



## ARTIGO DE PESQUISA

### AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES IDOSAS NA COMUNIDADE

*EVALUATION OF QUALITY OF LIFE OF ELDERLY WOMEN IN COMMUNITY*

*EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES MAYORES EN LA COMUNIDAD*

*Gerson Souza Santos,<sup>1</sup> Isabel Cristina Kowal Olm Cunha<sup>2</sup>*

**RESUMO:** Qualidade de vida na velhice e feminização da velhice são fenômenos que chamam a atenção de demógrafos, geriatras e gerontólogos sociais. O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida de mulheres idosas cadastradas em uma Unidade Básica de Saúde do município de São Paulo. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, no qual participaram 211 mulheres idosas. Foram coletados dados sociodemográficos e aplicação do instrumento Whoqol-Old para avaliação da qualidade de vida. As idosas que participaram deste estudo eram em sua maioria, idosas jovens na faixa etária de 60 a 69 anos ( $p$  valor  $<0,001$ ), afrodescendentes ( $p$  valor  $<0,001$ ), sem cônjuge ( $p$  valor  $<0,001$ ), vivendo em lares multigeracionais, analfabetas, aposentadas, com renda mensal de 1 a 3 salários mínimos, pouco acesso ao lazer, inatividade física, dependentes do Sistema Único de Saúde para tratamento de doenças crônicas: hipertensão arterial e Diabetes. Observou-se que na avaliação da qualidade de vida, as facetas intimidade (média 11,6) e (DP 4,6) e atividades presente, passadas e futuras (média 11,7) e (DP 11,5) obtiveram os piores escores de qualidade de vida. Concluiu-se que a avaliar a qualidade de vida das mulheres idosas é fundamental para o cuidado a este seguimento crescente no Brasil. **Descritores:** Qualidade de vida; Enfermagem; Idosos.

**RESUMEN:** La calidad de vida en el envejecimiento y la feminización de la vejez son fenómenos que atraen la atención de los demógrafos, geriatras y gerontólogos sociales. El objetivo de este estudio fue evaluar la calidad de vida de las mujeres de edad inscrito en una Unidad Básica de Salud de São Paulo. Se trata de un estudio de enfoque cuantitativo, en el que participaron 211 mujeres de edad avanzada. Se recogieron datos sociodemográficos y la aplicación del instrumento WHOQOL -Old para evaluar la calidad de vida. Mayores que participaron en este estudio eran jóvenes en su mayoría mayores de edad 60 a 69 años (valor de  $p < 0,001$ ), afrodescendiente (valor de  $p < 0,001$ ), sin cónyuge (valor de  $p < 0,001$ ), que viven en hogares multigeneracionales, analfabeto, se retiró con una renta mensual de 1 a 3 salarios mínimos, el escaso acceso al ocio, la inactividad física, según el sistema de Salud para el tratamiento de las enfermedades crónicas: hipertensión y diabetes. Se observó que en la evaluación de la calidad de vida, las facetas de la intimidad (media 11.6) y (SD 4,6) y las actividades presentes, pasados y futuros (media 11.7) y (SD 11,5) presentaron los más bajos las puntuaciones de calidad de vida. Se concluyó que para evaluar la calidad de vida de las mujeres mayores es fundamental para la atención a este cultivo siguiente en Brasil. **Descritores:** Calidad de vida; Enfermería; anciana.

**ABSTRACT:** Elderly quality of life and feminization are drawing attention of demographers, geriatrics and social gerontologists. The aim of this study was to evaluate the quality of life of elderly women registered at a Primary Health Care Unit in the city of Sao Paulo. Two hundred and eleven women participated in this quantitative study. Collected data consisted of demographics and quality of life evaluation through Whoqol-Old instrument. Most participants were 'young elderly' with ages between 60 and 69 years old ( $p$ -value  $<0,001$ ), afrodescendents ( $p$ -value  $<0,001$ ), single ( $p$ -value  $<0,001$ ), living in multigenerational households, illiterates, retired, with 1 to 3 minimum wage monthly income, low leisure access, physical inactivity, dependents on the 'Sistema Único de Saúde' to treat chronic diseases like hypertension and diabetes. It was observed that on quality of life evaluation intimacy (mean=11,6 and SD=4,6) and present, past and future activity (mean=11,7 and SD=11,5) had the worst scores. We concluded that evaluating quality of life of elderly women is fundamental to promote care to this growing segment in Brazil. **Descriptors:** Quality of life; Nursing; Elderly.

<sup>1</sup> Mestre em Enfermagem Doutorando e membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração de Serviços de Saúde e Gerenciamento de Enfermagem (GEPAG) Universidade Federal de São Paulo. <sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Saúde Pública - Universidade de São Paulo. Professora livre docente associada da Escola Paulista de Enfermagem (UNIFESP).

## INTRODUÇÃO

As atuais mudanças do perfil de morbimortalidade tem se configurado como uma tendência universal que engloba países desenvolvidos e em desenvolvimento, onde o Brasil encontra-se inserido. Neste, os idosos representam cerca de 10% da população geral onde dos 169,5 milhões de brasileiros, 15,5 milhões estão com 60 anos ou mais com projeções bastante otimistas apontando para um crescimento deste grupo etário para 18 milhões até 2010<sup>(1)</sup>. Fato preocupante é que, enquanto nos países desenvolvidos este crescimento se deu de forma sutil e gradual, atrelada a resiliência socioeconômica e cultural, no Brasil o fenômeno ocorreu bruscamente confrontando-se com um cenário de desigualdades sociais, fragilidade econômica, sem modificações estruturais que correspondam às demandas do novo grupo etário emergente<sup>(2)</sup>.

Diante da realidade inquestionável das transformações demográficas iniciadas no último século e que nos fazem observar uma população cada vez mais envelhecida, evidencia-se a importância de garantir aos idosos não só uma sobrevida maior, mas também uma boa qualidade de vida<sup>(3)</sup>.

Neste sentido, qualidade de vida na velhice é um conceito importante, hoje, no Brasil, na medida em que existe uma nova sensibilidade social para a velhice, quer considerada como um problema, quer como um desafio para os indivíduos e a sociedade. Vários elementos vêm contribuindo para essa

nova sensibilidade. Em primeiro lugar, nas últimas décadas aumentou a consciência de que está em curso um processo de envelhecimento populacional. Isso se deu em parte por causa do aumento da visibilidade dos idosos, em parte por causa do investimento de algumas instituições sociais na divulgação de informações sobre o envelhecimento e na criação de oportunidades sociais para os idosos, vistos como um novo mercado. Em segundo lugar, as mudanças sociais provocaram mudanças nas formas de as pessoas viverem a velhice: os novos idosos brasileiro são mais saudáveis, vivem mais e são mais produtivos do que os do passado ou do que os refletidos pelos estereótipos<sup>(4)</sup>.

Assim, qualidade de vida na velhice e feminização da velhice são fenômenos que chamam a atenção de demógrafos, geriatras e gerontólogos sociais. No domínio da pesquisa está crescendo o interesse pela caracterização das variáveis que determinam uma boa qualidade de vida na velhice nos domínios físico, social e psicológico, bem como pela identificação das noções vigentes sobre qual o significado desse conceito entre a população. No âmbito da intervenção aumenta a consciência de que é importante identificar e promover condições que permitam a ocorrência de uma velhice longa e saudável, com uma relação custo-benefício favorável aos indivíduos e às instituições sociais, num contexto de igualdade quanto à distribuição de bens e oportunidade sociais<sup>(4)</sup>.

A investigação sobre as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice, bem como as variações que a idade comporta, reveste-se de grande importância científica e social. Tentar responder à aparente contradição que existe entre velhice e bem-estar, ou mesmo a associação entre velhice e doença, poderá contribuir para a compreensão do envelhecimento e dos limites e alcances do desenvolvimento humano. Além disso, possibilitará a criação de alternativas de intervenção visando o bem-estar de pessoas idosas. Assim, o desenvolvimento de estratégias para conhecer como o idoso percebe seu próprio envelhecimento é de fundamental importância para que se possam desenvolver instrumentos capazes de quantificar este processo de forma válida.

O objetivo do presente estudo foi avaliar qualidade de vida de mulheres idosas cadastradas em uma Unidade básica de Saúde do município de São Paulo-SP.

## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, exploratória e descritiva, parte integrante da Tese de Doutorado que está sendo desenvolvida no Departamento de Enfermagem - Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração de Serviços de Saúde e Gerenciamento de Enfermagem (GEPAG) da Universidade Federal de São Paulo, intitulado: "Atendimento ao idoso na Atenção Básica e as competências do Enfermeiro". O estudo foi realizado com pessoas idosas cadastradas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada na Zona Sul do município de São Paulo - R. Enferm. Cent. O. Min. 2014 maio/ago; 4(2):1135-1145

Coordenadoria Sudeste - Vila Mariana/Jabaquara. Nesta UBS está implantada a Estratégia Saúde da Família e atualmente estão cadastrados aproximadamente quatro mil pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.

A amostra foi composta por 211 mulheres com idade igual ou superior a 60 anos, das quais. Foram observados os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos, estar cadastrado na Unidade Básica de Saúde, concordar em participar do estudo através da assinatura do (TCLE) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados teve início após a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo UNIFESP (Parecer nº 1012/11) e do Comitê de ética em Pesquisa da Secretária de Saúde do município de São Paulo, Parecer Nº 378/2011.

Para coleta de dados utilizou-se um instrumento elaborado pelos autores e que contemplou informações socioeconômicas e demográficas. Para a avaliação da qualidade de vida dos idosos, aplicou-se o questionário Whoqol-Old, instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde e validada no Brasil por pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Esse questionário consta de 24 itens, com resposta por escala tipo Likert de 1 a 5, divididos em seis facetas. Cada uma delas é composta por quatro itens, gerando, então, escores que variam de 4 a 20 pontos. Os escores das seis facetas, combinados com as respostas aos 24 itens, geram, também, um escore overral

(total). As facetas são: funcionamento dos sentidos; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; e intimidade. Como cada faceta é composta por quatro itens, os escores podem variar de 4 a 20 para cada faceta. A obtenção do escore total deriva da soma dos 24 itens e não depende do agrupamento por facetas.

A análise dos dados foi realizada utilizando-se o pacote estatístico SPSS®, versão 13.0, os resultados da análise estatística descritiva são apresentados com média, desvio padrão, mínima e máxima e a análise estatística inferencial foi desempenhada pelo teste t de Student, objetivando verificar a existência de diferenças significativas entre os testes de ambos os grupos. Para todos os procedimentos, adotou-se um nível de confiança de 5% ( $p < 0,05$ ).

## RESULTADOS

As mulheres idosas que participaram deste estudo eram em sua maioria 133 (63,0%) na faixa etária de 60 a 69 anos, caracterizadas como idosas jovens; afrodescendentes (pardas e negras) 130 (67,7%); a maioria sem cônjuge (viúvas, solteiras e divorciadas) 164 (78,0%); baixa escolaridade 109 (51%) era analfabeta e 102 (49,0%) com o ensino fundamental incompleto; quanto à situação ocupacional, 128 (60,6%) eram aposentadas, 54 (25,5%) eram donas de casa e 29 (13,9%) trabalhavam como diaristas; tinham renda familiar de 1 a 3 salários mínimos 172 (81,4%); maior parte tinha casa própria 144 (68,2%); sem acesso a atividades de lazer 148 (70,1%); somente 42 (19,9%) das idosas praticavam atividade física; em relação ao tabagismo, 110 (52,1%) eram fumantes e ex-fumantes; principais doenças referidas: hipertensão arterial 147 (69,37%) e Diabetes Mellitus 88 (41,7%).

Tabela 1 - Características socioeconômicas e demográficas de mulheres idosas cadastradas em Unidade Básica de Saúde. São Paulo, 2014.

Variáveis	n	%	p valor
<b>Faixa etária</b>			
60-69	133	63,0	<0,001
70-79	57	27,0	
80 a mais	21	10,0	
Total	211	100,0	
<b>Raça/cor da pele</b>			
Parda	84	40,0	<0,001
Branca	81	38,3	
Negra	46	27,7	
Total	211	100,0	
<b>Estado civil</b>			
Viúva	87	41,2	<0,001
Solteira	55	26,0	
Casada	47	22,0	
Separada/divorciada	22	10,8	
Total	211	100,0	
<b>Escolaridade</b>			
Analfabeta	109	51,0	0,079
Ensino fundamental incompleto	102	49,0	
Total	211	100,0	
<b>Situação ocupacional</b>			
Aposentada	128	60,6	

Dona de casa	54	25,5	<b>0,076</b>
Diarista	29	13,9	
Total	211	100,0	
<b>Renda familiar</b>			<b>0,018</b>
Até 1 salário mínimo	64	30,3	
1 a 3 salários mínimos	108	51,1	
4 a 6 salários mínimos	39	18,6	
Total	211	100,0	
<b>Número de pessoas no domicílio</b>			<b>0,766</b>
1 a 3 pessoas	122	57,8	
4 a 6 pessoas	53	25,1	
Vive sozinha	36	17,1	
Total	211	100,0	
<b>Possui convênio médico</b>			<b>0,478</b>
NÃO	176	83,4	
SIM	35	16,6	
Total	211	100,0	
<b>Em caso de doença procura</b>			<b>0,492</b>
Hospital	91	43,1	
Farmácia do bairro	58	27,4	
Unidade Básica de Saúde	62	29,5	
Total	211	100,0	
<b>Tabagismo</b>			<b>&lt;0,001</b>
Fumante	24	11,4	
Ex-fumante	86	40,8	
Nunca fumou	101	47,9	
Total	211	100,0	
<b>Morbidades referidas</b>			<b>0,006</b>
Hipertensão arterial			
SIM	147	69,7	
NÃO	64	30,3	
Total	211	100,0	
<b>Diabetes</b>			<b>0,163</b>
SIM	88	41,7	
NÃO	123	58,3	
Total	211	100,0	

Tabela 2 - Avaliação da qualidade de vida de mulheres idosas segundo as facetas do Whoqol-Old. São Paulo, 2014.

Facetas	n	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Funcionamento dos sentidos	211	11,5	11,0	3,7	4,0	20,0
Autonomia	211	11,2	11,0	3,8	4,0	20,0
Atividades passadas, presentes e futuras	211	11,7	12,0	3,5	4,0	19,0
Participação social	211	11,2	11,0	4,3	4,0	20,0
Morte e morrer	211	12,6	12,0	4,6	4,0	20,0
Intimidade	211	11,6	12,0	4,6	4,0	20,0

Na tabela 2 são apresentados os resultados da avaliação da qualidade de vida das mulheres idosas, segundo as facetas do Whoqol-Old. A faceta funcionamento dos sentidos: média R. Enferm. Cent. O. Min. 2014 maio/ago; 4(2):1135-1145

(11,5), mediana (11,0) e desvio padrão (3,7); faceta autonomia: média (11,2), mediana (11,0) e desvio padrão (3,8); faceta atividades passadas presentes e futuras: média (11,7),

mediana (12,0) e desvio padrão (3,5); faceta participação social: média (11,2), mediana (11,0) e desvio padrão (4,3); faceta morte e morrer: média (12,6), mediana (12,0) e desvio padrão (12,0); faceta intimidade: média (11,6), mediana (12,0) e desvio padrão (4,6).

## DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo apontam para a feminização da velhice e com alto percentual de idosas jovens na faixa etária de 60 a 69 anos. Como resultado de uma desigualdade de gênero na expectativa de vida, existe essa proporção maior de mulheres do que de homens nesse grupo populacional. Esse fenômeno é explicado pelo fato de que no Brasil as mulheres vivem em média oito anos a mais do que os homens, o que pode ser atribuído a fatores biológicos, em especial pela proteção hormonal de estrógeno, e à diferença de exposição aos fatores de risco de mortalidade; a inserção diferenciada no mercado de trabalho, o uso/abuso de tabaco e álcool, e também a diferença de atitude em relação à saúde/doença, considerando que a mulher busca mais os serviços de saúde, o que mostra maior preocupação com autocuidado<sup>(5-6)</sup>.

Neste estudo observaram-se alto percentual de idosas sem cônjuge, considerando-se as viúvas, solteiras e separadas. Resultados semelhantes foram encontrados em estudos que abordaram a qualidade de vida de mulheres idosas<sup>(7-8)</sup>.

A escolaridade das idosas deste estudo foi baixa, constituindo-se uma condição social desfavorável para elas, já que tem influencia

no acesso aos serviços de saúde, em oportunidades de participação social e na compreensão do seu tratamento e do seu autocuidado entre outros. Proporcionalmente os homens idosos continuam mais alfabetizados do que as mulheres. No Brasil, em 2000, o percentual de analfabetos entre idosos era de 35,2%, sendo 32,2% entre os homens e 37,4% entre as mulheres<sup>(9)</sup>. Há que ser considerado o fato de que essas idosas nasceram e cresceram num período em que a dificuldade de acesso à educação era muito grande, principalmente para as mulheres, pois a prioridade era para os homens.

Aliadas à baixa escolaridade observaram-se desvantagens socioeconômicas. Embora reconhecendo a limitação do presente estudo no que se refere à generalização dos resultados, outros estudos apontaram idosas em condições semelhantes. Em um estudo realizado na zona urbana do município de Uberaba-MG, 30% das mulheres idosas da amostra tinham condições financeiras aproximadas à realidade dos deste estudo<sup>(10)</sup>. Em Jequié-Ba 70% das mulheres idosas pertenciam às classes econômicas “D e E” indicando baixo nível socioeconômico<sup>(11)</sup>.

Neste estudo observou-se que 60,6% das mulheres idosas eram aposentadas e um percentual importante de mulheres ainda inseridas no mercado de trabalho ocupando a função de diarista (13,9%). Diversos estudos apontam que a aposentadoria é a principal fonte de sobrevivência das pessoas idosas, ainda que ela não seja suficiente para atender suas necessidades básicas. Devido às graves distorções na distribuição de renda no país,

muitos idosos vivem em extrema pobreza, enquanto outros, para não ver reduzido o seu padrão de vida, são forçados a prolongar sua permanência no mundo do trabalho, ou conforme o caso, obrigados a retornar às atividades laborais para garantir condições mínimas de sobrevivência<sup>(12-14)</sup>.

Quanto ao número de pessoas que vivem no domicílio observou-se que a maior parte das idosas tinha 122 (57,8%) de 1 a 3 pessoas no vivendo no domicílio, além disso, 36 (17,1%) viviam sozinhas. Neste sentido, nos países mais desenvolvidos, a proporção de idosos vivendo com os filhos diminui substancialmente com o avançar da idade. Em contrapartida, em muitos países em desenvolvimento, a porcentagem de pessoas idosas que moram com os filhos continua elevada, mesmo com o aumento da longevidade, sugerindo que os pais tendem a viver com pelo menos um dos filhos durante todo o ciclo de vida<sup>(15)</sup>.

Observou-se que a maior parte das mulheres idosas dependia do Sistema único de Saúde para tratamento de patologias. Com o elevado número de idosas que estão sendo incorporadas anualmente à população brasileira, não podemos deixar de considerar suas consequências para o sistema de saúde, como o aumento de atendimentos aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis, complexas e onerosas, típicas da população idosa que perduram por anos e exigem cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos<sup>(16)</sup>.

Em caso de doença, constatou-se que a maior parte das idosas prefere busca a rede

hospital e farmácias do bairro, possivelmente essas mulheres não encontram acolhimento na UBS, quando estão doentes. Dentro do princípio de que a rede básica pode e deve tratar cerca de 85% das doenças mais comuns, seu fortalecimento pode vir a racionalizar o uso dos serviços mais especializados e ao mesmo tempo produzir melhores resultados na saúde da população. Além de ser a “porta de entrada” do sistema municipal de saúde, a UBS, funcionando dentro dessa nova estratégia, acaba sendo o elo articulador do percurso do usuário no interior de todo o sistema de saúde, pressionando a organização da referência para os níveis mais especializados, quando necessário<sup>(17-18)</sup>.

Tratando-se do tabagismo, percebeu-se que mais da metade das mulheres idosas tiveram tinham este hábito, considerando-se as idosas ex-fumantes e as que fumavam, na ocasião deste estudo. Em um estudo realizado na cidade de Londrina-PR, em 2010, foram observado resultados semelhantes aos encontrados neste estudo considerando o gênero feminino<sup>(19)</sup>.

Em relação às doenças crônicas, observou-se neste estudo alto percentual de idosas com hipertensão arterial sistêmica (HAS). Um estudo de base populacional realizado com 208 mulheres idosas no município de Campinas-SP em 2006, revelou um percentual menor de idosas comparados com este estudo<sup>(20)</sup>.

Quanto ao Diabetes Mellitus, este estudo mostrou percentual alto de idosas com esta condição crônica de saúde.

Neste sentido, estudos apontam que o controle metabólico rigoroso, associado a medidas preventivas e curativas relativamente simples, é capaz de prevenir ou retardar o aparecimento das complicações crônicas do diabetes mellitus, resultando em melhor qualidade de vida ao indivíduo diabético<sup>(21)</sup>. Para o controle desta patologia, são necessárias medidas que envolvem mudanças no estilo de vida do indivíduo. O manejo do diabetes mellitus deve ser feito dentro de um sistema hierarquizado de saúde, sendo sua base o nível primário de atendimento. A equipe de Saúde da Família possui um papel fundamental neste processo, fazendo o levantamento epidemiológico e propondo medidas preventivas, de controle e tratamento<sup>(22)</sup>.

A qualidade de vida na velhice parte de uma avaliação multidimensional em relação aos critérios socionormativos e intrapessoais que buscam referencia tanto nas relações atuais quanto nas passadas e também prospectivas na relação entre o idoso e o ambiente que o cerca. Dessa maneira, a qualidade de vida na velhice dependeria de muitos elementos em interação constante ao longo da vida do indivíduo<sup>(23)</sup>.

Ao analisar as informações relativas a pontuação dos domínios do Whoqol-old, identifica-se que na faceta funcionamento do sensorio, o qual avalia a parte sensorial e o impacto da perda de habilidades sensoriais na qualidade de vida, a média do escore alcançou 11,5, com desvio padrão de 3,7. Este valor indica que nesta faceta as idosas possuem uma qualidade de vida mediana.

Já na faceta autonomia, em que se avaliou a independência na velhice e a capacidade ou liberdade de viver de forma autônoma e tomar decisões, a média do escore alcançou 11,2, com desvio padrão de 3,8. Este valor indica que nesta faceta as idosas possuem qualidade de vida positiva.

Quando nos reportamos a faceta morte e morrer, em que é possível avaliar as inquietações e temores sobre a morte e o morrer, a média do escore alcançou 12,6 com desvio padrão de 4,6. Este valor indica que nesta faceta as idosas possuem uma maior qualidade de vida e que possivelmente não se preocupam com a morte ou se estão preparadas para morrer. Neste sentido, um estudo que avaliou a qualidade de vida de mulheres idosas no município de Campinas-SP em 2010 foi observado resultados semelhantes aos deste estudo, no que diz respeito à faceta morte e morrer do whoqol-Old<sup>(24)</sup>.

Em relação à faceta atividades passadas, presentes e futuras que avalia a satisfação sobre conquistas na vida e coisas a que se anseia, a média do escore alcançou 11,7 com desvio padrão de 3,5 indicando avaliação negativa de qualidade de vida. O bem-estar proporcionado pela elaboração e/ou concretização de projetos é traduzido, inegavelmente, com um aumento da autoestima e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas. Os projetos futuros podem também se constituir como uma condição importante para o aumento da qualidade de vida na terceira idade, porque são uma forma de dar sentido à existência dos indivíduos (como

seres que mantêm suas faculdades mentais ativas, capazes de poder projetar e concretizar seus desejos)<sup>(25)</sup>.

Na faceta participação social, na qual se se avalia a participação nas atividades cotidianas, especialmente na comunidade. As idosas participantes deste estudo avaliaram de forma positiva sua interação com a comunidade com média de 11,2 e desvio padrão 4,3. Na terceira idade, cujas características principais, em relação ao comportamento social, são a diminuição das capacidades sensoriais e redução da prontidão para a resposta, outras habilidades podem ser especialmente importantes, tais como as de estabelecer e manter contato social, além de lidar com os comportamentos sociais decorrentes de preconceitos contra a velhice, geralmente expressos através de hesitação<sup>(26)</sup>.

A faceta intimidade, com uma das menores pontuações atingidas, avaliou a capacidade dos idosos de ter relações pessoais e íntimas. Esse resultado pode estar associado ao se constatar que 80% das idosas não tinham cônjuge e 17,1% viviam sozinhas. Neste sentido, As mulheres têm maior índice de sobrevivência do que os homens, quando atingidas pelas principais causas de morte, mas o contraponto é que elas são mais afetadas por doenças não fatais. A velhice traz à mulher maior possibilidade de ficar sozinha, sendo o elemento de referência familiar. As mulheres têm maior probabilidade de enfiar numa idade menos avançada, com muitos anos de vida ainda pela frente<sup>(27)</sup>.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que as mulheres idosas que participaram deste estudo são idosas jovens, afrodescendentes, sem cônjuge, vivendo em lares multigeracionais, analfabetas, aposentadas, com renda familiar de uma a três salários mínimos, dependentes do Sistema Único de Saúde. Na avaliação da qualidade de vida, as facetas intimidade e atividades presente, passadas e futuras obtiveram os piores escores de qualidade de vida.

Diante da rapidez com que o envelhecimento populacional tem ocorrido principalmente em nosso país, trazendo consigo importantes consequências no que se referem aos aspectos políticos, social, cultural e epidemiológico, os resultados deste estudo podem contribuir significativamente em ações que visem melhorar a qualidade de vida dos idosos residentes nesta área de abrangência da Estratégia Saúde da Família.

A tentativa de se avaliar qualidade de vida em pessoas idosas vai além da simples aplicação de um instrumento; em se tratando de pessoa idosa, a qualidade de vida pode ser percebida como boa ou ruim de acordo com a forma como cada um vivencia a velhice, o que pode variar entre dois extremos (muito bom ou péssimo). Assim, acreditamos que avaliação da qualidade de vida depende, na maioria das vezes, da interpretação emocional que cada indivíduo faz dos fatos e eventos que lhe ocorrem, por exemplo, a perda dos sentidos pode não significar o mesmo para dois indivíduos.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Atlas do Censo Demográfico do IBGE mapeia mudanças na sociedade brasileira. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em 18 janeiro 2014.
2. Pereira RJ, Cottall RMM, Franceschinill SCC, Ribeiro RCL; Sampaio RF, Priorell SE, et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev Psiquiatr RS* jan/abr 2006;28(1):27-8.
3. Dias RC. Qualidade de vida e envelhecimento. In: Perracini MR, Fló, CM. *Funcionalidade e Envelhecimento*. Guanabara Kogan: rio de Janeiro 2011.
4. Neri AL. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: Neri AL e Orgs. *Qualidade de vida na velhice enfoque multidisciplinar*. Álinea: Campinas-SP: 2011.
5. Moura MAV, Domingos AM, Rassy MEC. A qualidade na atenção à saúde da mulher idosa: um relato de experiência. *Esc Anna Nery* (impr.)2010 out-dez; 14 (4):848-55.
6. Salgado CDS. Mulher idosa: a feminização da velhice. *Estud. interdiscipl. envelhec.*2002; 4: 7-19.
7. Torres GV, Reis LA, Reis LA, Fernandes MH. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. *J Bras Psiquiatr.* 2009; 58(1):39-44.
8. Alencar NA, Aragão JCB, Ferreira MA, Dantas EHM. Avaliação da qualidade de vida em idosas residentes em ambientes urbano e rural. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, Rio de Janeiro, 2010; 13(1):103-9.
9. Santos GS, Cianciarullo TI. Perfil sociodemográfico dos idosos de uma área de abrangência do Programa Saúde da Família do município de Guarulhos-SP. *Revista Saúde Coletiva.* 2009; 33(6): 200-6. Editora Bolina. São Paulo-SP.
10. Soares MBO, Tavares DMS, Dias FA. Morbidades, capacidade funcional e qualidade de vida de mulheres idosas. *Esc Anna Nery* (impr.) 2010 out-dez; 14 (4):705-11.
11. Rocha SV, Santos CA, Souza NR, Carneiro LRV. Qualidade de vida entre mulheres participantes de grupos de convivência. *Rev. APS* 2010; 13 (3): 352-6.
12. Sá CMS, Souza NVDO, Caldas CP, Lisboa MTL, Sá KFAT. O idoso no mundo do trabalho: configurações atuais. *Cogitare Enferm.* 2011 Jul/Set; 16(3):536-42.
13. Brunnet AE, Andrades B, Souza CS, Weber JLA, Martinato L, LoretoT, et al. Práticas sociais e significados do envelhecimento para mulheres idosas. *Pensando fam.* [online]. 2013; 17(1): 99-109.
14. Virtuoso JSV, Guerra RO. Incapacidade funcional em mulheres idosas de baixa renda. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011; 16(5):2541-8.
15. Camargo MCS, Rodrigues RN, Machado CJ. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. *Rev. bras. estud. popul.* [online]. 2011; 28(1): 217-30.
16. Baldoni AO, Pereira LRL. O impacto do envelhecimento populacional brasileiro para o sistema de saúde sob a óptica da farmacoepidemiologia: uma revisão narrativa. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2011;32(3):313-21.

17. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16 (6): 2753-62.
18. Mendes EV. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um novo olhar sobre o nível local. In: Mendes EV, organizador. *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 17-5.
19. Freitas ERFS, Ribeiro LRG, Oliveira LD, Rissas JM, Domingues VL. Fatores associados ao tabagismo em idosos residentes na cidade de Londrina, Brasil. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, RJ, 2010; 13(2):277-87.
20. Zaitunel MPA, Barros MBA, César CLG, Carandinal L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2006; 22(2):285-94.
21. Malfatti CRM, Assunção NA. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011; 16(Supl. 1):1383-8.
22. Mendes TAB, Goldbaum M, Segrill NJ, Barros MBA, Cesar CLG, Carandinal L; Alves MCGP. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2001; 27(6):1233-43.
23. Trentini MT, Chachamovick E, Fleck MPO. Qualidade de vida em idosos. In: Fleck MPO. *A avaliação de qualidade de vida guia para R. Enferm. Cent. O. Min.* 2014 maio/ago; 4(2):1135-1145
- profissionais da saúde: Porto alegre: Artmed, 2008.
24. Carvalho ED, Valadares ALR, Paiva LHC, Pedro AO, Morais SS, Neto AMP. Atividade física e qualidade de vida em mulheres com 60 anos ou mais: fatores associados. *Rev Bras Ginecol. Obstet.* 2010; 32(9):433-40.
25. Serbim AK, Figueiredo AEPL. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. *Scientia Medica (Porto Alegre)* 2011; 21 (4): 166-72.
26. Freire S. Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. In: Neri AL, Freire AS, organizadores. *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papyrus; 2000.
27. Cartaxo HGO, Silva EAPC, Santos ARM, Siqueira PGBS, Pazzola CM, Freita CMSM. Percepção de idosas sobre o envelhecimento com qualidade de vida: subsídios para intervenções públicas. *Rev Rene.* 2012; 13(1):158-68.

**Recebido em: 04/11/2013**  
**Versão final em: 10/11/2014**  
**Aprovado em: 22/11/2014**

**Endereço de correspondência**

Gerson Souza Santos  
 Rua Tuiuti nº 928, Aptº 153 - Tatuapé-SP. CEP:  
 03081-015  
 E-mail: enf.gerson@hotmail.com