

QUALIDADE DE VIDA ENTRE IDOSOS ATIVOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

QUALITY OF LIFE AMONG ACTIVE ELDERLY OF A FAMILY HEALTH UNIT

Waldyvan Bezerra Andrade de Souza¹
Ocilma Barros de Quental²
Renata Livia Fonseca da Silva Moreira³
Tamyris Luiza de Abreu⁴
Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa⁵

RESUMO: Introdução: o envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população. A velhice, ao se traduzir no contexto social como negatividade, agrava no idoso o que é sentido como perda, e fragiliza os seus recursos internos construídos ao longo de toda a vida. Nesse cenário, os idosos se defrontam com novas necessidades, o que exige adaptação e espaço na sociedade contemporânea, para que vivam mais e com qualidade de vida. **Objetivo:** avaliar a qualidade de vida em idosos de uma unidade de saúde da família. **Método:** trata-se de um estudo de campo, exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa. Foi realizado na Unidade de Saúde da Família Vital Rolim, situada na Rua Padre Cícero na cidade de Cajazeiras-PB e teve como população 375 e amostra 150 idosos cadastrados na referida unidade. Projeto aprovado pelo comitê número 1.209.547. Os dados foram coletados durante o mês de setembro de 2015, através de um questionário para definir qualidade de vida-*WHOQOL*. Em seguida, foram registrados por meio do programa SPSS (*statistical package for social sciences*), versão 21, e analisados por meio de estatística descritiva e inferencial bivariada. O estudo respeitou os aspectos éticos que constam na Resolução 466/12 do CNS. **Resultados e Discussão:** verificou-se maioria do sexo feminino (62%), casada (50%), branca (52%), com condições de moradia boa (94,7%). Em relação às atividades físicas, em média 1,30 pratica por semana. No domínio social, mostra-se alfa abaixo dos outros domínios, com 0,40. No domínio físico mostra-se média de 64,87 e, no domínio ambiental, mostra-se média de 64,04 de insatisfação. Verifica-se que o sexo masculino apresentou maior média em domínio físico, com 66,91, e

¹ Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria, Cajazeiras-PB.

² Enfermeira. Docente Faculdade Santa Maria, Cajazeiras-PB. Mestre em Enfermagem pela UFPB.

³ Enfermeira. Docente Faculdade Santa Maria, Cajazeiras-PB. Mestre em Ciências da Saúde pela FMABC-SP. Doutoranda em Ciências da Saúde pela FMABC-SP.

⁴ Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria, Cajazeiras-PB.

⁵ Enfermeira. Docente Faculdade Santa Maria, Cajazeiras-PB. Mestre em Enfermagem pela UFPB. Doutoranda em Ciências da Saúde pela FMABC-SP.

domínio psicológico, 69,71, comparando-se com as mulheres. Verificou-se, ainda, que os viúvos tiveram menor média em todos os domínios. Mostrou-se que, quanto maior a idade, menor a qualidade de vida, e que, quanto melhor a condição de moradia, melhor a qualidade de vida. **Conclusão:** A pesquisa evidencia uma amostra com os idosos sobre qualidade de vida. Diante desse cenário, é de grande importância verificar os fatores determinantes de longo prazo da saúde e do bem estar da população idosa.

Palavras chave: Envelhecimento; Idoso; Qualidade de vida.

ABSTRACT: Introduction: Population aging is defined as the change at the age structure of the population. The aging, reflected in the social context as negativity, worsening what the elderly feels as a loss and weakens their internal resources built up over a lifetime. In this scenario, the elderly are faced with new needs, which requires adaptation and space in contemporary society to live longer and with quality of life. **Method and materials:** this is a field study, exploratory and descriptive with quantitative approach. It was conducted at the Family Health Unit Vital Rolim at Rua Padre Cicero in the city of Cajazeiras-PB; it had the population 375 and sample 150 elderly registered to the unit. Project approved by the committee number 1,209,547. The data were collected during September 2015 through a questionnaire used to define quality of life, WHOQOL. The, n they were recorded by using SPSS (Statistical Package for Social Sciences), version 21, and analyzed using descriptive and inferential bivariate statistics. The study respected the ethical aspects contained in Resolution 466/12 CNS. **Results and Discussion:** there was a majority of women (62%), married (50%), white (52%), with good living conditions (94.7%). Regarding physical activity, on average, 1.30 practices per week. In the social field, alpha appears below the other domains, with 0.40. The physical domain shows the average 64.87 and, in the environmental field, the average 64.04 of dissatisfaction. It appears that males had higher average in physical domain, 66.91, and psychological domain, 69.71, comparing to women. It was also found that widowers had lower average at all areas. It has been shown that, the older the person, the better the quality of life, and that, the better the condition of housing, the greater quality of life. **Conclusion:** The study shows a sample of the elderly about quality of life, in this scenario, and it is very important to check the determinants of a long-term health and well-being of the elderly population.

Keywords: Aging; Elderly; Quality of life.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento pode ser compreendido como natural, mediante diminuição progressiva das funções reserva funcional dos indivíduos, o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema (AMARAL *et al.*, 2013). No Brasil, o crescimento da população idosa é um acontecimento presente e consolidado, requerendo estratégias imediatas de enfrentamento e prevenção, propiciando o envelhecimento ativo, saudável e independente (ROCHA *et al.*, 2013).

O envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, na qual se observa um aumento do peso relativo de pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice. Nas últimas três décadas, esse fenômeno vem acontecendo no Brasil de forma mais rápida e intensa, sendo que o número absoluto de pessoas com 60 anos aumentou em torno de nove vezes (ANDRADE *et al.*, 2013).

Nesse cenário, os idosos se defrontam com novas necessidades, o que exige adaptação e espaço na sociedade contemporânea, para que vivam mais e com qualidade de vida. Essa busca pela qualidade de vida tem recebido crescente interesse da sociedade e, em especial, dos trabalhadores da área da saúde, em face da responsabilidade de promover a saúde, para que a população alcance maior longevidade com qualidade de vida (SOUZA; LAUTERT; HILLESHEIN, 2011).

Com aumento da expectativa de vida e as possíveis modificações físicas, psicológicas e sociais causadas pelo envelhecimento, torna-se de fundamental importância propiciar uma boa qualidade de vida a essa população. A qualidade de vida é a combinação de indicadores subjetivos, que são demonstrados por meio de sensações de relações afetivas como felicidade e satisfação, saúde percebida, autocontrole, estresses e competência social (SPOSITO *et al.*, 2013).

Dentre as razões para se avaliar a qualidade de vida destacam-se: a importância de se medir o impacto de doenças crônicas sobre os indivíduos; a

necessidade de se criar critérios mais subjetivos para medir a diferença de resultados entre pacientes com gravidades clínicas semelhantes; monitorizar o atendimento à saúde de uma população; diagnosticar a natureza, gravidade e prognóstico das doenças; avaliar os efeitos dos tratamentos; avaliar os efeitos das políticas de saúde e políticas sociais e alocar recursos de acordo com as necessidades (SILVA *et al.*, 2012).

Os idosos brasileiros convivem constantemente com o medo, depressão, carência de assistência e atividades de lazer, abandono em hospitais ou instituições de longa permanência, além de dificuldades para assegurar alguma assistência por meio de planos de saúde. A desinformação, o preconceito e o desrespeito unem-se aos precários investimentos públicos para atendimento às necessidades específicas desta população (ANDRADE *et al.*, 2014). A população idosa tem apresentado as maiores taxas de crescimento. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a estimativa é que até 2025 existam cerca 1,2 bilhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representará um quinto da população mundial (MELO *et al.*, 2013).

Para que as pessoas tenham qualidade de vida ao envelhecer, é preciso que haja cada vez mais investimentos pessoais, e oferta de serviços que atendam às demandas desse segmento da população. Naturalmente, não se pode negar que os idosos convivem com riscos derivados do próprio processo de envelhecimento, o que pode deixá-los mais suscetíveis a incapacidades decorrentes de condições físicas, sociais, ou afetivas. Esse é um processo dinâmico e particular e, mesmo entre os idosos, os mais jovens tendem a apresentar condições diferentes dos longevos (STORTI *et al.*, 2013).

O presente tema surgiu através durante os estágios e aulas teóricas ministradas durante a disciplina *Processo do cuidar em saúde do idoso* acerca de um melhor conhecimento sobre a qualidade de vida dessa população, surgindo, desta forma, algumas questões norteadoras a respeito do tema, dentre elas: qual a comparação entre idosos ativos e inativos? Quais as dificuldades enfrentadas pelos idosos para se ter uma melhor qualidade de vida?

Diante disso, a relevância deste estudo perpassa pelo fato de que o reconhecimento desta realidade possibilitará a construção e a valorização da

qualidade de vida dos idosos, por meio de uma dieta adequada e a realização de atividades físicas, trazendo, com isso, uma melhor autoestima e autoconfiança. Assim, o estudo tem como objetivo avaliar a qualidade de vida em idosos ativos de uma unidade de saúde da família.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de campo, do tipo exploratório e descritivo com abordagem quantitativa. Realizado em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Cajazeiras-PB, localizada no alto sertão paraibano, no extremo oeste do estado, distante 468 quilômetros da capital do estado, João Pessoa, com uma área territorial de 565,899 km², densidade demográfica 103,28 (hab/km²), com uma população de 58.446 habitantes, segundo o censo de 2010, e com uma estimativa de 61.030 habitantes em 2014 (BRASIL, 2014).

A população foi composta pelos 375 idosos que são cadastrados na UBS Vital Rolim, e a amostra de 150 idosos foi selecionada através daqueles que se enquadraram nos critérios de inclusão, que foram: ser cadastrados na UBS, ter 60 anos ou mais, independentes, conscientes e não acamados. Como critérios de exclusão, tem-se: não ser paciente da referida UBS, ter menos de 60 anos, dependentes, inconscientes e acamados.

Foram considerados ativos os idosos que participavam de atividades físicas semanalmente. Utilizou-se como conceito de idoso ativo a adoção de hábitos de vida saudável, como a prática de atividade física semanal, que promove a saúde ao longo da vida, influenciando o envelhecimento de maneira positiva; e a melhor percepção da qualidade de vida que contempla aspectos multifatoriais das facetas físicas, psicológicas, sociais e ambientais (SONATI *et al.*, 2014).

Os dados foram coletados no mês de setembro de 2015, após aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da Faculdade Santa Maria. Inicialmente foi feito um contato com o secretário de Saúde do município para o termo de anuência. Em seguida, o pesquisador foi até a unidade agendar com a

Enfermeira os dias para a realização da pesquisa. Antes da aplicação do instrumento (Anexo A) os idosos foram informados sobre os objetivos do estudo, e foi apresentado o TCLE (Apêndice A).

O *WHOQOL-BREF* é constituído por 26 perguntas (sendo as perguntas números 1 e 2 sobre a qualidade de vida geral), as respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida). Fora essas questões (1 e 2), o instrumento tem 24 facetas as quais compõem quatro que são: FÍSICO, PSICOLÓGICO, RELAÇÕES SOCIAIS E MEIO AMBIENTE (FLECK *et al.*, 2000).

Os dados foram analisados no SPSS (Versão 21). Utilizou-se de análises descritivas de tendência central (média e mediana), dispersão (Desvio padrão, valores mínimos e máximos), frequência e porcentagem. Quanto aos testes inferenciais, foram realizados teste t de Student, ANOVA com teste post hoc de Bonferroni e correlação de Pearson. Aceitou-se como estatisticamente significativo $p \leq 0,05$.

Respeitando-se os aspectos éticos contidos na Resolução 466/12, que esclarece as normas de pesquisa com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e no cumprimento ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que será lido pelos pacientes entrevistados, e tratará da participação voluntária, do sigilo com relação às informações concedidas, anonimato, desistência a qualquer momento da pesquisa e permissão para publicação dos dados obtidos.

Há riscos e benefícios quando trabalhamos com seres humanos. Os riscos podem, então, comprometer o indivíduo e o coletivo, de forma imediata ou até mesmo tardia. As pesquisas têm benefício direto ao indivíduo em atitudes de conhecimento sobre o assunto abordado levando em consideração a situação física, psicológica, social e educacional do entrevistado. O pesquisador é responsável a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do cliente. Os sujeitos entrevistados da pesquisa que vierem a sofrer dano previsto, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização, conforme prevê a resolução (466/12).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados foram analisados no SPSS (Versão 21). Utilizou-se de análises descritivas de tendência central (média e mediana), dispersão (Desvio padrão, valores mínimos e máximos), frequência e porcentagem. Quanto aos testes inferenciais, foram realizados teste t de Student, ANOVA com teste post hoc de Bonferroni, e correlação de Pearson. Aceitou-se como estatisticamente significativo $p \leq 0,05$.

A tabela 1 apresenta a descrição dos dados demográficos. Verificou-se maioria do sexo feminino (62%), casada (50%), Branca (52%), e afirma ter condições de moradia boa.

Tabela 1. Descrição dos dados demográficos.

		F	%
Sexo	Masculino	57	38,0
	Feminino	93	62,0
Estado civil	Solteiro	17	11,3
	Casado	75	50,0
	Viúvo	58	38,7
Raça	Branco	78	52,0
	Negro	22	14,7
	Pardo	50	33,3
Condições de moradia	Boa	142	94,7
	Média	07	4,7
	Ruim	01	0,7

A maioria era do sexo feminino (62,5%). Este dado tem sido descrito em estudos com percentuais semelhantes ao encontrado nesta pesquisa, evidenciando a maior longevidade do gênero. Estima-se que as mulheres vivam, aproximadamente, sete anos a mais que os homens (TAVARES; DIAS, 2012).

Quanto ao estado conjugal, 48,9% eram casados ou moravam com companheiro. Resultado semelhante ao encontrado em investigação com idosos; porém, outros estudos destacam percentual superior (TAVARES; DIAS, 2012).

Para Camarano, após separação do cônjuge ou viuvez, as idosas têm tendência a permanecerem sozinhas. Já os homens se casam novamente (AMARAL *et al.*, 2013). Quanto à cor da pele, 88,7% consideram-se brancos, de acordo com os percentuais característicos da população brasileira (AFFELDT; SILVEIRA; BARCELOS, 2015).

A autora constatou predomínio de mulheres (62,8%), que pode ser justificado pela maior expectativa de vida, e da raça branca (68,1%). Apurou-se, ainda, média de idade em torno de 79,1 anos entre aqueles idosos ($\pm 9,59$) (LISBOA; CHIANCA, 2012).

Identifica-se que a maior parte das residências é de propriedade dos idosos. Assim sendo, a coabitação do cuidador com o idoso parece ser uma estratégia utilizada para beneficiar tanto os filhos quanto os idosos, em função das demandas de cuidado (GONCALVES *et al.*, 2013).

Quanto ao tipo de moradia, a maioria dos idosos entrevistados reside em imóvel próprio e de tamanho razoável, com condições adequadas de saneamento e uso de energia elétrica (EVANGELISTA SOUZA *et al.*, 2015).

A tabela 2 mostra que a média de renda da amostra foi de 1,60 salários mínimos (DP = 0,56), média de idade de 75,45 anos (DP = 8,22) e, em média, 1,3 dias com atividade física por semana.

Tabela 2. Descrição da renda, Idade e quantidade de atividade física.

	Renda	Idade	Quantidade atividade física
Média	1,60	75,45	1,30
Desvio padrão	0,56	8,22	1,74
Mediana	2,00	76,00	1,00
Mínimo	01	60	00
Máximo	03	92	05

A prática de atividade física regular parece reduzir os efeitos negativos acarretados pelo processo de envelhecimento, retardando, inclusive, algumas restrições quanto à realização das atividades de vida diária, prolongando o tempo de vida ativa dessa população (CAVALLI *et al.*, 2014).

O cuidado à saúde é importante para a prevenção de doenças, melhoria da mobilidade, capacidade funcional e qualidade de vida no processo de

envelhecimento. Dessa forma, é importante enfatizar que ações voltadas para um estilo de vida ativo fazem parte de um envelhecimento saudável e de qualidade, necessário para o bem-estar físico e mental (FALLER; MARCON, 2013).

O envelhecimento traz inúmeras transformações no corpo do idoso, e a diminuição de seu desempenho físico talvez seja o mais percebido pelas pessoas. Isso porque, na terceira idade, o organismo já não é como antes, a dificuldade em realizar algo se torna cada vez mais complicado. É através da atividade física que os idosos aumentam sua força muscular e percebem uma mudança, tornando-se mais ativos e com melhoria na qualidade de vida.

Verifica-se que os domínios físico, psicológico, social e geral apresentaram alfas maiores que 0.6, assegurando consistência interna razoável. O único fator que apresentou alfa baixo foi o do domínio social, o que pode ter ocorrido em função do baixo número de itens (DANCEY; REIDY, 2006).

Tabela 3. Alfas de Cronbach dos fatores de qualidade de vida.

	Alfa de Cronbach	Número de itens
Domínio Físico	0,89	07
Domínio Psicológico	0,79	06
Domínio social	0,40	03
Ambiental	0,60	08
Domínio geral	0,65	

Perante os resultados encontrados, torna-se evidente a importância da dimensão espiritual no ser humano. Embora seja moderada, é verificada uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o domínio social da Qualidade de Vida e a subescala esperança, o que indica que, quanto maior a esperança, melhor é a percepção de Qualidade de Vida no domínio social (SOARES; AMORIM, 2015).

Para as integrantes do grupo, sentir-se saudável é ter autonomia, capacidade de gerir sua própria vida, decidir suas atividades de lazer, e convívio social, que tem grande importância na vida das participantes, pois favorece o compartilhar experiências, tristezas, alegrias, lazer, solidariedade (BRASIL *et al.*, 2013).

Quando falamos em qualidade de vida, observamos várias vertentes que compreendem um conceito popular bastante utilizado, como sentimentos, emoções

e a importância da família para se sentirem saudáveis, realizarem as atividades diárias com total segurança, e terem satisfação geral e percepção do bem estar. A saúde da população está diretamente ligada à qualidade de vida, sendo importante acompanhamento para se envelhecer com saúde.

A tabela 4 traz a comparação dos domínios de qualidade de vida. Verifica-se que o domínio físico e ambiental apresentou média significativamente ($p \leq 0,05$) mais baixa que o psicológico e social, mostrando que estão mais insatisfeitos com as questões da saúde e ambientais.

Tabela 4. Descrição e comparação dos domínios de qualidade de vida.

	Domínio físico	Domínio psicológico	Domínio Social	Domínio Ambiental	Domínio geral
Média	62,87^b	67,17 ^a	68,70 ^a	64,04^b	65,08 ^{ab}
Desvio padrão	19,40	13,26	11,32	8,70	19,11
Mediana	64,28	70,83	75,00	65,62	62,50
Mínimo	0,00	16,67	25,00	37,50	12,50
Máximo	96,43	91,67	91,67	81,25	100,00

Wilks' Lambda (ANOVA) = $< 0,01$

(teste post hoc de bonferroni)

ab = a ou **ab = b**, ou seja, $p > 0,05$.

a ≠ b, ou seja, $p \leq 0,05$.

Nesse sentido, idosos que vivem em ambientes inseguros são menos propensos a saírem sozinhos e, portanto, estão mais susceptíveis ao isolamento e à depressão, bem como a apresentar mais problemas de mobilidade e pior estado físico, o que compromete sua qualidade de vida (DAWABILI, GOULART; PREARO, 2014).

Em relação à idade, pacientes mais velhos apresentaram médias inferiores de qualidade de vida no aspecto físico. Esse aspecto é central da qualidade de vida do idoso, que sofre influências com o aumento da idade (AZEVEDO *et al.*, 2013).

Diante da situação da população idosa em relação a sua condição de moradia, pode-se observar o ambiente, o espaço físico habitado, e relacionar todas as coisas e pessoas no âmbito de proporcionar uma moradia adequada aos idosos, aliado ao bem estar e boa qualidade de vida. Envelhecer bem é o ideal que todos

procuram e, desta forma, é preciso que se tenha melhores condições de saúde, segurança e oportunidade para que essas pessoas participem da sociedade de acordo com o seu desejo, capacidade ou necessidades.

A tabela 5 descreve a comparação entre os domínios de qualidade de vida e o sexo. Verificou-se que o sexo masculino apresenta significativamente ($p = 0,04$) maior média nos domínios físico e psicológico, se comparado ao feminino.

Tabela 5. Comparação da qualidade de vida entre o sexo.

Sexo		Domínio físico	Domínio psicológico	Domínio Social	Domínio Ambiental	Domínio geral
Masculino	Média	66,91	69,71	69,29	65,77	67,54
	DP	17,50	9,45	10,83	5,53	17,96
	Mediana	67,85	70,83	75,00	65,62	75,00
	Mínimo	17,86	16,67	25,00	50,00	12,50
	Máximo	96,43	83,33	83,33	81,25	100,00
Feminino	Média	60,36	65,62	68,35	62,85	63,57
	DP	20,17	14,96	11,66	10,218	19,73
	Mediana	60,71	70,83	75,00	62,50	62,50
	Mínimo	0,00	16,67	33,33	37,50	12,50
	Máximo	92,86	91,67	91,67	81,25	100,00
P		0,04	0,04	0,63	0,06	0,21

Em concordância com a literatura, pode-se destacar que o sexo feminino geralmente apresenta uma percepção da QV inferior ao sexo masculino, sendo que as razões que levam a esta avaliação mais negativa permanecem incertas (LOBO; SANTOS; GOMES, 2014).

Em relação aos motivos que levaram os homens idosos a ingressarem no programa de atividades físicas, encontra-se como mais citada a busca pela qualidade de vida e saúde. E como motivo de permanência, foi encontrada a aquisição do gosto pela prática de atividade física. Nesse sentido, estudo de Corrêa *et al.* fornece evidências de que a prática de atividades físicas no lazer e no deslocamento é capaz de diminuir a presença dos sintomas psicológicos e somáticos negativos ligados ao processo de envelhecimento masculino (MEDEIROS *et al.*, 2014).

Apesar dos benefícios comprovados, tanto homens quanto mulheres acabam se tornando sedentários em função da rotina do trabalho, o que favorece o aumento

de peso e o aparecimento de algumas doenças, relacionados a uma péssima qualidade de vida. Para se ter um envelhecimento saudável, é de extrema importância ter uma boa alimentação e realizar semanalmente atividade física, para homens e mulheres estarem sempre ativos.

A tabela 6 mostra que os viúvos apresentam significativamente menor média de qualidade de vida que os casados em todos os domínios de qualidade de vida; além disso, também apresentam menor qualidade de vida que os solteiros nos domínios físico, ambiental e geral.

Tabela 6. Comparação de qualidade de vida entre o estado civil.

Estado civil	Solteiro		Casado		Viúvo		p
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Domínio físico	71,21 ^a	17,83	67,47 ^a	19,7	54,32^b	16,33	<0,001
Domínio psicológico	69,85 ^{ab}	10,36	69,74 ^a	11,72	63,14^b	14,92	0,011
Domínio Social	64,7 ^{ab}	10,83	71,66 ^a	9,01	66,22^b	13,14	0,007
Domínio Ambiental	66,74 ^a	6,78	65,57 ^a	7,55	60,38^b	10,13	0,009
Domínio geral	75,00 ^a	16,53	68,16 ^a	19,52	58,18^b	17,13	0,001

(teste post hoc de bonferroni)

ab = a ou **ab = b**, ou seja, $p > 0,05$.

a ≠ b, ou seja, $p \leq 0,05$.

Segundo os autores, a viuvez encontra-se associada a maior vulnerabilidade a sintomas e episódios depressivos graves; é, ainda, fator de risco para o comprometimento do sistema imunitário e aumento do abuso de substâncias, morbidade e morte (RONCON; PEREIRA, 2015).

Outro fator que pode interferir nesses níveis é o estado civil, cuja ausência de cônjuge pode aumentar a prevalência desses sintomas, fato confirmado no presente estudo, por meio da análise de regressão logística, que verificou que estar sozinho aumenta em até oito vezes a probabilidade de desenvolver sinais de ansiedade e/ou depressão (MINGHELLI *et al.*, 2013).

Muitos idosos sofrem bastante com a perda do seu companheiro (a), desanimando-se a viver, e abatendo-se, o que ocasiona graves e terríveis

problemas para sua saúde. Independente do gênero, os idosos precisam entender a morte como algo natural; a viuvez é parte do processo da vida e, com isso, deve-se obter bastante segurança para trilhar novos caminhos.

A tabela 7 mostra que a idade se correlacionou significativamente e negativamente com o domínio físico e geral, ou seja, quanto maior a idade, menor a qualidade de vida. A renda se correlacionou significativamente e positivamente com todos domínios, evidenciando que, quanto maior a renda, melhor a Qualidade de vida, e, por fim, a quantidade de atividade física se correlacionou significativamente e positivamente com os domínios físico, psicológico, ambiental e geral.

Tabela 7. Correlação da qualidade de vida entre idade, renda, condições de moradia e quantidade de atividade física semanal.

	Idade	Renda	Condições de moradia	Quantidade atividade física
Domínio Físico	-0,36**	0,21**	0,03	0,48**
Domínio Psicológico	-0,03	0,26**	0,01	0,30**
Domínio Social	0,07	0,26**	0,03	0,04
Domínio Ambiental	-0,01	0,34**	-0,10	0,22*
Domínio geral	-0,25**	0,22**	0,13	0,44**

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$.

Os resultados do estudo mostraram que, quanto maior a idade, pior a qualidade de vida dos idosos. De certa maneira, isto pode ser explicado pelo processo de envelhecimento, que produz alterações em todos os órgãos e sistemas do corpo humano (LINDEN JUNIOR; TRINDADE, 2013).

Neste estudo, identifica-se, também, a prevalência de afecções crônico-degenerativas, como hipertensão e cardiopatias, o que é um panorama epidemiológico comum às populações longevas. Destaca-se que o aumento da longevidade expõe a pessoa idosa a viver com enfermidades crônicas por um longo período, o que pode comprometer sua qualidade de vida (GONCALVES *et al.*, 2013).

As pessoas que praticam atividades físicas e possuem uma alimentação adequada, quando chegam à velhice, estão com certa vantagem em relação a outras que não praticam. Com o aumento da idade, os idosos vão tendo pior qualidade de vida, onde, numa maioria, aparecem as síndromes geriátricas, como

imobilidade, quedas frequentes, demência, incontinência e iatrogenia, que comprometem bastante, levando a uma péssima qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento é um processo biológico natural, e muitas pessoas, antes mesmo de chegar à terceira idade, já possuem graves problemas devido à falta de atividade física e sedentarismo. Através disso, pode-se observar muitas dessas pessoas chegando à velhice e tendo muitas dificuldades de alcançar uma boa qualidade de vida. Para que isso não aconteça, profissionais da saúde, aliados aos educadores físicos, devem atrair toda a população para que se consiga, assim, ter uma vida mais saudável e com qualidade.

Para uma boa qualidade de vida não basta o idoso apenas realizar atividades físicas ou ter uma alimentação adequada; deve manter um bom convívio com os vizinhos, com os amigos, com a família, e estar satisfeito com sua moradia. Com todos esses domínios, a população idosa estará mais satisfeita, tanto com a saúde, quanto com sua segurança do dia a dia.

Diante desse cenário, é de grande importância verificar os fatores determinantes de longo prazo da saúde e do bem estar da população idosa, com um olhar mais atento, e disponibilizar informações precisas no seu dia a dia. A vida é um processo de aprendizagem, seja na infância, na idade adulta ou na velhice, e deve-se sempre buscar melhora. O tempo produz limitações para o corpo, e o idoso que permanecer em atividade terá maior garantia de muita alegria e boa qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFFELDT, Ângela Beatriz; SILVEIRA, Mariângela Freitas da; BARCELOS, Raquel Siqueira. Perfil de pessoas idosas vivendo com HIV/AIDS em Pelotas, sul do Brasil, 1998 a 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 1, mar. 2015.

ALVAREZ, Angela Maria *et al.* Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da Associação Brasileira de Enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, [online], v.66, n.spe, p. 177-181,2013.

AMARAL, Fabienne Louise Juvêncio dos Santos *et al.* Apoio e social, síndrome da fragilidade em Idosos Residentes na Comunidade. **Ciênc. saúde coletiva**, [online], v.18, n. 6, p. 1835-1846, 2013.

ANDRADE, Ankilma do Nascimento *et al.* Percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de Cajazeiras-PB. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, mar. 2014.

ANDRADE, Luana Machado *et al.* Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, [online], v.18, n. 12, p. 3543-3552, 2013.

AZEVEDO, Ana Lucia Soares de *et al.* Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, set. 2013.

BRASIL, Katia Tarouquella Rodrigues *et al.* A clínica do envelhecimento: desafios e reflexões para prática psicológica com idosos. **Aletheia**, Canoas, n. 40, abr. 2013.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE**. Cidades. 2014.

_____. Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Resolução nº 466 de 2012**. Brasília, DF, 12 dez. 2012.

CAVALLI, Adriana Schüller *et al.* Motivação de pessoas idosas para a prática de atividade física: estudo comparativo entre dois programas universitários - Brasil e Portugal. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2014.

DANCEY, P E REIDY (2013). Estatística sem matemática para psicologia. 5ª edição. Editora: Penso.

DAWALIBI, NathalyWehbe; GOULART, Rita Maria Monteiro; PREARO, Leandro Campi. Fatores Relacionados à Qualidade de Vida de Idosos em Programas Pará a Terceira Idade. **Ciênc.saúde coletiva**, [online], v.19, n. 8, p. 3.505-3.512, 2014.

EVANGELISTA SOUZA, Samilly *et al.* Perfil sócio-econômico de pacientes desdentados totais reabilitados na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, Brasil. **Rev Cubana Estomatol**, Ciudad de La Habana, v. 52, n. 1, marzo 2015.

FALLER, Jossiana Wilke; MARCON, Sonia Silva. Praticas socioculturais e de cuidado a saúde de idosos em diferentes etnias. **Esc. Anna Nery**, [online], v.17, n.3, p. 512-519, 2013.

FLECK, A, P, M, *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da organização mundial da saúde (WHOQOL-100). **Revista saúde pública**, São Paulo, 34(2), p 178-183, abril. 2000.

GONCALVES, Lucia TakaseHisako *et al.* Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, 2013.

LEITE, Marinês Tambara *et al.* Qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas idosas participantes de grupos de convivência. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, [online], v.15, n. 3, p. 481-492, 2012.

LINDEN JUNIOR, Eduardo; TRINDADE, Jorge Luiz de Andrade. Avaliação da qualidade de vida de idosos em um município do Sul do Brasil. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 473-479, Sept. 2013.

LISBOA, Cristiane Rabelo; CHIANCA, Tânia Couto Machado. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 482-488, June 2012.

LOBO, Alexandrina de Jesus Serra; SANTOS, Luísa; GOMES, Sônia. Nível de dependência e qualidade de vida da população idosa. **Rev. bras. enferm.**, [online], v.67, n. 6, p. 913-919, 2014.

MEDEIROS, Paulo Adão de *et al.* Participação masculina em modalidades de atividades físicas de um Programa para idosos: um estudo longitudinal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3479-3488, Aug. 2014.

MELO, Rômulo Lustosa Pimenteira de *et al.* Sentido de vida, dependência funcional e qualidade de vida em idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, [online], v.16, n. 2, p. 239-250, 2013.

MINGHELLI, Beatriz *et al.* Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. **Rev. psiquiatr. clín.**, [online], v.40, n. 2, p. 71-76, 2013.

ROCHA, Saulo Vasconcelos *et al.* Fatores associados à atividade física insuficiente no lazer entre idosos. **Rev. Bras. Med. Esporte**, [online], v.19, n. 3, p. 191-195, 2013.

RONCON, Joana; LIMA, Sara; PEREIRA, Maria da Graça. Qualidade de Vida, Morbidade Psicológica e Stress Familiar em Idosos Residentes na Comunidade. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 31, n. 1, p. 87-96, Mar. 2015.

SILVA, Luípa Michele *et al.* Representações sociais sobre qualidade de vida para idosos. **Rev. Gaúcha Enferm.** [online], v.33, n. 1, p. 109-115, 2012.

SOARES, Anabela de Sousa Ferreira; AMORIM, Maria Isabel Soares Parente Lajoso. Qualidade de vida e espiritualidade em pessoas idosas institucionalizadas. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. spe2, fev. 2015.

SONATI, Jaqueline Girnos *et al.* Análise comparativa da qualidade de vida de adultos e idosos envolvidos com a prática regular de atividade física. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, dez. 2014.

SOUZA, Luccas Melo de; LAUTERT, Liana; HILLESHEIN, Eunice Fabiani. Qualidade de vida e trabalho voluntário em idosos. **Rev. esc. enferm. USP**, [online], v.45, n. 3, p. 665-671, 2011.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos; DIAS, Flavia Aparecida. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 112-120, Mar. 2012.