes or both, and the fear of dying was the variable that presented greater interference in the quality of life of the elderly.

KEYWORDS: Elderly. Quality of life. Chronic Non Communicable Diseases.

O processo de envelhecimento da população brasileira é um dos fenômenos mais significativos da atualidade e vem ocorrendo intensamente nos últimos anos em consequência da dinâmica demográfica, a qual afetou profundamente a composição etária da População Economicamente Ativa (PEA). Essa transição demográfica, ainda em vias de desenvolvimento, proporcionou uma considerável redução das taxas de fecundidade e natalidade e aumento progressivo da expectativa de vida¹.

No decorrer das transformações socioeconômicas houve uma modificação no perfil de morbidade da população brasileira, com consequente aumento significativo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), incluindo a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a diabetes mellitus (DM), ambas condições prevalentes e consideradas como importante problema de saúde pública².

Nesse sentido, a qualidade de vida passou a ser mais valorizada e a importância da sua avaliação tem sido progressivamente mais reconhecida e incorporada às pesquisas científicas³, sendo que a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu como qualidade de vida 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”⁴.

As DCNT de origem multifatorial e não infecciosa, são consideradas um importante problema de saúde, principalmente em países emergentes⁵ e, diante deste aumento na incidência de idosos acometidos por essas enfermidades⁶, torna-se necessária à busca constante por pesquisas e estudos que estimulem as políticas públicas orientadas à promoção da saúde e qualidade de vida desta população, proporcionando redução da sobrecarga gerada aos serviços de saúde e minimizando os agravos provenientes dessas doenças⁷. Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo avaliar a qualidade de vida de idosos da comunidade com hipertensão arterial, diabetes, com ambas as condições (hipertensão e diabetes) e sem DCNT; comparar as médias dos escores de qualidade de vida dessas quatro condições e analisar a correlação entre as mesmas; além de caracterizar o perfil destes idosos.

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal, com abordagem descritiva e analítica sobre a qualidade de vida de idosos da comunidade com doenças crônicas não transmissíveis. Essa pesquisa foi realizada a partir de dados provenientes de um estudo maior que verificou o efeito de um programa de exercício físico domiciliar sobre a qualidade de sono de idosos da comunidade, o qual foi desenvolvido por pesquisadores vinculados ao grupo de estudos e pesquisa em qualidade de vida e envelhecimento saudável (QUALES) da Universidade do Estado da Bahia, Ba, Brasil. O desenho e a condução desse estudo seguiram as recomendações do Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE).

A coleta de dados foi realizada no período de julho a dezembro de 2015, após aprovação do Comitê de Ética em pesquisa envolvendo seres humanos da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - EBMS, com CAAE: 39072514.6.0000.5544. Todos os participantes do estudo concordaram em participar e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Participaram da pesquisa idosos com 60 anos ou mais, residentes no município de Senhor do Bonfim, na região norte da Bahia, Brasil. O recrutamento ocorreu em toda a comunidade, inicialmente por meio de divulgação da realização da pesquisa em jornais locais, rádios, centros religiosos, grupos de encontro de idosos, residência sênior, associação de bairros e no projeto da terceira idade desenvolvido pela prefeitura municipal. Neste anúncio era fornecido um telefone para que os interessados entrassem em contato com a equipe de pesquisadores. Os critérios de inclusão foram: idosos da comunidade com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos. Foram excluídos, os participantes com declínio cognitivo de acordo com o Mini exame do Estado Mental (MEEM)⁸.

Os dados foram coletados em sala apropriada, por meio de entrevista e em uma única sessão, onde se obteve informações pertinentes às características sociodemográficas, antropométricas e as morbidades autorreferidas. Foram aplicados os instrumentos de avaliação do comprometimento cognitivo (MEEM)⁸ e da qualidade de vida (WHOQOL-OLD)⁹.

Na verificação das variáveis antropométricas, a massa corporal foi obtida utilizando-se uma balança da marca Welmy®, com capacidade de 150 quilogramas (Kg); a estatura, em metros (m), foi medida por meio de um estadiômetro vertical fixo à balança; para mensurar a circunferência abdominal (CA) utilizou-se uma fita antropométrica, flexível e inelástica da marca Cescorf® e o Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado a partir do peso em quilogramas dividido pela altura em metros ao quadrado. As medidas da CA foram coletadas na menor curvatura localizada entre as costelas e a crista ilíaca, ao final do movimento expiratório e sem comprimir os tecidos. Os pontos de corte adotados, relativos ao grau de risco para doenças cardiovasculares, foram: risco aumentado para mulheres (CA > 80cm) e para homens (CA > 94cm)¹⁰.

Para avaliar a qualidade de vida foi utilizado o questionário do World Health Organization Quality of Life Group-old – (WHOQOL-OLD), que contém seis facetas de 4 itens cada, avaliados pela escala de Likert (1 a 5 pontos): Faceta I – “Funcionamento do Sensório”; Faceta II – “Autonomia”; Faceta III – “Atividades Passadas, Presentes e Futuras”; Faceta IV – “Participação Social”; Faceta V – “Morte e Morrer”; Faceta VI – “Intimidade”. Cada uma das facetas possui 4 itens, portanto, para todas as facetas o escore dos valores possíveis pode oscilar de 4 a 20, sendo que os escores destas seis facetas ou os valores dos 24 itens podem ser combinados para produzir um escore “global” da qualidade de vida em idosos⁹.

O rastreamento do comprometimento cognitivo foi realizado por meio do Mini Exame do Estado Mental. Instrumento composto por questões que se correlacionam em cinco dimensões: concentração, linguagem/práxis, orientação, memória e atenção, contendo um escore máximo de 30 pontos. Os pontos de corte adotados foram: 20 pontos para analfabetos 25 pontos para idosos com um a quatro anos de estudo, 26,5 pontos para idosos com cinco a oito anos de estudo, 28 pontos para aqueles com nove a onze anos de estudo e 29 pontos para os que possuíam mais de onze anos de estudo⁸.

Os questionários foram aplicados por alunos do terceiro ano do curso de graduação em Enfermagem,

que foram previamente treinados de forma sistemática e não conheciam os objetivos da pesquisa, minimizando os riscos do viés de aferição.

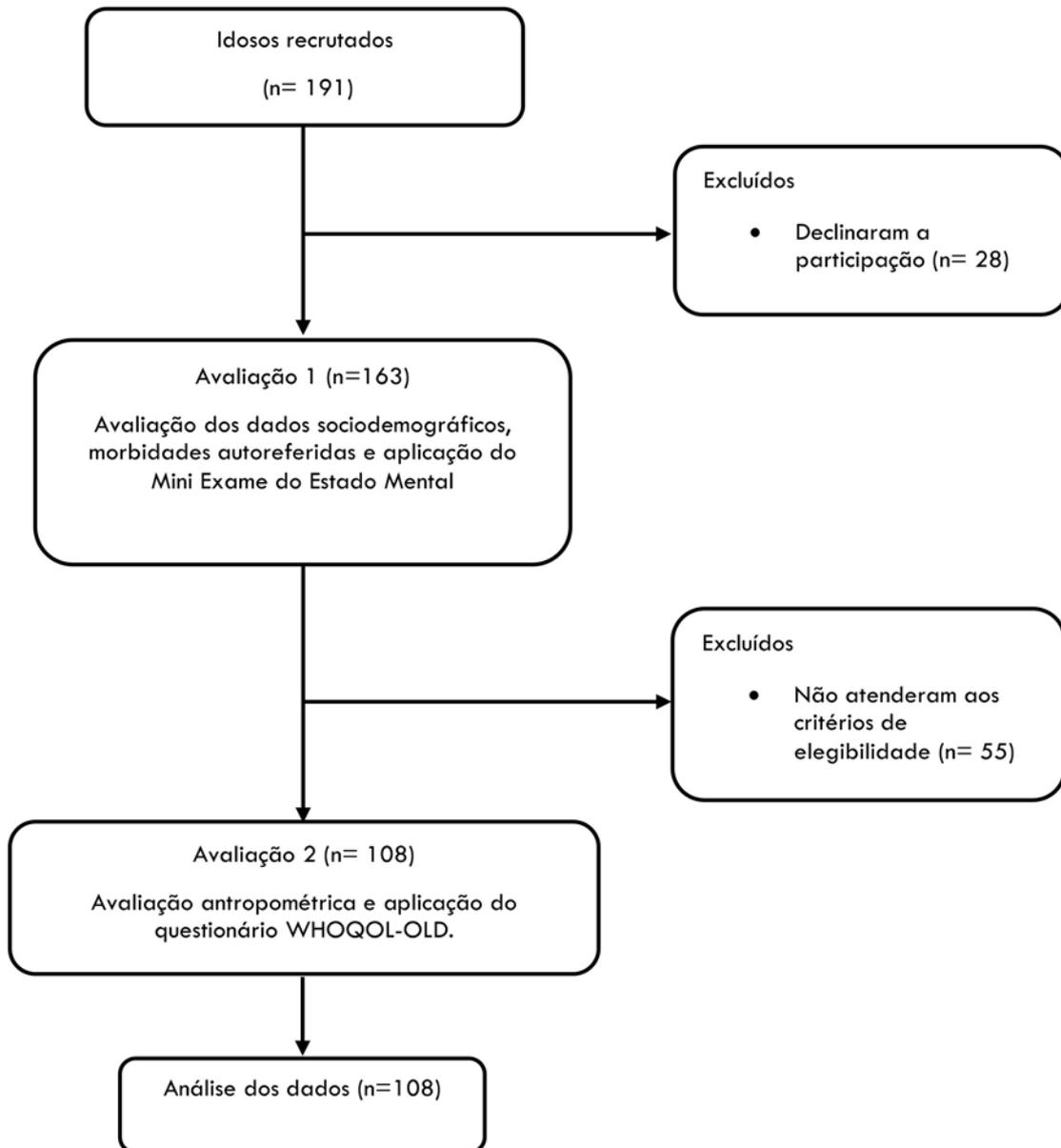
A amostra foi categorizada em três grupos de acordo com a quantidade de doenças crônicas apresentadas pelos idosos: grupo sem doença, com apenas uma doença (hipertensão ou diabetes) e o grupo com ambas as doenças. Essa categorização possibilitou analisar a associação da qualidade de vida com o quantitativo de doenças.

Os dados foram testados quanto à normalidade por meio da análise do histograma, média e mediana, desvio padrão, assimetria e curtose e para confirmação utilizou-se o teste de normalidade Kolmogorov–Smirnov, em seguida foram submetidos à análise descritiva por meio de frequências absolutas e percentuais para variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão para variáveis numéricas. Com o objetivo de comparar o escore da qualidade de vida entre os quatro grupos (sem DCNT, hipertensos, diabéticos e com hipertensão e diabetes), em cada uma das facetas do WHOQOL-OLD, foi utilizada a análise de variância de uma via (One-Way ANOVA), seguida do teste de comparações múltiplas de Tukey e a magnitude da diferença entre os grupos foi verificada por meio do tamanho do efeito calculado pela metodologia de Cohen (d de Cohen), que representa o quanto duas médias diferem em termos de desvios padrão¹¹. Foi também utilizado o coeficiente de correlação de Pearson (r) para analisar a associação da qualidade de vida com o quantitativo de doenças crônicas. Para critérios de decisão, foi adotado o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Resultados

Cento e noventa e um potenciais participantes foram recrutados da comunidade. Desse total, 28 se recusaram a participar do estudo e 55 foram excluídos de acordo com os critérios de elegibilidade, finalizando com 108 participantes. Um resumo do fluxo dos participantes ao longo do curso do estudo é apresentado na figura 1.

Figura 1. Diagrama de fluxo dos participantes ao longo do curso do estudo



A amostra do presente estudo foi constituída por 108 idosos. Conforme demonstrado na tabela 1, houve predominância do sexo feminino (85,2%), a maioria na faixa etária de 60 a 69 anos, com média de 70 ± 6 anos, apresentando baixa escolaridade, sendo 63,7% com ensino fundamental e 12,1% analfabetos. A maioria com baixa renda (66,7% ≤ 2 SM), morando com familiares (80,6%) e sendo casados (46,3%). Verificou-se que 8,9% dos idosos eram etilistas, 6,5% eram tabagistas e a maioria (63,5%) participava de programas sociais.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes envolvidos no estudo. Senhor do Bonfim, BA, 2015

Características sociodemográficas	n (%)	Média ±DP
Sexo		
Feminino	93 (86,1)	-
Masculino	15 (13,9)	-
Idade (anos)		
	-	70 ± 6
60 a 69	63 (58,3)	-
70 a 70	35 (32,4)	-
≥ 80	10 (9,3)	-
Escolaridade (anos)		
	-	5,3 ± 2,4
Analfabeto	15 (13,9)	-
Fundamental	63 (58,3)	-
Ensino Médio	25 (23,1)	-
Nível Superior	5 (4,6)	-
Renda mensal per capita (SM^a)		
	-	1,8 ± 3,5
< 1 SM	16 (14,8)	-
1 a 2 SM	56 (51,9)	-
> 2 a 3 SM	26 (24,1)	-
> 3 SM	10 (9,3)	-
Composição familiar		
Mora sozinho	21 (19,4)	-
Mora com familiares	87 (80,6)	-
Estado conjugal		
Solteiro (a)	6 (5,6)	-
Casado (a)	50 (46,3)	-
Viúvo (a)	43 (39,8)	-
Amasiado (a)	3 (2,8)	-
Divorciado (a)	6 (5,6)	-
Etilismo		
Sim	10 (8,9)	-
Não	98 (90,7)	-
Tabagismo		
Sim	7 (6,5)	-
Não	101 (93,5)	-
Participação em programas sociais		
Sim	63 (52,9)	-
Não	45 (37,8)	-

SM (salário-mínimo) vigente à época da pesquisa (em reais) = R\$ 788,00 e DP = desvio padrão

A média de peso dos idosos foi de $64,6 \pm 10$ kg, sendo que a maioria das mulheres apresentou risco aumentado para doença cardiovascular (73,4%), com média da PAS de $138,5 \pm 23,2$ e a PAD $83,3 \pm 10,7$ mmHg. Referente às morbidades autorreferidas, a maior parte dos idosos apresentou hipertensão arterial sistêmica, seguido do diabetes mellitus (tabela 2).

Tabela 2. Dados antropométricos e clínicos dos 108 idosos participantes do estudo. Senhor do Bonfim, BA, 2015

Variáveis	n (%)	Média \pm DP
Peso	-	$64,6 \pm 10$
IMC (Kg/m²)		
Normal (18,5 a 24,9)	21 (19,4)	-
Sobrepeso (25,0 a 29,9)	62 (57,4)	-
Obesidade (≥ 30)	25 (23,1)	-
Circunferência Abdominal (cm)		
Mulher		
*Risco aumentado (CA ≥ 80 cm)	91 (73,4)	-
Homem		
*Risco aumentado (CA ≥ 94 cm)	02 (1,6)	-
Pressão arterial sistólica	-	$138,5 \pm 23,2$
Pressão arterial diastólica	-	$83,3 \pm 10,7$
Morbidades		
Sem morbidades	32 (29,6)	-
Hipertensão	40 (37,0)	-
Diabetes	20 (18,5)	-
Diabetes e Hipertensão	16 (14,8)	-

DP = Desvio Padrão e *Risco aumentado para doenças cardiovasculares

A tabela 3 apresenta as médias e os desvios padrão de todas as facetas e do escore global do WHOQOL-OLD, relativo aos grupos de idosos sem doença crônica e com a presença de uma ou ambas as doenças (hipertensão e diabetes). A análise de variância de um fator demonstrou diferenças significantes entre as médias desses grupos em todos os escores de avaliação da qualidade de vida, sendo que o grupo dos idosos sem doença crônica apresentou médias maiores que todos os demais grupos, com significância estatística confirmada por meio do teste post hoc de Tukey ($p < 0,01$) e apresentando tamanho do efeito grande ($d > 0,8$).

Ainda referindo-se à tabela 3, é importante destacar que a faceta relacionada ao medo de morrer apresentou as menores médias em todos os grupos, quando comparada às demais facetas.

Ao realizar a análise de variância somente entre as médias dos grupos com a presença de uma ou ambas as doenças crônicas, constatou-se que não houve diferença significativa em nenhuma das facetas nem no escore global do WHOQOL-OLD.

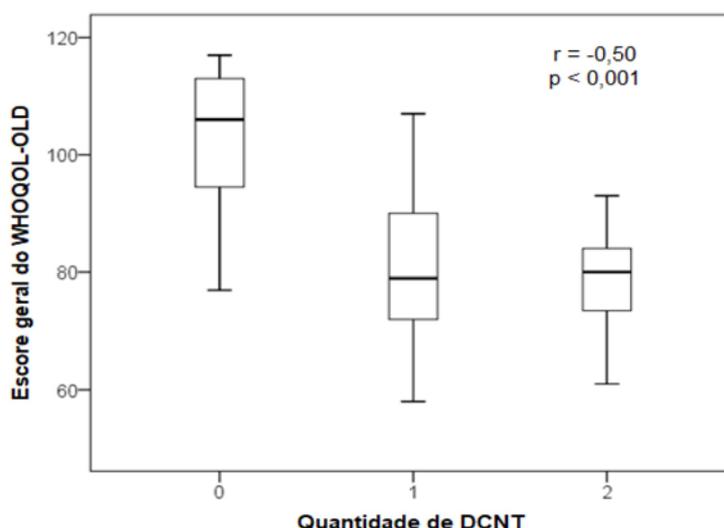
Tabela 3. Análise descritiva do WHOQOL-OLD em relação, às doenças crônicas dos 108 idosos envolvidos no estudo. Senhor do Bonfim, BA, 2015

Faceta	Doença de base	n	Média ±DP	F	p* (entre os grupos)
Funcionamento do sensorio	SDC	32	17,8±2,8	6,85	< 0,01
	HAS	40	15,2±3,1		
	DM	20	14,9±2,5		
	HAS/DM	16	15,3±2,4		
Autonomia	SDC	32	16,4±2,0	15,91	< 0,01
	HAS	40	12,9±2,8		
	DM	20	13,1±1,9		
	HAS/DM	16	11,8±3,4		
Atividades passadas, presentes e futuras	SDC	32	17,1±6,5	10,47	< 0,01
	HAS	40	14,4±3,0		
	DM	20	14,0±2,2		
	HAS/DM	16	13,6±1,8		
Participação social	SDC	32	17,2±2,0	16,25	< 0,01
	HAS	40	14,3±2,9		
	DM	20	12,1±2,5		
	HAS/DM	16	14,7±2,9		
Morte e morrer	SDC	32	16,1±3,4	17,03	< 0,01
	HAS	40	12,4±4,3		
	DM	20	9,4±1,6		
	HAS/DM	16	10,8±3,2		
Intimidade	SDC	32	16,8±2,2	12,67	< 0,01
	HAS	40	14,3±3,3		
	DM	20	12,8±3,0		
	HAS/DM	16	12,0±3,1		
Escore global	SDC	32	101,7±12,0	32,5	< 0,01
	HAS	40	83,6±12,0		
	DM	20	75,1±7,8		
	HAS/DM	16	76,9±9,0		

Dados em média ± desvio padrão; *ANOVA a um fator (p<0,05). SDC: Sem doença crônica; HAS: Hipertensão arterial sistêmica; DM: Diabetes Mellitus.

Após dividir a amostra em três grupos de acordo com a quantidade de doenças crônicas apresentadas pelos idosos, onde 0 corresponde a não ter doença crônica; 1 representa o grupo com apenas uma das doenças (hipertensão ou diabetes) e 2 representa o grupo com presença das duas doenças. Foi realizada a análise de correlação de Pearson dos três grupos com o escore global do WHOQOL-OLD e identificada a presença de associação negativa moderada e estatisticamente significativa com $r = -0,50$ e $p < 0,001$ (Figura 2).

Figura 2. Distribuição em diagrama de caixa (boxplot) do escore global do WHOQOL-OLD para cada um dos três grupos, de acordo com o número de doenças crônicas apresentadas pelos idosos



Discussão

Ao analisar os resultados obtidos no presente estudo, pôde-se perceber que as DCNT estão relacionadas à menor qualidade de vida dos idosos. Os escores do WHOQOL-OLD, relativos aos grupos estudados em nossa amostra, não apresentam variações uniformes quando comparados a outros estudos^{12,13}. Porém, ao confrontar a qualidade de vida dos idosos sem doenças crônicas com os que apresentam pelo menos uma DCNT, é possível constatar convergência com uma pesquisa semelhante realizada na cidade de Uberaba/Minas Gerais¹⁴, onde foi avaliado o impacto da doença crônica na qualidade de vida de 3.198 idosos da comunidade e concluíram que, quanto maior o número de doenças crônicas pior a qualidade de vida, além de constatarem que os idosos sem doença crônica apresentam os melhores escores da qualidade de vida, assim como demonstrado pelos resultados do nosso estudo em que os idosos sem DCNT apresentaram escores de qualidade de vida superiores aos escores dos grupos de idosos com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus ou a associação das duas doenças.

Referente aos domínios do WHOQOL-OLD, a faceta “Autonomia”, relacionada à capacidade do indivíduo viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões, apresentou um escore baixo, o que nos permite inferir que o declínio da capacida-

de funcional, que ocorre concomitante ao envelhecimento, conduz a perdas na autonomia e contribui negativamente na qualidade de vida dos idosos, sendo importante reconhecer suas capacidades e potencialidades presentes e criar condições para promover a autonomia, integração e participação efetiva na sociedade^{15,16}.

A compreensão da finitude na perspectiva do idoso pode gerar a sensação da proximidade da morte. No presente estudo a faceta “Morte ou morrer” apresentou menor escore em relação aos outros domínios, assim como demonstrado em outros trabalhos que apresentaram associação positiva entre presença de doenças crônicas e relato do medo de morrer, uma vez que situações como a dependência, o sofrimento e a presença de doenças crônicas podem provocar preocupação relativas à maneira pela qual irão morrer, interferindo negativamente na qualidade de vida do idoso¹⁷.

A faceta “Atividades passadas, presentes e futuras” e a faceta “Intimidade”, apresentaram pontuações elevadas, revelando que a elaboração e/ou concretização de projetos aumentam a autoestima entre os idosos, podendo ser intensificado pelo vínculo conjugal que possibilita sentimentos de companheirismo, dedicação e intimidade, proporcionando satisfação em suas realizações, objetivos alcançados e projetos durante a vida, gerando um impacto positivo sobre a qualidade de vida dessa população^{14,15}.

Os domínios pertinentes ao “Funcionamento do sensorio” e “Participação social” também apresentaram escores elevados. As habilidades sensoriais apresentaram resultados dentro do esperado, considerando que os idosos possuíam capacidades de interação com o ambiente e outras pessoas, uma vez que, o fato de serem frequentadores de programas sociais aumenta a interatividade, auxiliando-os na manutenção do equilíbrio biopsicossocial¹⁷. Já a grande participação social detectada no presente estudo, revela a maneira como o idoso ocupa seu tempo livre e a intensidade de suas relações sociais na comunidade, proporcionando um significado satisfatório na qualidade de vida dos mesmos, assim como demonstrado em outros estudos, onde os idosos consideraram que as perdas nos sentidos pouco afetam sua vida diária e que as interações sociais satisfazem suas necessidades¹⁵.

Em relação ao perfil dos idosos, constata-se a predominância do sexo feminino, o que é justificado pelo fato das mulheres apresentarem maior expectativa de vida em decorrência da menor exposição a fatores de risco de mortalidade por causas externas, menor exposição a drogas lícitas como álcool e tabaco, e diferença de posturas quanto ao cuidado da própria saúde¹⁸.

Verificou-se que a faixa etária predominante é de uma população idosa “jovem”, em consonância com outros estudos^{19,20} e coadunando com a ideia de que o envelhecimento populacional nos países emergentes é um processo em franca expansão e relativamente novo quando comparado aos países desenvolvidos²⁰.

A maioria dos idosos, em nossa amostra, possui apenas o ensino fundamental, associado à baixa condição econômica, o que converge com dados apresentados em importantes estudos de base populacional^{22,23}. Considerando que as evidências científicas apontam o grau de escolaridade e a condição econômica como sendo fatores protetores para a saúde pública, além de demonstrar que os idosos com menos instrução podem apresentar maior predisposição a desenvolver doenças crônicas, esta baixa conjuntura socioeconômica pode influenciar diretamente e de forma negativa na qualidade de vida desta população²³.

No presente estudo, a maioria dos idosos mora com familiares, corroborando com outros estudos onde demonstraram que, apesar de existirem casos de violência doméstica contra o idoso, mas o convívio familiar pode ser considerado uma condição fundamental para a melhoria da saúde física e psicológica, pois a convivência e o apoio familiar podem proporcionar benefícios que estão diretamente relacionados ao bem-estar e a qualidade de vida desta faixa etária²⁴. Porém, mais da metade dos idosos da nossa amostra possui renda familiar de um a dois salários mínimos, sendo esta renda proveniente, em sua maioria, da aposentadoria dos mesmos, condição que se assemelha a de outros estudos transversais, que demonstraram a dependência econômica dos familiares em relação aos idosos, o que pode explicar, em partes, a presença da família morando com o idoso²⁵.

No tocante à distribuição central da gordura corporal, avaliada por meio da circunferência abdominal, a maioria das mulheres apresentou-se com fator de risco aumentado para doenças cardiovasculares, configurando a maior prevalência de obesidade entre as mesmas. A elevada frequência, entre os idosos, de fatores de risco cardiovascular, como obesidade central, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus já foi evidenciada por outros estudos realizados no Brasil^{26,27}. Essa concentração da adiposidade na região abdominal apresenta associação positiva com a presença de doenças crônicas não transmissíveis, podendo influenciar negativamente na qualidade de vida dos idosos²⁷.

O estudo apresenta limitações que devem ser consideradas. O desenho transversal apresenta o viés da causalidade reversa, por não ser possível obter informações referentes à história natural das doenças e/ou dos eventos; foram utilizados inquéritos em idosos de variados graus de escolaridade, o que pode interferir na qualidade das respostas; a avaliação autorreferida das morbidades pode não refletir de forma fidedigna o diagnóstico dos participantes; possível interferência de outras variáveis, que não as DCNT, na qualidade de vida dos idosos, aumentando o risco de viés.

Conclusão

Constata-se, entre os idosos hipertensos e/ou diabéticos da comunidade, predomínio do sexo feminino, com média de idade de 70 ± 6 anos, em sua maioria, de baixa classe socioeconômica, baixa escolaridade, com risco aumentado de doenças cardiovasculares e morando com familiares.

As doenças crônicas não transmissíveis influenciam de forma negativa a qualidade de vida dos idosos, onde aqueles sem doença crônica apresentaram melhor qualidade de vida quando comparados aos idosos com presença de diabetes mellitus, hipertensão arterial ou ambas, sendo constatado que a variável que apresentou maior interferência na qualidade de vida dos idosos foi a que está relacionada ao medo de morrer. Essas informações devem estimular as políticas públicas no sentido de desenvolver estratégias de prevenção e tratamento das doenças crônicas, possibilitando maior qualidade de vida aos idosos.

Agradecimentos

Os autores agradecem à Universidade do Estado da Bahia – UNEB por financiar a pesquisa, por meio do Programa de Apoio à Capacitação de Docentes e Técnicos Administrativos (PAC), aos idosos que aceitaram participar do estudo e aos membros do grupo de pesquisa QUALES pela dedicação na coleta dos dados.

Contribuições dos autores

Borges JES participou da concepção do estudo, da criação das hipóteses, escreveu a proposta original, participou da coleta e da análise dos dados, preparou o manuscrito e escreveu a versão final. Oliveira LVF participou da escrita e análise crítica da versão final do manuscrito. Camelier AA participou da escrita e análise crítica da versão final do manuscrito. Brandão GS responsável pela concepção e delineamento do estudo, criação das hipóteses, escreveu a proposta original e obteve a aprovação ética, participou da coleta e análise dos dados, preparou o manuscrito e escreveu a versão final.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo mas não limitando-se a subvenções e financiamentos, conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

Referências

1. Melo LA, Ferreira LMBM, Santos MM, Lima KC. Fatores socioeconômicos, demográficos e regionais associados ao envelhecimento populacional. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017;20(4):494-502. doi: [10.1590/1981-22562017020.170004](https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170004)
2. Esteves M, Vendramini SHF, Santos MMSG, Brandão VZ, Soler ZASG, Lourenção LG. Qualidade de vida de idosos hipertensos e diabéticos em um serviço ambulatorial. *Medicina (Ribeirão Preto, Online).* 2017;50(1):18-28. doi: [10.11606/issn.2176-7262.v50i1p18-28](https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50i1p18-28)
3. Brandão GS, Camelier FWR, Sampaio AAC, Brandão GS, Silva AS, Gomes GSBF et al. Association of sleep quality with excessive daytime somnolence and quality of life of elderlies of community. *Multidiscip Respi Med.* 2018;13:8. doi: [10.1186/s40248-018-0120-0](https://doi.org/10.1186/s40248-018-0120-0)
4. Whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1403-9.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
6. Silva PS, Tibana RA, Sousa NMF, Pinheiro VDC, Santos RA, Bastos ESM et al. Qualidade de vida e nível de atividade física de idosos normotensos e hipertensos cadastrados na estratégia de saúde da família. *Rev Bras Ativ Fís Saúde.* 2016;21(3):220-227. doi: [10.12820/rbafs.v.21n3p220-227](https://doi.org/10.12820/rbafs.v.21n3p220-227)
7. Mcnaughton SA. Advancing nutrition promotion research and practice. *Nutrition & Dietetics.* 2015;72:305-308. doi: [10.1111/1747-0080.12248](https://doi.org/10.1111/1747-0080.12248)
8. Brucki SMD, Nitrin R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003;61(3-B):777-781. doi: [10.1590/S0004-282X2003000500014](https://doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014)
9. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. WHOQOL-OLD Project: method and focus group results in Brazil. *Rev Saúde Pública.* 2003;37(6):793-799. doi: [10.1590/S0034-89102003000600016](https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000600016)
10. Lean ME, Han TS, Morrison CE. Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. *BMJ.* 1995;311(6998):158-61.
11. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2.ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.

12. Tavares DMS, Bolina AF, Dias FA, Ferreira PCS, Santos NMF. Excesso de peso em idosos rurais: associação com as condições de saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018;23(3):913-922. doi: [10.1590/1413-81232018233.25492015](https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.25492015)
13. Cavalcante DG, Oliveira DV, Antunes MD, Prati ARC. Análise da qualidade de vida em idosas praticantes de dança. *Rev Interdisciplin Promoç Saúde - RIPS*. 2018;1(1):23-31. doi: [10.17058/rips.v1i1.11944](https://doi.org/10.17058/rips.v1i1.11944)
14. Paiva MHP, Pegorari MS, Nascimento JS, Santos AS. Fatores associados à qualidade de vida de idosos comunitários da macrorregião do Triângulo do Sul, Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;21(11):3347-3356. doi: [10.1590/1413-812320152111.14822015](https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.14822015)
15. Silva RA, Brandão GS, Silva AS, Urbano JJ, Oliveira EF, Oliveira LVF et al. Physical activity level, functional mobility and fall risk in the elderly. 2017;15(479):1-6. doi: [10.17784/mtprehabjournal.2017.15.479](https://doi.org/10.17784/mtprehabjournal.2017.15.479)
16. Rodrigues LR, Tavares DS, Dias FA, Pegorari MS, Marchiori GF, Tavares DMS. Qualidade de vida de idosos comunitários e fatores associados. *Rev enferm UFPE on line*. 2017;11(supl 3):1430-1438.
17. Melo RLP, Eulálio MC, Gouveia VV, Silva HDM. Efeito do Estresse na Qualidade de Vida de Idosos: O Papel Moderador do Sentido de Vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2013;26(2):222-230. doi: [10.1590/S0102-79722013000200002](https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000200002)
18. Silva AR, Sgnaolin V, Nogueira EL, Loureiro F, Engroff P, Gomes I. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. *J Bras Psiquiatr*. 2017;66(1):45-51. doi: [10.1590/0047-2085000000149](https://doi.org/10.1590/0047-2085000000149)
19. Silveira BC, Kirchner RM, Dallepiane LB. Relação entre indicadores sociodemográficos e antropométricos e atividade física de homens e mulheres idosos. *Cienc Cuid Saude*. 2018;17(1):1-8. doi: [10.4025/cienccuidsaude.v17i1.36650](https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v17i1.36650)
20. Silva MO, Santos AS, Angelotti LCZ, Andrade VS, Tavares GS. Trabalho, atividades de lazer e apoio familiar: fatores para proteção da qualidade de vida de idosos. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2017;28(2):163-172. doi: [10.11606/issn.2238-6149.v28i2p163-172](https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v28i2p163-172)
21. Oliveira ATR. Envelhecimento populacional e políticas públicas : desafios para o Brasil no século XXI. *Revista brasileira de geografia econômica*. 2016;4(8):1-21.
22. Melo NCV, Ferreira MAM, Teixeira KMD. Condições de vida dos idosos no Brasil: uma análise a partir da renda e nível de escolaridade. *Oikos: Revista Brasileira de Economia Doméstica*. 2014;25(1):04-19.
23. Andrade JMO, Rios LR, Teixeira LS, Vieira FS, Mendes DC, Vieira MA et al. Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(8):3497-3504. doi: [10.1590/1413-81232014198.19952013](https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.19952013)
24. Almeida P, Mendonça MA, Marinho MS, Santos LS, Andrade SMB, Reis LA. Funcionalidade e fatores associados em idosos participantes de grupo de convivência. *Revista da Sobama*. 2017;18(1):53-64.
25. Branco COC, Reis JF, Sarmiento MSRA, Feitosa CDA, Figueiredo MLF, Sales JCS. Elderly women assisted in primary healthcare : sociodemographic and economic analysis. *Rev Enferm UFPI* 2017;6(2):44-50. doi: [10.26694/reufpi.v6i2.5964](https://doi.org/10.26694/reufpi.v6i2.5964)
26. Venturini CD, Engroff P, Gomes I, De Carli GA. Prevalência de obesidade associada à ingestão calórica, glicemia e perfil lipídico em uma amostra populacional de idosos do Sul do Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013;16(3):591-601. doi: [10.1590/S1809-98232013000300016](https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000300016)
27. Silva CS, Santos BM, Almeida HBO, El Fahl LR, Galvão LR, Galvão CR et al. Estilo de vida e condição metabólica de mulheres diabéticas e/ou hipertensas de uma região urbana. *Rev Saúde Col*. 2017;7(2):65-72.