



Red Científica Iberoamericana

Indicadores de qualidade de vida dos idosos da *(calidad de vida de los enfermos de una)* comunidade de uma alta área urbanizada da região da Amazônia Brasileira

Quality of life indicators of sick persons in a highly urbanized region of the Brazilian Amazon

Tábada Samantha Marques Rosa

Kinesióloga, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Brasil

Euler Esteves Ribeiro, Médico, Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, Brasil

Kennya Márcia dos Santos Mota, Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

Vanusa do Nascimento, Enfermeiro Graduado, Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, Brasil

Fernanda Barbisan, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Brasil

Elorides de Brito, Enfermeira Graduado, Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, Brasil

Ednea Aguiar Maia-Ribeiro, Médica, Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, Brasil

Aron Ferreira de Silveira, Médico Veterinário, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Brasil

Ivana Beatrice M. da Cruz, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Brasil

Acceda a este artículo en siicsalud



Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de los autores.

www.dx.doi.org/10.21840/siic/155683

O envelhecimento faz parte do desenvolvimento (*El envejecimiento es parte del desarrollo*) humano natural, aumentando o risco de disfunção e doenças na população idosa (*el riesgo de disfunción y enfermedades en los ancianos*).^{1,2} Portanto, os idosos experimentam redução das funções físicas e mentais e, conseqüentemente, apresentam maior probabilidade de sofrer de (*son más propensos a sufrir*) múltiplas morbidades de saúde. A aceleração do processo de envelhecimento pode estar associada a fatores de saúde, ambientais e sociais, incluindo a percepção da qualidade de vida pelos idosos (*incluida la percepción de la calidad de vida por los ancianos*).³

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu qualidade de vida como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida no contexto da cultura e do (*su posición en la vida en el contexto de la cultura y del*) sistema de valores que habita, em relação às expectativas, padrões e preocupações (*en relación con las expectativas, los patrones y las preocupaciones*).^{4,5} Para avaliar alguns indicadores desse conceito com base na (*Para evaluar algunos indicadores de este concepto sobre la base de la*) própria

definição de saúde e interpretação, a OMS desenvolveu instrumentos fáceis e não onerosos (*fáciles y no costosos*) (Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde [WHOQOL Group], incluindo o WHOQOL-Bref).⁶

O WHOQOL-Bref tem sido amplamente utilizado para avaliar a qualidade de vida composta por cinco escalas de resposta estilo Likert. Essa escala avalia três aspectos essenciais: subjetividade, multidimensionalidade e presença de dimensões positivas e negativas em suas características particulares.⁷⁻⁹ Apesar do WHOQOL-Bref fornecer uma avaliação global da qualidade de vida, apenas recentemente um ponto de corte foi fornecido (*se proporcionó un valor de corte*) por Silva et al.¹⁰

O Brasil é um país sociocultural diverso que apresenta aspectos específicos entre suas diferentes regiões geográficas. Os idosos que vivem na região Norte do Brasil são incipientes e devem ser realizados para apoiar políticas públicas de saúde. Por esse motivo, um projeto epidemiológico envelhecido denominado Projeto Idoso da Floresta Amazônica foi implementado em 2006 dos idosos inseridos na Estratégia Saúde da Família (ESF), programa público de saúde brasileiro, que moram na área mais urbanizada do Amazonas (*que viven en el área más urbanizada del Amazonas*) (Manaus) e em idosos ribeirinhos (*y en ancianos ribereños*) que vivem na cidade de Maués. A comparação entre idosos urbanizados e ribeirinhos mostrou que os idosos urbanizados apresentam uma prevalência semelhante de indicador epidemiológico do que os observados em outras (*que los observados en otras*) regiões, que são áreas desenvolvidas econômicas e socioculturais.^{11,12}

O presente estudo analisou os dados de linha de base do (*analizó los datos basales del*) Projeto Idosos da Floresta Amazônica, um estudo de coorte de base populacional

de idosos (> 60 anos) no Amazonas, Brasil.¹¹ A Diretoria de Ética da Universidade do Estado da Amazônia já aprovou este projeto e todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento (*ya ha aprobado este proyecto y todos los sujetos firmaron un formulario de consentimiento*). O estudo envolveu a população idosa que vive em Manaus, Amazonas e Nordeste do Brasil; contava com 1 646 602 habitantes em 2007, sendo uma área altamente urbanizada da Amazônia, e a 8ª cidade mais populosa do Brasil. Em 2007, as principais causas de morte dos idosos nesse município foram doenças cardiovasculares, respiratórias e neoplasias; a taxa de mortalidade infantil até os cinco anos de idade foi de 21.26/1000 crianças, a taxa de fecundidade foi de 3.74 criança/mulher (*niños, la tasa de fecundidad fue de 3.74 niño/mujer*). O presente estudo analisou os dados de linha de base do (*analizó los datos basales del*) Projeto Idosos da Floresta Amazônica, um estudo de coorte de base populacional de idosos (> 60 anos) no Amazonas Brasil.¹¹ A Diretoria de Ética da Universidade do Estado da Amazônia já aprovou este projeto e todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento (*de la Amazonia ya ha aprobado este proyecto y todos los sujetos firmaron un formulario de consentimiento*). O estudo envolveu a população idosa que vive em Manaus, Amazonas e Nordeste do Brasil; contava com 1 646 602 habitantes em 2007, sendo uma área altamente urbanizada da Amazônia, e a 8ª cidade mais populosa do Brasil. Em 2007, as principais causas de morte dos idosos nesse município foram doenças cardiovasculares, respiratórias e neoplasias; a taxa de mortalidade infantil até os cinco anos de idade foi de 21.26/1000 crianças, a taxa de fecundidade foi de 3.74 criança/mulher (*niños, la tasa de fecundidad fue de 3.74 niño/mujer*). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi de 0.788, o que representou desenvolvimento moderado e a expectativa de vida foi de 67.7 anos, menor que a do (*menor que la de*) Brasil (71.2 anos). A população de Manaus é uma mistura muito étnica, composta principalmente por povos (*La población de Manaus es una mezcla étnica, en su mayoría compuesta por pueblos*) indígenas sul-americanos, europeus (principalmente portugueses) e africanos. Mais recentemente, outras populações, especialmente árabes, judeus e japoneses imigraram para Manaus e agora fazem parte dessa cidade (*y ahora son parte de esa ciudad*). O número representativo de idosos da amostra foi calculado em 1680 indivíduos (1420-1735). O estudo tentou coletar dados da proporção (*El estudio trató de recoger datos sobre la proporción*) masculino/feminino de 1:1, apesar de existir alta frequência de mulheres do que homens, na população idosa de Manaus.

A coleta de dados foi realizada no domicílio de idosos por profissionais de saúde treinados (*La recolección de datos se llevó a cabo en el hogar de los ancianos por profesionales de la salud capacitados*) (n = 70). Cada entrevistador incluiu 24 idosos de duas diferentes UBS. Os entrevistadores foram acompanhados pelo agente de saúde que frequentava regularmente os idosos (*por el agente de salud que asistía regularmente a los ancianos*) incluídos no estudo. Os idosos que não foram entrevistados por déficit cognitivo ou por algum outro motivo de saúde foram excluídos da análise da amostra, uma vez que o WHOQOL-Bref inclui algumas questões pessoais que exigiam uma afirmação subjetiva.

A variável dependente do presente estudo foi a qualidade de vida avaliada pelo (*fue la calidad de vida evaluada con el*) WHOQOL-Bref previamente validada para o

Tabela 1. Características de idosos da comunidade de vida livre (Manaus).

Variáveis	n	%	
Sexo	Masculino	659	46.1
	Feminino	772	53.9
Estado civil	Casado	807	56.5
	Víuvo	387	27.1
	Divorciado	99	6.9
	Solteiro	134	9.4
Educação	Analfabeto	358	25.6
	Alfabetizado	278	19.8
	< 4 anos	354	25.3
	4 anos	237	16.9
	>4 < 8 anos	64	4.6
	> 8 <12 anos	40	2.9
	> 12 anos	70	4.9
Renda mensal familiar (US\$)	Sem renda	152	10.9
	< 200	813	58.1
	200 <400	343	24.5
	> 400	83	5.9
	Não respondeu	152	13.4
Ocupação	Aposentado	864	64.5
Número de filhos	0	50	3.5
	1	57	4.0
	2	96	6.8
	3	127	9.0
	4	115	8.2
	5	126	8.9
	> 6	838	49.5
		Não respondeu	152
Com quem vive	Sozinho	103	7.2
	Cônjuge	578	40.4
	Cônjuge e parentes	524	47.4

português brasileiro.⁷ As seguintes variáveis da entrevista de base foram comparadas entre os grupos de idosos: (1) características sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, escolaridade e renda mensal [*ingreso mensual*]); (2) estilo de vida (atual situação de tabagismo e [*tabaquismo actual y*] atividade física); (3) autoavaliação da saúde nos últimos 6 meses (incluindo a presença de hipertensão, diabetes tipo 2, obesidade, doenças coronarianas, acidente vascular cerebral, câncer e doenças reumáticas); (3) imunizações anuais; (4) e quedas e fraturas nos últimos (*y caídas y fracturas en los últimos*) seis meses. A abordagem de autorrelato dos dados de saúde tem sido bem documentada como um preditor confiável (*El enfoque de autoinforme de los datos de salud ha sido bien documentado como un predictor fiable*) de incapacidade funcional e mortalidade em populações idosas;¹³ (5) indicadores dos serviços de saúde (consultas médicas nos últimos 12 meses e internações nos últimos 12 meses).

Todas as análises foram concluídas usando o pacote (*Todos los análisis se completaron utilizando el paquete*) estatístico para estudos sociais (SPSS) versão 17.0 (SPSS Inc., Chicago, IL). Testes qui-quadrado e testes T foram conduzidos para examinar as diferenças nas características sociodemográficas e clínicas dos grupos de idosos PLQ e RGLQ. As causas autorreferidas de hospitalização e os dados dos prontuários foram correlacionados com a correlação não paramétrica (*y los datos de los registros*

Tabela 2. Autorrelato das condições de saúde dos idosos da comunidade de vida livre inseridos na Estratégia Saúde da Família (Manaus, Brasil).

Doenças	Sim, com prescrição médica e orientação N (%)	Sim, sem prescrição médica e orientação N (%)	Sim, sem prescrição médica e sem orientação N (%)	N (%)
Hipertensão	818 (57.7)	12 (0.8)	19 (1.3)	568 (40.1)
Diabetes tipo2	340 (24.1)	13 (0.9)	07 (0.5)	1047 (74.3)
Doença coronária	174 (12.2)	9 (0.6)	31 (2.2)	1184 (82.7)
AVC	81 (5.7)	12 (0.8)	0	1327 (93.4)
Gastrite	72 (5.0)	04 (0.3)	31 (2.2)	1324 (92.5)
Distúrbios renais Distúrbios reumatológicos	88 (6.1)	08 (0.6)	42 (2.9)	1293 (90.4)
Reumatismo	412 (28.8)	62 (4.3)	184 (12.9)	773 (54.0)
Dor na coluna vertebral	218 (15.2)	31 (2.2)	119 (8.3)	1063 (74.3)
Varizes	57 (4.0)	28 (2.0)	109 (7.6)	1237 (86.4)
Bronquite	209 (14.6)	22 (1.5)	83 (5.8)	1117 (78.1)
Câncer	33 (2.3)	02 (0.1)	0	1396 (97.6)
Distúrbios na próstata*	121 (18.4)	09 (1.4)	09 (1.4)	513 (77.8)

* Frequency considering just male sample; AVC = acidente vascular cerebral.

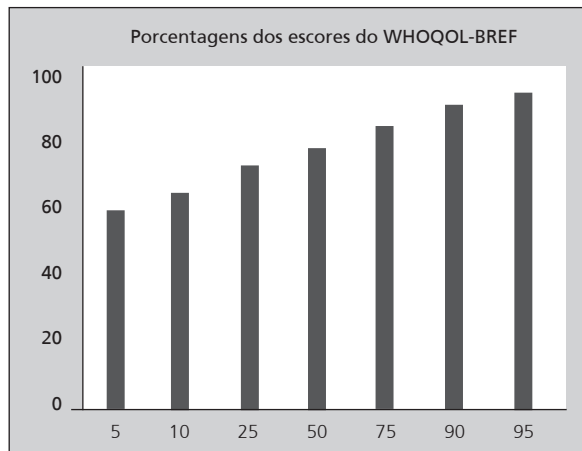


Figura 1. Distribuição percentual de idosos da comunidade e inseridos na Estratégia Saúde da Família, Manaus.

se correlacionaram com el coeficiente no paramétrico) de Spearman. O valor alfa considerado foi $p \leq 0.05$.

De 1509 idosos entrevistados, 1431 (94.8%) responderam ao instrumento WHOQOL-Bref. A idade média da amostra foi de 70.9 ± 7.6 anos. A Tabela 1 apresenta as características basais dos idosos (*las características basales de los ancianos*) investigados aqui.

Uma alta prevalência de hipertensão, diabetes e distúrbios reumáticos foi relatada pelos idosos estudados (Tabela 2). O diagnóstico, prescrição médica e orientação foram realizados pelo serviço de saúde (*y la orientación se llevaron a cabo por el servicio de salud*).

Um total de 229 (16.4%) idosos relataram estar hospitalizados nos últimos dez anos e 432 (30.2%) relataram cair nos últimos cinco anos e 105 relataram apresentar alguma fratura devido á queda. Nos idosos que relataram experimentar queda (*han informado una caída en los últimos cinco años y 105 comunicaron presentar alguna fractura debido a la caída. En los ancianos que relataron experimentar alguna caída*), 154 caíram em casa. Uma excelente visão foi autorreferida por 3 (6.6%), uma visão muito boa por 351 (24.8%), uma visão regular por 447 (31.2%), uma visão deficiente por 498 (35.2%) e uma visão muito pobre incluindo cegueira por 24 (1.7%) dos idosos. Uma excelente audição foi autorreferida por

983 (68.7%), uma audição muito boa por 160 (11.2%), uma audição regular por 163 (11.5%), uma audição ruim por 95 (6.6%) e uma audição muito ruim por 10 (0.7%) dos idosos incluídos no estudo.

A distribuição de frequência absoluta e os percentis de escores do (*La distribución de frecuencia absoluta y los percentiles de puntajes del*) WHOQOL-Bref foram inicialmente determinados e estão apresentados na Figura 1. A média do escore do WHOQOL-Bref foi de 87.9 ± 11.6 pontos com mínimo de 26 e máximo

de 130 pontos. A partir dessa análise, a prevalência de PLQ foi de 6.1% ($n = 88$) e o RGLQ foi de 93.9% ($n = 1342$).

A Tabela 3 apresenta um resumo dos resultados considerando cada questão do WHOQOL-Bref. As questões mais frequentes de resposta pobre foram sobre o dinheiro para atender as necessidades e oportunidades de atividades de lazer (*Las preguntas más frecuentes acerca de la escasa respuesta fueron sobre el dinero para atender las necesidades y las oportunidades de actividades de ocio*) dos idosos; satisfação com a vida sexual e transporte.

Houve alta frequência de idosos com (*Hubo una alta frecuencia de ancianos*) acidente vascular cerebral ($p = 0.0001$) no grupo PLQ e RGLQ (Figura 2). Outras doenças crônicas também foram comparadas entre os grupos, como hipertensão arterial ($p = 0.009$), diabetes tipo 2 ($p = 0.0001$), doenças cardiovasculares ($p = 0.039$). Em relação às queixas, os idosos relataram alta frequência de visão muito ruim/ruim (*Con respecto a las quejas, los ancianos informaron una alta frecuencia de muy mala/mala visión*) ($p = 0.0001$) e audição ($p = 0.0001$).

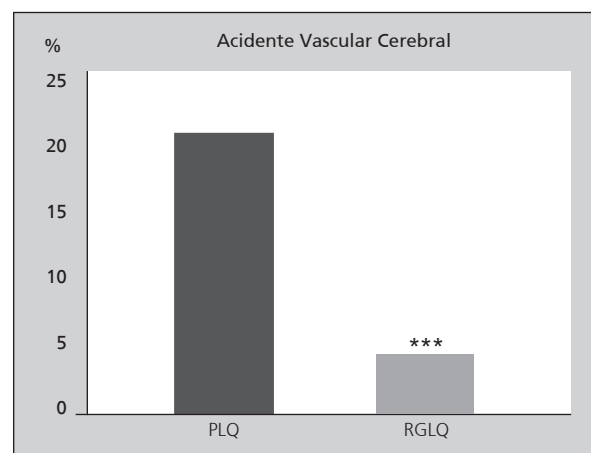


Figura 2. Comparação do AVC autorreferido por idosos com baixa qualidade de vida (PLQ < 60 pontos) ou regular / boa qualidade de vida (RGLQ > 60 pontos), com base em Silva et al. (2014). A prevalência foi comparada entre os grupos pelo teste estatístico qui-quadrado. ** $p < 0.01$; *** $p < 0.0001$.

Quando os idosos foram categorizados pelo ponto de corte do WHOQOL-Bref proposto por Silva et al.,¹⁰ foi

Tabela 2. Autorrelato das condições de saúde dos idosos da comunidade de vida livre inseridos na Estratégia Saúde da Família (Manaus, Brasil).

Questões	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Como você avaliaria sua qualidade de vida?	Muito pobre	Pobre	Nem pobre nem bom	Boa	Muito boa
	12 (0.8)	59 (4.1)	455 (31.8)	765 (53.8)	132 (9.2)
Quão satisfeito você está com sua saúde?	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	24 (1.7)	142 (9.9)	408 (28.5)	697 (48.7)	152 (10.6)
Até que ponto você acha que a dor física impede você de fazer o que precisa fazer?	Em nada	Um pouco	Uma quantia moderada	Muito	Demasiadamente
	41 (2.9)	278 (19.4)	323 (22.6)	292 (20.4)	487 (34.3)
Quanto você precisa de algum tratamento médico para funcionar em sua vida diária?	140 (9.8)	309 (21.7)	439 (30.4)	479 (33.6)	64 (4.5)
Quanto você aproveita a vida?	69(4.8)	204(14.3)	368(25.7)	672(47.0)	115(8.0)
Até que ponto você acha que sua vida tem sentido?	23(1.6)	68(4.8)	280(19.6)	802(56.0)	258(17.8)
Quão bem você é capaz de se concentrar?	33(2.3)	141 (9.9)	414 (29.1)	710(49.3)	133(9.3)
Quão seguro você se sente em sua vida diária?	27(1.9)	104(7.3)	374(26.1)	766(53.5)	146(10.1)
Quão saudável é o seu ambiente físico?	65(4.5)	151(10.6)	466(32.6)	629(44.1)	120 (8.1)
Você tem energia suficiente para a vida cotidiana?	De modo nenhum	Um pouco	Moderadamente	Na maioria das vezes	Completamente
	12 (0.8)	59(4.1)	455(31.8)	765(53.8)	132(9.2)
Você é capaz de aceitar sua aparência corporal?	32 (2.2)	93(6.5)	294(20.5)	657(45.9)	351(24.5)
Você tem dinheiro suficiente para atender às suas necessidades?	184(12.9)	581(40.6)	483(33.8)	132(9.2)	48(3.3)
Quão disponível para você é a informação que você precisa no seu dia-a-dia?	68(4.8)	252(17.7)	501(38.2)	437(30.5)	123(8.6)
Até que ponto você tem a oportunidade de atividades de lazer?	293 (20.5)	372 (26.0)	417 (29.1)	267 (18.7)	76 (5.3)
Quão bem você é capaz de se locomover?	Ruim	Pouco	Nem Bom nem pouco	Bom	Muito bom
	39(2.7)	110 (7.7)	158 (11.0)	599 (41.9)	501 (35.0)
Quão satisfeito você está com o seu sono?	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
		196 (13.7)	204 (14.3)	763 (53.3)	238 (16.6)
Quão satisfeito você está com sua capacidade de realizar suas atividades diárias?	23(1.6)	139 (9.7)	238 (16.6)	804 (56.2)	223 (15.6)
Quão satisfeito você está com sua capacidade de trabalho?	46(3.2)	238 (16.7)	288 (20.2)	687 (47.5)	172 (12.1)
Quão satisfeito você está consigo mesmo?	12(0.9)	60(4.2)	195 (13.6)	850(59.1)	313(21.9)
Quão satisfeito você está com seus relacionamentos pessoais?	12(0.8)	51(3.6)	165 (11.5)	902 (63.0)	298 (20.8)
Quão satisfeito você está com sua vida sexual?*	112(7.8)	175 (12.2)	340 (23.8)	602 (42.1)	131 (9.6)
Quão satisfeito você está com o apoio que recebe de seus amigos?	21 (1.5)	72 (5.0)	229 (16.0)	893 (62.4)	216(14.5)
Quão satisfeito você está com as condições do seu lugar de vida?	30 (2.1)	99 (6.9)	217 (15.2)	830 (58.1)	252(17.6)
Quão satisfeito você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	36 (2.5)	124(8.7)	258 (18.1)	817 (57.1)	189 (13.2)
Quão satisfeito você está com o seu transporte?	77 (5.4)	234 (16.4)	309(21.6)	694 (48.4)	115 (8.0)
Quantas vezes você tem sentimentos negativos, como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
		663 (46.3)	130 (9.1)	61 (4.3)	47 (3.3)

* 71 idosos não responderam a esta pergunta.

observada associação significativa com apenas uma variável sociocultural e várias morbidades, indicando que esse ponto de corte é realista para identificar idosos com impacto na qualidade de vida. O estado civil esteve significativamente associado à categorização da qualidade de vida. No caso, a maior frequência de viúvas foi observada no PLQ do que no grupo de idosos RGLQ (*En el caso, se observó la mayor frecuencia de viudas en el grupo CVP que en el grupo de ancianos RGCL*). Fried,¹⁴ considerando o estado civil como preditor de longevidade não modificável (*predictor de longevidad no modificable*). Idosos que vivem sozinhos poderiam ter mais chance de apresentar morbi-mortalidade do que os idosos que vivem em família ou com seus cônjuges (*viven en familia o con sus*

cónyuges). Os resultados aqui encontrados corroboram indiretamente a sugestão de que o estado civil pode ser um preditor de longevidade, uma vez que a janela apresenta menor pontuação do (*una vez que la ventana presenta um puntaje menor en el*) WHOQOL-Bref.

A qualidade de vida é um aspecto importante no diabetes, pois a baixa qualidade de vida leva à diminuição do autocuidado, o que leva a piora do (*porque la baja calidad de vida lleva a la disminución del autocuidado, lo que lleva a empeorar el*) controle glicêmico, aumento dos riscos de complicações e exacerbação do diabetes, tanto a curto como a longo prazo (*tanto en el corto como en el largo plazo*). Um estudo realizado por Jain et al.¹⁵ também encontrou associação com a baixa qualidade de

vida medida pelo WHOQOL-Bref e diabetes tipo 2 em pacientes indianos. Outra investigação que pode ser considerada foi realizada por Martínez et al.,¹⁶ que incluiu 238 pacientes diabéticos mexicanos. Huang et al.¹⁷ também descreveram associação entre preditores de qualidade de vida com comportamentos de autocuidado, situação econômica e frequência de internação. Uma investigação recente realizada por Tchicaya et al.¹⁸ de pacientes diabéticos submetidos à angiografia coronariana mostrou que pacientes que relataram perda de peso e sem alteração de peso foram positivamente associados com alto escore de qualidade de vida quando comparados com pacientes com ganho de peso (*pacientes que informaron pérdida de peso y ninguna variación de peso se asociaron positivamente con altos puntajes de calidad de vida, en comparación con los pacientes con aumento de peso*). O estudo realizado por Khosravi et al.¹⁹ descreveu uma associação negativa entre cada domínio da QV relacionada à saúde e a pressão arterial sistólica após ajuste para variáveis sociodemográficas (*relacionada con la salud y la presión arterial sistólica después de ajustar por variables sociodemográficas*). O estudo conduzido por Jeong et al.²⁰ incluiu 422 pacientes com AVC: sofrimento psicológico e função cognitiva prejudicada foram associados com (*an-*

gustia psicológica y deterioro de la función cognitiva se asociaron con) menor QV em pacientes com AVC agudo.

Por outro lado, Najafi et al.²¹ examinaram a validade do WHOQOL-Bref em 275 pacientes com Doença Arterial Coronariana (DAC). No entanto, os resultados sugerem que o WHOQOL-Bref pode ser apenas uma medida da qualidade de vida global em pacientes com DAC.

Apesar do grande número amostral de idosos incluídos no presente estudo, trata-se de uma investigação transversal (*A pesar del gran número de ancianos incluidos en el presente estudio, se trata de una investigación transversal*) e, por esse motivo, os resultados precisam ser interpretados com cautela. Para o nosso melhor conhecimento, esta é a primeira investigação sobre a qualidade de vida de idosos que vivem na região tropical amazônica brasileira.

Por fim, os resultados aqui descritos confirmam que o ponto de corte do WHOQOL-Bref descrito por Silva et al.¹⁰ são confiáveis (*Finalmente, los resultados descritos en este documento confirman que el valor de corte WHOQOL-Bref descrito por Silva et al.¹⁰ son confiables*) para detectar idosos com baixa qualidade de vida devido a morbidades crônicas prévias altamente prevalentes na população, como hipertensão e diabetes tipo 2.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2019
www.siicsalud.com

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Bibliografía recomendada

Celich SLK, Creutzberg M, Goldim JR, Gomes I. Ageing with quality of life: the perception of elderly participants in groups of senior citizens. *Revista Mineira de Enfermagem* 14(2):226-232, 2010.

Fleck MP, Chamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saúde Públ* 40(5):785-791, 2006.

Fried LP. Epidemiology of aging. *Epidemiol Rev* 10(2):171-172, 2000.

Huang MC, Hung CH. Quality of life and its predictors for middle-aged and elderly patients with type 2 diabetes mellitus. *J Nurs Res* 15(3):193-201, 2007.

Jain V, Shivkumar S, Gupta O. Health-related quality of life (hr-qol) in patients with type 2 diabetes mellitus. *N Am J Med Sci* 6(2):96-101, 2014.

Jeong BO, Kang HJ, Bae KY, Kim SW, Kim JM, Shin IS, et al. Determinants of quality of life in the acute stage following stroke. *Psychiatry Investig* 9(2):127-133, 2012.

Khosravi A, Ramezani MA, Toghianifar N, Rabiei K, Jahandideh M, Yousofi A. Association between hypertension and quality of life in a sample of Iranian adults. *Acta Cardiol* 65(4):425-430, 2010.

Kumar SG, Majumdar AG. Quality of life (qol) and its associated factors using WHOQOL-BREF among elderly in urban Puducherry, India. *J Clin Diagn Res* 8(1):54-57, 2014.

Martínez YV, Prado-Aguilar CA, Rascón-Pacheco RA, Valdivia-Martínez JJ. Quality of life associated with treatment adherence in patients with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 8(1):164, 2008.

Maués CR, Paschoal SMP, Jaluul O, França CC, Jacob Filho W. Evaluation of quality of life: comparison between elderly young and very elderly. *Brazilian Magazine of Medical Clinic* 8(1):405-410, 2010.

Najafi M, Sheikhatvan M, Montazeri A, Sheikhatfollahi M. Factor structure of the World Health Organization's quality of life Questionnaire-BREF in patients with coronary artery disease. *Int J Prev Med* 4(9):1052-1058, 2013.

Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, et al. Contribution of the physical, social, psychological and environmental domains to overall quality of life of the elderly. *Rev Psiquiatr Rio Gde Sul* 28(1):27-38, 2006.

Power M, Harper A, Bullinger M. The World Health Organization WHOQOL-100: tests of the universality of quality of life in 15 different cultural groups worldwide. *Health Psychology* 18(5):495-505, 1999.

Ribeiro E, Veras RP, Viegas K, Caldas CP, Maia-Ribeiro EA, Da Rocha MIUM, et al. Projeto Idoso da Floresta: indicadores de saúde dos idosos inseridos na Estratégia de Saúde da Família (ESF-SUS) de Manaus-AM, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 8(1):307-326, 2008.

Ribeiro EE, Maia-Ribeiro EA, Brito E, Viegas K, Silva T, Mota KM, et al. Aspects of the health of Brazilian elderly living in a riverine municipality of Amazon rainforest. *Revista Amazonense de Geriatria e Gerontologia* 1(1):2-15, 2013.

Roriz-Cruz M, Rosset I, Wada T, Sakagami T, Ishine M, Roriz-Filho JS, et al. Stroke-independent association between metabolic syndrome and functional dependence, depression, and low quality of life in elderly community-dwelling Brazilian people. *J Am Geriatr Soc* 55(3):374-382, 2007.

Silva PAB, Soares SM, Santos JFG, Silva LB. Cut-off point for WHOQOL-Bref as a measure of quality of life of older adults. *Rev Saúde Públ* 48(3):390-397, 2014.

Sun W, Watanabe M, Tanimoto Y, Shibutani T, Kono R, Saito M, et al. Factors associated with good self-rated health of non-disabled elderly living alone in Japan: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 7(1):297-306, 2007.

Información relevante

Indicadores de qualidade de vida dos idosos da (*calidad de vida de los enfermos de una*) comunidade de uma alta área urbanizada da região da Amazônia Brasileira

Respecto a la autora

Tábada Samantha Marques Rosa. Fisioterapeuta, Centro Universitário Franciscano-UNIFRA (2010), Santa Maria, Brasil. Especialista en Fisioterapia Respiratoria, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), Brasília. Especialista en rehabilitación físico-motora (foco en fisioterapia hospital), Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, Brasil. Doctora en desórdenes de la comunicación humana (en fonología y comunicación humana), UFSM. Actualmente Oficial do Ejército Brasileiro, como fisioterapeuta, Hospital Geral de Santa Maria (HGSM), Santa Maria Brasil.

Respecto al artículo

O WHOQOL-Bref é largamente usado para avaliar a qualidade (*es ampliamente utilizado para evaluar la calidad*) de vida. Este estudo estimou a prevalência de idosos com qualidade de vida baixa e a avaliação da associação com as (*la prevalencia de enfermos con calidad de vida baja y la evaluación de la asociación con las*) variáveis sócio-culturais, econômicas e de saúde.

La autora pregunta

La calidad de vida es un aspecto fundamental para tener en cuenta en los sujetos ancianos.

¿Cuáles son los componentes del WHOQOL-Bref para la valoración de la calidad de vida en los pacientes ancianos?

- A) Subjetividades.
- B) Múltiples dimensiones.
- C) Presencia de dimensiones positivas y negativas en sus características particulares.
- D) Todas ellas.
- E) El WHOQOL-Bref no es un instrumento útil para este objetivo.

Corrobore su respuesta: www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/155683

Palabras clave

pruebas y cuestionarios, salud, morbilidad, envejecimiento, calidad de vida

Keywords

surveys and questionnaires, health, morbidity, aging, quality of life

Lista de abreviaturas y siglas

OMS, Organização Mundial da Saúde; WHOQOL, Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde; ESF, Estratégia Saúde da Família; IDH, Índice de Desenvolvimento Humano; DAC, Doença Arterial Coronariana.

Cómo citar

Rosa TS, Ribeiro EE, Mota KM, do Nascimento V, Barbisan F, de Brito E, Maia-Ribeiro EA, de Silveira AF, da Cruz IB. Indicadores de qualidade de vida dos idosos da (*calidad de vida de los enfermos de una*) comunidade de uma alta área urbanizada da região da Amazônia Brasileira. *Salud i Ciencia* 23(4):378-83, Dic-Mar 2019.

How to cite

*Rosa TS, Ribeiro EE, Mota KM, do Nascimento V, Barbisan F, de Brito E, Maia-Ribeiro EA, de Silveira AF, da Cruz IB. Quality of life indicators of sick persons in a highly urbanized region of the Brazilian Amazon. *Salud i Ciencia* 23(4):378-83, Dic-Mar 2019.*

Orientación

Clínica, Diagnóstico

Conexiones temáticas

