

Fatores associados à baixa qualidade de vida em mulheres idosas residentes no município de Jequié – BA

Factors associated with low quality of life in elderly women resident Jequeie municipality - BA

Alan Michael Moreira dos Santos¹

Jair Sindra Virtuoso Júnior¹

Resumo

Objetivo: Identificar os fatores associados à baixa qualidade de vida em mulheres idosas participantes de grupos de convivência e que eram residentes no município de Jequié, BA. **Métodos:** A população foi composta por 520 mulheres idosas na faixa etária de 60 a 92 anos, com amostra representativa de 225 idosas, estratificadas por faixa etária e local de atividades (Centros de convivência). Para tanto, foi utilizada uma entrevista construída mediante a composição de partes de outros instrumentos contendo questões relativas às variáveis sociodemográficas, saúde clínica e percebida e aspectos comportamentais. Na análise dos dados foram utilizados procedimentos da estatística descritiva e da regressão logística, $p < 0,05$. **Resultados:** Há associação da baixa qualidade de vida com a idade ($p = 0,03$), limitações nas atividades instrumentais da vida diária ($p = 0,03$), sintomatologia depressiva ($p = 0,02$), percepção de saúde negativa ($p = 0,00$) e a prática de atividade física no lazer inferior a 150 min/semanais ($p = 0,03$). A percepção pessimista da saúde e o baixo nível de atividade física se mantiveram associados à baixa qualidade de vida, mesmo quando controlados por fatores sociodemográficos e clínicos. **Conclusão:** Fatores socioeconômicos, comportamentais, saúde percebida e condições clínicas de saúde, apresentam influências significativas nos padrões de qualidade de vida.

Palavras Chave: qualidade de vida, atividade física, capacidade funcional, saúde da pessoa idosa.

Abstract

Objective: To identify factors associated with poor quality of life in elderly women participating in social groups and who were living in the city of Jequié, BA. **Methods:** The sample consisted of 520 elderly women aged 60-92 years, with a representative sample of 225 elderly, stratified by age and activity location (living centers). Therefore, an interview was used by built-up parts of other instruments containing questions regarding sociodemographic, clinical health and perceived and behavioral aspects. In the data analysis were used procedures of descriptive statistics and logistic regression, $p < 0.05$. **Results:** There is an association of low quality of life with age ($p = 0.03$), limitations in instrumental activities of daily living ($p = 0.03$), depressive symptoms ($p = 0.02$), negative health perception ($p = 0.00$) and physical activity in leisure lower 150 min / week ($p = 0.03$). The pessimistic perception of health and low levels of physical activity remained associated with low quality of life, even when controlling for sociodemographic and clinical factors. **Conclusion:** socioeconomic, behavioral factors, perceived health and clinical health conditions, have significant influence on standards of quality of life.

Keywords: quality of life, physical activity, functional status, health of the elderly.

Afiliação dos autores

Universidade Estadual de Santa Cruz, Departamento de Ciências de Saúde, Ilhéus, BA

*Autor correspondente

Universidade Estadual de Santa Cruz, Departamento de Ciências de Saúde, Rodovia Jorge Amado, km 16, Bairro Salobrinho, CEP 45662-900. Ilhéus, BA, Brasil.

Conflito de interesses

Os autores declararam não haver conflito de interesses.

Processo de arbitragem

Recebido: 15/02/2015
Aprovado: 22/05/2015

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, principalmente nos países subdesenvolvidos. No Brasil, em poucos anos o país estará entre os seis países do mundo com o maior contingente de pessoas idosas¹. Em 2025 existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os idosos (com 80 anos ou mais) constituem o grupo etário de maior crescimento². Diante desse cenário de nítido envelhecimento populacional, percebe-se um interesse por parte de diversas áreas do conhecimento em estudos relacionados ao envelhecimento.

O envelhecimento se caracteriza por um processo de alterações morfofuncionais e psicossociais, geralmente negativas, levando à progressiva dificuldade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, trazendo preocupações à saúde pública por haver uma maior prevalência de doenças crônico-degenerativas e incapacitantes neste grupo³. Diante de tais evidências, na área da saúde tem-se enfatizado entender os fatores relacionados à saúde, bem-estar e qualidade de vida dos idosos.

O termo qualidade de vida (QV) tem sido usado de forma tão frequente nos dias atuais, no entanto, evidências mostram a falta de um estudo conceitual voltado ao tema. Investigações recentes apontam uma diferença e evolução de conceitos e ideologias, nos quais o termo QV entra num contexto de significados mais amplos, sendo, na atualidade vista como uma questão bem subjetiva (aspirações pessoais), com várias dimensões (positivas e negativas) e abordando vários domínios do ser humano, tais como o físico, psicológico, social e ambiental⁴.

A caracterização do constructo Qualidade de Vida (QV) surgiram a partir de estudos na década de 70 do século passado, todavia, somente nos anos 80 se configurou a noção do termo QV envolvendo diferentes dimensões⁵. A partir daí, que foram surgindo também alguns métodos indiretos baseados em questionários, que por meio de escalas que se baseiam em domínios da qualidade de vida identificam o nível de QV das pessoas, seja num aspecto específico ou num contexto global.

É evidente o crescimento de estudos relacionados à QV, saúde e bem-estar dos idosos. Porém tais estudos foram realizados em sua maioria em grandes centros urbanos, havendo dessa forma, a necessidade de realizar levantamentos em locais mais carentes e menos favorecidos economicamente, a exemplo da maior parte dos municípios do interior nordestino.

As análises alcançadas por esta investigação contribuem na geração de subsídios para elaboração de políticas públicas direcionadas à melhoria da qualidade de vida em pessoas idosas residentes em municípios interioranos localizado no nordeste brasileiro. A presente investigação se propôs analisar a relação de fatores comportamentais, clínicos e de saúde percebida com a QV em mulheres idosas.

Métodos

Caracterização do Estudo

Caracteriza-se como estudo observacional de delineamento transversal e analítico, utilizando-se método exploratório (surveys).

População

A população foi composta de 520 mulheres, com idade de 60 a 92 anos, residentes no Município de Jequié (BA), que participam das atividades promovidas pela Associação de Amigos, Grupos de Convivência e Universidade Aberta com a Terceira Idade (AAGRUTI).

Critérios de Inclusão

A amostra deste estudo foi constituída por 273 mulheres, com idade igual ou superior a 60 anos residentes no aglomerado urbano de Jequié, inscritas nos centros de convivência para a terceira idade oferecida pela AAGRUTI. Tais idosas não deveriam possuir dificuldades na acuidade visual e auditiva em grau severo e não poderiam ter respondido mais de duas respostas positivas no questionário PAR-Q⁶.

Composição da Amostra

A composição da amostra considerou dois estágios, o primeiro referente ao levantamento do número de idosas nos centros de convivência da AAGRUTI e o outro de forma aleatória, por meio da seleção das idosas categorizadas por faixa etária de 60 anos ou mais.

A amostra final foi composta por 225 mulheres (IC=95%), distribuídas em quatro subgrupos, sendo discriminados por categorias de faixa etária (60 a 69 anos; 70 a 79 anos; 80 a 89 anos e > 90 anos).

Procedimento de Coleta e Instrumentos

Precedendo a coleta de dados foi solicitada autorização da coordenação da Associação de Amigos, Grupos de Convivência e Universidade Aberta com a Terceira Idade (AAGRUTI) e a aprovação dos protocolos de intervenção do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB.

Um roteiro de entrevista foi aplicado por acadêmicos do curso de Educação Física devidamente treinados. Esse instrumento previamente testado em estudo piloto (para identificação dos índices psicométricos) foi construído mediante a composição de partes de outros instrumentos:

- Critério de Classificação Econômica Brasil⁷;
- Questionário de vigilância aos comportamentos de riscos (BRFSS)⁸;
- Versão brasileira do IPAQ (International Physical Activity Questionnaire), forma longa, versão 8⁹;
- "OARS instrumental and physical activities of daily living scale" (Older Americans Resources and Services) Versão brasileira do OARS (Escala de atividades física e instrumental da vida diária de "OARS")¹⁰;
- A QV foi mensurada por meio do World Health Organization Quality of Life instruments – WHOQOL-BREF, validado para a população brasileira¹¹.

As partes que compuseram o instrumento foram:

- a) Informações sócio-demográficas: idade, número de filhos, estado civil, raça, grupo étnico, escolaridade, trabalho e nível socioeconômico;
- b) Atividade física habitual: no trabalho, como forma de transporte, domésticas, de lazer, e, o tempo gasto sentado;
- c) Medida da autopercepção da autonomia nas atividades da vida diária nos aspectos físicos e instrumentais;
- d) Informações quanto ao estado de saúde: (doenças coronarianas, câncer, histórico de fraturas, artrites, Parkinson ou doença de Alzheimer, hipertensão, doenças pulmonares crônica, dentre outras).
- e) A QV avaliada de forma global e em quatro domínios: saúde física, saúde psicológica, relações sociais e meio ambiente.

Análise de dados

Para tabulação dos dados foi utilizado ferramentas de informática (software Epidata versão 2.1b e a análise, por meio do pacote estatístico SPSS 13, Statistical Package for the Social Sciences).

Os procedimentos da estatística descritiva foram utilizados para identificar a amostra com a distribuição em frequência, cálculo de medida de tendência central (média, mediana e percentis) e de dispersão (amplitude de variação, desvio padrão e intervalo de confiança).

A QV geral foi categorizada de forma dicotômica, baixa qualidade de vida (escore abaixo da mediana). Na análise inferencial foram utilizados procedimentos de regressão logística univariada e, quando pertinente foi testada a tendência linear, tendo como variável dependente a presença de escore abaixo da mediana para o índice de QV geral, e como variáveis independentes os aspectos sócio-demográficos, os referentes ao estado de saúde, nível de aptidão física e de atividade física habitual. Tal análise possibilitou estimar a magnitude de associação entre as variáveis sócio-demográficas, nível de atividade física habitual, nível de aptidão física e QV.

Na construção de um modelo explicativo para determinação de fatores associados à QV foram analisados os fatores

associados à presença de qualidade de vida insatisfatória, entre os idosos, para isso utilizou-se procedimentos da análise de regressão logística para modelos hierarquizados. Os fatores investigados foram agrupados em blocos, ordenados de acordo com a precedência com que atuam sobre a QV do idoso.

Na interpretação dos resultados, a identificação de associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre um determinado fator em estudo e a baixa QV, após ajustes para potenciais fatores do mesmo bloco (grupo de variáveis) e de blocos hierárquicos superiores, indicou a existência de um efeito independente, próprio do referido fator sobre a baixa QV.

Resultados

A amostra final do presente estudo foi constituída por 225 mulheres residentes no aglomerado urbano de Jequié, inscritas nos centros de convivência para a terceira idade oferecida pela AAGRUTI. A idade das mesmas variou de 60 a 92 anos com uma média de 70 anos. As idosas que apresentam a faixa etária de 60 a 69 anos, representam quase a metade da amostra, o que corresponde a 47,5% ($n=107$). A predominância é de viúvas 48,3% ($n=109$), estas apresentam também uma baixa escolaridade com uma prevalência de aproximadamente 89% ($n=200$) de idosas que não haviam concluído o curso ginásial. Tais idosas apresentam uma classificação socioeconômica baixa (de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil – ANEP), estando a maioria nas classes econômicas “D” e “E” 68,7% ($n=155$), conforme tabela 1.

Tabela 1

Características sócio - demográficas de idosas participantes de grupos de convivência de Jequié-Ba ($n=225$).

Variável	Categoria	n	%
Idade	60 – 69	107	47,5
	70 – 79	86	38,1
	80 – 89	29	12,8
	> 90	3	1,5
	Solteira	25	11,3
Estado civil	Casada ou vivendo com companheiro	64	28,3
	Viúva, divorciada ou separada	109	48,3
	Ginásial incompleto	27	12,1
	Ginásial completo e colegial incompleto	200	88,7
Nível de escolaridade	Colegial completo e superior incompleto	7	3,0
	Colegial completo	16	7,2
	Superior completo	2	1,1
	A	1	0,4
Nível sócio-econômico	B	18	8,3
	C	51	22,6
	D	125	55,5
	E	30	13,2

Alguns comportamentos e hábitos deletérios reportados no passado apresentaram uma melhora significativa se comparadas com o presente. O consumo de bebidas alcoólicas que no passado representava 32,7% ($n=74$) no presente caiu para 10,1% ($n=23$). O mesmo aconteceu com o tabagismo que no passado acometia 38% ($n=85$) e no presente acomete apenas 6,3% ($n=14$). Já no aspecto relacionado à prática de atividade física no lazer houve uma inversão, ou seja, a prática de atividade física que no passado era de apenas 18,8% ($n=42$), no presente teve um aumento significativo para 51,4% ($n=116$).

A avaliação do estado nutricional pelo IMC demonstrou que a maioria das idosas, representadas por 62% ($n=139$) estavam classificadas na condição de sobrepeso ou obesidade (IMC superior a 24,9 kg/m). A alteração do estado cognitivo foi identificada em 74,5% ($n=168$), sendo que os sintomas depressivos foram relatados por 17,3% ($n=39$) das idosas.

Com relação às Doenças auto-referidas, estas foram agrupadas em conformidade à Classificação Internacional de Doenças (CID-10), sendo as relativas ao aparelho circulatório 75% ($n=169$), sistema osteomuscular 72,6% ($n=163$), doenças dos olhos 54,3% ($n=122$), dos ouvidos 41,8% ($n=94$) e metabólicas 22,6% ($n=51$), essas foram respectivamente as mais referidas pelas idosas entrevistadas.

Outras condições ou estados quem exercem interferência direta no estado de saúde foram relatadas pelas idosas, como a ocorrência de quedas nos últimos três meses, a qual foi reportada por 21,2% ($n=48$) e de internações nos últimos 6 meses 15,4% ($n=35$). Vale ressaltar ainda o fato de que 56%

($n=126$) apresentavam limitações funcionais do tipo moderada e/ou grave nas AIVD's. No entanto, nos aspectos relacionados à saúde percebida ficou notório que as idosas apresentam uma percepção otimista da condição de saúde 34,6% ($n=78$), sendo as que reportaram a saúde em condição “ruim” representam 17,8% ($n=40$).

Os domínios da QV representados no WHOQOL-bref (instrumento utilizado para obtenção de informações neste levantamento) são representados pelos seguintes domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Na análise feita a partir da relação entre os domínios da QV e fatores independentes foi constatado que a percepção mais negativa da qualidade de vida está relacionada ao meio ambiente 55% ($n=124$). Por outro lado, o domínio social apresentou o maior score dentre os domínios da QV 79% ($n=178$).

Tabela 2

Análise não ajustada da associação de características sócio-demográficas, aspectos da saúde percebida, condição funcional e comportamental com a qualidade de vida em mulheres idosas.

Características	Razão de chances [IC95%]	p
Idade (anos)		
60-69	1,00	
70-79	1,08[0,49-2,39]	0,838
80 ou mais	2,87[1,21-6,83]	0,017
Ocupação		
Aposentado, mas trabalha	1,00	
Aposentado	0,32[0,08-1,18]	0,087
Dona de casa	0,19[0,03-0,96]	0,046
Pensionista	0,27[0,06-1,15]	0,078
Saúde percebida		
Positiva	1,00	
Negativa	4,47[2,19-9,10]	0,000
Sintomatologia depressiva		
Ausência	1,00	
Presença	3,81[1,30-11,14]	0,014
Satisfação com o peso corporal		
Sim	1,00	
Não	1,61[1,48-3,39]	0,020
Hipertensão arterial		
Ausência	1,00	
Presença	1,74[1,23-3,31]	0,010
Condição Funcional (AIVDs)		
Independente	1,00	
Dependente	1,27[1,12-3,13]	0,049
Atividades Físicas (presente)		
≥150 min.sem.	1,00	
<150 min. sem.	2,81[1,72-3,57]	0,030

Na tabela 2 estão dispostas as variáveis que se mostraram relacionadas com a QV. Dentre os fatores associados à QV os que mais se sobressaíram com potencial preditivo para baixa qualidade de vida foi a idade, na qual foi apontado que as pessoas de 80 anos ou mais apresentam 2,87 vezes mais chances de apresentarem uma baixa qualidade de vida se comparadas com idosas de 60 a 69 anos. A ocupação referida não representou uma variável estatisticamente significativa ($p < 0,05$) que exerce influência na QV em mulheres idosas do presente estudo.

A saúde percebida negativa apresentou 4,47 vezes a mais de chances de terem baixos níveis de QV quando comparadas com as idosas que relataram a saúde percebida de forma positiva. A insatisfação com peso corporal, presença de hipertensão arterial e sintomatologia depressiva com valores respectivamente de 1,61; 1,74 e 3,81 vezes a mais de chances se comparados a condições opostas de estado de saúde percebida.

O tempo de prática de atividades físicas no lazer inferior à 150min/sem apresentou-se associado à baixa qualidade de vida, em comparação aos idosos mais ativos. De forma semelhante às pessoas que foram identificadas com limitações na realização das atividades instrumentais da vida diária são mais susceptíveis a uma baixa qualidade de vida.

Os resultados demonstrados na tabela 2 serviram para determinar a ordenação dos blocos (modelos) e de variáveis a serem inseridas na análise multivariada hierarquizada apresentada na tabela 3, de modo a explicar melhor as interações entre as características informadas pelas idosas do estudo.

Na tabela 3, dentre as características sociodemográficas analisadas de forma interagidas no primeiro bloco, apenas a faixa etária se manteve relacionada à QV das idosas ($p=0,03$).

No segundo bloco analisado, referente às condições clínicas de saúde, de forma controlada para o bloco anterior, a condição funcional dependente ($p=0,03$) e a presença da sintomatologia depressiva ($p=0,02$) permaneceram no modelo. Já no terceiro

bloco, referente à saúde percebida e comportamental permaneceram a percepção negativa de saúde ($p=0,00$) e a prática de atividades físicas no lazer ($p=0,03$).

Tabela 3

Resultados da análise multivariada hierarquizada dos fatores associados à baixa qualidade de vida de mulheres idosas de baixa renda.

Característica	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	Razão de chances [95%]	p	Razão de chances [95%]	p	Razão de chances [95%]	P
Bloco Sócio-demográfico						
Idade (anos)						
60 a 69	1		1		1	
70 a 79	1,11[0,49-2,51]	0,790	1,80[0,90-3,59]	0,090	1,08[0,46-2,50]	0,085
80 ou mais	2,69[1,09-6,59]	0,030	5,58[1,12-27,78]	0,030	2,34[1,18-6,15]	0,460
Bloco condições Clínicas de saúde*						
Condição funcional (AIVDs)						
Independente			1,00		1,00	
Dependente			1,78[1,16-3,64]	0,030	1,41[1,6-3,86]	0,049
Sintomatologia depressiva						
Ausência			1,00		1,00	
Presença			3,52[1,19-10,4]	0,020	2,73[0,89-3,86]	0,060
Bloco saúde percebida e comportamental**						
Saúde percebida						
Positiva					1	
Negativa					3,90[1,87-8,14]	0,000
Práticas de Atividades Físicas						
≥150 min.sem.					1,00	
<150 min. sem.					2,02[1,52-3,86]	0,030

*Ajustado pelo bloco sócio-demográfico.

**Ajustado pelos blocos sócio-demográficos e de condições clínicas de saúde.

Discussão

Os resultados da presente investigação, mesmo tendo a amostra composta somente por mulheres idosas residentes de centros de convivência, evidenciaram-se como importantes no fornecimento de informações que atuam como subsídios nos planejamentos, elaborações e execuções de novos estudos, projetos e até mesmo de políticas públicas direcionadas à construção e a manutenção da qualidade de vida em pessoas idosas.

Os fatores como idade avançada, sexo feminino, baixo nível de escolaridade e não ter companheiro estão relacionados a baixos níveis de qualidade de vida¹². No entanto, no presente trabalho, mesmo as idosas em sua maioria aposentadas, com baixo nível de escolaridade e sendo viúvas, somente as variáveis idade e ocupação (aposentado) exerceu influência significativa nos padrões de baixa QV da amostra. Tal diferença pode ser explicada por este trabalho só envolver mulheres, não podendo comparar os dois sexos.

O fato da condição de viuvez ou falta de companheiro não exercer uma influência significativa na QV pode ser entendida em parte devido a amostra ser constituída por frequentadoras de grupos de convivência, o que pode ter contribuído na manutenção das relações interpessoais e o distanciamento do sentimento de solidão normalmente vivenciada na falta do companheiro.

Apesar do avanço da idade cronológica ter se mostrado um fator significativamente associado à baixa qualidade de vida, demonstram que o envelhecimento pode não ser fator determinante de diminuição da qualidade de vida, mas do isolamento social e da diminuição da atividade física e mental¹³.

A ocupação (aposentado) também representou um fator associado à baixa qualidade de vida, pois as atividades físicas, mentais e intelectuais, muitas vezes são interrompidas com a aposentadoria. É necessário que as pessoas se organizem para os anos da velhice, quando ainda estão em plena atividade, a fim de reduzir o impacto causado pela inatividade¹⁴. "A ociosidade pode ser um determinante de sentimentos de não realização, da falta de perspectivas, de inutilidade, interferindo no auto-conceito e na auto-estima"¹³.

Com relação ao bloco condições clínicas de saúde, as variáveis que evidenciaram associadas à baixa qualidade de vida foram: a condição funcional dependente, a sintomatologia depressiva e a presença de hipertensão arterial.

No aspecto sintomatologia depressiva o presente trabalho corrobora com a ideia que a intensidade de depressão exerce forte influência na percepção de QV do idoso e do cuidador¹⁵.

Já se comparando o presente estudo, percebe-se que alguns dos fatores associados às limitações funcionais também estão relacionados à condição de insatisfatória qualidade de vida¹⁶. O entendimento dessa similaridade dos fatores associados às limitações funcionais com a baixa qualidade de vida pode ser entendido revendo os conceitos de qualidade de vida apresentados na revisão de literatura, que consideram a condição funcional como parte integrante do domínio físico da qualidade de vida.

No bloco de saúde percebida e comportamental, ficou nítido nos resultados que a saúde percebida negativamente e prática de atividade física menor que 150 min/semanais se apresentaram como fatores significativos à baixa qualidade de vida. Este resultado vai de encontro a outros estudos que apontam a importância de um estilo de vida ativo e propõem o nível mínimo de 150 min/semanais para obtenção de saúde, a qual representa um dos padrões da QV^{17,18}.

Fato que chama a atenção da amostra investigada é o fato de apenas 8,7% corresponderem as classes econômicas A e B, sendo que a maioria pertenciam as classes menos favorecidas C, D e E (91,3%). Esta desigualdade reflete a má distribuição de renda do país que privilegia uma pequena parcela da população em detrimento da maioria.

Estudos são categóricos ao afirmarem que a situação sócio-econômica desempenha um papel fundamental na determinação das condições de saúde das pessoas, estando diretamente relacionada com a saúde percebida positiva^{19,20}.

Os problemas financeiros reduzem o bem-estar em idosos²⁰. Porém, em nosso estudo, não foi identificada associação significativa da variável renda em nenhum dos domínios da qualidade de vida, o que pode ser atribuído ao fato de que o município estudado é de pequeno porte, com baixo custo de vida.

Sendo assim, se torna necessário e de extrema necessidade o surgimento de políticas de atenção à saúde do idoso contendo ações que visem à melhoria da condição da população de idosos, sobretudo na região Nordeste. Pois "(...) apesar das regiões Nordeste, Sudeste e Sul apresentarem maior proporção de idosos, a região Nordeste parece apresentar maior concentração de idosos insatisfeitos, possivelmente em decorrência da desigualdade social e da falta de acesso a um padrão de vida que propicie mais conforto"²¹.

Em relação aos domínios da qualidade de vida, os escores mais baixos estavam relacionados ao meio ambiente. Fato que sinaliza que medidas públicas que incluam melhoria das condições de moradia, serviços de saúde e condições de renda se fazem necessários no sentido de melhor atender a população

de idosas do município. Por outro lado, foi no aspecto social que as idosas apresentaram os melhores níveis de qualidade de vida. Tal fato provavelmente se dá pelo motivo das idosas estudadas participarem dos grupos de convivência, no qual as relações interpessoais são estimuladas em diversos momentos nas atividades desenvolvidas no local.

Com respaldo na literatura fica nítido que o convívio social, através da integração do idoso em grupos onde se sintam amado, respeitado, útil e, principalmente, envolvido em atividades físicas, ocupacionais e de recreação, faz com que os mesmos apresentem níveis mais satisfatórios de qualidade de vida.

Há necessidade da existência de centros de convivência para pessoas idosas, com o propósito de proporcionar ambientes adequados ao desenvolvimento de atividades físicas, mentais, ocupacionais e relacionamentos interpessoais construtivos¹⁴. Sendo que a integração e participação social influenciam positivamente o bem-estar tanto psíquico como o físico.

Os dados desse estudo evidenciam que as idosas participantes de grupos de convivência são em sua maioria ativas fisicamente. Provavelmente pelo motivo de nos grupos de convivências serem realizadas atividades (lazer, culturais, físicas, manuais, artísticas) que favorecem as idosas a aderirem a um estilo de vida ativo.

Comparando os resultados obtidos com outros estudos, percebeu-se que esses achados estão de acordo com outros estudos que identificaram a deterioração da qualidade de vida em pessoas idosas que não eram expostas às intervenções, porém identificaram melhorias da qualidade de vida nos idosos que foram submetidos a cuidados de intervenção de programas específicos, como no caso dos idosos da AAGRUTI^{22,23}.

As necessidades dos idosos são fundamentalmente as mesmas de outros grupos etários, tais como: segurança física, financeira e emocional¹⁴. O afeto, simpatia, amor e reconhecimento social são básicos para a percepção da auto-estima. Desta forma, a necessidade de amor e afeto deve ser considerada como indicador em estudos que se proponham a analisar QV de idosos. Neste sentido, torna-se imprescindível a realização de estudos que contribuam para a definição de estratégias que viabilizem aos idosos conviver com a velhice em condições de QV satisfatórias.

Conclusão

Tomando como base os resultados obtidos no presente estudo observa-se que fatores socioeconômicos, comportamentais, saúde percebida e condições clínicas de saúde, apresentam influências significativas nos padrões de qualidade de vida das idosas, tendo como destaque no presente estudo, a idade cronológica, sintomatologia depressiva, capacidade funcional, saúde percebida e prática de atividades físicas.

Os resultados obtidos e apresentados no presente estudo são de extrema importância à medida que pode servir como incentivo à criação de novas políticas públicas voltadas para os idosos. Entretanto, sabe-se que estudos transversais possuem limitações na interpretação dos resultados gerados, porém a fundamentação obtida na literatura de estudos de corte permite identificar a similaridade dos resultados apresentados. Outro aspecto limitador do estudo é a constituição da amostra ser composta somente de mulheres, o que não permite generalizar os resultados para o sexo masculino. Neste sentido, recomenda-se a realização de estudos longitudinais, incluindo os idosos do

sexo masculino e não participantes de grupos de convivência, no intuito de ampliar as informações das pessoas idosas residentes em municípios interioranos do nordeste brasileiro.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados sobre população do Brasil, 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: Abril 2008.
2. Organização Mundial de Saúde. The world health report. Geneva, 2001.
3. Matsudo SM. Atividade física na promoção da saúde e qualidade de vida no envelhecimento. Rev. bras. Educ. Fis. Esp 2006;20(5):135-7.
4. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. Rev. psiquiatr. 2006;28(1):27-38.
5. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad. Saúde Pública. 2004;20(2):580-8.
6. Malmberg JJ, Miilunpalo SI, Vuori IM, Pasanen ME, Oja P, Haapanen-Niemi NA. A health-related fitness and functional performance test battery for middle-aged and older adults: feasibility and health-related content validity. Arch Phys Med Rehabil. 2002;83(5):666-77.
7. ANEP. Critério de Classificação Econômica Brasil. 2003. Disponível em: <<http://www.anep.org.br/mural/anep/o4-12-97-ccbe.html>>. Acesso em: Abril 2008.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Behavioral risk factor surveillance system survey questionnaire. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, CDC; 2000.
9. Marshall A, Bauman A. The international physical activity questionnaire: summary report of reliability e validity studies. DRAFT IPAQ summary, 2001, p.1-25.
10. Cardoso V, Gonçalves LH. Instrumentos de avaliação da autonomia no desempenho das atividades da vida diária do cliente idoso. Arq. Catarin. Med. 1995;24(4):41-48.
11. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev. Saúde Pública. 2000;34(2):178-83.
12. Sprangers MA, de Regt EB, Andries F, van Agt HM, Bijl RV, de Boer JB, et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? J. Clin. Epidemiol. 2000; 53(9):895-907.
13. Ferraz AF, Peixoto MRB. Qualidade de vida na velhice: estudo em uma instituição pública de recreação para idosos. Rev. esc. enferm. 1997;31(2): 316-38.
14. Gomes FA, Ferreira PC. Manual de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Ed. Brasileira de Medicina;1987.
15. Trentini CM, Chachamovich E, Figueiredo M, Hirakata, VN, Fleck MPA. A percepção de qualidade de vida do idoso avaliada por si próprio e pelo cuidador. Estudos de Psicologia. 2006;11(2):191-7.
16. Virtuoso-Júnior JS, Guerra RO. Fatores associados às limitações funcionais em idosas de baixa renda. Rev. Assoc. Med. Bras. 2008;54(5):430-435.
17. American College of Sports Medicine, Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Fiatarone Singh MA, Minson CT, Nigg CR, et al. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. Med Sci Sports Exerc. 2009;41(7):1510-30.
18. Organização Mundial de Saúde. Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: décima revisão. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para classificação das doenças em português;1993
19. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da auto percepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2005; 17(5-6):333-41.
20. Loch MR, Konrad LM, Santos PD, Nahas MV. Percepção de saúde e associação com a aptidão física relacionada à saúde em universitários da UFSC. In: XXVIII Simpósio Internacional de Ciências do Esporte; 2005; São Paulo, Brasil. Edição Especial da R. Bras. Ci. e Mov. 2005;13:55.
21. Bercovich A.M. Características regionais da população idosa no Brasil. Rev. bras. estud. popul. 1993;10(1-2):125-144.
22. Rosa TEC, Benício MHA, Latorre MRDO, Ramos LRo. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Rev. Saúde Pública. 2003;37(1):40-48.
23. Borglin G, Jakobsson U, Edberg AK, Hallberg IR. Self-reported health complaints and their prediction of overall and health-related quality of life among elderly people. Int J Nurs Stud. 2005;42(2):147-58.