

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS INDEPENDENTES E ATIVOS

EVALUATION OF INDEPENDENT AND ACTIVE ELDERLY'S QUALITY OF LIFE

Antonia Aurineide Pinheiro¹
Ocilma Barros de Quental²
Renata Livia Fonseca da Silva Moreira³
Rafaela Rolim de Oliveira⁴
Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa⁵

RESUMO: Introdução: o envelhecimento constitui um processo inevitável de alterações físicas, mentais, sociais e psicológicas, levando até mesmo à perda dessas funções, o que não significa incapacidade funcional. Este processo pode acontecer de forma normal, individual e gradativa. Uma melhor qualidade de vida entre os idosos visa a promover um envelhecimento com independência e autonomia, tornando-os mais saudáveis e ativos. **Objetivo:** avaliar a qualidade de vida em idosos independentes e ativos 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 Básica de Saúde, no Posto de Assistência Primária à Saúde/ São José, situados no bairro Casas Populares, na cidade de Cajazeiras-PB, teve como população 241 idosos, de onde se retirou uma amostra de 120 cadastrados na referida unidade. Projeto aprovado pelo comitê número 1.249.327. Os dados foram coletados em outubro de 2015, através de um questionário para avaliar 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, Número do Parecer: 1.249.327. **Resultados e Discussão:** verificou-se maioria do sexo feminino (60%), casados (63%), brancos (47%), com condições de moradia boa (91%). Em relação às atividades físicas, em média 2,61 praticam por semana. No domínio social, mostra-se alfa abaixo dos outros domínios com 0,39. No domínio ambiental, mostra-se média de 54,97 de insatisfação. Verifica-se que o sexo

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.

masculino apresentou maior média em domínio físico, com 64,51, e domínio social, com 62,15, 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 amostra com os idosos sobre qualidade de vida, verificando-se como não satisfatória quanto à prática de atividade física, especificando estes idosos como grupo de maior agravo à saúde.

Palavras chave: Envelhecimento; Idoso; Qualidade de vida.

ABSTRACT: Introduction: Aging is an inevitable process of physical, mental, social and psychological changes, and can even result in loss of these functions, which doesn't mean functional disability. This process can happen in a normal, individual and gradual manner. **Objective:** To evaluate the quality of life of independent and active elderly of a Family Health Unit. **Method and materials:** this is a field study, exploratory and descriptive, with quantitative approach. It was conducted at the Primary Healthcare Center from the Basic Care Unit /São José, located in the Casas Populares neighborhood in the city of Cajazeiras – PB, had a population of 241 elderly, from which a sample of 120 registered at the unit was taken. The project was approved by the committee, number 1,249,327. Data were collected in October 2015, through a questionnaire to evaluate the quality of life, WHOQOL. Then, they were recorded 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 the CNS Resolution 466/12, Opinion Number: 1,249,327. **Results and Discussion:** there was a majority of women (60%), married (63%), white (47%), with good housing conditions (91%). Regarding physical activity, on average 2.61 practice it per week. In the social field, it shows alpha below the other domains with 0.39. In the environmental field, it shows the average of 54.97 of dissatisfaction. Males presented higher average at physical domain, with 64.51, and social domain, with 62.15, comparing to women. It was also found that widowers had lower average in all areas. It has been shown that, the older the person, the lower the quality of life, and that, the better the housing condition, the better the quality of life. **Conclusion:** The study shows a sample of the elderly about quality of life, verifying as unsatisfactory regarding the practice of physical activity, specifying these seniors as a group of major injury to health.

Keywords: Aging; Elderly; Quality of life.

INTRODUÇÃO

Na atualidade, o envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. O Brasil apresenta um aumento significativo de idosos, demonstrado nos dados demográficos: em 2000, os idosos representavam 8,6% do total da população; já em 2010, eles constituíam 10,7%. As projeções estatísticas apontam que, em 2025, o Brasil deverá ter 15% de sua população constituída por idosos, o que colocará o país em sexto lugar no *ranking* mundial. No entanto, não basta ampliar a quantidade de anos vividos; é necessário que se invista para que o aumento da expectativa de vida seja acompanhado de melhorias das condições, de tal forma que se possa desfrutar de uma velhice saudável pelo período de tempo mais longo possível (VICENTE; SANTOS, 2013).

O envelhecimento pode ser conceituado como um conjunto de modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, sendo considerado um processo dinâmico e progressivo. O declínio das funções orgânicas, manifestadas durante o envelhecimento, tende a aumentar com o tempo, com um ritmo que varia não só de um órgão para outro, mas também entre idosos da mesma idade. Essas diferenças no processo de envelhecimento devem-se às condições desiguais de vida e de trabalho, às quais estiveram submetidos os idosos (FERREIRA *et al.*, 2010).

Para Leonardi e Rodrigues (2012), o envelhecimento bem sucedido depende de um conjunto de elementos, apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia, *status* social, renda, continuidade de papéis familiares e ocupacionais, continuidade de relações informais com amigos, sendo que o principal deles é o de ordem econômica, fundamental à promoção de boa saúde física e à educação ao longo do curso de vida.

A avaliação de qualidade de vida (QV) vem crescendo em importância como medida na avaliação de intervenções terapêuticas, de serviços e práticas assistenciais cotidianas na área da saúde, e sua melhoria passou a ser um dos resultados esperados das práticas assistenciais e das políticas públicas no campo da promoção da saúde (ALENCAR *et al.*, 2010).

A qualidade de vida (QV) percebida na velhice relaciona-se com a competência adaptativa, vivida nas dimensões emocional, cognitiva e comportamental. Estas mudanças permeiam a capacidade da pessoa envelhecida de perceber e lidar com os fatores estressantes, como as doenças crônico-degenerativas, com a capacidade de resolução de problemas e com o desempenho e competência social (PEREIRA; ALVAREZ; TRAEBERT, 2011).

O presente tema surgiu após reflexão e observação das mais variadas situações no decorrer dos estágios e aulas teóricas ministradas durante a disciplina Processo do Cuidar em Saúde do Idoso, no qual o indivíduo queixava-se do medo de envelhecer e, ao mesmo tempo, manifestava o desejo de manter-se saudável para continuar realizando suas atividades rotineiras. Assim, o estudo tem como objetivo avaliar a qualidade de vida em idosos independentes e ativos de uma Unidade de Saúde da Família.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de campo, do tipo exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) 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), 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 por 241 idosos que são cadastrados no PAPS/São José, e a amostra foi de 120, selecionados através dos critérios de inclusão, que

foram: ser cadastrados na UBS, ter 60 anos ou mais, independentes, conscientes e não acamados. Como critérios de exclusão, têm-se: dependentes, inconscientes, acamados e praticar atividades físicas uma vez por semana.

Os dados foram coletados no mês outubro 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, a pesquisadora 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 o TCLE foi apresentado (Apêndice A).

Para a coleta de dados, foi utilizado um instrumento validado *WHOQOL-BREF*, que é constituído de 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 4 domínios 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 $p \leq 0,05$.

O estudo respeita os aspectos éticos que constam na Resolução 466/12, sobre as normas de pesquisas com seres humanos, incorporando os quatro referenciais básicos da biótica: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e no cumprimento do TCLE, que será lido e assinado pelo participante; informará, também, o regulamento científico e as características da pesquisa no momento da coleta de dados, levando em conta a privacidade e os direitos dos entrevistados. Número do parecer: 1.249.327.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado com 120 idosos devidamente cadastrados na Unidade de Saúde da Família PAPS/São José e os dados foram analisados no SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) (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 (60%), casados (63,3%), Brancos (47,5%) e que se consideram com condições e moradia boa (91,7%).

Tabela 1. Descrição dos dados demográficos.

		F	%
Sexo	Masculino	48	40,0
	Feminino	72	60,0
Estado civil*	Solteiro	9	9,2
	Casado	62	63,3
	Viúvo	27	27,6
Raça	Branco	57	47,5
	Negro	14	11,7
	Pardo	49	40,8
Condições de moradia	Ruim	8	6,7
	Média	2	1,7
	Boa	110	91,7

Fonte: Coleta de dados, 2015.

No que concerne ao perfil sociodemográfico da amostra, constatou-se que a maioria era do sexo feminino (73%). A prevalência do sexo feminino também foi observada em outros estudos com idosos em Unidades de Saúde da Família, revelando que, no Brasil, há muito tempo, o número de mulheres idosas tem sido superior ao de homens idosos. Este aspecto pode ser explicado por meio da

mortalidade diferenciada entre os sexos, algo bastante presente na população brasileira (FERREIRA *et al.*,2012).

Quanto à caracterização da população entrevistada, a predominância de idosos pertencentes ao sexo feminino (64,3%) reflete a realidade brasileira, denominada *feminização da velhice*. Atribuem-se a isso fatores relacionados à menor exposição a determinados perigos no trabalho, assim como para mortalidade por causas externas, como homicídio e acidentes de trânsito, menor prevalência de tabagismo e uso de álcool, diferença quanto à atitude em relação a doenças e incapacidades, diminuição da mortalidade materna, decorrente da maior cobertura de assistência ginecológica e obstétrica (OLIVEIRA; GOMES; PAIVA,2011).

Em referência ao estado civil, a maioria dos idosos do Centro de Referência à Pessoa Idosa não têm cônjuge (63,8%). Com isso, pode-se dizer que essa variável não refletiu os achados demográficos do Brasil, em que há maior proporção de idosos casados ou em união estável. Portanto, neste estudo, a proporção de idosos que têm cônjuge (36,2%) mostrou-se inferior à média nacional, que foi de 53,1% em 1995. A ausência de parceiro é uma condição que contribui para a chegada da senilidade sem o apoio de cônjuge e/ou filhos, caso o idoso desenvolva algum tipo de dependência.

Enquanto para Del Luca (2012), no que se refere à situação conjugal dos idosos investigados: a maioria dos idosos institucionalizados era viúva, enquanto aqueles residentes na comunidade eram casados ou viviam com o companheiro. A presença de um companheiro para as atividades diárias e de relações sociais próximas, como vizinhos e grupos comunitários, é de grande importância para a saúde do idoso, e contribui para sua autoestima e autonomia.

A pesquisa mostrou um percentual maior de idosos da raça/cor branca, esse resultado é semelhante a estudos realizados em São Paulo, com taxas médias de 45,0%. Outro estudo realizado na cidade de São Paulo, referente à qualidade de vida e ao estado nutricional de idosos, mostrou que 70% dos pesquisados se declararam de cor branca, demonstrando que o Brasil se formou pela miscigenação de raças e que estas são, predominantemente, de origem europeia (ALBUQUERQUE *et al.*,2012).

Metade dos idosos da amostra total se autodescreveu como branco. Porém, as localidades com nível mais elevado de desenvolvimento econômico tiveram um percentual de brancos significativamente mais alto do que aquelas com nível de desenvolvimento mais baixo: 97,5% dos idosos de Ivoti, 73,6% dos de Poços de Caldas e 70,9% de Campinas, as cidades com PIB *per capita* mais alto da amostra declararam-se brancos.

Os idosos analisados neste estudo viviam em imóvel próprio, construído com tijolo/alvenaria, com rede pública de água e esgoto, iluminação própria e lixo coletado. Resultado semelhante foi encontrado por Melo, no qual 97,9% dos idosos moravam em casa, as quais 87,5% eram próprias.

A tabela 2 mostra que a média de idade da amostra foi de 69,71 anos (DP = 7,69); a de renda, de 1,55 salários mínimos (DP = 0,92), e que, em média, praticam atividades físicas 2,61 vezes por semana (DP = 2,90).

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

	Idade	Renda	Quantidade atividade física
Média	69,71	1,55	2,61
Desvio padrão	7,69	0,92	2,90
Mediana	68,00	1,00	1,00
Mínimo	60	01	00
Máximo	92	06	07

Fonte: Coleta de dados, 2015.

Para Cavalli (2014) a prática de atividade física atua como importante fator para a manutenção da aptidão funcional. Além disso, 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.

A atividade física moderada regular é uma das maneiras mais simples de melhorar e manter a saúde, com o potencial de prevenir e controlar alguns tipos de doenças, aumentando a confiança, autoestima e os sentimentos de realização. O hábito de atividade física beneficia o idoso ao longo da vida trazendo melhor qualidade de vida e independência.

A tabela 3 mostra que, com exceção do domínio social, todos os outros apresentaram alfas bem acima de 0,6. O baixo alfa do domínio social pode ter sido em função do baixo número de itens desse fator (DANCEY; REIDY, 2006).

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

	Alfa de Cronbach	Número de itens
Domínio físico	0,93	07
Domínio psicológico	0,87	06
Domínio Social	0,39	03
Domínio Ambiental	0,74	08
Domínio Geral	0,89	02

Fonte: Coleta de dados, 2015.

No domínio relações sociais, os idosos com 10 ou mais morbidades, e aqueles que não possuíam doenças apresentaram menor escore de qualidade de vida, comparados aos demais ($F=8,418$; $p<0,001$). Assim como o maior número de morbidades interferiu de forma negativa na qualidade de vida, verificou-se que os idosos sem morbidades também apresentam menor escore de qualidade de vida. Neste domínio, são avaliadas as questões relacionadas ao suporte social, atividade sexual e relações pessoais. Estes dados remetem à necessidade de novas investigações para maior compreensão dos fenômenos que estão interferindo negativamente na qualidade de vida dos idosos com e sem morbidades (TAVARES; DIAS, 2012).

O convívio social é fundamental para que a pessoa viva melhor em qualquer época, o que tem sido associado ao aumento do senso de bem-estar e à melhora no funcionamento físico. No presente estudo, o segundo maior escore de QV encontrado em ambos os grupos (G1 e G2) ocorreu no domínio relações sociais, o que indica a existência de relações satisfatórias construídas entre os idosos. Destarte, o convívio social exerce influência sobre as condições de saúde e mortalidade de forma positiva. Portanto, reforça-se a necessidade de criação de programas de engajamento entre os idosos e envolvimento em atividades que lhe permitam cada vez mais a manutenção e o estímulo ao convívio social (FERRAZ TESTON; ELEN; SILVA MARCON, 2015).

Referente à qualidade de vida, a terceira idade significa dar conta de suas dificuldades e das perdas que podem ocorrer, mas, ao mesmo tempo, buscar alternativas para equilibrar a saúde física e mental com atividades físicas, boa alimentação e convívio social. Se já não possui a vitalidade da juventude, por outro lado, tem o conhecimento adquirido através das experiências ao longo de toda uma vida.

A partilha desses conhecimentos com as novas gerações proporciona ao idoso a possibilidade de manter-se integrado à sociedade. Idosos que não conseguem se adaptar a mudanças acabam se isolando socialmente, diminuindo a interação com outras pessoas, o que pode levar à perda da satisfação com a própria vida, do prazer e da motivação, comprometendo suas capacidades físicas, intelectuais e emocionais.

A tabela 4 traz a comparação dos domínios de qualidade de vida. Verifica-se que o domínio ambiental apresentou, significativamente, menor média que todos os outros domínios, mostrando que os idosos estão mais insatisfeitos com as questões ambientais.

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

	Domínio físico	Domínio psicológico	Domínio Social	Domínio Ambiental	Domínio geral
Média	59,56 ^a	60,32b ^a	57,35 ^a	54,97^b	61,14 ^a
Desvio padrão	20,06	17,17	13,07	11,05	19,43
Mediana	64,28	66,66	50,00	56,25	75,00
Mínimo	3,57	0,00	16,67	9,38	0,00
Máximo	96,43	100,00	75,00	78,13	100,00

Wilks' Lambda (ANOVA) = < 0,01

Teste post hoc de bonferroni

a ≠ **b**, ou seja, $p \leq 0,05$.

Para a OMS, o ambiente em que o idoso está inserido pode determinar a dependência, ou não, do indivíduo. Dessa forma, é mais provável que um idoso esteja física e socialmente ativo se puder ir andando com segurança à casa de seus vizinhos, ao parque ou utilizar o transporte local. 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 ter mais problemas de

mobilidade e pior estado físico, o que influencia a QV e a sua percepção de saúde. Aspectos de incentivo quanto ao domínio ambiental, como promover acesso a locais para a atividade física e reduzir a insegurança pública, podem contribuir para a promoção de percepção de saúde em idosos (VAGETTI *et al.*, 2015).

Segundo STIVAL (2014), os piores escores de Qualidade de Vida evidenciados no domínio "meio ambiente" podem estar relacionados ao fato de os idosos não se sentirem seguros e protegidos em seu ambiente doméstico, principalmente por se tratar de uma região com elevados índices de violência, e também pela maioria dos idosos entrevistados apresentar baixa renda (até um salário mínimo) e viver em regiões com ambientes precários, no que se refere a ruas e asfaltos. Geralmente, idosos que vivem em regiões inseguras não saem sozinhos e ficam mais suscetíveis a isolamento e depressão, o que pode influenciar na Qualidade de vida.

Nesse sentido, problemas como transporte deficitário, insegurança e dificuldade de acesso aos serviços de saúde, entre outros, são questões que afetam negativamente a qualidade de vida da população e, portanto, necessitam de atenção dos gestores; respeito e dignidade são necessidades elementares para a satisfação das necessidades de uma vida humana. Portanto, apesar de estarem aposentados, os idosos já contribuíram durante toda a vida para usufruir da velhice de forma amena, quando possível. São consumidores vorazes, permitindo-lhes gozar daquilo que sempre se privaram durante toda a vida.

A tabela 5 mostra a comparação de qualidade de vida entre o sexo. Verifica-se que sexo masculino apresentou média significativamente maior de qualidade de vida nos domínios físico e social, se comparado às mulheres.

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

	Sexo	Domínio físico	Domínio psicológico	Domínio Social	Domínio Ambiental	Domínio geral
Masculino	Média	64,51	61,28	62,15	56,18	63,28
	DP	19,29	15,96	11,52	10,36	18,66
	Mediana	69,64	62,50	66,66	59,37	75,00
	Mínimo	7,14	16,67	41,67	18,75	0,00
	Máximo	96,43	100,00	75,00	78,13	100,00
Feminino	Média	56,39	59,66	54,10	54,15	59,72
	DP	20,03	18,05	13,12	11,50	19,92
	Mediana	60,71	66,66	50,00	56,25	68,75
	Mínimo	3,57	0,00	16,67	9,38	0,00
	Máximo	89,29	91,67	75,00	75,00	75,00
P		0,03	0,61	0,001	0,33	0,33

Fonte: Coleta de dados, 2015.

Considerando os resultados entre os gêneros, os dados demonstraram que, em todos os domínios contemplados pelo questionário, os indivíduos do gênero feminino apresentaram pior qualidade de vida em relação aos indivíduos do gênero masculino, principalmente nos domínios "reações emocionais" ($p=0,004$), "interação social" ($p=0,001$) e "habilidades físicas" ($p=0,009$). De certa maneira, os resultados podem ser explicados pelas diferenças anatômicas e funcionais que existem entre os gêneros, as quais têm influência direta sobre o estado de saúde (LINDER JUNIOR; TRINDADE, 2013).

Vários estudos abordam a construção de identidades masculinas através de práticas corporais e esportivas sob a perspectiva do gênero. Destaca-se a estreita relação de valores ditos masculinos com a prática dos esportes, uma vez que, desde cedo, os meninos eram estimulados ao exercício e ao treinamento como uma maneira de torná-los saudáveis, robustos e possuidores de sapiência e sensatez que são características como parte da formação de um ideal de masculinidade.

A mulher ainda é a responsável principal pela gestão da família, incluindo os cuidados com filhos, sogros, pais e esposos. É por esse motivo que, muitas vezes, têm carreiras descontinuadas, com menos tempo para realizar atividades físicas e momentos de lazer. Para garantir boa qualidade de vida para as futuras idosas, é necessário promover a igualdade de gênero no âmbito da educação e no mercado

de trabalho, e criar mecanismos que garantam que a mulher possa manter sua atividade profissional ao mesmo tempo em que cuida de filhos ou de familiares idosos. Também são necessárias mudanças sociais para que o homem possa dividir as tarefas domésticas com a mulher.

A tabela 6 mostra que os viúvos apresentaram qualidade de vida significativamente menor que os casados em todos os domínios. Os solteiros não se diferenciaram estatisticamente.

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	59,52 ^{ab}	21,27	63,52 ^a	19,27	48,48^b	22,2	0,009
Domínio psicológico	58,79 ^{ab}	17,85	63,19 ^a	14,59	52,88^b	23,44	0,05
Domínio Social	55,55 ^{ab}	15,59	61,29 ^a	12,72	49,38^b	11,3	<0,001
Domínio Ambiental	54,51 ^{ab}	8,71	57,58 ^a	9,55	49,15^b	15,06	0,008
Domínio geral	55,55 ^{ab}	26,59	65,52 ^a	15,79	53,24^b	22,88	0,016

(teste post hoc de bonferroni)

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

a ≠ b, ou seja, $p \leq 0,05$.

Na amostra estudada, 20% dos idosos viviam sozinhos, 20% viviam com cônjuge, e os outros 60% viviam com os filhos. A convivência com familiares pode tanto oferecer benefícios, no sentido do apoio familiar nas condições debilitantes e de dependência, realizando o isolamento, como gerar conflitos entre gerações, que acabam por diminuir a autoestima e deteriorar o estado emocional do idoso, afetando de forma marcante a qualidade de vida. Nesse sentido, destaca-se a importância de se reconhecer a heterogeneidade da população idosa no que diz respeito às faixas etárias e ao sexo, além da variância individual, quando se avalia a qualidade de vida.

Um dos principais fatores que levam os idosos à solidão é a ausência do companheiro. A pesquisa mostrou que, dos 120 idosos estudados, 27 deles são viúvos e tiveram qualidade de vida significativamente menor em todos os domínios. Isso mostra importância da presença de um companheiro, tornando o envelhecimento fortalecido, não apenas no âmbito familiar, mas em todos os

aspectos, em especial quando acontece ausência do cônjuge. Essa integração durante a falta do companheiro é de suma importância para o idoso, uma vez que um de seus maiores prazeres consiste em relatar fatos acontecidos em sua vida e perceber que as pessoas que o cercam dão-lhe atenção devida.

A tabela 7 mostra que a idade apresentou significativa correlação negativa com todos os domínios da qualidade de vida, evidenciando que, quanto maior a idade, menor a qualidade de vida. A quantidade de atividade física também apresentou correlação significativa com todos os domínios, só que positivamente, ou seja, quanto mais se pratica atividade física, melhor a qualidade de vida. A condição de moradia apresentou correlação significativa e positiva com os domínios psicológico e social, mostrando que, quanto melhor avaliada a condição de moradia, melhor a qualidade de vida nesses domínios.

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

	Idade	Renda	Quantidade atividade física	Condições de moradia
Domínio Físico	-0,44**	0,11	0,41**	0,13
Domínio Psicológico	-0,39**	0,13	0,37**	0,31**
Domínio Social	-0,27**	0,16	0,28**	0,25*
Domínio Ambiental	-0,34**	0,14	0,43**	0,21
Domínio geral	-0,45**	0,10	0,48**	0,12

Fonte: Coleta de dados, 2015. * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$.

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. Contudo, a piora no estado de saúde da população estudada, estatisticamente significativa na maioria dos domínios contemplados pelo Perfil de Saúde de Nottingham, não deve ser percebida apenas como um processo natural do envelhecimento; é causada, também, pelo aumento da ocorrência de doenças crônicas e incapacidades funcionais nessa população. Durante o processo de envelhecimento, os mecanismos de defesa e a capacidade de manter a homeostasia são progressivamente afetados, mas a atividade física, nutrição e

outros fatores de estilo de vida têm grande influência sobre a saúde do idoso (LINDER JUNIOR; TRINDADE, 2013).

O envelhecimento traz uma série de alterações físicas e psicológicas, ocasionando o surgimento de algumas doenças crônico-degenerativas, aumentando a dependência nas atividades de vida diária. À medida que a idade avança, a qualidade de vida diminui, pois os idosos tendem a dormir menos, e a prática de exercícios pode ser limitada devido a dores que vão surgindo no decorrer do envelhecimento. É importante que o idoso seja respeitado como ser humano, com todas as limitações inerentes a sua idade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional gera grandes desafios na sociedade, e a discussão precisa se converter em políticas públicas com ações eficazes, para que essa faixa etária cresça não só em quantidade, mas com a melhor qualidade de vida possível. Para que isso realmente aconteça, é necessário que a sociedade participe com objetivo de mudar o modelo para um envelhecimento saudável, aumentando programas de atendimento à população idosa e, principalmente, ampliar a rede de serviço.

O direito do idoso não pode ser considerado como um obstáculo ou peso para a saúde pública; tem de ser visto como fundamental para uma boa qualidade de vida, visando à importância de melhoria nas condições de vida e cidadania da população idosa.

Um envelhecimento ativo depende de vários fatores, mas o principal é como o idoso se aceita nessa fase, e sua capacidade de se adaptar às mudanças e às transformações da própria vida. A família tem um papel fundamental no envelhecimento de seus idosos, possibilitando seu bem-estar e tranquilidade no ambiente em que está inserido, com a importância da socialização, pois possibilitará resultados favoráveis, prevenindo e reduzindo doenças.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Alúisia Guerra *et al.* Capacidade funcional e linguagem de idosos não-participantes e participantes de grupos de intervenção multidisciplinar na atenção primária à saúde. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 14, n. 5, out. 2012.

ALENCAR, Nelyse de Araújo *et al.* Avaliação da qualidade de vida em idosos residentes em ambientes urbano e rural. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, abr. 2010.

ANDERSON, Maria Inez Padula. Saúde e condições de vida do idoso no Brasil. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, nov. 1998.

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

_____. **Legislação sobre o idoso**. Câmara dos Deputados. [2013].

_____. 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.

DEL DUCA, Giovâni Firpo *et al.* Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2012, vol.46, n.1, pp. 147-153. ISSN 0034-8910.

FERRAZ TESTON, Elen; SILVA MARCON, Sonia. Estudo comparativo da qualidade de vida dos idosos que vivem em condomínios contra moradores da comunidade. **Invest. educ. enferm**, Medellín, v. 33, n. 1, Apr. 2015.

FERREIRA, Olívia Galvão Lucena *et al.* O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Rev. esc. enferm.**, [online], 2010, v. 44, n. 4, 2010.

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), abril. 2000.

JUSTO, José Sterza; ROZENDO, Adriano da Silva. A velhice no Estatuto do Idoso. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, ago. 2010.

LEONARDI, Liliana Cremaschi; RODRIGUES, Avelino Luiz. Caixa lúdica para idosos: processo de construção como procedimento clínico e sua contribuição na qualidade do vínculo. *Psicol. USP*, [online], v.23, n. 2, 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.*, [online], v. 16, n. 3, 2013.

OLIVEIRA, Elizabete Regina Araújo; GOMES, Maria José; PAIVA, Karina Mary. Institucionalização e qualidade de vida de idosos da região metropolitana de Vitória - ES. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, set. 2011.

STIVAL, Marina Morato *et al.* Fatores associados à qualidade de vida de idosos que

frequentam uma unidade de saúde do Distrito Federal. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2014.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos; DIAS, Flavia Aparecida. Distribuição espacial de idosos de acordo com menores escores de qualidade de vida. **Texto contexto - enferm.**, [online], v.20, n. spe, 2011.

VAGETTI, Gislaine Cristina *et al* . Domínios da qualidade de vida associados à percepção de saúde: um estudo com idosos de um programa de atividade física em bairros de baixa renda de Curitiba, Paraná, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, Dec. 2013.

VICENTE, Fernanda Regina; SANTOS, Silvia Maria Azevedo. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 2, jun. 2013.