

CONCEPÇÕES DE IDOSOS COM HIPERTENSÃO E/OU DIABETES SOBRE QUALIDADE DE VIDA

Kalina de Lima Santos^{1 2}, Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-1789-199X>
Edivan Gonçalves da Silva Júnior^{1 3}, Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-6890-7870>
Maria do Carmo Eulálio^{1 4}, Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-5596-8428>

RESUMO. O objetivo deste estudo foi compreender as concepções de qualidade de vida de idosos portadores de hipertensão arterial sistêmica e *diabetes mellitus* tipo II. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa, e a estratégia de coleta de dados foi a técnica de Grupo Focal. Os dados foram analisados usando o programa de análise qualitativa – QDA miner e interpretados através da análise de conteúdo, proposta por Bardin. Os dados revelaram duas categorias: ‘Concepções de Qualidade de Vida’, que aponta para os elementos que atravessam a compreensão que os idosos têm da qualidade de vida e ‘Relação entre Qualidade de vida e doença crônica’, como a vivência da doença crônica está associada à qualidade de vida. Os dados indicam que as concepções de qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial e *diabetes mellitus* passam pelo processo de convivência com a doença crônica, enfatizando a importância de fatores subjetivos, especialmente os recursos psicológicos e sociais dos idosos, que auxiliam no enfrentamento dos efeitos negativos das condições crônicas que interferem na qualidade de vida.

Palavras-chave: Qualidade de vida; doenças crônicas; envelhecimento.

CONCEPTIONS OF ELDERLY PEOPLE WITH HYPERTENSION AND/OR DIABETES ABOUT QUALITY OF LIFE

ABSTRACT. The aim of this study was to understand the quality of life concepts in elderly people who suffers from arterial hypertension and diabetes mellitus. It is a descriptive and exploratory study with qualitative approach, the data collection strategy was Focus Group Interviews. The software QDA Miner was used for qualitative data analysis and the Content Analysis Method proposed by Bardin was used for data interpretation. The data had disclosed two categories: ‘concepts of quality of life’, pointing to the elements that go through the understanding that the elderly have of the quality of life, and ‘relation between quality of life and chronic illness’ - how the experience of chronic disease is associated with quality of life. Data had indicated that the quality of life concepts in this population are related to the way they live with the chronic illness. The subjective factors are very important concerning the elderly people life with the chronic illness, mainly their psychological and social resources, that help them to fight the negative effects of chronic illness conditions in the quality of life.

Keywords: Quality of life; chronic diseases; aging.

¹ Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande-PB, Brasil.

² E-mail: kalinalima17@hotmail.com

³ E-mail: edivangoncalves.junior@gmail.com

⁴ E-mail: carmitaeulalio@terra.com



CONCEPCIONES DE LAS PERSONAS MAYORES CON HIPERTENSIÓN Y/O DIABETES SOBRE LA CALIDAD DE VIDA

RESUMEN. El objetivo de este estudio fue comprender las concepciones de cualidad de vida de ancianos con hipertensión arterial y diabetes mellitus. Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo de enfoque cualitativo y la estrategia para la recolección de datos fue la técnica de Grupo Focal. Los datos se analizaron usando el programa de análisis cualitativo-QDA miner e interpretados a través del análisis de contenidos propuesta por Bardin. Los datos revelaron dos categorías: “concepciones de calidad de vida”, que señala los elementos que pasan por la comprensión que los ancianos tienen de calidad de vida y “la relación calidad de vida y enfermedad crónica” - cómo la experiencia de la enfermedad crónicas se asocia con la calidad de vida. Los datos indicaron que las concepciones de cualidad de vida de ancianos con hipertensión arterial y diabetes mellitus pasan por el proceso de convivencia con la enfermedad crónica enfatizando la importancia de factores subjetivos especialmente los recursos psicológicos y sociales de los ancianos que ayudan en el enfrentamiento de los efectos negativos de las condiciones crónicas que interfieren en la cualidad de vida.

Palabras clave: Calidad de vida; enfermedad crónica; envejecimiento.

Introdução

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial, que aconteceu em decorrência do aumento da expectativa de vida, resultado da diminuição das taxas de natalidade e mortalidade (Silva et al., 2021). A estimativa é que no Brasil até 2060, 25,5% da população deverá ter mais de 65 anos. Além disso, o dado aponta redução no número de indivíduos com menos de 15 anos, o que representa também alteração nos padrões de crescimento da população do país (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2018).

Esse cenário implica em desafios para o Estado, sobretudo no que tange às demandas para os sistemas de saúde e de seguridade social. Em relação à saúde destacam-se os desafios de intervenções resolutivas junto aos idosos portadores de doenças crônicas (DC), já que esta população é a mais acometida por esse tipo de enfermidade. Entre estes desafios, está a oferta de assistência a partir da atuação em redes dos serviços de atenção à saúde; produção de informações nas Vigilâncias Epidemiológicas e realização de ações de promoção e prevenção para a saúde em atividades multiprofissionais (Barreto, Carreira, & Marcon, 2015).

O desenvolvimento de ações voltadas ao enfrentamento dos casos de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e *diabetes mellitus* (DM) tipo II é uma das pautas das políticas de saúde no Brasil. A HAS está entre as doenças cardiovasculares de maior incidência e prevalência entre os idosos, e pode ser apontada como um importante fator de risco para as complicações no sistema cardiovascular e desencadear doenças cerebrovasculares, arterial coronariana, arterial periférica, insuficiência cardíaca ou insuficiência renal crônica (Silva, Leal, & Bruno, 2019). O DM tem caráter silencioso e menor prevalência quando comparada a outras morbidades, mas é uma doença altamente limitante. Conforme apontam Maeyama, Pollheim, Wippel, Machado e Veiga (2020), o *diabetes* tem relevante impacto econômico e nos sistemas de saúde, pela maior utilização dos serviços de saúde, perda de produtividade e cuidados prolongados requeridos para tratar suas complicações crônicas, como insuficiência renal, cegueira, problemas cardíacos e pé diabético, entre

outros problemas que acarretam prejuízos à capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida do indivíduo.

Considerando tais demandas, há a preocupação com a QV dessa faixa etária, que é mais susceptível ao acometimento de tais doenças e que precisa entre outras questões advindas com o processo de envelhecimento conviver com uma doença crônica. Para Minayo (2013), a qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, subjetiva e polissêmica que se refere ao bem-estar que os indivíduos e a coletividade encontram na vida familiar, amorosa, social e ambiental. Pode ser definida também como o padrão que uma sociedade determina e se mobiliza para conquistar. O conceito compreende, portanto, aspectos relacionados à saúde física, ao estado psicológico, à independência, às relações sociais, às crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente.

Estudos sobre envelhecimento e qualidade de vida (Fernandes, 2018; Tomé & Formiga, 2020) sustentam a perspectiva de que a QV está associada a diversos fatores em constante interação ao longo da existência do indivíduo, tais como condições objetivas (ambiente físico, contexto social, rede de apoio social, amizade e relações de parentesco e capacidade funcional) e a condições subjetivas (vinculadas a aspectos afetivos ligados ao bem-estar).

Cunha (2018) aponta para a importância dos estudos que discutem sobre a qualidade de vida de idosos portadores de doenças crônicas, principalmente considerando a percepção do indivíduo sobre seu quadro. Para a autora, a relevância da temática está no caráter social, complexo, multidimensional e subjetivo do constructo, que considera a percepção pessoal de cada indivíduo em determinado contexto. Segundo Azevedo (2015), a QV se configura uma importante medida de impacto em saúde, e por isso tem sido amplamente utilizada por profissionais da área, representa um indicador de saúde, tanto na prática clínica, quanto em pesquisas científicas e direciona intervenções.

Ante o exposto, observa-se a relevância do estudo em questão, cujo objetivo é o de compreender as concepções de qualidade de vida de idosos portadores de HAS e/ou DM, considerando a necessidade de se conhecer como esses idosos expressam seus sentimentos e experiências em relação às essas doenças crônicas, que apesar de serem comuns, interferem nos modos de ver e vivenciar a vida.

Método

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva exploratória de abordagem qualitativa.

Procedimentos

Procedimentos e instrumentos

Os dados desta pesquisa advieram de uma pesquisa maior, intitulada 'Resiliência, qualidade de vida e fragilidade em idosos adscritos na Rede de Atenção Básica de Saúde' de um município do Estado da Paraíba e subvencionada pela Pró-Reitoria de Pesquisa – PROPESQ/UEPB. A pesquisa atendeu à Resolução nº 466 (2012), do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas que envolvem seres humanos, sob o parecer nº 1.675.115 do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Dentre as medidas utilizadas nesse estudo maior, foi realizada a aplicação da Escala de Qualidade de Vida WHOQOL-BREF, que avaliou a qualidade de vida dos participantes. Composta de 26 questões, a escala é uma versão reduzida do instrumento original WHOQOL-100 e avalia o domínio físico, como dor, sono, repouso e mobilidade; o domínio

psicológico, que envolve sentimentos positivos e autoestima; o domínio das relações sociais, como suporte (apoio) social e atividade sexual; o domínio referente ao meio ambiente, que diz respeito à segurança física, à proteção e aos recursos financeiros (Fleck, 2007). Além disso, foram empregados um questionário sociodemográfico, para caracterizar os participantes, uma questão que investigou se o idoso era portador de HAS e de DM, e o miniexame do estado mental (MEEM), elaborado por Folstein, Folstein e McHugh (1975), que é um teste de rastreio cognitivo para a escolha de participantes com a cognição preservada, para a obtenção dos dados qualitativos.

Os dados qualitativos foram gerados por meio do emprego da técnica de grupo focal, uma técnica de pesquisa qualitativa não diretiva, que coleta dados por meio das interações grupais, ao se discutir sobre um tópico sugerido pelo pesquisador. Ocupa, como técnica, uma posição intermediária entre a observação participante e a entrevista de profundidade (Trad, 2009). Para participar da estratégia qualitativa, foram convidados dois idosos de cada distrito de saúde, cujas análises do WHOQOL-BREF indicaram uma avaliação elevada (média de QV geral superior a 50) e uma baixa (média de QV geral menor ou igual a 50) da QV.

A amostra final foi definida pelo critério de acessibilidade, e os grupos focais foram compostos de 13 idosos, que foram convidados a se deslocarem até a universidade (UEPB) na data, horário e local foram realizados os encontros. Formaram-se a partir daí dois grupos, que se encontraram uma única vez, e cada encontro com duração de 02 horas. Os recursos utilizados para o desenvolvimento do GF foram: sala de aula em território neutro e de fácil acesso aos participantes, com água, café e lanche; um moderador (responsável por introduzir e manejar a discussão); dois observadores (responsáveis por observar as comunicações não verbais e colaborar com o processo); um roteiro e imagens, usados para nortear e promover a discussão nos grupos.

Participantes

Foram convidados 24 idosos, destes 11 não atenderam os critérios de conveniência e de acessibilidade e foram excluídos. Participaram do presente estudo, portanto, 13 idosos, com idade a partir de 60 anos, portadores de HAS e/ou DM, divididos em dois grupos focais, no grupo 1 (G1), compareceram sete idosos, que apresentaram avaliação elevada da QV. A Tabela 1, a seguir, explica a caracterização da amostra. Sendo um idoso do gênero masculino e seis do gênero feminino, entre 63 e 74 anos de idade. A maioria de viúvos (n=5), alfabetizados (n=6), católicos (n=6) e que residem sozinhos (n=3) ou com filho (a) (n=3). Em relação ao perfil socioeconômico do grupo, a renda dos participantes foi disposta em três grupos: (3 recebem) ≤ 1 salário-mínimo; (1 recebe) ≤ 2 salários-mínimos; (3 recebem) > 3 salários. No grupo 2 (G2), seis idosos, com avaliação baixa da QV, segundo as análises realizadas com o WHOQOL- BREF. Sendo dois do sexo masculino e quatro do sexo feminino, com idades entre 61 e 79 anos. Em relação ao estado civil, a maior parte corresponde a casados (n=2) e divorciados (n=2), metade do grupo é não alfabetizada (n=3). A maioria de evangélicos (n=5), e que reside com algum familiar (n=6). E em relação ao fator socioeconômico todos os participantes (6 recebem) ≤ 1 salário-mínimo, vale frisar que, a renda de metade dos membros desse grupo não chega nem a um salário-mínimo. Os dados consideram o valor do salário-mínimo na época da entrevista, equivalente a R\$ 937,00 reais.

Tabela 1 - Caracterização da amostra

Variáveis		Grupo 1 (n=7)	Grupo 2 (n=6)
Gênero	Feminino	06	04
	Masculino	01	02
Estado civil	Casado/a ou vive com companheiro/a	02	02
	Solteiro/a	0	01
	Divorciado/a, separado/a ou desquitado/a	0	02
	Viúvo/a	05	01
Escolaridade	Não alfabetizado ou não chegou a concluir o 1º ano	02	03
	Fundamental I completo	01	01
	Fundamental II completo	01	01
	Ensino Médio completo	02	01
	Ensino Superior completo	01	00
Religião	Católico	06	01
	Evangélico	00	05
	Espírita	01	00
Arranjo de moradia	Com filho/a ou enteado/a	03	04
	Com esposo/a	01	02
	Sozinho	03	00
	Com neto/a	01	02
Aposentado	Sim	07	05
	Não	00	01
Renda familiar	≤1 salário	01	06
	≤2 salários	02	00
	≥ 3 salários	03	00

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Foram incluídos no estudo os idosos que aceitaram participar livremente deste; apresentaram cognição preservada de acordo com o MEEM; eram portadores de *diabetes* e/ou hipertensão e estavam adscritos em UBS de cada distrito sanitário. Os nomes dos participantes referentes em algumas falas descritas ao longo do trabalho são fictícios para manutenção da preservação e sigilo acordado com os grupos e resguardado pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Análise dos dados

As análises do estudo foram feitas com o método de análise de conteúdo de acordo com o que propõe Bardin (2016). Os encontros dos Grupo Focal foram gravados, os áudios transcritos formando o *corpus* da pesquisa, estado de pré-análise. Em seguida, foi realizada leitura flutuante que gera impressões iniciais e depois a organização do material para

categorização. As categorias criadas foram inseridas, juntamente com o *corpus* da pesquisa no *software* QDA, e foram atribuídos a cada categoria os códigos correspondentes.

Segundo Costa, Silva e Pereira, (2016), a criação das categorias e suas ramificações, denominadas de códigos no *software*, permitem agrupar os discursos dos participantes que se referem a um mesmo tema (categoria), e possibilita que essas relações sejam mais facilmente encontradas e demonstradas, dando maior segurança ao pesquisador, favorecendo no processo de sistematização e exposição dos dados. Neste sentido, as ferramentas utilizadas para a análise de conteúdo, a partir do *software*, foram o relatório de frequência de codificação que permitiu a visualização dos códigos utilizados, bem como informações numéricas relativas a esses códigos, como a frequência de codificação e o número de palavras dos segmentos (Provalis Research, 2009). Além disso, foi realizada a análise de similaridade entre os cases, o case 1 e case 2, os grupos focais 1 e 2, respectivamente.

Resultados e discussão

A realização do grupo focal com os idosos possibilitou a boa interação e participação dos mesmos, com concordâncias e divergências de ideias. Corrobora com este estudo a pesquisa desenvolvida por Horta et al. (2016), que aponta que a própria interação é um dos elementos mais importantes do grupo, já que a sinergia entre os participantes favorece maior diversidade e profundidade de respostas, suscitando informações com maior riqueza de detalhes que apenas o somatório das respostas individuais. Dessa forma, a realização do grupo focal permitiu apreender as experiências vividas e expressadas pelos participantes do estudo, seus sentimentos, atitudes e ideias alusivas ao tema abordado.

Em relação às doenças crônicas, como pode ser observado na Tabela 2, o número de hipertensos se sobressai ao de diabéticos. Para Tortorella, Corso, Gonzáles-Chica e Melhen (2017), a hipertensão é de fato a mais frequente das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), embora o aumento da incidência de casos, tanto de hipertensão e *diabetes* em separados, como também dessas doenças combinadas, nos últimos anos. Neste estudo, observaram-se idosos apenas hipertensos, no entanto, não houve idosos apenas diabéticos, os que eram diabéticos, eram também hipertensos. No G1, cinco dos participantes apresentavam apenas hipertensão e duas das patologias associadas. No G2, dos seis idosos, quatro apresentavam apenas hipertensão e duas, as patologias associadas.

Tabela 2 - A ocorrência de doenças crônicas por Grupo Focal

Grupo focal	Doença Crônica	N	%
G1	HAS	5	71,4
	HAS + DM	2	28,6
	Total G1	7	100,0
G2	HAS	4	66,7
	HAS + DM	2	33,3
	Total G2	6	100,0

Fonte: Dados da pesquisa (2017)

Com o auxílio do *QDA miner*, foi realizada uma análise de similaridade de casos – quanto mais próximo de 1, mais similares são as respostas dos grupos, o que possibilitou visualizar a proximidade das respostas entre os grupos participantes. No estudo em questão, o resultado de similaridade foi de 0,897. O dado é importante, pois indica que apesar da escala capturar médias distintas, sinalizando um grupo que teria melhor qualidade de vida em relação ao outro, os discursos dos participantes a respeito da concepção sobre QV dos dois grupos foram muito semelhantes, fato observado na condução dos grupos, organização e análise do material. As diferenças mais significativas observadas entre os grupos, para além das diferenças na avaliação da QV, apontadas pelo instrumento, tratou-se de questões relativas à caracterização dos grupos: o fator socioeconômico, escolaridade e crença religiosa.

Os dados deste estudo permitiram elencar duas categorias, quais sejam ‘concepção de QV’ e ‘A relação entre QV e DC’ que serão discutidas a seguir, e permitem apreender alguns elementos referentes ao que os grupos entendem por qualidade de vida, e qual a relação que eles fazem da QV com a sua doença crônica. O Quadro 1 trata de uma análise realizada a partir do *QDA miner*, permite visualizar a frequência das categorias, destacando a frequência dos códigos em cada categoria, e indica que os dados são referentes às evocações dos dois cases (grupos):

Categoria 1: Concepção de QV				
	Count	% Codes	Cases	% Cases
☛ Qualidade de vida_concepção				
● Relações Sociais	9	3,8%	2	100,0%
● estilo de vida	6	2,6%	1	50,0%
● Deus	6	2,6%	2	100,0%
● Fazer o que gosta/prazer	4	1,7%	2	100,0%
● saúde	4	1,7%	2	100,0%
● Fator econômico	2	0,9%	1	50,0%
Categoria 2: A relação entre QV e DC				
	Count	% Codes	Cases	% Cases
☛ QV e DC				
● controle	9	4,0%	2	100,0%
● Alimentação	7	3,1%	2	100,0%
● Emocional	3	1,3%	2	100,0%

Quadro 1 - Distribuição das categorias por frequência dos códigos (análise qualitativa – QDA miner).

Fonte: Dados da pesquisa - análise qualitativa – QDA miner (2017).

Na categoria 1 – a concepção de idosos portadores de HAS e ou DM sobre a qualidade de vida demonstrou que a QV está relacionada: às ‘relações sociais’, que envolve o convívio familiar/comunitário e de grupos com pessoas na mesma faixa de idade como também a solidariedade/ajudar o próximo; ‘Deus’, que surge nos discursos como suporte

para viver bem; 'fazer o que se gosta'; QV como 'sinônimo de saúde'; e vale destacar uma diferenciação entre o case 1 que revela a importância de se cuidar, sobressaindo questões relativas ao 'estilo de vida saudável' e o case 2 a questão 'financeira' é vista como elemento essencial para dignidade e consequente qualidade de vida. Esses elementos serão apresentados e discutidos a seguir.

Relações sociais

A QV é um fenômeno multidimensional e multideterminado, que se caracteriza por uma representação social criada a partir de parâmetros subjetivos e objetivos. Considerar que a QV é um conceito subjetivo implica dizer que esta sofre influência de fatores próprios da existência humana, ligados à condição física, psíquica e social do indivíduo, para além dos elementos externos (Cunha, 2018).

Neste estudo é ressaltado o caráter subjetivo que está diretamente relacionado ao modo como o idoso vive, e as ferramentas de que dispõe na sua existência. Para Dawalibi, Anacleto, Witter, Goulart e Aquino (2013), qualidade de vida na velhice está relacionada à autoestima e o bem-estar pessoal do idoso, compreendendo aspectos que vão desde a capacidade funcional, nível socioeconômico, estado emocional, interação social, atividade intelectual, autocuidado, suporte familiar, estado de saúde, valores culturais, religiosidade, estilo de vida, satisfação com o emprego e/ ou com as atividades da vida diária até o ambiente onde se vive.

O código 'relações sociais' foi o relato mais expressivo pelos dois grupos, na concepção de qualidade de vida. Como revelam Mota, Oliveira e Batista (2017), indivíduos que mantêm maior contato com amigos e familiares, possivelmente, vivam por mais tempo do que aqueles que não dispõe desses relacionamentos. Na medida em que essas relações promovem suporte físico, social, cultural, econômico e psicológico ao idoso, possibilita que ele se sinta estimado e pertencente a uma rede social, o que provocará implicações positivas sobre sua saúde e, conseqüentemente, na forma como se avalia a sua qualidade de vida. Além disso, conforme afirmam Braga, Braga, Oliveira e Guedes (2015), as relações sociais se configuram como aspecto importante para manter a autonomia e condições de vida dos idosos, relacionando com a capacidade de manter-se ativo, já que possibilita o contato com diferentes pessoas e ambientes, além da possibilidade de o idoso sentir-se útil, quando se sentem parte dessa rede.

Deus

O aspecto da dimensão religiosa é algo presente nos discursos, e todos os participantes relataram que possuem religião. Deus aparece como suporte e a Ele é atribuído inclusive a sua condição de saúde, como pode ser ilustrado na fala de uma das participantes: 'Deus está no controle de tudo na nossa vida então. Eu estou doente hoje? Estou. Mas é da vontade de Deus' (Marilene, 65 anos). Para Braga et al. (2015), há uma relação direta entre envelhecimento, qualidade de vida, e religiosidade, já que diante das dificuldades, as mudanças e estresses do cotidiano, a religião surge como um suporte que lhes ajuda a vencer a tendência ao isolamento social bem como superar os problemas do dia a dia. Além disso, a religiosidade se configura como um fenômeno que está relacionado com a busca do homem por responder os questionamentos existenciais e dá sentido à vida. É também uma das estratégias utilizadas para o enfrentamento de situações adversas, como doenças físicas, transtornos mentais ou o luto, e se mostra, portanto, como um auxílio para o *coping*, um mecanismo de defesa ou até mesmo de resignação. Para Melo, Sampaio, Souza e Pinto (2015), a religiosidade constitui uma dimensão muito importante para os

idosos, em que a crença em um Deus justo, que zela por todos, e que sabe todas as coisas, ajuda a viverem bem nesta fase da vida.

Atividades prazerosas

A qualidade de vida relacionada a 'fazer o que se gosta', destaca a importância de atividades de lazer ou atividades que façam os idosos se sentirem bem consigo mesmo, como pode ser identificado no seguinte trecho: “– qualidade de vida pra mim, é a gente fazer o que gosta, a gente se realiza em algumas coisas né [...]” (Francisco, 63 anos). Conforme aponta Silva (2018), a energia psíquica tem por função a conservação da continuidade do prazer, do interesse, do sentido, do fluxo constante de investimentos tanto em si, quanto nos outros, nas atividades, ideias e no mundo exterior. A função do psiquismo está na capacidade de investir fora do eu, o que assinala para a importância da descoberta de objetos, os quais o idoso possa se dedicar nessa fase da vida. A fala do participante acima referida faz menção a essa importância.

A teoria da seleção, otimização e compensação (SOC) (Baltes, & Baltes, 1990), conforme ressaltam Tomé e Formiga (2020), configura uma importante teoria na Psicologia do Envelhecimento. Segundo esta, o envelhecimento é um processo contínuo, multideterminado por processos interacionais, dinâmicos e ao longo da idade adulta, as pessoas tornam-se cada vez mais conscientes dos ganhos e perdas relacionados a essa fase da vida. Nesta perspectiva, os idosos selecionam os objetivos que são mais importantes adotando comportamentos que otimizam suas habilidades para atingirem os seus objetivos. Quando se envelhece, os objetivos sociais de curto prazo tendem a focalizar mais os aspectos emocionais dos relacionamentos e menos os aspectos informativos. Assim, as pessoas passam a depender mais de estratégias internas de regulação emocional. Neste sentido, há uma mudança na função das relações sociais, mas permanece a sua importância para as pessoas idosas, na medida em que essas relações são fundamentais para a manutenção dos sentimentos de bem-estar subjetivo e das habilidades sociais.

Saúde/ausência de doença

Embora o público em questão seja portador de doença crônica, cuja característica é justamente a convivência com a enfermidade, a saúde, outro indicador associado a QV e compartilhado pelos grupos, aparece nos discursos atrelada à ausência de doenças “[...] qualidade de vida primeiramente é a saúde né [...] se tem uma pessoa doente na família, já prejudica [...]” (Josefa, 72 anos). Para Azevedo (2018), a qualidade de vida relacionada à saúde envolve a avaliação subjetiva do indivíduo, e está ligada ao impacto sobre o estado de saúde. O que está ligado à capacidade de o indivíduo viver plenamente, considerando que as dimensões essenciais da qualidade de vida relacionada à saúde incluem as funções física, social e emocional e, a saúde nesse caso, envolve justamente a capacidade de o idoso poder manter-se ativo e envolvido socialmente, o que sofre um impacto com seu adoecimento.

Estilo de vida saudável

O estilo de vida saudável é outro código associado à compreensão dos participantes sobre a QV, e aparece em um dos grupos, associado à necessidade e à importância de se cuidar para ter QV. Pontuam-se as questões referentes à prática de atividade física, mudança de hábitos alimentares, seguir orientações médicas, como pode ser observado na fala de uma idosa que define QV de vida como: “[...] é me cuidar! Agora eu mudei meu

ritmo de alimentação todo [...] eu não como fritura, eu não como óleo [...] agora eu tenho qualidade de vida” (Odete, 68 anos). Segundo Portes (2011), apesar das evidências de que mudanças no estilo de vida têm grande impacto sobre a qualidade de vida individual e da população é preciso retificar a diferenciação entre os termos ‘Estilo de Vida’ e ‘Qualidade de Vida’, o primeiro, um termo associado principalmente a modos saudáveis de viver, que acaba interferindo na saúde física das pessoas, e o segundo, que se trata de um termo mais amplo que envolve várias dimensões da existência, o autor chama atenção para a sobreposição do aspecto físico na compreensão da QV pela maioria das pessoas.

Em relação à essa questão, é preciso ponderar sobre o que refletem Paulino, Siqueira e Figueiredo (2017). Muitas vezes, apropriada pelo discurso biomédico, a compreensão da QV evidencia uma visão de responsabilização do indivíduo sobre sua saúde que desconsidera o contexto cultural, social, e de história de vida destes. Para os autores, isso configura uma técnica de poder, parte do processo de subjetivação dos sujeitos, presente na relação dos profissionais de saúde com os usuários, quando aqueles são orientados a persuadir estes a terem uma vida saudável, e é preciso estar atento para não reduzirmos a QV a esse aspecto.

É interessante destacar que nos dados do presente estudo, o estilo de vida saudável, aparece também, sob outra perspectiva. Primeiro que esses hábitos saudáveis implicam muitas vezes em mudanças que alteram a dinâmica de vida desses portadores de HAS e/ou DM, que acabam desenvolvendo suas estratégias para conviver com essa realidade, em algumas ocasiões formas de ‘burlarem’ essas regras, sobretudo considerando a alimentação, como pode ser observado nesta fala: “[...] eu faço a dieta bem direitinho...mas também no dia que eu quero comer um chocolate não tem quem empate, sorvete, não tem diabete que empate...carne de porco, eu amo!” (Marilene, 65 anos), a alimentação está entre as maiores dificuldades apresentadas pelos participantes, pois apresenta-se como um elemento associado também ao prazer.

Outro ponto é, ainda que os idosos reconheçam a importância da manutenção de um estilo de vida saudável, os discursos sobre os percalços dessa manutenção foram recorrentes e chamou atenção o modo como os idosos se colocam em relação ao ‘estilo de vida saudável’, como pode ser ilustrado nas falas a seguir:

“Eu fico com inveja...eu já sofri um avc por isso, porque eu não fazia física, não fazia nada [...] só cachaça, cigarro [...]” (Chaves, 79 anos).

“Para mim não surte efeito [...] porque eu não saio de casa, sou podre de preguiça...eu me sinto com vontade, só falta a coragem” (Odete, 68 anos).

Os sentimentos como inveja e preguiça, suscitados nas falas expostas, desvelam sentimentos negativos que atingem os idosos por não conseguirem manter-se fisicamente ativos, em relação à prática de atividades físicas, assumindo inclusive a responsabilidade pela sua condição crônica. Para Azevedo (2018), atualmente cresce a cada dia a preocupação em viver uma vida saudável. Vivemos em uma época que exalta a responsabilidade individual, os comportamentos de prevenção e o culto à saúde, acompanhados de um conjunto crescente de recomendações médicas e prescrições sobre como viver uma vida saudável. Essa necessidade, característica da contemporaneidade, configura um ‘ideal de saúde’ a ser atingido, inclusive na velhice.

Condições financeiras

O código ‘condições financeiras’, aparece em um dos grupos, e relaciona a qualidade de vida às condições para suprir suas necessidades de alimentação, saúde, medicamentos,

moradia, entre outras, para viver com dignidade, como pode ser observado na fala abaixo: “[...], mas o dinheiro tem que ter, até pra curar [...] ter a própria saúde [...] Se a pessoa não tiver dinheiro tá ferrado” (Chaves, 79 anos). Estudo realizado por Leite et al. (2015) revela que as dificuldades financeiras, com relação ao seu próprio sustento, compra de medicação, a preocupação com filhos desempregados, a insatisfação do idoso em ter de trabalhar para sustentar a família, desemprego pelo fato de não serem mais aceitos no mercado de trabalho e não possuir moradia própria, são elementos determinantes para que o idoso avalie negativamente sua qualidade de vida. Como pode ser ilustrado na fala a seguir: “[...] a gente ter também uma dignidade néh?! [...] sobre o financeiro, pra gente tomar um cafezinho, um almoço, um jantar [...] quem não tem casa própria, mas paga o aluguel, poder pagar seu aluguel [...]” (Socorro, 69 anos). Os idosos costumam relacionar a QV à questão financeira, porque esta lhes possibilita mais acesso a bens e serviços. Além disso, o recurso financeiro tem efeito compensatório sobre as perdas da velhice, e se encontra entre os principais determinantes de uma vida satisfeita nessa fase da vida (Braga et al., 2015). É importante considerar que o fator econômico aparece justamente na compreensão de QV para o G2, o grupo que apresenta menor poder aquisitivo (renda familiar \leq um salário) em relação ao G1, conforme se observa na descrição socioeconômica.

É possível afirmar que a concepção sobre a QV dos grupos está atravessada pelo modo como os idosos relacionam a QV e sua DC. Nesse sentido, a segunda categoria se configura como uma síntese de como percebem essa relação. A partir do conteúdo foi possível elencar três códigos: o controle, a alimentação e o emocional, pontos que dizem sobre como é possível ter QV sendo portador de HAS e/ou DM, e de que forma a DC interfere na qualidade de vida.

O primeiro contempla o estilo de vida – a partir do controle, cumprindo os cuidados necessários, é que se pode ter qualidade de vida, como ilustrado nesta fala: “[...] é só controlar a alimentação, fazer caminhadas, usar medicação, indo sempre ao médico [...] da pra ter uma qv” (Francisca, 64 anos). Elemento incorporado também do discurso biomédico, conforme aponta estudo realizado por Braga et al., (2015), em que os idosos absorvem os discursos que preconizam um estilo de vida mais adequado, e acabam seguindo por acreditarem ser uma alternativa para minimizar os efeitos do processo de envelhecimento. Esse foi um fator muito presente nos discursos do grupo em questão, justamente por ser uma das premissas para se viver bem, sendo portador de doença crônica.

Em relação aos outros dois códigos, que aparecem como pontos que interferem na qualidade de vida dos participantes, algo que parece ser difícil de lidar, a alimentação – se configura como via de prazer e ao mesmo tempo de limitação; esse movimento é pontuado como algo que interfere na qualidade de vida, a fala a seguir é muito significativa e diz muito sobre essa questão: “[...] porque o gosto da vida da gente a hipertensão tira! Porque não existe coisa na vida melhor do que saúde e comer!” (Josefa, 72 anos). Esse é um dado que corrobora com estudo realizado por Silva et al. (2019), cujos resultados apontam o controle alimentar, advindo do diagnóstico de uma doença crônica como parte de um processo de sofrimento, imbricado por emoções e sentimentos, ansiedade e um luto por perdas e alterações de padrões de comportamento, considerado uma meta de tratamento difícil de ser consolidada. Além disso, os autores chamam atenção para os significados culturais e sociais atribuídos à alimentação. A restrição alimentar passa, portanto, por todos esses pontos, o que justifica o significativo lugar da alimentação atribuído pelos participantes.

Considerando o aspecto emocional, a doença crônica acaba afetando o idoso, no sentido de despertar a necessidade de controlar inclusive as emoções, como podemos observar na fala a seguir: “[...] eu acho uma doença muito ruim [...] você se agita em falar,

você não pode ter uma raiva de um menino, entendeu? Me estresse [...] eu fico na minha, aí vou pra algum lugar chorar [...] eu fico triste, tem que controlar tudo” (Josefa, 72 anos). A convivência com a doença crônica implica na convivência com alterações emocionais e psicológicas, como mostra estudo realizado por Leite et al. (2015), que pacientes com diagnóstico de doenças crônicas têm maior probabilidade de desenvolver formas patológicas de estresse, ansiedade e depressão, na medida em que os indivíduos são expostos a situações aversivas, e muitos apresentam dificuldades no manejo da doença, além de comprometerem a adesão ao tratamento e conseqüentemente a sua qualidade de vida.

Neste sentido, é importante que sejam consideradas as demandas individuais, e a caracterização da experiência de convivência com a doença, que irá determinar melhor compreensão não apenas da enfermidade, mas da relação do paciente com esta (Leite et al., 2015). Além disso, conforme afirmam Pinto e Neri (2017), os recursos psicológicos e sociais desempenham papel essencial na maneira pela qual os indivíduos enfrentam suas perdas em funções físicas e papéis sociais, e em relação aos efeitos negativos das condições crônicas na qualidade de vida. Para os autores, na velhice há uma seletividade socioemocional, que propõe mudanças na composição da rede social, na estrutura familiar, nas relações de trabalho e lazer, compreendendo que as necessidades sociais dessa fase da vida são diferentes e a prática de atividades sociais na comunidade configuram o comportamento social que influencia a saúde e o bem-estar dos idosos. Fatores que também são relatados pelos participantes neste estudo, ratificando assim a importância dada pelos idosos, as questões subjetivas que estão atreladas à concepção e à vivência de uma vida satisfatória e com qualidade, e que se configuram como uma via essencial para ser trabalhada junto a esse público.

Ademais, é importante compreender que conforme assinala Silva (2018), diante do desamparo, cada sujeito busca criar uma forma única de existência e um jeito próprio de habitar seu mundo interior, mediante seu desejo, inventando um estilo, (re) descobrindo sua capacidade perante as adversidades.

Considerações finais

O estudo permitiu compreender sobre a concepção de qualidade de vida de idosos portadores de hipertensão arterial sistêmica e *diabetes mellitus*. Indicando que essa concepção passa pelo processo de convivência com a doença crônica e aponta para a relevância de questões de ordem subjetiva, destacando que sobretudo os recursos psicológicos e sociais de que o idoso dispõe se configuram como uma via pela qual ele enfrenta os efeitos negativos das condições crônicas que interferem na sua qualidade de vida e no modo como lida com a enfermidade com a qual precisa conviver. Entre esses recursos, destaca-se o suporte social, um elemento essencial para a vivência nessa fase, para o qual os idosos vão atribuir um sentido de participação social e de cunho afetivo, para as relações interpessoais; a religiosidade como ferramenta de auxílio nessa vivência; e a manutenção de atividades de prazer.

Os resultados chamam atenção para a relação da DC com a QV, sobressaindo-se a questão do estilo de vida, que aparece como um dos dilemas para o idoso portador de DC, tendo em vista, ser essa a ‘receita’ para se viver mais, é também em que se encontra a privação de prazeres primordiais, como comer o que se gosta e as dificuldades de manter hábitos de vida saudáveis. Além disso, os idosos apontam para a influência de aspectos emocionais no processo de convivência com a DC que acaba sendo exposto como algo

que interfere negativamente na sua qualidade de vida. O que chama atenção para a relevância dos recursos psicológicos como ferramentas que podem auxiliar na vivência de uma velhice com qualidade.

Analisando essas questões, é necessário ponderar sobre a importância da caracterização da experiência da HAS e da DM, pois é a partir dos discursos, percepções e significados atribuídos pelos participantes que se pode compreender como eles vivenciam a doença da qual são portadores; bem como as relações estabelecidas para o enfrentamento de suas enfermidades, sobretudo porque parece ser imprescindível que sejam consideradas as demandas individuais no processo de orientação e tratamento, pois isso produzirá intervenções mais assertivas, algo primordial e necessário para o enfrentamento a essa problemática de saúde pública.

Neste sentido, destaca-se a importância de investir em estudos que investiguem a relação do portador com sua enfermidade, ainda que esta seja estabelecida como 'comum', como é o caso da HAS e DM. A doença, sobretudo a crônica, é um tipo de evento que produz de algum modo a necessidade de alteração da vivência, e apresentando dor física ou não, pode produzir sofrimento psíquico.

Referências

- Azevedo, C. D. (2018). *Envelhecer na contemporaneidade: subjetivações, modelos e resistências* (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. Recuperado de: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/20880>
- Azevedo, M. S. A. (2015). *O envelhecimento ativo e a qualidade de vida: uma revisão integrativa* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Recuperado de: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/10776>
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes, & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: perspectives from behavioral sciences* (Cap. 1, p. 1-34). Cambridge, UK: Cambridge University.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo: edição revista e ampliada*. São Paulo, SP: Edições70.
- Barreto, M., Carreira, L., & Marcon, S. (2015). Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *Revista Kairós: Gerontologia*, 18(1), 325-339. Recuperado de: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/26092>
- Braga, I. B., Braga, E. B., Oliveira, M., C., A., & Guedes, J. D. (2015). A percepção do idoso sobre a saúde e qualidade de vida na terceira idade. *ID on line Revista de Psicologia*, (9)26, 211-222. doi: <https://doi.org/10.14295/idonline.v9i26.338>
- Costa, F. H. O., Silva, A. L., & Pereira, C. R. (2016). O que favorece a resiliência na cadeia de suprimentos? *insights* a partir de uma revisão sistemática de literatura. *Revista Produção Online*, (16)3, 916-946. Recuperado de: <https://www.producaoonline.org.br/rpo/article/viewFile/2223/1435>
- Cunha, H. B. R. (2018). *Qualidade de vida: percepção de idosos com diabetes* (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade de Brasília, Brasília. Recuperado de: <https://bdm.unb.br/handle/10483/23322>

- Dawalibi, N. W., Anacleto, G. M. C., Witter, C., Goulart, R. M. M., & Aquino, R. C. (2013). Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 30(3), 393-403. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2013000300009>
- Fernandes, R. C. S. (2018). *Percepções de qualidade de vida e bem-estar em idosos institucionalizados* (Trabalho de Projeto). Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti, Porto. Recuperado de <http://repositorio.esepf.pt/handle/20.500.11796/2562>
- Fleck, M. P. (2007). *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde* (1a ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-98.
- Horta, N., Oliveira, T., Amaral, C., Ferreira, Q., Cordeiro, N., Souza, M., ... & Barcelos, B. (2016). Reflexões sobre a Potência do Grupo Focal nas Pesquisas em Gerontologia. *CIAIQ2016*, 2. Recuperado de: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/874>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2018). *Projeção da população 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047*. Brasília, DF. Recuperado de: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>
- Leite, E. S., Lubenow, J. A. M., Moreira, M. R. C., Martins, M. M., Costa, I. P., Silva, A. O. (2015). Avaliação do impacto da diabetes mellitus na qualidade de vida de idosos. *Ciência, Cuidado e Saúde* 14(1) 822-829. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v14i1.21353>
- Maeyama, M. A., Pollheim, L. C. F., Wippel, M., Machado, C., & Veiga, M. V. (2020). Aspectos relacionados à dificuldade do controle glicêmico em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 na Atenção Básica. *Brazilian Journal of Development*, 6(7), 47352–47369. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n7-391>
- Melo, C. F., Sampaio, I. S., Souza, D. L. A., & Pinto, N. S. (2015). Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15(2), 447-464. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000200002&lng=pt&tlng=pt
- Minayo, M. C. S. (2013). Qualidade de vida e saúde como valor existencial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 1868–1868. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232013000700001>
- Mota, R. S. M., Oliveira, M. L. M. C., Batista, E. C. (2017). Qualidade de vida na velhice: uma reflexão teórica. *Revista Communitas*, 1(1), 47-60. Recuperado de: <http://200.129.173.132/revista/index.php/COMMUNITAS/article/view/1122/pdf>
- Paulino, L. F., Siqueira, V. H. F., & Figueiredo, G. O. (2017). Subjetivação do idoso em materiais de educação/comunicação em saúde: uma análise na perspectiva foucaultiana. *Saúde e Sociedade*, 26(4), 943–957. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017161399>

- Portes, L. (2011). Estilo de vida e qualidade de vida: semelhanças e diferenças entre os conceitos. *Life Style*, 1(1), 8-10. Recuperado de: <https://revistas.unasp.edu.br/LifestyleJournal/article/view/128>
- Provalis Research. (2009). *QDA Miner- software para análisis cualitativo de datos: guía del usuario*. México, MX. Recuperado de: <https://provalisresearch.com/Documents/QDAMiner32ES.pdf>
- Pinto, J. M., & Neri, A. L. (2017). Trajectories of social participation in old age: a systematic literature review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(2), 259-272. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160077>
- Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. (2012). Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humano. Recuperado de: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Silva, J. M. (2018). A clínica psicanalítica com idosos: uma construção. *Estudos de Psicanálise*, (49), 115-123. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372018000100011&lng=pt&tlng=pt
- Silva, S. A., Fassarella, B. P. A., Sá, F. B., El Nabbout, T. G. M., El Nabbout, H. G. M., & d'Avila, C. J. (2021). Envelhecimento populacional: realidade atual e desafios. *Global Academic Nursing Journal*, 2(Sup. 3), e188-e188. doi: <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200188>
- Silva, T. C., Leal, D. C. M. F., & Bruno, J. R. (2019). Grupo operativo como estratégia de autocuidado para portadores de diabetes mellitus TIPO 2. *Revista Contexto & Saúde*, 19(37), 69-78. <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2019.37.69-78>
- Tomé, A. M., & Formiga, N. S. (2020). Teorias e perspectivas sobre o envelhecimento: conceitos e reflexões. *Research, Society and Development*, 9(7), e874974589. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4589>
- Tortorella, C. C. S., Corso, A. C. T., Gonzáles-Chica, D. A., & Melhen, A. R. F., (2017). Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus entre adultos cadastrados no Sistema Único de Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2004-2011. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 3(26), 469-480. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222017000300469&script=sci_abstract&tlng=pt.doi:<http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000300005>
- Trad, L. A. B. (2009). Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(3), 777-796. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>

Recebido em 22/04/2020
Aceito em 15/02/2022