



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

dos Santos Tavares, Darlene Mara; Cruz Matias, Thaís Gabriela; dos Santos Ferreira, Pollyana Cristina; Sousa Pegorari, Maycon; Santos Nascimento, Janaina; Mapelli de Paiva, Mariana

Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 21, núm. 11, noviembre, 2016, pp. 3557-3564

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63048304025>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade

Quality of life and self-esteem among the elderly in the community

Darlene Mara dos Santos Tavares ¹

Thaís Gabriela Cruz Matias ¹

Pollyana Cristina dos Santos Ferreira ¹

Maycon Sousa Pegorari ²

Janaina Santos Nascimento ³

Mariana Mapelli de Paiva ⁴

Abstract This study sought to investigate the association between the scores for quality of life (QoL) and self-esteem among the elderly in an urban community. A cross-sectional, quantitative and analytical household survey was conducted with 1,691 elderly persons resident in an urban area in a county in Minas Gerais state. The World Health Organization Quality of Life BREF (WHOQOL-BREF), the World Health Organization Quality of Life OLD (WHOQOL-OLD) questionnaires and the Rosenberg Self-Esteem Scale were used in this study. A descriptive statistical analysis and a linear regression model ($p < 0.05$) were conducted. The results revealed that the social relationships domain (71.19) and the topic of death and dying (74.30) had the highest mean scores among the elderly; while the lowest mean scores were the environment domain (60.39) and the topic of social participation (63.06). The self-esteem scores showed an average of 9.36 ± 4.09 . Associations were evident for the lower scores of quality of life in all the WHOQOL-BREF domains and WHOQOL-OLD aspects (except death and dying) with lower levels of self-esteem ($p < 0.001$). The results provide data that contribute to a better understanding of the aspects that influence the QoL of the elderly due to reduced self-esteem, thus providing information for the development of health strategies.

Key words Elderly, Quality of Life, Self-image

Resumo Objetivou-se verificar a associação entre os escores de qualidade de vida e autoestima em idosos na comunidade. Inquérito domiciliar, transversal, observacional e analítico, conduzido com 1.691 idosos residentes em área urbana de um município no interior de Minas Gerais. Foram utilizados os instrumentos World Health Organization Quality of Life Bref (Whoqol-Bref), World Health Organization Quality of Life Old (Whoqol-Old) e a Escala de Autoestima de Rosenberg. Procedeu-se à análise estatística descritiva e modelo de regressão linear ($p < 0,05$). Constatou-se que o domínio relações sociais (71,19) e a faceta morte e morrer (74,30) apresentaram os maiores escores médios entre os idosos; enquanto os menores escores foram observados no domínio meio ambiente (60,39) e na faceta participação social (63,06). Os escores de autoestima apresentaram média de $9,36 \pm 4,09$. Os menores escores de qualidade de vida em todos os domínios do Whoqol-Bref e das facetas do Whoqol-Old (exceto morte e morrer) associaram-se com os piores níveis de autoestima ($p < 0,001$). Os resultados encontrados fornecem informações para a elaboração de ações em saúde a partir da compreensão dos aspectos que influenciam na QV de idosos devido à redução da autoestima.

Palavras-chave Idoso, Qualidade de vida, Auto-imagem

¹ Centro de Graduação
Em Enfermagem,
Universidade Federal do
Triângulo Mineiro. Pç.
Manoel Terra 330, Centro.
38015-050 Uberaba MG
Brasil. darlenetavares@
enfermagem.ufmt.edu.br

² Curso de Fisioterapia,
Universidade Federal do
Amapá. Macapá AP Brasil.

³ Departamento de Terapia
Ocupacional, Universidade
Federal do Rio de Janeiro.
Rio de Janeiro RJ Brasil.

⁴ Curso Técnico de
Enfermagem, Instituto
Federal de Educação Ciência
e Tecnologia do Norte
de Minas Gerais. Montes
Claros MG Brasil.

Introdução

O envelhecimento se constitui como um processo intrínseco, ativo e progressivo, acompanhado por alterações físicas, fisiológicas e psicológicas, as quais podem acarretar em prejuízos na capacidade do idoso em se adaptar ao meio em que vive¹. Neste panorama, a própria ampliação da expectativa de vida passa a ser um fenômeno de interesse, em decorrência do impacto na qualidade de vida (QV) relacionado a essa fase².

Assim, é relevante que os profissionais de saúde implementem estratégias de ação que estimulem o idoso a viver bem³, com o intuito de favorecer a melhor QV. A sensação de felicidade e de alegria, o sentimento de estar de bem com a vida e consigo é salutar no envelhecimento³. Chegar a esta fase da vida com otimismo, autocontrole e autoestima elevada poderá repercutir em maior segurança na vivência da última fase do ciclo vital e positivamente na QV³.

Pesquisa conduzida com idosos da comunidade de Montreal, no Canadá, verificou que o declínio nos níveis de autoestima pode contribuir para a desregulação do funcionamento do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, podendo predizer desfechos adversos à saúde do idoso, como isolamento social e escore negativo na QV⁴. Assim, o conhecimento sobre essa temática pode subsidiar a sistematização do cuidado ao idoso com baixo nível de autoestima.

Autoestima pode ser caracterizada como o sentimento, o apreço e a consideração que uma pessoa sente por si própria, ou seja, o quanto ela gosta de si própria, como ela se vê e o que pensa sobre si mesma⁵. Nesta conjuntura, destaca-se a investigação sobre QV e autoestima.

Assim como no conceito de autoestima, a QV também é considerada subjetiva e multidimensional, compreendendo aspectos positivos e negativos da vida⁶. É definida 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”⁶.

Pesquisas nacionais realizadas com idosos que tiveram como objeto de estudo a autoestima não avaliaram a QV^{1,7} e envolveram pessoas que praticavam alguma atividade física^{1,7}. Desta forma, considerando a escassez de estudos nacionais, bem como as possíveis divergências culturais e as especificidades dos idosos, questiona-se a associação entre os escores de QV e autoestima nestes na comunidade, mensurados por meio de instrumento específico para esta faixa etária.

Pretende-se com esta pesquisa contribuir para a ampliação do conhecimento nessa área, a fim de subsidiar estratégias de ação que levem em consideração os fatores que podem influenciar os domínios e as facetas da QV, a partir da manutenção da autoestima do idoso. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi verificar a associação entre os escores de QV e autoestima de idosos na comunidade.

Metodologia

Inquérito domiciliar, com abordagem quantitativa, transversal e analítica, desenvolvido com idosos residentes em área urbana do município de Uberaba (MG), Brasil.

O presente estudo é oriundo de investigação iniciada em 2005⁸, que considerou para o cálculo amostral uma população de 24.714 idosos, 95% de confiança, 80% de poder do teste, margem de erro de 4,0%, para as estimativas intervalares, e uma proporção estimada de $p = 0,5$ para as proporções de interesse. Assim, a amostra foi estimada em 2.116 idosos. Em 2012, os entrevistadores foram nos domicílios dos 2.116 idosos, dos quais 1.691 foram entrevistados tendo em vista os critérios de inclusão estabelecidos: ter 60 anos de idade ou mais, residir na área urbana do município e não apresentar declínio cognitivo. As exclusões e/ou perdas foram relacionadas a óbitos (265) e declínio cognitivo (160).

Os dados foram coletados no domicílio do idoso, em espaço reservado, por dez (10) entrevistadores selecionados e previamente treinados pelo pesquisador responsável a respeito da forma de abordagem, aplicação dos questionários e aspectos éticos que envolvem a pesquisa. As entrevistas eram revisadas por supervisores de campo, que verificavam a existência de dados incompletos ou inconsistência nas respostas. Caso estas situações ocorressem: o questionário era devolvido ao entrevistador, que entrava em contato com o idoso para o preenchimento adequado.

Inicialmente, procedeu-se a avaliação do estado cognitivo por meio do Mini Exame de Estado Mental (MEEM), traduzido e validado no Brasil⁹, cujos escores variam de 0 a 30 pontos, com questões agrupadas em sete categorias: orientação para tempo e local; registro de três palavras; atenção e cálculo; lembrança das três palavras; linguagem e capacidade construtiva visual. No MEEM, o ponto de corte para declínio cognitivo considera o nível de escolaridade do entrevistado, correspondendo a 13 pontos para analfabe-

tos, 18 ou menos para aqueles de 1 a 11 anos de estudo e 26 para escolaridade superior a 11 anos⁸.

A avaliação da QV foi realizada por meio do *World Health Organization Quality of Life Bref* (Whoqol-Bref), o qual possui 26 questões, sendo duas gerais, relacionadas à QV global e à saúde global e 24 que compõem os quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente¹⁰. Também foi utilizado o módulo *World Health Organization Quality of Life Old* (Whoqol-Old), validado para a população idosa brasileira, que consiste em 24 itens atribuídos a seis facetas: funcionamento dos sentidos, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, morte e morrer e intimidade¹¹. O Whoqol-Old¹¹ é um instrumento específico para a avaliação da QV em idosos e deve ser aplicado conjuntamente com o Whoqol-bref. Os escores são calculados por uma sintaxe e variam de 0 a 100, sendo que o maior número corresponde à melhor QV.

A autoestima foi verificada por meio da Escala de Autoestima de Rosenberg, que contém 10 itens distribuídos aleatoriamente. A cada item é atribuído um valor de 0 a 3, sendo que o resultado da soma de todas as questões varia de 0 a 30 pontos⁵. O menor escore associa-se a uma elevada autoestima.

Algumas variáveis (idade, sexo, escolaridade, renda, número de doenças, incapacidade funcional para Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) e indicativo de depressão) foram consideradas como potencial fator de confusão na análise de associação. Assim, realizou-se ajuste para estas variáveis.

Na caracterização da amostra estudada e para as variáveis de ajuste utilizou-se: instrumento construído pelo Grupo de Pesquisa em Saúde para os dados socioeconômicos e demográficos e morbidades autorreferidas; Escala de Independência para ABVD (Escala de Katz)¹² e Escala de Lawton e Brody (1969)¹³ para avaliação das AIVD.

O idoso que não apresentou dificuldade para a realização de qualquer das ABVD e AIVD foi considerado independente; e dependente aquele com dificuldade para realizar uma ou mais atividades. Além desses, aplicou-se a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) adaptada no Brasil; considerou-se indicativo de depressão quando o idoso obteve pontuação superior a 5¹⁴.

Selecionou-se as seguintes variáveis para o estudo: sexo (masculino/feminino); faixa etária em anos (60 | 70, 70 | 80 e 80 ou mais); estado conjugal (nunca se casou ou morou com companheiro (a); mora com esposo(a) ou companheiro(a);

viúvo(a); separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a), ignorado); escolaridade, em anos de estudo (sem escolaridade, 1 | 4, 4 | 8, 9 | 11, ≥ 11); renda individual mensal em salários mínimos (sem renda, < 1, 1, 1 | 3, 3 | 5, > 5); número de morbidades autorreferidas; incapacidade funcional para as ABVD (dependente/independente) e AIVD (dependente/independente); indicativo de depressão (sim/não); autoestima; QV: domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e facetas (funcionamento dos sentidos, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade).

Para proceder às análises, foi construída uma planilha eletrônica no programa Excel®. Os dados coletados foram processados em duas bases de dados para verificar a consistência. Na existência de dados inconsistentes, retomava-se à entrevista original para correção. Posteriormente, os dados foram exportados para o software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 17.0.

Realizou-se análise estatística descritiva por meio de distribuição de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e médias e desvios-padrão para as numéricas. Cada domínio do Whoqol-Bref e faceta do Whoqol-Old foram ponderados isoladamente, com as suas respectivas sintaxes.

Utilizou-se o modelo de regressão linear (método enter) para verificar a associação entre os domínios do Whoqol-Bref e as facetas do Whoqol-Old com os escores de autoestima, por meio da análise ajustada para as variáveis: idade, sexo, escolaridade, renda, número de doenças autorreferidas, incapacidade funcional para as ABVD e AIVD e indicativo de depressão ($p < 0,05$). As variáveis idade, escolaridade, número de doenças autorreferidas, incapacidade funcional para as ABVD e AIVD e indicativo de depressão foram consideradas quantitativas. Foram considerados os pré-requisitos mínimos necessários, incluindo as análises de resíduos (normalidade, linearidade e homocedasticidade) e de multicolinearidade.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/UFTM). Aos idosos, solicitou-se assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes da condução da entrevista.

Resultados

Dentre os 1.691 entrevistados, predominou o sexo feminino, faixa etária entre 70 e 79 anos, ca-

sados, com 1 a 4 anos de escolaridade e renda individual mensal de um salário mínimo, Tabela 1.

Verificou-se um maior percentual de idosos com cinco ou mais morbidades, independentes para ABVD e AIVD, e sem indicativo de depressão, Tabela 2.

Constatou-se que o domínio relações sociais (71,19) e a faceta morte e morrer (74,30) apresentaram os maiores escores médios de QV entre os idosos; enquanto os menores foram observados no domínio meio ambiente (60,39) e na faceta participação social (63,06), Tabela 3. Os escores de autoestima apresentaram média de $9,36 \pm 4,09$.

Na análise da associação da QV com a autoestima realizou-se ajustes para as variáveis: idade, sexo, escolaridade, renda, número de doenças, incapacidade funcional para ABVD e AIVD e indicativo de depressão, objetivando evitar o poten-

cial fator de confusão. Os pré-requisitos mínimos necessários considerados foram atendidos e os coeficientes de determinação na análise ajustada variaram de 0,160 a 0,534.

Os menores escores de QV de todos os domínios e facetas de QV (exceto para a faceta morte e morrer) associaram-se aos piores níveis de autoestima ($p < 0,001$), com destaque para o domínio psicológico e a faceta intimidade, Tabela 4.

Tabela 2. Distribuição de frequência das variáveis clínicas e de saúde dos idosos residentes em área urbana. Uberaba, MG, Brasil, 2012.

Variáveis	n	%
Morbidades autorreferidas		
Nenhuma	58	3,5
1 a 4	721	42,6
5 e mais	912	53,9
Incapacidade funcional para ABVD		
Dependente	359	21,2
Independente	1332	78,8
Incapacidade funcional para AIVD		
Dependente	576	34,1
Independente	1115	65,9
Indicativo de depressão		
Sim	446	26,4
Não	1245	73,6

ABVD: Atividades Básicas de Vida Diária; AIVD: Atividades Instrumentais de Vida Diária.

Tabela 1. Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas e econômicas dos idosos residentes em área urbana. Uberaba, MG, Brasil, 2012.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	1077	63,7
Masculino	614	36,3
Faixa etária (em anos)		
60 70	645	38,1
70 80	735	43,5
80 e mais	311	18,4
Estado conjugal ¹		
Nunca se casou ou morou com companheiro	89	5,3
Casado	729	43,1
Separado/Desquitado/Divorciado	682	40,3
Viúvo	190	11,2
Escolaridade (em anos) ^{**}		
Nenhum	343	20,3
1 4	890	52,6
4 8	254	15
9 11	33	2
11 e mais	169	10
Renda individual mensal ^{**}		
Sem renda	115	6,8
(em salários mínimos)		
< 1	30	1,8
1	808	47,8
1- 3	572	33,8
3- 5	104	6,2
> 5	59	3,5

Salário mínimo durante o período de coleta de dados: R\$ 678,00; ¹0,1% (n = 1); ^{**}0,1% (n = 2); ^{***}0,2% (n = 3) (não responderam).

Tabela 3. Distribuição dos escores de QV dos domínios do WHOQOL-BREF e facetas do WHOQOL-OLD dos idosos residentes em área urbana. Uberaba, MG, Brasil, 2012.

Escores de QV	Média	Desvio padrão
Whoqol-Bref		
Físico	61,74	18,08
Psicológico	65,87	15,94
Relações sociais	71,19	14,65
Meio ambiente	60,39	14,28
Whoqol-Old		
Funcionamento dos sentidos	70,75	23,39
Autonomia	64,78	16,34
Atividades passadas, presentes e futuras	67,03	15,51
Participação social	63,06	16,68
Morte e morrer	74,30	25,39
Intimidade	69,34	20,97

Tabela 4. Análise de regressão linear ajustada para os domínios do Whoqol-Bref e facetas do Whoqol-Old com os escores de autoestima. Uberaba, MG, Brasil, 2012.

Variáveis	Escores de Autoestima Análise ajustada*		
	R ²	β	p ^{**}
Escores de QV			
Whoqol-Bref			
Físico	0,501	-0,141	< 0,001
Psicológico	0,534	-0,248	< 0,001
Relações sociais	0,194	-0,184	< 0,001
Meio ambiente	0,343	-0,176	< 0,001
Whoqol-Old			
Funcionamento dos sentidos	0,196	-0,108	< 0,001
Autonomia	0,291	-0,230	< 0,001
Atividades passadas, presentes e futuras	0,307	-0,215	< 0,001
Participação social	0,357	-0,168	< 0,001
Morte e morrer	0,042	-0,031	0,308
Intimidade	0,160	-0,239	< 0,001

R² = Coeficiente de determinação; β = Coeficiente de regressão linear padronizado; *Ajustado para idade, sexo, escolaridade, renda, número de doenças, incapacidade funcional para ABVD e AIVD e indicativo de depressão; **p < 0,05.

Discussão

Os resultados referentes aos dados sociodemográficos e econômicos corroboram com estudo brasileiro realizado com idosos na comunidade, em que houve predomínio de mulheres, com baixos níveis de escolaridade e renda, média de idade de 72 anos e casados¹⁵.

Concernente às condições clínicas, resultado divergente foi encontrado em estudo conduzido com idosos na comunidade em São Paulo, em que o maior percentual apresentava uma morbi-dade (65,1%)¹⁶.

Referente às condições de saúde, o predomínio de idosos independentes para as ABVD e AIVD são condizentes com resultados encontrados em pesquisa realizada na cidade de Montes Claros – MG¹⁷. Dado divergente foi verificado em relação ao indicativo de depressão em pesquisa entre idosos na cidade de Alfenas – MG¹⁵.

Quanto à QV mensurada pelo Whoqol-Bref, é possível que os maiores escores no domínio relações sociais estejam relacionados às maiores oportunidades, dos idosos deste estudo, de vivenciar e de participar de atividades cotidianas,

especialmente na comunidade, conforme itens avaliados nesse domínio¹⁰.

Referente aos maiores escores na faceta morte e morrer, destaca-se que o processo de finitude da vida, ainda que pouco discutido na sociedade, faz parte da existência humana, finalizando o ciclo vital, iniciado pelo nascimento e seguido pelo crescimento e desenvolvimento¹⁸. Nesta pesquisa, a percepção sobre a morte não influenciou de forma negativa a QV dos idosos.

Inquérito realizado com idosos no município de São Paulo obteve menores escores de QV no domínio meio ambiente, assim como na presente investigação¹⁸. Supõe-se que este resultado possa ter relação com os baixos recursos financeiros dos idosos, o que adicionalmente pode contribuir para menor acesso aos serviços de saúde e condições mais escassas de segurança, habitação e oportunidades de recreação e lazer; itens esses avaliados por esta faceta¹⁰.

No estudo de Curitiba (PR), condizentes com os achados desta pesquisa, os menores escores de QV foram encontrados na faceta participação social¹⁹, a qual avalia a satisfação do idoso quanto à participação em atividades cotidianas, especialmente na comunidade¹⁰. Nesta perspectiva, é importante que a equipe de saúde, juntamente com o apoio dos familiares, estimule o idoso a participar de atividades proporcionadas pela comunidade, favorecendo a (re) inserção ou ampliação da participação no meio social.

Os resultados apontaram para elevados níveis de autoestima entre idosos, condizente com outros estudos realizados no Brasil, com pessoas nessa faixa etária^{20,21}.

Adicionalmente, evidenciou-se que os idosos com menor autoestima apresentaram escores inferiores de QV. Os conceitos de autoestima⁵ e QV⁶ mostram-se inter-relacionados, uma vez que tratam de percepções subjetivas do indivíduo em relação a si próprio^{5,6} e à vida⁶. Desse modo, era esperado que a obtenção de menores escores de autoestima implicasse em pior escore de QV.

Soma-se a isso que, na literatura científica, a autoestima está correlacionada com os resultados de vida, dentre eles as relações humanas, o trabalho, a saúde e, consequentemente, o envelhecimento saudável^{22,23}. Neste contexto, é importante que a equipe de saúde identifique os fatores que possam estar interferindo sobre a autoestima desses idosos, no sentido de intervir sobre tais aspectos, favorecendo melhorias na QV.

Concernente à relação entre os baixos níveis de autoestima e os escores do domínio físico, é possível, embora não investigado, que seja devi-

do ao encerramento das atividades profissionais com o avanço da aposentadoria. O encerramento das atividades no mercado de trabalho pelos idosos pode resultar em insatisfação, menor participação social e, consequentemente, favorecer preocupações com a sua renda. Desse modo, é preciso reconhecer como importante estratégia nessa fase da vida, a escuta qualificada e a reinserção do idoso à sociedade, não apenas pelas atividades laborais, mas também a partir de espaços que propiciem a satisfação pessoal e o desenvolvimento de novos projetos, beneficiando a melhoria da QV²⁴.

Pesquisas realizadas com idosos têm demonstrado a relação entre autoestima e autoimagem²⁵ e com as queixas sobre o comprometimento da memória²⁶, aspectos estes avaliados no domínio psicológico. Destaca-se que a satisfação com a autoimagem pode interferir, direta ou indiretamente, na manutenção de um estilo de vida saudável e ativo, repercutindo nas ações de cuidado à saúde²⁷, podendo favorecer a QV. No que condiz às queixas relacionadas à memória, frequentes entre os idosos, devem ser investigadas, procurando identificar seus fatores relacionados, uma vez que por si só já representam uma insatisfação com suas habilidades, podendo influenciar negativamente o bem-estar e a QV²⁶.

O domínio relações sociais avalia, entre outros fatores, a satisfação com a atividade sexual⁹. Estudo de revisão da literatura destaca que a satisfação sexual aliada à autoestima, melhora a saúde sexual, mental e física. Sendo que para que haja uma sexualidade positiva, refere-se ao reconhecimento e valorização das experiências sexuais vivenciadas²⁸. Contudo, sabe-se que o processo de envelhecimento, as modificações fisiológicas do corpo, além do preconceito, dos estereótipos e da cultura da assexualidade na terceira idade, podem repreender os desejos e o ato sexual²⁹. Ações de educação em saúde podem ser estratégias relevantes para auxiliar na melhoria das relações sociais, por meio da inclusão de informações e instruções sobre como obter uma vida sexual positiva, incluindo a comunicação sexual, o entendimento sobre os fatores fisiológicos e a autoconfiança²⁸.

Em relação ao domínio meio ambiente, cabe ressaltar, que idosos quando possuem a oportunidade de caminhar pelas calçadas ou parques, ou mesmo utilizar um meio de transporte, com segurança, têm maior possibilidade de ser física e socialmente mais ativos³⁰. Dessa forma, seria necessário o desenvolvimento de ações políticas que oportunizassem maior segurança no lar e

no ambiente externo. Essas medidas poderiam possibilitar que o setor saúde estimulasse a inserção do idoso em atividades no domicílio, além da ampliação do convívio social, melhorando os seus níveis de autoestima e da QV para o domínio meio ambiente.

As alterações sensoriais que ocorrem com o processo de envelhecimento podem interferir negativamente sobre a QV do idoso, visto que as funções sensoriais estabelecem a conexão do indivíduo com o mundo, podendo influenciar no seu padrão de conduta³¹. Este fato poderia justificar a associação entre a faceta 'funcionamento dos sentidos' e os menores índices de autoestima.

Os menores escores de QV na faceta autonomia, entre aqueles com índices inferiores de autoestima, podem estar relacionados à menor capacidade de decisão conforme o aumento a faixa etária, corroborando com estudo realizado com idosos da Paraíba³². Tal fato pode impactar na autoestima do idoso, e uma das formas para minimizar este processo é a garantia da manutenção da autonomia e da independência³³.

As atividades passadas, presentes e futuras retratam a satisfação com as conquistas realizadas e as esperanças futuras¹¹. A partir dos resultados obtidos, supõe-se que os idosos com menores escores nas facetas atividades passadas, presentes e futuras podem não estar satisfeitos com suas conquistas ou possuem poucas perspectivas com o futuro, influenciando na baixa autoestima. Grupos para idosos podem potencializar as habilidades destes em idealizar e realizar projetos³⁴, e indiretamente trabalhar o aumento da autoestima.

Na faceta participação social mensura-se a satisfação com a participação em atividades rotineiras, especialmente na comunidade¹¹. Neste estudo, os idosos que referiram escores inferiores de QV apresentaram menor autoestima, fato que deve ser mais bem investigado pela equipe de saúde. Destaca-se que o envolvimento em atividades no meio social pode oferecer benefícios no que tange aos aspectos físicos, cognitivos, funcionais e na própria longevidade. Ademais, contribui para a ampliação das trocas de experiências e para o sentimento de sentir-se útil e pertencente à sociedade³⁵. Assim, a inserção do idoso em atividades em sua comunidade deve ser estimulada pelos familiares, profissionais de saúde e pessoas do seu convívio.

No que se refere à faceta intimidade, avalia-se a capacidade para as relações pessoais e íntimas¹¹. Tal achado pode ser explicado pela insatisfação dos idosos da pesquisa na convivência com seus

companheiros e com aqueles que os cercam. Neste sentido, as relações íntimas devem ser consideradas pelos profissionais de saúde durante a avaliação e acompanhamento de idosos que apresentem comprometimento da autoestima. Para tanto, é importante atividades de capacitação profissional para trabalhar a questão das relações íntimas junto a idosos e seus familiares, ainda que sejam temáticas delicadas de se abordar.

Cabe destacar que a escassez de pesquisas a respeito da relação entre QV e autoestima em idosos dificultou a discussão dos resultados, de forma a estabelecer comparações com outros estudos. Este estudo apresentou algumas limitações como o delineamento transversal, que não permite estabelecer relações de causalidade; e o uso de questionário, o qual pode subestimar ou superestimar algumas informações encontradas.

Os dados analisados permitem concluir que os menores escores de QV em todos os domínios e facetas associaram-se com piores níveis de au-

toestima, com exceção da faceta morte e morrer. Destaca-se que o domínio mais impactado foi o psicológico e a faceta participação social.

Os resultados deste estudo podem favorecer a elaboração de ações em saúde, considerando as especificidades que envolvem o processo de envelhecimento, a partir da melhor compreensão dos aspectos que influenciam a QV de idosos, devido à redução da autoestima.

Colaboradores

DMS Tavares contribuiu para a concepção e o delineamento; a revisão crítica e a aprovação da versão a ser publicada; TGC Matias, PCS Ferreira, JS Nascimento e MM Paiva para a concepção e o delineamento e a redação do artigo; MS Pegerari para análise dos dados e a redação do artigo.

Referências

1. Mourão CA, Silva NM. Influência de um programa de atividades físicas recreativas na autoestima de idosos institucionalizados. *RBCEH* [Internet] 2010 [acessado 2015 jan 16];7(3):324-334. Disponível em: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/494/pdf>
2. Park SH, Han KS, Kang CB. Effects of exercise programs on depressive symptoms, quality of life and self-esteem in older people: A systematic review of randomized controlled trials. *Applied Nursing Research* 2014; 26(4):219-226.
3. Silva LWS, Santos RG, Squarcini CFR, Souza AL, Azevedo MP, Barbosa FNM. Perfil do estilo de vida e autoestima da pessoa idosa. Perspectivas de um programa de treinamento físico. *Revista Temática Kairós Gerontologia* [Internet] 2011 [acessado 2014 dez 20]; 14(3):145-166. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairós/article/view/6497>
4. Liu SY, Wrosch C, Miller GE, Pruessner JC. Self-esteem change and diurnal cortisol secretion in older adulthood. *Psychoneuroendocrinology* 2014; 41:111-120.
5. Dini GM, Quaresma MR, Ferreira LM. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de Auto Estima de Rosenberg. *Rev. Soc. Bras. Cir. Plást.* [Internet] 2004 [acessado 2015 maio 15]; 19(1):41-52. Disponível em: <http://www.rbcpl.org.br/imagebank/pdf/19-01-04pt.pdf>
6. The Whoqol Group. The world health organization quality of life assessment: position paper from the world health organization. *Soc Sci Med* 1995; 41(10):1403-1409.
7. Maia MFM, Ruas ARM, Rocha FP, Oliveira NFR, Souza JS. A autoestima em uma amostra de idosos com prática de caminhada orientada. *Motricidade* [Internet] 2012 [acessado 2014 dez 14]; 8(S2):1085-1088. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273023568138>
8. Tavares DMS, Pereira GA, Iwamoto HH, Miranzi SSC, Rodrigues LR, Machado ARM. Incapacidade funcional entre idosos residentes em um município do interior de Minas Gerais. *Texto Contexto Enferm* 2007; 16(1):32-39.
9. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano YO. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr* 1994; 52(1):1-7.
10. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-brief". *Rev Saude Publica* 2000; 34(2):178-183.
11. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saude Publica* 2006; 40(5):785-791.

12. Lino VTS, Pereira SEM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Kats). *Cad Saude Publica* 2008; 24(1):103-112.
13. Lopes SR, Virtuoso JS Júnior. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *Rev Bras Promoção Saúde* 2008; 21(4):290-296.
14. Almeida OP, Almeida AS. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr* 1999; 57(2B):421-426.
15. Chaves ECL, Paulino CF, Souza VHS, Mesquita AC, Carvalho FS, Nogueira DA. Qualidade de vida, sintomas depressivos e religiosidade em idosos: um estudo transversal. *Texto Contexto Enferm* 2014; 23(3):648-655.
16. Campolina AG, Dini PS, Ciconelli RM. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). *Cien Saude Colet* 2011; 16(6):2919-2925.
17. Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Rossi-Barbosa LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Cien Saude Colet* 2014; 19(8):3317-3325.
18. Gutierrez BAO, Auricchio AM, Medina NVJ. Mensuração da qualidade de vida de idosos em centros de convivência. *J Health Sci Inst* [Internet] 2011 [acessado 2015 maio 05]; 29(3):186-190. Disponível em: http://189.2.156.229/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2011/03_jul-set/V29_n3_2011_p186-190.pdf
19. Vagetti GC, Oliveira V, Barbosa Filho VC, Moreira NB, Campos W. Predição da qualidade de vida global em idosas ativas por meio dos domínios do Whoqol-Bref e do Whoqol-Old. *Motricidade* [Internet] 2012 [acessado 2014 nov 07]; 12(S2):709-718. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273023568084>
20. Antunes G, Mazo GZ, Balbé GP. Relação da autoestima entre a percepção de saúde e aspectos sociodemográficos de idosos praticantes de exercício físico. *Rev. educ. fis. UEM* 2011; 22(4).
21. Meurer ST, Benedetti TRB, Mazo GZ. Teoria da auto-determinação: compreensão dos fatores motivacionais e autoestima de idosos praticantes de exercícios físicos. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde* [Internet] 2011 [acessado 2014 dez 14]; 16(1):18-24. Disponível em: <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/551/549>
22. Han K, Lee Y, Gu J, Oh H, Han J, Kim K. Psychosocial factors for influencing healthy aging in adults in Korea. *Health and Quality of Life Outcomes* [Internet] 2015 [acessado 2015 jan 03];13:31. Disponível em: <http://hqlq.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-015-0225-5>
23. Kim HK. Factors affecting Successful Aging among Male Elders in Korea. *Journal of Convergence Information Technology* 2013; 8(14):341-350.
24. Lopes APN, Burgardt VM. Idoso: um perfil de alunos na EJA e no mercado de trabalho. *Estud. interdiscipl. Envelhec* [Internet] 2013 [acessado 2015 jan 27]; 18(2):311-330. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/21474>
25. Fonseca CC, Chaves ECL, Pereira SS, Barp M, Moreira AM, Nogueira DA. Autoestima e satisfação corporal em idosas praticantes e não praticantes de atividades corporais. *Rev. Educ. Fís/UEM*, 2014 [acessado 2015 maio 17]; 25(3):429-439. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/refuem/v25n3/1983-3083-reuem-25-03-00429.pdf>
26. Santos AT, Leyendecker DD, Costa ALS, Souza-Talarico JN. Queixa subjetiva de comprometimento da memória em idosos saudáveis: influência de sintomas depressivos, percepção de estresse e autoestima. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet] 2012 Out [acessado 2015 maio 17]; 46(spe):24-29. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000700004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000700004>
27. Bevilacque LA, Daronco LSE, Balsan LNG. Fatores associados à insatisfação com a imagem corporal e autoestima em mulheres ativas. *Salusvita* 2012; 31(1):55-69.
28. Anderson RM. Positive sexuality and its impact on overall well-being. *Bundesgesundheitsbl* [Internet] 2013 [acessado 2015 maio 15]; 56(2):208-214. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23361205>
29. Alencar DL, Marques APO, Leal MCC, Vieira JCM. Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. *Cien Saude Colet* 2014; 19(8):3533-3542.
30. Dias DSG, Carvalho CS, Araújo CV. Comparaçao da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* [Internet] 2013 [acessado 2015 maio 15]; 16(1):127-138. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00648.pdf
31. Lamas MC, Paúl CO. O envelhecimento do sistema sensorial: implicações na funcionalidade e qualidade de vida. *Actas de Gerontologia* [Internet] 2013 [acessado 2015 maio 05]; 11(1):2-11. Disponível em: <http://actasdegerontologia.pt/index.php/Gerontologia/article/view/34/39>
32. Melo RLP, Eulálio MC, Gouveia VV, Silva HDM. O efeito do estresse na qualidade de vida de idosos: o papel moderador do sentido de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica* [Internet] 2013 [acessado 2014 out 24]; 26(2):222-230. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722013000200002&script=sci_arttext
33. Farias RG, Santos SMA. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. *Texto Contexto Enferm* 2012; 21(1):167-176.
34. Serbim AK, Figueiredo AEPL. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. *Scientia Medica* [Internet] 2011 [acessado 2015 jan 16]; 21(4):166-172. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/9405/726>
35. Neri AL, Vieira LAM. Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* [Internet] 2013 [acessado 2015 jan 16]; 16(3):419-432. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000300002