

Rausch Pereira, Keila Cristina; Alvarez, Angela Maria; Traebert, Jefferson Luiz
Contribuição das condições sociodemográficas para a percepção da qualidade de vida em idosos
Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, vol. 14, núm. 1, 2011, pp. 85-95
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403834041010>



Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia,
ISSN (Versão impressa): 1809-9823
revistabgg@gmail.com
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Brasil

Contribuição das condições sociodemográficas para a percepção da qualidade de vida em idosos

Contribution of socio-demographic conditions for the perception of quality of life in the elderly

Keila Cristina Rausch Pereira¹
Angela Maria Alvarez²
Jefferson Luiz Traebert¹

Resumo

Com o aumento da expectativa de vida da população, torna-se importante garantir aos idosos maior longevidade com qualidade de vida. Este estudo objetivou estimar a contribuição das condições sociodemográficas na percepção de qualidade de vida em idosos participantes dos grupos de convivência. Foram realizadas entrevistas com 141 idosos, sobre questões relacionadas a variáveis sociodemográficas e autoavaliação da qualidade de vida. O X^2 foi utilizado para testar associações. Para o domínio físico, as variáveis foram inseridas em um modelo de regressão logística múltipla não condicional. Resultados: 73% dos idosos responderam estar satisfeitos com sua qualidade de vida e 69,5% avaliaram sua saúde como boa. No domínio ambiental, a renda familiar e a escolaridade mostraram-se associadas. No domínio físico, a renda familiar, a escolaridade, a condição de estar sozinho e a idade de 80 anos ou mais mostraram-se associadas. A maioria da população investigada classificou sua qualidade de vida como boa, mas a idade avançada mostrou-se estatisticamente associada à pior percepção de qualidade de vida no domínio físico.

Palavras-chave: Qualidade de Vida. Idosos. Envelhecimento.

Abstract

With the increase in life expectancy, it becomes important to ensure the elderly greater longevity with quality of life. This study aimed to estimate the contribution of socio-demographic conditions in the worst perception of quality of life in groups of elderly people. A sample of 141 elderly was interviewed regarding socio-demographic conditions and self-assessment of the quality of life. The X^2 was used to test associations. For the physical domain, the variables were entered into a model of non-conditional multiple logistic regression; 73% of the elderly

¹ Universidade do Sul de Santa Catarina. Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde e de Ciências Sociais Aplicadas.

² Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Enfermagem. Florianópolis, SC, Brasil

Correspondência / Correspondence

Keila Cristina Rausch Pereira
Rua Almirante Lamego, 910/604-B
88015-600 – Florianópolis, SC, Brasil
E-mail: keila.pereira@unisul.br

answered to be satisfied with their quality of life and 69.5% rated their health as good. At the environmental domain, family income and education showed to be statistically associated. Family income, education, the condition of not having companionship currently and the age of 80 years or more showed association in the physical domain. The majority of the population investigated rated their quality of life as good or very good, however advanced age proved to be statistically associated with the worst perception of quality of life in the physical domain.

Key words: Quality of life. Elderly. Ageing.

INTRODUÇÃO

Uma das maiores realizações da humanidade é o prolongamento da vida do ser humano. Entretanto, este ganho não se distribui de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos¹ e viver mais não satisfaz ao anseio do ser humano se este não puder desfrutar do acréscimo de anos de vida com qualidade.²

O aumento da expectativa de vida, o desenvolvimento da tecnologia, a globalização e o acesso democrático às informações modificaram o perfil do indivíduo do século XXI e a sociedade em sua macroesfera.³ A busca pela qualidade de vida tornou-se uma constante, que extrapola as classes sociais, culturais, econômicas e até a cronologia de vida das pessoas.

O processo de envelhecimento humano com qualidade de vida assume múltiplas definições. Entender este fenômeno, as modificações biológicas que remodelam o corpo, as modificações psicológicas que diferenciam a sabedoria e a emoção, e as sociais que humanizam o homem, é compreender que qualidade de vida na velhice adquire aspectos específicos.⁴ É na velhice que as diferenças individuais se exacerbam mais do que qualquer outro grupo etário.⁵

A qualidade de vida 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, por exemplo, as doenças crônico-degenerativas, com a capacidade de resolução de problemas e com o desempenho e competência social.^{4,6,7} Segundo

Williams,⁵ essas condições são críticas à manutenção da integridade, da independência e da autonomia de uma pessoa e interfere na sua percepção de qualidade de vida. Para Paschoal,⁴ essas condições também dificultam o estudo de qualidade de vida, pois os valores e experiências estão associados à capacidade adaptativa da pessoa.

Meira et al.⁸ se reportam à mobilização social de grupos de convivência para a terceira idade como facilitadores da capacidade de adaptação do idoso frente ao processo de envelhecimento e longevidade. Segundo as autoras, há um reconhecimento de que os idosos participantes dos grupos de convivência estão reinseridos na sociedade. Este exercício de prática social que envolve o bem-estar individual e coletivo favorece a adaptação no processo de modificações. O envelhecimento ativo reconstrói a cultura e o papel social do idoso, solidificando sua autonomia, modificando valores e percepções, sendo promotor de oportunidades para requalificar a vida.

Portanto, grupo de convivência não seria apenas um local de ajuntamento de idosos interagindo, mas um sistema diferenciado que modifica os envolvidos.⁹ Viver em grupo é dar oportunidade para que a pessoa aprenda formas de comunicação e regras para convívio, conhecimento acerca de si e do mundo e construa a própria identidade. Incorpora aspectos positivos e negativos, percepções de si e do outro, autoestima, diferentes graus de envolvimento afetivo e múltiplos intercâmbios.^{10,11}

Em todo o Brasil, os grupos de convivências se manifestam como uma forma de organização social de idosos em bairros, clubes, associações e igrejas. Estes grupos organizados têm sido

apoiados e incentivados pelo poder público através das secretarias de Assistência Social dos municípios.

Baseados no pressuposto de que a participação em grupos oportuniza benefícios, este estudo buscou verificar qual a percepção de qualidade de vida de idosos participantes de grupos de convivência. Para responder a esta questão, o objetivo da pesquisa foi estimar a contribuição das condições sociodemográficas na percepção de qualidade de vida em idosos participantes dos grupos de convivência do município de Florianópolis, SC.

MÉTODOS

A pesquisa caracterizou-se como um estudo transversal envolvendo indivíduos acima de 60 anos moradores no município de Florianópolis, SC, participantes de grupos de convivência no ano de 2006. Segundo dados do DATASUS, no município de Florianópolis a população de idosos era de 39.536.

Para o cálculo do tamanho da amostra, foram utilizados os seguintes parâmetros: população de 2.613 idosos que frequentavam grupos de convivência em 2006¹² (6,7% da população de idosos do município), nível de confiança de 95% ($\alpha = 5\%$), prevalência esperada de pior percepção de qualidade de vida de 14%⁶ e uma margem de erro de 5%, o que gerou o número de 179 idosos.

A seleção amostral foi realizada da seguinte forma: os 81 grupos de convivência existentes na cidade foram divididos de acordo com o número de participantes e classificados em pequeno porte (7 a 30 participantes), médio porte (31 a 60 participantes) e grande porte (acima de 60 participantes) com o propósito de compor a amostra proporcionalmente. Um terço (60 indivíduos) do total da amostra foi aleatoriamente sorteado em cada grupo, a partir de listagens com nome e endereço dos componentes, fornecidas pelos coordenadores dos grupos.

Por telefone, a entrevista foi agendada de acordo com a disponibilidade do idoso. Os

dados foram coletados por meio de entrevista ocorrida na residência de cada indivíduo, contendo questões sobre a idade, gênero, ter ou não companheiro(a), escolaridade e renda familiar. As questões relativas à percepção da qualidade de vida foram feitas por meio do questionário WHOQOL-Bref proposto pela Organização Mundial da Saúde¹³ e validado no Brasil por Fleck et al..¹⁴

O WHOQOL-Bref foi desenvolvido pelo *The WHOQOL Group*¹³ que contemplou a qualidade de vida refletindo a percepção dos indivíduos acerca da satisfação de suas necessidades ou ainda, que lhes estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a autorrealização, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas.¹⁵ O instrumento é composto por quatro domínios da qualidade de vida: a capacidade física, o bem-estar psicológico, as relações sociais e o meio ambiente onde o indivíduo está inserido. Os domínios do instrumento são compostos por perguntas sobre vida cotidiana da pessoa, cujas respostas devem estar impregnadas da realidade vivenciada pelos indivíduos. Para compor o domínio físico, são efetuadas perguntas sobre dor e desconforto, dependência diária do indivíduo quanto ao uso de medicações, sua energia e fadiga nas atividades cotidianas, sono e repouso e capacidade de realizar trabalho. O domínio psicológico aborda questões relacionadas aos sentimentos positivos e negativos, espiritualidade, crença pessoal e religião, além de questões sobre aparência e autoestima. O domínio social é composto por questões sobre as relações e interações sociais da pessoa, como a satisfação ao apoio social que desfruta, além de questões sobre atividade sexual. O domínio ambiental, por sua vez, é analisado por meio de perguntas sobre a segurança física e o ambiente do indivíduo, recursos financeiros, satisfação quanto às oportunidades de adquirir novas informações, recreação e lazer, acesso e disponibilidade para os cuidados com a saúde e satisfação com o transporte. Além dos quatro domínios, o WHOQOL-Bref também analisa a qualidade de vida global e a satisfação com a saúde em perguntas diretas.^{14,16}

Foram consideradas variáveis dependentes a percepção da qualidade de vida global, a satisfação com a saúde e os domínios que compõem o WHOQOL-Bref. Em cada domínio, os valores atribuídos às respostas foram classificados de acordo com as recomendações dos autores¹³ e, após, dicotomizados nas medianas das distribuições. Desta forma, valores abaixo do percentil 50 foram considerados como respostas nas quais os sujeitos demonstraram “pior percepção de qualidade de vida” no referido domínio. As variáveis explanatórias foram: idade, gênero, ter ou não companheiro(a), escolaridade e renda familiar (cujo ponto de corte foi no primeiro quartil da distribuição, isto é, três salários mínimos)

Um estudo piloto foi realizado com 10% do total da amostra, envolvendo idosos não participantes do plano amostral, para aferir a exequibilidade da proposta metodológica. Observou-se que tal proposta era exequível, sem necessidade de ajustes.

A análise estatística foi iniciada com a descrição dos dados. Utilizou-se o teste do Qui-quadrado para testar a associação entre as variáveis dependentes e as exploratórias. No caso de um

domínio do WHOQOL-Bref, que mostrou diversas variáveis explanatórias associadas, procedeu-se à análise de regressão logística múltipla não condicional através do procedimento stepwise.¹⁷ As variáveis com valor de $p < 0,20$ foram inseridas no modelo, sendo estabelecido $p < 0,05$ para sua manutenção no modelo final.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina (nº 05.176.4.06. III). Foi lido aos idosos selecionados para o estudo um termo de consentimento livre e esclarecido, redigido de acordo com as normas da Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde. Os idosos que concordaram em participar do estudo assinaram o termo consentimento livre e esclarecido em duas vias.

RESULTADOS

Do total de 179 idosos selecionados para a pesquisa, 141 (78,8%) foram entrevistados. A maioria dos idosos era do gênero feminino (64,5%) e 44,0% pertenciam à faixa etária de 60 a 69 anos. O perfil socio-demográfico da população estudada está demonstrado na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos indivíduos acima de 60 anos segundo variáveis sócio-demográficas. Florianópolis, SC, 2006 (n = 141).

VARIÁVEL	n	%
SEXO		
Masculino	50	35,5
Feminino	91	64,5
IDADE (anos)		
60 - 69	62	44,0
70 - 79	45	31,9
80 - 89	27	19,1
90 - 98	7	5,0
RENDA FAMILIAR (SM)*		
Até 3	36	25,5
Acima de 3	105	74,7
ESCOLARIDADE (anos completos)		
Menos de 8	81	57,4
8 e mais	60	42,6
TER COMPANHEIRO(A) ATUALMENTE		
Sim	50	35,5
Não	91	64,5

Valor do Salário Mínimo em maio de 2006 = R\$ 350,00.

No que diz respeito à percepção global de qualidade de vida, observou-se que 73,0% (IC95% 65,7-80,3) dos indivíduos classificaram-na como “muito boa” ou “boa”.

Já em relação à satisfação com a saúde, 69,5% (IC95% 62,0-77,0) responderam estar “muito satisfeito” ou “satisfeito” (tabela 2).

Tabela 2- Distribuição da auto-avaliação da qualidade de vida e a satisfação com a saúde. Florianópolis, SC, 2006 (n=141).

	n	%	IC95%
QUALIDADE DE VIDA			
Muito boa	15	10,6	5,6-15,6
Boa	88	62,4	54,4-70,4
Nem boa, nem ruim	32	22,7	15,8-29,6
Ruim	6	4,3	1,0-7,6
Muito ruim	0	0,0	-
SATISFAÇÃO COM A SAÚDE			
Muito satisfeito	10	7,1	2,9-11,3
Satisfeito	88	62,4	54,4-70,4
Nem satisfeito, nem insatisfeito	35	24,8	17,7-31,9
Insatisfeito	7	5,0	1,4-8,6
Muito insatisfeito	1	0,7	0,01-2,0

Os estudos de associação mostraram significância estatística entre autopercepção da qualidade de vida “muito ruim/ruim/nem ruim nem boa” e escolaridade inferior a oito anos de estudo ($p=0,022$). Da mesma forma, a

escolaridade mais baixa mostrou-se associada com a autoavaliação de saúde em que os idosos responderam estar “muito insatisfeitos/insatisfeitos/nem satisfeitos nem insatisfeitos” ($p=0,033$) (tabela 3).

Tabela 3 - Associação entre auto-avaliação da qualidade de vida e a satisfação com a saúde. Florianópolis, SC, 2006 (n = 141).

VARIÁVEIS	Qualidade de vida muito ruim/ruim/nem ruim nem boa			Muito insatisfeito/insatisfeito/nem satisfeito, nem insatisfeito com a saúde		
	n	%	p	n	%	p
GÊNERO			0,850			0,924
Masculino	13	26,0		15	30,0	
Feminino	25	27,0		28	30,8	
RENDIA FAMILIAR (SM)*			0,171			0,501
Até 3	25	31,6		25	31,6	
Mais que 3	12	21,1		15	26,3	
ESCOLARIDADE (anos de estudo completados)			0,022			0,033
Menos de 8	23	36,5		25	39,7	
8 ou mais	15	19,2		18	23,1	
IDADE (anos)			0,727			0,412
Até 79	30	26,3		33	28,9	
80 ou mais	8	29,6		10	37,0	
TER COMPANHEIRO(A) ATUALMENTE			0,326			0,104
Sim	11	22,0		11	22,0	
Não	27	29,7		32	35,2	

* Valor do Salário Mínimo em maio de 2006 = R\$ 350,00.

* Perda de informação,

Valores de p: teste do qui-quadrado de Pearson.

Quando se estudaram as eventuais associações das variáveis sociodemográficas e a “pior percepção de qualidade de vida” nos domínios propostos no WHOQOL-Bref, foram observadas situações diversas. Nenhuma das variáveis estudadas se mostrou associada nos domínios social e psicológico. Enquanto isto, no domínio ambiental, a renda familiar inferior a três salários

mínimos ($p=0,004$) e a escolaridade inferior a oito anos de estudo ($p=0,008$) mostraram-se associadas. Já no domínio físico, também a renda inferior a três salários mínimos ($p=0,018$), a escolaridade inferior a oito anos de estudo ($p=0,010$), a condição de não ter companheiro(a) ($p=0,011$) e a idade de 80 anos ou superior ($p<0,001$) mostraram-se associadas (tabela 4).

Tabela 4 - Associações entre escores inferiores nos domínios do WHOQOL-BREF e variáveis sócio-demográficas. Florianópolis, SC, 2006 (n = 141).

VARIÁVEIS	Escore inferior WHOQOL-BREF - Domínio físico			Escore inferior WHOQOL-BREF - Domínio psicológico			Escore inferior WHOQOL-BREF - Domínio social			Escore inferior WHOQOL-BREF - Domínio ambiental		
	n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p
GÊNERO			0,249			0,940			0,244			0,197
Masculino	17	34,0		19	38,0		22	44,0		18	36,0	
Feminino	40	44,0		34	37,4		31	34,1		43	47,3	
RENDIA FAMILIAR (SM)*			0,018			0,987			0,106			0,004
Até 3	37	46,8		29	36,7		24	30,4		42	53,2	
Mais que 3	16	28,1		21	36,8		25	43,9		16	28,1	
ESCOLARIDADE (anos de estudo completados)			0,010			0,417			0,198			0,008
Menos de 8	33	52,4		26	41,3		20	31,7		35	55,6	
8 ou mais	24	30,8		27	34,6		33	42,3		26	33,3	
IDADE (anos)			<0,001			0,413			0,342			0,569
Até 79	37	32,5		41	36,0		45	39,5		48	42,1	
80 ou mais	20	47,1		12	44,4		8	29,6		13	48,1	
TER COMPANHEIRO(A) ATUALMENTE			0,011			0,661			0,423			0,197
Sim	13	26,0		20	40,0		21	42,0		18	36,0	
Não	44	48,4		33	36,3		32	35,7		43	47,3	

* Valor do Salário Mínimo em maio de 2006 = R\$ 350,00.

* Perda de informação,

Valores de p: teste do qui-quadrado de Pearson.

Os resultados da análise de regressão logística múltipla não condicional realizada para o domínio físico são mostrados na tabela 5. Das variáveis independentes, somente a idade se manteve associada à “pior percepção de qualidade de vida” no domínio físico. Ter 80 anos ou mais aumentou

a chance de relato de “pior percepção” da qualidade de vida [OR 4,46 (CI95% 1,59; 12,48)] (p = 0,004), se comparado com indivíduos com menos de 80 anos de idade. As demais variáveis foram retiradas do modelo por perda de significância estatística. O modelo final foi ajustado por gênero.

Tabela 5 - Resultados da análise de regressão logística múltipla para escores inferiores WHOQOL-BREF - Domínio físico. Florianópolis, SC, 2006.

VARIÁVEIS	OR _{bruta} (IC95%)	p	OR _{ajustada} (IC95%)	p
DOMÍNIO FÍSICO				
IDADE (anos)		<0,001		0,004
Até 79	1,00		1,0	
80 ou mais	5,94 (2,30; 15,31)		4,46 (1,59; 12,48)	
TER COMPANHEIRO(A)		0,011		#
ATUALMENTE				
Sim	1,00		#	
Não	2,66 (1,25; 5,66)			
ESCOLARIDADE (anos de estudo completados)		0,010		#
Menos de 8	1,00		#	
8 ou mais	2,47 (1,24; 4,93)			
RENDIA FAMILIAR (SM)*		0,018		#
Até 3	1,00		#	
Mais que 3	2,25 (1,09; 4,67)			
DOMÍNIO AMBIENTAL**				
GÊNERO		0,197		#
Masculino	1,00		#	
Feminino	1,59 (0,78; 3,23)			
ESCOLARIDADE (anos de estudo completados)		0,008		0,012
Menos de 8	1,00		1,00	
8 ou mais	2,64 (1,30; 5,33)		2,49 (1,22; 5,08)	
RENDIA FAMILIAR (SM)***		0,004		#
Até 3	1,00		#	
Mais que 3	2,91 (1,40; 6,02)			
TER COMPANHEIRO(A)		0,197	#	#
ATUALMENTE				
Sim	1,00			
Não	1,59 (0,78; 3,23)			

*Ajustado por gênero.

** Ajustado por idade

*** Valor do Salário Mínimo em maio de 2006 = R\$ 350,00.

Retirada do modelo por perda de significância.

Hosmer & Lemeshow Modelo Domínio Físico - p= 0,924.

Hosmer & Lemeshow Modelo Domínio Ambiental - p=0,976

DISCUSSÃO

O conceito de qualidade de vida assume variadas definições de acordo com o constructo assumido pelas diversas linhas de pesquisa. No entanto, é consenso que o conceito de qualidade de vida na velhice está relacionado com a adaptação.^{4,18} As sociedades modernas, juntamente com os avanços do setor saúde, têm como meta a qualidade de vida das pessoas. Dentre importantes avanços obtidos no Brasil, pode-se citar a Política Nacional do Idoso,¹⁹ que clarifica

a cidadania dos idosos estabelecendo programas específicos da saúde do idoso (Art. 9^a da Lei n^o 8.842/1994).

Os grupos de convivência para terceira idade têm sido uma estratégia na busca da qualidade de vida. A proposta de grupos como suporte psicológico e social estimula a pessoa envelhecida a exercitar sua capacidade de adaptação e aceitação das suas próprias mudanças decorrentes do processo de envelhecimento, como também a do outro.

O bem-estar ou a qualidade de vida de cada pessoa estão vinculados às perspectivas de envelhecimento ativo, cujas diferenças individuais dependem do contexto sociodemográfico e econômico em que se está inserido, bem como das características culturais e padrões de comportamento.⁸ Nesta pesquisa, as respostas sobre qualidade de vida, quando os idosos foram questionados de forma global, tiveram uma conotação positiva em sua maioria, quer seja na avaliação da própria qualidade de vida, quer seja na avaliação da saúde geral. Hipoteticamente, esses resultados poderiam ser explicados pelo fato de a população estudada participar de grupos de convivência, o que pressupõe, como dito anteriormente, maior exercício de adaptação e independência.⁹ Também seria possível pensar que a percepção positiva da qualidade de vida poderia estar contribuindo para a organização social e participação ativa, corroborando achados de Erbolato,⁹ Carneiro et al.,¹¹ Meire et al.⁸ e Dacye & Travers.¹⁰

Os resultados dos estudos de correlação, a *baixa renda e baixa escolaridade* mostraram-se associados a uma pior percepção de qualidade de vida no domínio ambiental. Ao considerarmos que este domínio aborda questões relacionadas à segurança física, disponibilidade de recursos financeiros, oportunidades de adquirir novas informações, recreação e lazer, e disponibilidade de cuidados com a saúde, a associação poderia ser explicada pelo fato de que essas variáveis demonstraram maior exposição da pessoa idosa a piores condições de moradia e segurança física. Da mesma forma, poderiam diminuir oportunidades de novas informações e acesso aos cuidados de saúde. Alguns depoimentos, quando questionados sobre sua qualidade de vida, evidenciaram estas situações:

“Como posso viver bem nesta casa cheia de degraus. Fico pressa aqui até que alguém venha me tirar deste lugar. Só saio se minhas amigas me ajudarem”. (I98)

“Ói, minha filha eu num sei nem ler direitinho... aí eles vêm com essas maquininhas (computadores) querendo ensinar a gente a navegar.... quando tem essas coisas (no grupo de convivência) eu não gosto, fico em casa pra num passa vergonha.” (I43)

Ao analisarmos a associação entre as variáveis sociodemográficas e o domínio físico, observou-se que baixa escolaridade, idade avançada, não ter companheiro(a) atualmente e baixa renda contribuíram para uma pior percepção de qualidade de vida. As questões neste domínio abordam dor e desconforto, dependência diária quanto ao uso de medicações, energia e fadiga nas atividades diárias, sono e repouso, capacidade de realizar um trabalho. A associação com baixa escolaridade e baixa renda poderia ser explicada, hipoteticamente, pelo fato de que poderia expor o indivíduo a histórias de vida com maiores possibilidades de comprometimento da saúde física com evidente acúmulo na velhice²⁰. Ter mais de 80 anos é um indicativo de que o processo de envelhecimento e todas as suas consequências estão limitando fisicamente as pessoas, diminuindo suas possibilidades no que diz respeito às condições físicas.^{21,22}

Por outro lado, a associação com não ter companheiro(a) poderia estar relacionada ao fato de a solidão ser uma condição social que fragilizaria a saúde, favorecendo a introspecção e pior percepção de limites no que se refere à condição física.²³ Todavia, os resultados do modelo regressão logística múltipla, a única variável que se manteve associada de forma independente com uma pior percepção de qualidade de vida no domínio físico foi ter mais de 80 anos. Mais uma vez, a fragilização física da pessoa idosa na fase mais avançada da velhice poderia explicar a pior percepção de qualidade de vida, que limitaria a plena participação no grupo de convivência, comprometendo a autonomia, autoestima e autoimagem.¹¹

Este estudo mostrou que condições sociodemográficas ruins, especialmente a longevidade, podem aumentar a chance de uma percepção ruim de qualidade de vida quando a pessoa é exposta a tais situações. A adoção de políticas públicas que possibilitem o aumento dos níveis de escolaridade e a inserção dos idosos na sociedade, não os restringindo a ambientes isolados e compreendendo-os em seu natural processo de envelhecimento, pode facilitar a satisfação do anseio dos idosos de poder desfrutar dos anos acrescidos em suas vidas.

Também este estudo reforçou a importância dos grupos de convivências para terceira idade, que minimizam os efeitos negativos do processo de envelhecimento, ajudando a pessoa idosa a continuar inserida socialmente. Os grupos de convivência têm-se mostrado como um suporte social para os idosos na medida em que oportunizam atualização permanente quando estimulam a educação e informação. Também contribuem para a melhoria da renda familiar, através das oficinas de trabalhos manuais e participam eficientemente na diminuição da solidão pelo incentivo da prática social. São instrumentos legítimos de socialização dos idosos pela aceitação dos próprios idosos e reconhecimento pelos mesmos da relevância dos

grupos na manutenção da sua qualidade de vida. Portanto, o aprimoramento dos grupos de convivência como suporte social para a assistência e promoção da saúde da população idosa se torna uma ferramenta essencial para a melhoria das políticas públicas para esta parte da população. Ao atingirem toda a população idosa em seus diversos níveis sociais, os grupos de convivência, apoiados e fortalecidos, representam ações de intervenção na busca de melhor qualidade de vida.

Por fim, pode-se concluir que a maioria da população investigada classificou sua qualidade de vida como boa ou muito boa, mas a idade avançada mostrou-se estatisticamente associada à pior percepção de qualidade de vida no domínio físico.

REFERÊNCIAS

1. Lima-Costa MF, Veras R. Saúde Pública e envelhecimento. Caderno de Saúde Pública; 2003;19 (3).
2. Fleck MP, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS. Rev Bras Psiquiatr 1999; 21:21-8.
3. Kalache A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. Ciênc. saúde coletiva 2008;13(4).
4. Alexandre TS, Cordeiro RC, Ramops LR. Factors associated to quality of life in active elderly. Rev. Saúde Pública 2009;43 (4)
5. Willians TF. Geriatrics: Perspectives on Quality of Life and Care for Older People, In: Spilker B, (ed) .*Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. 2 ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1996.
6. Pereira RJ, Cotta RMM, Castro FSC, 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 Abr; 28(1): 27-38.
7. Néri AL. Qualidade de vida e envelhecimento na mulher, In: Néri AL (org) *Desenvolvimento e Envelhecimento*. Campinas: Papirus; 2001.
8. Meira EC, Souza AS, Souza DM, Santos MOD, Vasconcelos CCS. Conhecendo e intervindo junto ao idoso participante dos grupos de convivência para a terceira idade. in: *Anais do 4. Congresso Brasileiro de Extensão Universitária*; Belo Horizonte ; 2004.
9. Erbolato RMPL. Relações Sociais na Velhice. In: Freitas, EVF, et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2 ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2006.
10. Borges PLC, Bretas RP, Azevedo SF, Barbosa JMM. Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública 2008; 24(12).
11. Carneiro RS, Falcone E, Clark C, Prette Z. A. Qualidade de vida, apoio Social e depressão em idosos, relação com habilidade Sociais. Rev psicol critica, 2004; 20(2).
12. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria de Desenvolvimento Social do idoso, adolescente e família. Memorando da relação dos grupos de convivência e asilos do Município de Florianópolis; 2006.
13. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL), In: Orley J, Kuyken W, *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. 41-60.
14. 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 Saude Publica 2000; 34(2):178-83.

15. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud. Ginebra: OMS;1998.
16. Hwang HF, Liang WM, Chiu YN, Lin MR. Suitability of the WHOQOL-Bref for community-dwelling older people in Taiwan. *Age Ageing* 2003; 32(6):593-600.
17. Hosmer DM, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. New York: J. Wiley; 1989.
18. Joia LC, Ruiz T, Donalisio MR. Life satisfaction among elderly population in the city of Botucatu, Southern Brazil. *Rev Saúde Pública* 2007; 41 (1).
19. Ministério da Justiça(Brasil). *Política Nacional do Idoso*. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Brasília; 1998.
20. Silva SRC, Junior AV. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. *Rev Panam Salud Publica/ Public Health* 2000; 8(4).
21. Pereira KCR. *Impacto da saúde bucal na qualidade de vida*. [Dissertação]. —Tubarão 2004-2006; Universidade do Sul de Santa Catarina;2006.
22. Papaléo Neto M. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneo; 1996. 313-23.
23. Léger JM, TessierJF, Mouty MD. *Psicopatologia do envelhecimento: assistência a idosos*. Rio de Janeiro: Vozes;1994.

Recebido: 15/6/2009

Revisado: 25/11/2009

Aprovado: 14/8/2010

