

**SAÚDE DA MULHER IDOSA:
QUALIDADE DE VIDA E PERFIL EPIDEMIOLÓGICO****ELDERLY WOMEN'S HEALTH:
QUALITY OF LIFE AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE****SALUD DE LA MUJER MAYOR:
CALIDAD DE VIDA Y PERFIL EPIDEMIOLÓGICO**

Bianca do Amaral Rodrigues¹, Samara Araújo de Bulhões², Ana Laura Carvalho Leite Medeiros³, Cristina Wide Pissetti⁴

Como citar esse artigo: Saúde da mulher idosa: qualidade de vida e perfil epidemiológico. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2024 [acesso em: ____]; 13(3): e202433. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v13i3.7082>

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida (QV) e caracterizar o perfil clínico-epidemiológico de mulheres idosas, sem comprometimento cognitivo. **Método:** Pesquisa observacional e quantitativa, realizada em um hospital universitário, entre junho de 2022 e maio de 2023. Os dados foram coletados a partir de três questionários – um de caráter sociodemográfico e dois de QV, WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. Para análise de dados, foi realizada estatística descritiva. **Resultados:** A amostra foi composta predominantemente por mulheres não brancas, viúvas, católicas, com baixa escolaridade, sedentárias, em sobrepeso, não fumantes e não etilistas, com renda mensal entre baixa e média-baixa. As melhores pontuações de qualidade de vida foram obtidas nos domínios de relações sociais e funcionamento do sensorio e intimidade, respectivamente, para WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. **Conclusões:** Espera-se que esses resultados possam contribuir para melhor compreensão dos aspectos que comprometem a qualidade de vida de idosas, subsidiando as tomadas de decisão que promovem o bem-estar da população idosa.

Descritores: Qualidade de Vida. Saúde da Mulher. Saúde do Idoso. Perfil de Saúde. Epidemiologia Descritiva.

¹ Curso de Medicina/Centro de Ciências Médicas/Universidade Federal da Paraíba

² Curso de Medicina/Centro de Ciências Médicas/Universidade Federal da Paraíba

³ Hospital Universitário Lauro Wanderley/Universidade Federal da Paraíba

⁴ Médica Geriatra. Residência Médica em Geriatria no Hospital Getúlio Vargas, em Recife/PE. Mestrado em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília, Residência Médica em Clínica Médica pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Especialização em Cuidados Paliativos pela Universidade Federal da Paraíba. <https://orcid.org/0000-0002-8112-3250>

⁵ Graduação em Biomedicina pela Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, mestrado e doutorado em Patologia Clínica pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Professora adjunta no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba. <https://orcid.org/0000-0002-5534-8544>

ABSTRACT

Objective: To assess the quality of life (QoL) and characterize the clinical-epidemiological profile of elderly women without cognitive impairment. **Method:** This was an observational and quantitative study conducted at a university hospital between June 2022 and May 2023. Data were collected using three questionnaires—one sociodemographic and two QoL assessments, the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD. Descriptive statistics were used for data analysis. **Results:** The sample was predominantly composed of non-white, widowed, Catholic women with low education levels, who were sedentary, overweight, non-smokers, non-drinkers, and had a low to lower-middle income. The highest quality of life scores were in the domains of social relationships (WHOQOL-BREF) and sensory functioning and intimacy (WHOQOL-OLD). **Conclusions:** These results are expected to contribute to a better understanding of the factors affecting the quality of life of elderly women, supporting decision-making processes that promote the well-being of the elderly population.

Descriptors: Quality of Life. Women's Health. Health of the Elderly. Health Profile. Epidemiology, Descriptive.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la calidad de vida (QoL) y caracterizar el perfil clínico-epidemiológico de mujeres ancianas sin deterioro cognitivo. **Método:** Se trató de un estudio observacional y cuantitativo realizado en un hospital universitario entre junio de 2022 y mayo de 2023. Los datos se recolectaron utilizando tres cuestionarios: uno sociodemográfico y dos evaluaciones de QoL, el WHOQOL-BREF y el WHOQOL-OLD. Se utilizaron estadísticas descriptivas para el análisis de los datos. **Resultados:** La muestra estaba compuesta predominantemente por mujeres no blancas, viudas, católicas, con bajos niveles educativos, sedentarias, con sobrepeso, no fumadoras, no consumidoras de alcohol, y con ingresos bajos o medio-bajos. Los puntajes más altos de calidad de vida se encontraron en los dominios de relaciones sociales (WHOQOL-BREF) y funcionamiento sensorial e intimidad (WHOQOL-OLD). **Conclusiones:** Se espera que estos resultados contribuyan a una mejor comprensión de los factores que afectan la calidad de vida de las mujeres ancianas, apoyando los procesos de toma de decisiones que promuevan el bienestar de la población anciana.

Descriptor: Calidad de Vida. Salud de la Mujer. Salud del Anciano. Perfil de Salud. Epidemiología Descriptiva.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional é um fenômeno observado em escala mundial. No Brasil, essa realidade está cada vez mais presente em um ritmo acelerado, prejudicando a adaptação e a reorganização sociais que são necessárias.¹ Essa transformação do perfil populacional sofre influência de fatores dos âmbitos biológico, psicológico, de condições sociais e econômicas, além dos hábitos de vida.^{2,3}

Como consequência dessa transição demográfica complexa, observa-se uma mudança no perfil epidemiológico de saúde da população e aumento da prevalência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), especialmente aquelas crônico-degenerativas.¹ Além disso, por se tratar de um processo multifatorial, o envelhecer se apresenta de diversas formas e tem vários níveis de comprometimento funcional dos idosos.²

Diante dessas circunstâncias, o setor da saúde é um dos mais seriamente impactados, pois há maior necessidade de acessibilidade aos serviços, a atendimentos em diferentes níveis de complexidade, além da maior demanda por medicações de uso contínuo e internações.¹

Junto a esse processo, observa-se uma “feminilização da velhice”, na qual se observa maior longevidade entre as mulheres.^{2,3} No Brasil, elas representam 55% da população a partir de 60 anos e 61% dos idosos com mais de 80 anos.⁴ Alguns fatores que contribuem para isso são a menor ocorrência de mortes violentas por causa externa nesse grupo, menor número de fumantes, além do menor consumo de álcool e uma busca mais ativa por assistência nos serviços de saúde.^{3,4} O público feminino, inclusive, compõe a maior parte do grupo de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).⁵ Apesar disso, observa-se que as idosas estão mais vulneráveis a piores condições de saúde e a maior comprometimento funcional quando comparadas aos homens acima dos 59 anos.^{2,5}

A maior sobrevida é um desafio juntamente com manutenção da qualidade de vida (QV). O conceito de qualidade de vida é bastante abrangente, incluindo a saúde bem como a multidimensionalidade e a subjetividade do indivíduo.⁴ Neste estudo, será adotado o conceito de qualidade de

vida de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), definida como "a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações".⁶

Nesse contexto, o grupo de especialistas em Qualidade de Vida da OMS desenvolveu o questionário *World Health Organization Quality of Life – Old*⁷ (WHOQOL-OLD) para aferir QV em idosos, considerando as particularidades dessa faixa etária.⁷ Por ser baseado em outros instrumentos genéricos da OMS (WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF), o WHOQOL-OLD apresenta caráter multifatorial mais abrangente que outros questionários utilizados nesse tipo de estudo, como SF-36 (*Short-Form Survey*), que se limita a questões físicas e sobre doenças.⁸ As recomendações da OMS são para que o WHOQOL-OLD seja aplicado junto ao WHOQOL-100 ou ao WHOQOL-BREF⁶, por ser um módulo complementar.

Embora haja estudos acerca da qualidade de vida de idosos na literatura, poucos estudos semelhantes a este foram encontrados.⁹ Neste sentido, este estudo mostra-se relevante diante da realidade de envelhecimento progressivo da população brasileira, considerando que a maior parte da população idosa é composta por mulheres e que elas são mais vulneráveis a

maior comprometimento em saúde e pior qualidade de vida do que os idosos do sexo masculino.⁸ Este estudo poderá contribuir para melhor compreensão de aspectos relacionados à qualidade de vida de idosas que, em decorrência do processo de envelhecimento, apresentam condições crônicas que podem prejudicar a qualidade de vida. Não há, de nosso conhecimento, estudos sobre qualidade de vida em idosas que fazem acompanhamento em serviço médico especializado.

O objetivo deste trabalho foi caracterizar o perfil clínico-epidemiológico e avaliar a qualidade de vida de mulheres idosas sem comprometimento cognitivo acompanhadas em um ambulatório de geriatria de um hospital universitário.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, observacional, com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado no ambulatório de Geriatria de um hospital universitário. Foi desenvolvido com pacientes do sexo feminino, com 60 anos ou mais, acompanhadas no ambulatório de Geriatria. A escolha pelo sexo feminino deu-se devido a sua maior suscetibilidade a problemas de ordem social e física.

A amostra (N= 50) foi não probabilística, por conveniência. Foram convidadas a participar todas as idosas que compareceram para consulta médica no

referido ambulatório e que apresentavam capacidade cognitiva de responder aos instrumentos de pesquisa, no período compreendido entre junho de 2022 e maio de 2023, nos turnos em que havia atendimentos. O sistema de marcações do hospital mantinha registro apenas das consultas marcadas, sem registrar os faltantes e sem distinção por sexo ou idade, não sendo possível a contabilização total do fluxo de pacientes femininas com mais de 60 anos que foram atendidas nesse período. Foram excluídas as pacientes que realizaram a primeira consulta no serviço no momento do estudo, por não haver avaliação cognitiva prévia, além das pacientes que já possuíam déficit cognitivo constatado em consultas prévias com os geriatras do setor e aquelas que se negaram a participar do estudo.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas: primeiramente, foram entrevistadas, por uma das pesquisadoras, as idosas que concordaram mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Elas responderam a três questionários - o primeiro, elaborado pelas pesquisadoras, de caráter sociodemográfico, para obtenção de dados como idade, etnia, estado civil, naturalidade, procedência, escolaridade, profissão, renda, religião, tabagismo, etilismo e a prática de exercícios físicos; e

os dois últimos, que avaliariam a Qualidade de Vida, o WHOQOL-OLD e o WHOQOL-BREF, ambos os instrumentos elaborados pelo grupo de especialistas em QV da OMS e validados no Brasil.^{6,7} Em um segundo momento, mediante consentimento registrado no TCLE, foram coletadas, por uma das pesquisadoras, as informações clínicas de cada participante, que se referem às doenças apresentadas em prontuário.

No presente estudo, foi aplicado o instrumento WHOQOL-BREF, por apresentar a mesma eficiência que o WHOQOL-100, mas em um formato mais sucinto, já que havia múltiplos instrumentos de avaliação e a população alvo se beneficiaria de uma aplicação breve.

O questionário WHOQOL-OLD, que é o instrumento de avaliação específica de QV em idosos, é composto por 24 itens e compreende 6 facetas: funcionamento dos sentidos, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer, e intimidade.¹⁰ O WHOQOL-BREF é composto por 26 questões, duas sobre autopercepção da QV e 24 representando cada uma das facetas do WHOQOL-100, no qual é baseado. Esse instrumento abrange quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Ambos os instrumentos não estabelecem ponto de corte, sendo interpretados considerando que

maiores/menores escores equivalem a melhor/pior QV.

Foi construída uma planilha eletrônica, no programa Excel® para armazenamento dos dados. Em seguida, os dados obtidos no formulário sociodemográfico foram importados para o programa estatístico *Statiscal Package for Social Sciences* (SPSS) versão 21, analisados por meio de estatística descritiva e apresentados em tabelas com as frequências absolutas e relativas (%). Para as variáveis quantitativas, foi utilizado o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov. Quando o valor de p for maior do que 0,05, considera-se distribuição normal. Os dados com distribuição normal foram apresentados por média e desvio padrão e os com distribuição não normal, por mediana, valores mínimo e máximo e intervalo interquartil. Os resultados da aplicação dos instrumentos WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD foram analisados segundo metodologia proposta por Pedroso.^{11,12}

Em cumprimento às exigências éticas contidas nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde – CNS – Nº 466 de 2012 e nº 510 de 2016, o trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências Médicas (CCM) da Universidade Federal da Paraíba (CEP/CCM/UFPB), sob o certificado de apresentação e apreciação ética (CAAE) nº 56561522.9.0000.8069. A coleta de dados

foi iniciada após a aprovação pelo referido Comitê de Ética.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 50 idosas, com idade entre 60 e 84 anos. A variável idade apresentou distribuição normal. A média de idade foi de 73,42 anos ($\pm 6,50$). A maior parte da amostra foi composta por idosas com naturalidade no

estado da Paraíba (90,0%) e procedentes da capital paraibana (80,0%).

A tabela 1 mostra os dados de etnia, religião, escolaridade e renda. Pode-se observar maior frequência de mulheres pardas (54,0%), viúvas (44,00%), de religião católica (68,00%), com ensino fundamental incompleto (34,00%) e renda variando de R\$1100,00 a 4400,00 (90,0%).

Tabela 1. Distribuição da frequência de etnia, religião, escolaridade e renda de mulheres idosas de um ambulatório de geriatria de um hospital universitário, N=50, 2023.

Etnia	N	%
Branca	17	34,0
Parda	27	54,0
Preta	5	10,0
Amarela	1	2,0
Estado Civil	N	%
Solteira	7	14,0
Casada	11	22,0
Separada/divorciada	9	18,0
Viúva	22	44,0
União Estável	1	2,0
Religião	N	%
Sem religião	1	2,0
Não sabe	1	2,0
Catolicismo	34	68,0
Evangélica	12	24,0
Mórmon	2	4,0
Escolaridade	N	%
Sem instrução ou <1 ano de estudo	7	14,0
Ensino fundamental incompleto	17	34,0
Ensino fundamental completo	4	8,0
Ensino médio incompleto	3	6,0
Ensino médio completo	8	16,0
Ensino superior incompleto	2	4,0
Ensino superior completo	9	18,0
Renda	N	%
Até R\$ 1100,00	15	30,0
R\$ 1100,01 a R\$ 2.200,00	15	30,0
R\$ 2.200,01 a R\$ 4.400,00	15	30,0
R\$ 4.400,01 a R\$ 6.600,00	4	8,0
Mais de R\$ 11.000,00	1	2,0

Fonte: elaboração própria. Dados da pesquisa.

A tabela 2 apresenta os resultados de hábitos de vida e estado nutricional das

participantes do estudo. A maior parte das idosas nunca fumou (62,0%), não consome

bebidas alcoólicas, não pratica atividades físicas regularmente (52,0%) e apresenta sobrepeso (48,0%).

Tabela 2. Distribuição da frequência de tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, atividade física regular e estado nutricional de mulheres idosas de um ambulatório de geriatria de um hospital universitário, N=50, 2023.

Tabagismo	N	%
Nunca fumou	31	62,0
Fumante	2	4,0
Ex-fumante	17	34,0
Consumo de bebida alcoólica	N	%
Nunca	41	82,0
Uma vez por ano	1	2,0
Algumas vezes por ano	6	12,0
Uma vez por mês	1	2,0
Uma vez por dia	1	2,0
Atividade física regular	N	%
Sim	24	48,0
Não	26	52,0
Estado nutricional	N	%
Baixo peso	9	18,0
Eutrófica	17	34,0
Sobrepeso	24	48,0

Fonte: elaboração própria. Dados da pesquisa.

Foram coletados dados sobre outras questões de saúde e histórico cirúrgico. As questões de saúde mais frequentes (frequência maior do que 10%) foram: hipertensão arterial sistêmica (78%), catarata (48%), osteoartrite (48%), distúrbios do sono (42%), ansiedade (42%), osteoporose (36%), dislipidemia (36%), incontinência urinária (36%), diabetes mellitus (34%), nódulos tireoidianos (24%), doença do refluxo gastroesofágico (24%), insuficiência venosa crônica (22%), glaucoma (20%), depressão (18%), hipotireoidismo (18%), gastrite (18%),

humor deprimido (16%), vertigem posicional paroxística benigna (16%), constipação (16%), osteopenia (14%), diverticulose (14%), história de acidente vascular cerebral (12%), hérnia de disco (12%) e fibromialgia (12%). Em relação ao histórico cirúrgico, 16% das idosas realizaram histerectomia e perineoplastia. Dentre as questões de saúde com frequência igual ou menor a 10% destacam-se a hipoacusia (10%), cisto/nódulo mamário (10%), urolitíase (8%), distopia genital (8%), pré-diabetes mellitus (6%), doença

pulmonar obstrutiva crônica (6%) e asma (6%).

Em relação à análise de QV, observa-se que a pontuação média da avaliação geral de QV do WHOQOL-BREF foi de 14,07 ($\pm 2,01$) entre as idosas (Tabela

3), dentro de um intervalo de pontuação de 4 a 20. Quanto aos domínios analisados, a maior média obtida foi no domínio de Relações Sociais (15,97 $\pm 2,66$) e as menores no domínio Físico (13,13 $\pm 2,43$) e Meio Ambiente (13,85 $\pm 2,22$).

Tabela 3. Pontuações médias do WHOQOL-BREF das idosas atendidas no ambulatório de Geriatria de Hospital Universitário, N=50, 2023.

Domínios	Média	Desvio padrão	Coefficiente de variação	Valor mínimo	Valor máximo	Amplitude
Físico	13,13	2,43	18,54	8,00	18,29	10,29
Psicológico	14,43	2,72	18,83	6,00	19,33	13,33
Relações sociais	15,97	2,66	16,65	9,33	20,00	10,67
Meio ambiente	13,85	2,22	16,05	8,50	18,50	10,00
Autoavaliação da QV	14,28	3,50	24,51	4,00	20,00	16,00
Total	14,07	2,01	14,29	9,08	18,00	8,92

Fonte: elaboração própria. Dados da pesquisa.

Quanto ao WHOQOL-OLD, a pontuação média do grupo foi 67,09 ($\pm 13,70$) (Tabela 4), dentro de um intervalo possível de 0 a 100. As maiores médias

foram observadas nas facetas de Funcionamento do Sensório (71,63 $\pm 20,45$) e Intimidade (69,88 $\pm 21,64$). Já a menor foi em Morte e Morrer (60,88 $\pm 28,95$).

Tabela 4. Escore Transformado do WHOQOL-OLD das idosas atendidas no ambulatório de Geriatria de Hospital Universitário, N=50, 2023.

Facetas	Média	Desvio padrão	Coefficiente de variação	Valor mínimo	Valor máximo	Amplitude
Funcionamento do sensorio	71,63	20,45	28,55	31,25	100,00	68,75
Autonomia	65,69	16,54	25,18	31,25	100,00	68,75
Atividades passadas, presentes e futuras	67,50	17,22	25,51	12,50	100,00	87,50
Participação social	66,88	19,69	29,45	12,50	100,00	87,50
Morte e morrer	60,88	28,95	47,56	0,00	100,00	100,00
Intimidade	69,88	21,64	30,97	0,00	100,00	100,00
Qualidade de vida Geral	67,09	13,70	20,42	37,50	91,67	54,17

Fonte: elaboração própria. Dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

A Organização Mundial de Saúde define qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.¹³ Neste sentido, os quatro domínios da versão abreviada do WHOQOL podem auxiliar na compreensão dos aspectos multifatoriais da QV, tais como a saúde física e psicológica, relações sociais e meio ambiente.¹³ Observa-se, portanto, que o conceito de QV é complexo. Envolve aspectos da saúde física, de vínculos sociais, estado psíquico, nível de independência e a interação do indivíduo com o ambiente que o cerca.³ A avaliação

da QV entre idosos pode ser uma estratégia importante para descrição da satisfação nessa fase da vida, além de auxiliar na definição de estratégias de políticas locais.¹⁵

O envelhecimento é um processo natural, em que a pessoa tende a ficar gradativamente mais vulnerável e dependente em suas atividades de vida diária. A compreensão deste processo de forma mais ampla, considerando aspectos físicos e de qualidade de vida pode ajudar a melhorar as estratégias de cuidado por parte dos profissionais de saúde.

Em relação perfil sociodemográfico, os resultados obtidos neste estudo mostram predomínio de mulheres pardas (54%), com ensino fundamental incompleto (34%) e com renda

de até R\$ 4400,00 (90%). Em concordância com nossos achados, um estudo observou baixas escolaridade e renda nos idosos estudados.¹⁶ As baixas escolaridade e a renda podem refletir na qualidade de vida, especialmente, no quesito fragilidade e limitação social.¹⁷ A escolaridade pode contribuir para um envelhecimento mais autônomo, facilitando o acesso a melhores oportunidades de emprego, melhor administração da renda e minimizando o impacto da condição socioeconômica em relação à qualidade de vida.³

Em nossa amostra, foi observado que 44% das idosas eram viúvas e 68% se declararam como católicas. Resultado semelhante foi observado em um estudo¹⁸ realizado na cidade do Recife, Pernambuco, em idosas participantes de um projeto. É possível supor que a maior frequência de viúvas se deve ao fato de as mulheres possuírem maior expectativa de vida comparadas aos homens, pois cuidam mais de sua saúde. Outro fator que pode explicar este resultado é que mulheres idosas tendem a permanecer viúvas ou sozinhas, após a morte do cônjuge.¹⁹

Em relação ao peso, foi observado que 48% das idosas apresentavam sobrepeso. Um estudo²⁰ evidenciou maior prevalência de excesso de peso nas mulheres do que nos homens. No entanto, houve diminuição da prevalência do excesso de peso com o avançar da idade. O

excesso de peso é reflexo das mudanças mundiais na alimentação. O consumo cada vez maior de alimentos ultraprocessados e com baixo valor nutricional, associado à redução da prática de atividades físicas têm contribuído para este cenário.²⁰ Nosso estudo identificou que 52% das idosas não praticam atividade física, o que pode explicar a alta frequência de sobrepeso em nossa amostra, ainda que o consumo de alimentos não tenha sido avaliado. As atividades físicas e o lazer ajudam na promoção da socialização da idosa, tornando-a ativa. Ainda, auxiliam na percepção de controle e diminuição de sintomas depressivos.³

Analisando o perfil de saúde das idosas de nosso estudo, observamos que todas apresentavam algum problema de saúde. Houve predomínio de doenças e agravos não transmissíveis e crônicos.¹ Os mais frequentemente observados foram hipertensão arterial sistêmica (78%), catarata (48%) e osteoartrite (48%). Os problemas de saúde observados são prevalentes entre os idosos, resultantes do processo de envelhecimento. Em nossa amostra, a alta frequência de hipertensão arterial sistêmica pode estar associada ao sobrepeso e baixa atividade física (52% não praticam). É válido ressaltar que estes resultados podem ser influenciados pelas características da amostra, acompanhada por especialistas focais. Ainda, a condição

econômica mais baixa está associada ao menor acesso ao serviço de saúde e vulnerabilidade social, ocasionando o comprometimento funcional e maior incidência de fatores de risco e suscetibilidade a problemas de saúde.³

A qualidade de vida foi avaliada por meio de dois instrumentos, o WHOQOL-BREF e o WHOQOL-OLD, a fim de que aspectos específicos do envelhecimento pudessem ser identificados. De nosso conhecimento, a aplicação de dois questionários de qualidade de vida, considerados complementares na avaliação de qualidade de vida de idosas atendidas em serviço especializado, é inédito na literatura. A pontuação média da avaliação de QV pelo WHOQOL-BREF¹⁰ foi de 14,07 ($\pm 2,01$). Considerando a pontuação de 4-20, podemos inferir que as idosas de nossa amostra apresentam uma QV relativamente boa. Já no WHOQOL-OLD¹¹, a pontuação média do grupo foi de 67,09 ($\pm 13,70$), uma QV que pode ser considerada boa mediante o intervalo possível de 0 a 100. Teles et al. (2021)⁹ observaram no domínio geral sobre qualidade de vida uma média de 67,84, muito semelhante aos nossos resultados. Para o WHOQOL-OLD, os mesmos autores⁹ dividiram as idosas em grupos com e sem companheiro, obtendo médias de 7,88 e 7,19, respectivamente. A discrepância das médias observadas para o instrumento

WHOQOL-OLD provavelmente se deve à diferença na forma em que os resultados foram avaliados.

Quanto ao WHOQOL-BREF, observamos melhor pontuação no domínio de Relações Sociais (15,97 $\pm 2,66$), que abrange relações pessoais, suporte/apoio social e atividade sexual.⁶ Resultados semelhantes foram encontrados em estudo¹⁵, com maiores pontuações de QV nos domínios de relações sociais (75,10 $\pm 17,27$) e psicológico (69,69 $\pm 15,33$), observados em idosos de uma comunidade do estado do Rio Grande do Sul.¹⁵ Um estudo⁹ encontrou maior pontuação no Domínio Psicológico (67,45 $\pm 9,86$). Autores²¹ observaram maiores médias nos Domínios Psicológico e Social (83,3) entre as praticantes de pilates, com faixa etária entre 70 a 74,9 anos.

As menores pontuações no WHOQOL-BREF correspondem aos domínios Físico e de Meio ambiente, que avaliam, respectivamente, dor e desconforto, energia e fadiga; segurança física e proteção, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, acesso a lazer, informação e a novas habilidades, e ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima e transporte).⁶ Na literatura, encontramos uma associação significativa entre doenças crônicas, principalmente diabetes e hipertensão, com a percepção negativa de saúde por parte das pacientes⁵,

o que pode ser estendido para a autopercepção de QV. Isso refletiria na pontuação principalmente de domínios que abordam a autopercepção física e de saúde. Nossos resultados corroboram em estudo em mulheres idosas com 90 anos ou mais na Polônia.²

No WHOQOL-OLD observam-se boas pontuações, considerando a pontuação média do questionário ($67,09 \pm 13,70$), nas facetas de Participação social ($66,88 \pm 19,69$) e de Intimidade ($69,88 \pm 21,64$), que avaliam respectivamente participação em atividades do cotidiano, principalmente na comunidade, e o desenvolvimento de relações interpessoais.⁶ Considerando esses achados, pode-se supor que nesse grupo há presença consistente de rede de apoio, porém com certo prejuízo na autonomia das idosas, faceta com a segunda pontuação mais baixa no questionário WHOQOL-OLD ($65,69 \pm 16,54$).

A respeito dos resultados correspondentes ao WHOQOL-OLD, observaram-se melhores pontuações nas facetas de Funcionamento do Sensorio e Intimidade, achados que coincidem com resultados de outro estudo que abordou QV com idosas das cinco regiões do Brasil.⁴ A primeira faceta avalia o funcionamento das habilidades sensoriais e o impacto de sua perda na QV, a outra faceta avalia as relações interpessoais, sentimentos de companheirismo e a experiência do amor.⁴

Esses dois componentes podem ser considerados interligados, já que os cinco sentidos concedem às idosas a capacidade de interagir com outros indivíduos e de se envolver em atividades sociais.¹⁰ Vale destacar que o trabalho antes mencionado realizou coleta online⁴, o que acabou por selecionar, no geral, idosas mais jovens e de maior nível de escolaridade, com acesso a ferramentas tecnológicas. Isso supostamente repercutiria no padrão de QV, principalmente relativo à comparação entre as facetas⁴, já que o grupo apresentaria mais oportunidades de interação social, de acesso à informação e maior integridade de seus sentidos. Porém, observou-se que, apesar dos perfis socioeconômicos distintos dos trabalhos, o panorama de QV quanto às facetas mostrou resultados semelhantes. É relevante salientar que as notas absolutas foram mais baixas no presente estudo, resultado esperado de uma amostra com menores níveis de escolaridade e de renda.⁴

CONCLUSÃO

Nesse trabalho, foi possível caracterizar o perfil de saúde e a qualidade de vida das idosas que frequentam o ambulatório de geriatria de um hospital universitário localizado na região Nordeste do Brasil.

A amostra foi majoritariamente composta por idosas não brancas, viúvas, católicas, com baixa escolaridade,

sedentárias, em sobrepeso, não fumantes e não etilistas, com renda mensal entre baixa e média-baixa. Houve importante ocorrência de queixas de caráter não transmissível, crônico, com destaque para a prevalência de 78% de hipertensão arterial sistêmica.

Os domínios mais bem pontuados foram os de relações sociais e psicológico, no WHOQOL-Bref. No WHOQOL-Old, as facetas melhor pontuadas foram funcionamento do sensorio e intimidade.

Quanto às limitações, na literatura, estudos semelhantes a este não foram encontrados, dificultando a comparação de achados e discussão de muitos dos nossos resultados. Ainda, a amostra foi composta por idosas assistidas na atenção secundária à saúde, o que pode ser considerado um viés, já que seleciona de certa forma a natureza das queixas. Além disso, buscam atendimento especializado justamente mulheres não saudáveis, o que pode interferir também na percepção de QV.

Apesar das limitações deste estudo, espera-se que esses resultados possam contribuir com dados que auxiliem no manejo das demandas da mulher idosa.

Fonte de Financiamento: própria

REFERÊNCIAS

1. Medeiros KKAS, Coura AS, Ferreira RT. O aumento do contingente populacional de idosos no Brasil e a

- atenção primária à saúde: uma revisão de literatura. *Arq Ciências Saúde UNIPAR* [Internet]. 2017 [citado em 31 out 2024]; 21(3):201-207. Disponível em: <http://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/viewFile/6034/3500>
2. Negrini ELD. Envelhecimento e funcionalidade: uma análise de trajetórias [Internet]. [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2020 [citado em 31 out 2024]. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6141/tde-25082020-113348/publico/tese_EtienneDuum_versaofinal.pdf
3. Santos NR, Souza CL, Ferreira AS, Alves JP, Reis VN, Silva ES. Fatores relacionados à qualidade de vida da mulher idosa no município de Guanambi (BA). *Estud Interdiscip Envelhec*. [Internet]. 2019 [citado em 31 out 2024]; 24(2):61-79. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/82833/55866>
4. Souza Júnior EVD, Rosa RS, Cruz DP, Silva Filho BFD, Santos BFMD, Silva CDS, et al. Função sexual e sua associação com a sexualidade e a qualidade de vida de mulheres idosas. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. [Internet]. 2023 [citado em 31 out 2024]; 27(2):e20220227. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/8JnqPYbyZkwRxzR7NKHJ9Nm/?format=pdf&lang=pt>
5. Leite FMC, Silva JAS, Luis MA, Batisa KM, Lima EFA. Autopercepção de saúde de usuárias da atenção primária. *Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J, Online)* [Internet]. 2021 [citado em 31 out 2024]; 13:802-808. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1222726#fulltext_urls_biblio-1222726
6. WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: rationale and current status. *Int J Ment Health* [Internet]. 1994 [citado em 31 out 2024]; 23(3):24-56. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00207411.1994.11449286>
7. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina de Porto

- Alegre. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Psiquiatria: Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) 1999. Porto Alegre: UFRGS, 2010.
<https://doi.org/10.1590/S0034-89101999000200012>
8. Doosti-Irani A, Nedjat S, Nedjat S, Cheraghi P, Cheraghi Z. Quality of life in Iranian elderly population using the SF-36 questionnaire: systematic review and meta-analysis. *East Mediterr Health J.* [Internet]. 2019 [citado em 31 out 2024]; 24(11):1088-1097. Disponível em: https://applications.emro.who.int/EMHJ/v24/11/EMHJ_2018_24_11_1088_1097.pdf
9. Teles MAB, Medeiros MRB, Moura NSV, Santos CS, Souza JA, Dias CRP, et al. Qualidade de vida de idosas participantes de um grupo de convivência no município de Bocaiúva-MG. *Rev Saúde Pública Paraná* [Internet]. 2021 [citado em 31 out 2024]; 4(2):75-89. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/503/210>
10. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C. Desenvolvimento e validação da versão em Português do módulo WHOQOL-OLD. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2006 [citado em 31 out 2024]; 40(5):785-791. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/npytCGWXXK653V5RqHyktGz/?format=pdf&lang=en>
11. Pedroso B, Pilatti LA, Gutierrez GL, Picinin CT. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. *Rev Bras Qual Vida* [Internet]. 2010 [citado em 31 out 2024]; 2(1):31-36. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/download/687/505>
12. Pedroso B, Pilatti LA, Gutierrez GL. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-OLD pelo Microsoft Excel. *Geriatrics & Gerontology*. 2010; 4(4):214-219. Disponível em: <https://www.brunopedroso.com.br/whoqol-old.html>
13. World Health Organization. WHOQOL: measuring quality of life [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [citado em 31 out 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/tools/whoqol>
14. Landeiro GMB, Pedrozo CCR, Gomes MJ, Oliveira ERA. Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados Scielo. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2011 [citado em 31 out 2024]; 16(10):4257-1266. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/RSCBZFWcKKsp43vCvdCzTth/?format=pdf&lang=pt>
15. Vitorino LM, Paskulin LMG, Vianna LAC. Qualidade de vida de idosos da comunidade e de instituições de longa permanência: estudo comparativo. *Rev LatinoAm Enferm.* [Internet]. 2013 [citado em 10 jun 2024]; 21(N Esp):3-11. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/flae/article/view/52920/56898>
16. Braga JAC, Prestes YA, Santos AF, Oliveira HGA, Souza K, Oliveira DC, et al. Perfil cognitivo e de funcionalidade de idosos comunitários residentes no interior do estado do Amazonas. *Saúde Redes* [Internet]. 2023 [citado em 31 out 2024]; 9(Supl 6):4353. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/4353/1301>
17. Doimo LA, Derntl AM, Lago OC. O uso do tempo no cotidiano de mulheres idosas: um método indicador do estilo de vida de grupos populacionais. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2008 [citado em 31 out 2024]; 13(4):1133-1142. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rrm3LnNS9R6nQdFDZNHftHG/?format=pdf&lang=pt>
18. Cartaxo HGO, Silva EAPC, Santos ARM, Siqueira GBS, Pazzola PM, Silvestre CMMF. Percepção de idosas sobre o envelhecimento com qualidade de vida: subsídio para intervenções públicas. *Rev Rene* [Internet]. 2012 [citado em 31 out 2024]; 13(1):158-168. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3787/2992>
19. Cauduro A, Gonçalves AJ, Cauduro MHF. Fatores associados a morar sozinho e suas diferenças regionais em idosos residentes de porto alegre e manaus. *Estud*

- Interdiscip Envelhec. [Internet]. 2013 [citado em 10 jun 2024]; 18(2):349-365. Disponível em:
<https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhec/article/view/36960/27662>
20. Martins RBM, Torres JL, Moreira BS, Lima-Costa MF, Ygnatios NTM. Características sociodemográficas associadas ao baixo peso e ao excesso de peso em adultos com 50 anos ou mais (ELSI-Brasil): diferenças entre sexos. Cad Saúde Pública [Internet]. 2024 [citado em 31 out 2024]; 40(1):e00037023. Disponível em:
<https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/8499/18952>
21. Costa TRA, Vagetti GC, Piola TS, Silva MP, Pacífico AB, Bozza R, et al. Comparação da percepção da qualidade de vida em idosas praticantes e não praticantes do Método Pilates. Cad Saúde Colet (Rio J). [Internet]. 2018 [citado em 31 out 2024]; 26(3):261-9. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/hdvR8nGdSynsdSvwsv8ygmD/?format=pdf&lang=pt>
22. Pinkas J, Gujski M, Humeniuk E, Raczkiwicz D, Bejga P, Owoc A, Bojar I. State of health and quality of life of women at advanced age. Med Sci Monit. [Internet]. 2016 [citado em 31 out 2024]; 22:3095-3105. Disponível em:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5017687/pdf/medscimonit-22-3095.pdf>

RECEBIDO: 05/10/23

APROVADO: 23/10/24

PUBLICADO: 11/2024