

QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS: COMPARAÇÃO ENTRE OS DISTRITOS SANITÁRIOS DE UBERABA-MG¹

Darlene Mara dos Santos Tavares*
Michelle Oliveira Araújo**
Flavia Aparecida Dias***

RESUMO

Esta pesquisa objetivou comparar os escores de qualidade de vida dos idosos residentes em três distritos sanitários (DS) de Uberaba, MG. É um estudo do tipo inquérito domiciliar, transversal e observacional, em que foram entrevistados 2.143 idosos. Os dados foram coletados por meio dos instrumentos estruturados WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. Utilizou-se a distribuição de frequência e teste ANOVA-F ($p < 0,05$). Houve predomínio de indivíduos do sexo feminino, de idade entre 60 e 70 anos, casados ou que moram com companheiro(a) e têm renda de um salário mínimo. Os maiores escores de qualidade de vida, WHOQOL-BREF, foram para relações sociais no DSI e DSII, enquanto no DSIII foi o psicológico. No WHOQOL-OLD, o maior escore do DSI foi encontrado na faceta morte e morrer e, nos DSII e DSIII, funcionamento do sensorio. Os menores escores, nos três DSs, foram para o domínio físico e a faceta autonomia. O DSI apresentou menor escore nos domínios psicológico e meio ambiente e na faceta funcionamento do sensorio, quando comparados ao DSII e ao DSIII. O DSII apresentou menor escore na faceta funcionamento do sensorio quando comparado ao DSIII, que apresentou menor escore nas relações sociais. Estes resultados denotam a necessidade de redirecionar a atenção das políticas locais à saúde do idoso de acordo com suas especificidades em cada localidade.

Palavras-chave: Qualidade de Vida. Idoso. Envelhecimento. Enfermagem Geriátrica.

INTRODUÇÃO

Estudos demográficos demonstram o crescente aumento da população idosa, fenômeno que é mundial⁽¹⁾. No Brasil, no período de 1999 a 2009 o percentual de idosos passou de 9,1% para 11,3%⁽²⁾.

No país, considera-se idosa a pessoa com 60 anos ou mais de idade⁽³⁾. Deste modo, é relevante destacar que o envelhecimento populacional acarreta grandes mudanças em todos os setores da sociedade e desafia a habilidade de produção de políticas públicas que respondam às suas necessidades. Os idosos podem apresentar declínio no estado de saúde e também em suas condições cognitivas, ou podem viver saudáveis até idades avançadas. Podem, ainda, apresentar grande carga de doenças crônicas e incapacitantes, tornando-se potenciais consumidores de serviços de saúde por longos períodos de tempo⁽³⁾. Neste contexto, é mister que esse grupo etário tenha não somente

maior expectativa de vida, mas também boa qualidade de vida (QV).

A expressão QV tem recebido vários conceitos ao longo dos anos, entre eles o proposto por um grupo de estudiosos da Organização Mundial de Saúde (OMS), para os quais QV é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”^(4:1405). Esse conceito é multidimensional, subjetivo e complexo, abrangendo o estado físico, psicológico, social e o meio ambiente⁽⁴⁾.

A literatura científica evidencia que a QV pode ser impactada negativamente pela ausência de renda e maior número de incapacidades funcionais⁽⁵⁾. Soma-se a isto a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a qual, norteadas pela autonomia, integração e participação social, reafirma o direito à saúde nos diversos espaços de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽³⁾. Os serviços públicos de saúde devem

¹ Esta pesquisa recebeu apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG)

* Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associado do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Email: darlenetavares@enfermagem.uftm.edu.br

** Enfermeira. Graduada pelo Curso de Graduação em Enfermagem da UFTM. Email: michelleoaraujo@hotmail.com

*** Enfermeira. Mestre em Atenção à Saúde da UFTM. Bolsista da CAPES/DS. Email: flaviadias_ura@yahoo.com.br

oferecer atenção específica aos idosos, com equipe multidisciplinar, de forma sistematizada e humanizada, baseando-se nas necessidades identificadas junto a esta população⁽³⁾.

Nesta perspectiva, as mudanças nos perfis demográficos e sociais das populações tornam-se um desafio para os gestores municipais, que necessitam implementar estratégias de enfrentamento imediatas, com vista a propiciar boa QV aos munícipes⁽⁶⁾.

Este estudo se propôs avaliar a QV dos idosos em três distritos sanitários (DS) do município de Uberaba - MG, na perspectiva de contribuir com o governo municipal na elucidação de determinados fatores que interferem na QV e colaborar na elaboração de políticas públicas municipais de atendimento a esta população. A comparação entre os DS justifica-se pela possível diferença de características entre eles, pois o espaço é produto e produtor de diferenciações sociais e ambientais, refletindo-se na saúde e na QV da população. Assim, os escores de QV tendem a se agrupar espacialmente de acordo com as similaridades culturais e socioeconômicas⁽⁷⁾ que podem estar representadas nesta divisão dos DSs.

Em investigação anterior realizada no mesmo município verificaram-se diferenças nas variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde entre os idosos, balizando a definição de áreas homogêneas do ponto de vista sociossanitário em cada um dos DSs. Destacou-se que existiam regiões que apresentavam maior extensão territorial de áreas precárias⁽⁶⁾. Deste modo, questiona-se se os idosos destas localidades apresentam diferenças na sua QV.

Diante disso, foram delineados como objetivos deste estudo descrever as características sociodemográficas dos idosos e comparar os escores de QV entre os três DSs da zona urbana de Uberaba.

METODOLOGIA

Este estudo fez parte de um estudo maior do tipo inquérito domiciliar, transversal e observacional, realizado na zona urbana do município de Uberaba-MG, cuja população estimada é de 296.259 habitantes, dos quais 12% são idosos⁽⁸⁾.

A população foi constituída dos idosos que atenderam aos seguintes critérios: ter 60 anos ou mais de idade; ter obtido pontuação mínima de 13 pontos na avaliação cognitiva realizada por meio do Miniexame do Estado Mental (MEEM), no qual o somatório das questões variou de zero a 19 pontos, tendo o número treze como ponto de corte⁽⁹⁾; morar na zona urbana do município; ser localizado no domicílio em uma de três tentativas de contato e concordar em participar da pesquisa. Do total de 2.683 idosos foram excluídos 540, dos quais 199 não foram encontrados após três visitas, 174 recusaram-se a participar, 142 foram a óbito e 25 estavam hospitalizados. Desta forma, a amostra populacional deste estudo foi de 2.143 idosos.

O cálculo da amostragem populacional foi realizado pelos membros do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFMT). Tal cálculo considerou 95% de confiança, 80% de poder do teste, margem de erro de 4,0% para as estimativas intervalares e uma proporção estimada de $\pi=0,5$ para as proporções de interesse. Para a seleção dos idosos utilizou-se a técnica de amostragem estratificada proporcional, considerando-se os diversos bairros como estratos.

Foram constituídos três grupos, de acordo com a localização da residência nos DSs (DSI, DSII e DSIII). Para tal classificação foi utilizado o mapa do município contendo a divisão territorial dos DSs, obtido na Secretaria Municipal de Saúde. Através dessa delimitação foi associado o bairro pertencente a cada DS. No caso de bairros pertencentes a dois DSs, utilizou-se um segundo critério: associar-lhe a rua.

Quanto à caracterização, destaca-se que o DSI possui a maior população com cobertura (79%) da Estratégia Saúde da Família (ESF). Entre 8,1% e 29,2% da população têm plano de saúde e os bairros apresentam classificação de risco familiar em todos os níveis (nenhum a alto). Este risco relaciona-se à maior vulnerabilidade familiar, dados os aspectos sociais e de saúde. As famílias são classificadas em quatro níveis: sem risco e com risco baixo, médio e alto. Esta gradação refere-se aos fatores socioeconômicos, ou seja, associa indicadores de base populacional do IBGE (moradia e renda) com alguns da saúde (mortalidade infantil,

relacionados diretamente à atenção materno-infantil e bolsa-família) e condições crônicas prioritárias direcionadas a crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos⁽¹⁰⁾. Este protocolo foi estabelecido pela Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais para ser utilizado pela ESF⁽¹⁰⁾. O DSII possui cobertura de 64% da ESF; entre 7,1% e 18% de sua população têm plano de saúde; apresenta classificação de famílias sem risco ou baixo. Já o DSIII apresenta cobertura de 72% da ESF; 11,3 a 31,5% de sua população têm plano de saúde e apresenta classificação de risco de nenhum a médio^(11,12).

Para a coleta dos dados utilizou-se a entrevista, realizada por dez entrevistadores, os quais foram treinados pelo período de um mês, quanto ao preenchimento do instrumento de coleta e à forma de abordar o entrevistado. Foram também apresentados os objetivos do projeto, as especificidades da abordagem do idoso, a linguagem e vestimenta e a aplicação de instrumentos.

Os dados foram coletados no período de agosto a dezembro de 2008, no domicílio, utilizando-se um instrumento em que estavam contidas as variáveis sociodemográficas sexo, faixa etária, estado conjugal, escolaridade e renda individual; e a QV foi mensurada pelo WHOQOL-BREF⁽¹³⁾ e WHOQOL-OLD⁽¹⁴⁾, ambos validados no Brasil.

Os instrumentos de QV são auto-aplicáveis, porém, em razão da possível dificuldade de leitura, problemas visuais e analfabetismo entre os idosos, optou-se pela entrevista direta. Os participantes foram orientados a responder às perguntas do questionário tomando como base as duas semanas anteriores à data de realização da coleta de dados.

O WHOQOL-BREF é composto por 26 questões, das quais duas referem-se à percepção pessoal da QV e da satisfação com a saúde e as demais estão subdivididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente⁽¹³⁾. O módulo WHOQOL-OLD possui 24 itens da escala Likert atribuídos a seis facetas: funcionamento do sensorio, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade⁽¹⁴⁾.

Foi construída uma planilha de dados eletrônica, no programa Excel[®], os dados foram processados por duas pessoas, em dupla entrada, e foram verificadas inconsistências. Quando houve dados inconsistentes estes foram verificados na entrevista original e realizou-se sua correção.

Os dados sociodemográficos foram analisados por meio de distribuição de frequência simples, média e desvio padrão. Cada domínio do WHOQOL-BREF e as facetas do WHOQOL-OLD foram analisados isoladamente no software SPSS com as respectivas sintaxes. O valor do escore pode variar de 0 a 100 e os maiores escores corresponderam a melhor QV. Para comparação dos escores de QV entre os três DSs utilizou-se o teste de ANOVA-F ($p < 0,05$).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFTM, mediante o Protocolo N.º897. Apresentaram-se os objetivos, o Termo de Consentimento Livre Esclarecido e as informações pertinentes aos idosos em seus domicílios. Após a sua anuência e assinatura do referido Termo, foi conduzida a entrevista.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O percentual de idosos foi maior para o DSII (36,5%), seguido pelo DSI (32,7%) e DSIII (30,8%). A maioria dos sujeitos era do sexo feminino (62,5%), nos três DSs, com percentuais maiores para o DSIII (64,0%), seguido pelo DSI (63,5%) e DSII (60,3%), conforme mostra a tabela 1. Os resultados corroboram os de outros estudos realizados com idosos no Interior do Estado de São Paulo (57,3%) e no Rio Grande do Sul (61,8%)^(5,15).

O fato de o presente estudo ter sido realizado no domicílio pode ter influenciado este resultado, uma vez que ainda hoje as idosas atuam no lar. Este aspecto pode ser reflexo da sua juventude, época em que as mulheres não tinham espaço no mercado de trabalho, por isso tornavam-se donas de casa e envelheciam cuidando dos filhos e cônjuges⁽¹⁶⁾. Além disto, destaca-se a maior longevidade feminina, evidenciada pela mortalidade diferencial e razão de sexos. No país, a expectativa de vida para os

homens é de 69,4 anos, e para as mulheres, de 77 anos⁽²⁾. Quanto à razão de sexos, em 2007 havia 79 homens idosos para cada 100 mulheres. No

grupo de 65 anos ou mais a razão cai a 76 homens para cada 100 mulheres⁽¹⁷⁾.

Tabela 1. Distribuição dos idosos entrevistados no DSI, no DSII e no DSIII segundo as características sociodemográficas. Uberaba, 2010.

Variáveis	DSI		DSII		DSIII		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo								
Masculino	256	36,5	311	39,7	237	36,0	804	37,5
Feminino	445	63,5	472	60,3	422	64,0	1339	62,5
Faixa etária (em anos)								
60 70	332	47,4	360	46,0	303	46,0	995	46,4
70 80	270	38,5	293	37,4	259	39,3	822	38,4
80 anos e mais	99	14,1	130	16,6	97	14,7	326	15,2
Estado conjugal								
Nunca se casou	44	6,3	37	4,7	29	4,4	110	5,1
Viúvo	248	35,5	273	34,9	275	41,7	796	37,2
Separado/divorciado	71	10,1	65	8,3	52	7,9	188	8,8
Mora com esposo ou companheiro	336	48,1	408	52,1	303	46,0	1047	48,9
Escolaridade (em anos)								
Sem escolaridade	182	26,3	129	16,7	115	17,4	426	20,0
1 4	238	34,3	236	30,5	210	31,9	684	32,2
4 8	212	30,6	273	35,3	220	33,4	705	33,2
8	19	2,8	37	4,8	39	5,9	95	4,5
9 11	17	2,4	23	3,0	7	1,1	47	2,2
11 e mais	25	3,6	75	9,7	68	10,3	168	7,9
Renda (em salários mínimos)*								
Sem renda	68	9,8	93	11,9	63	9,6	224	10,5
<1	13	1,9	4	0,5	7	1,1	24	1,1
1	459	66,3	423	54,2	298	45,4	1180	55,4
1 3	133	19,2	212	27,2	232	35,3	577	27,1
3 5	14	2,1	35	4,5	35	5,3	84	4,0
> 5	5	0,7	13	1,7	22	3,3	40	1,9

* O salário mínimo correspondia a R\$415,00

No tocante à faixa etária, houve predominância dos idosos com 60 | 70 anos (46,4%) nos três DSS, com percentual maior para o DSI (47,4%), conforme a tabela 1. Percentual superior (56,2%) foi obtido em pesquisa com idosos no Rio Grande do Sul⁽¹⁵⁾. Destaca-se que, no Brasil, esta faixa etária apresenta a maior proporção de idosos (54,69%)⁽⁸⁾, também com percentual superior ao deste estudo.

No país, houve crescimento, especialmente de pessoas com 80 anos e mais, que atualmente representam 14,38% do total de idosos, percentual semelhante ao obtido neste estudo^(2,8). Embora no município a faixa etária predominante seja a de 60 | 70 anos, considerando-se que a proporção de idosos é superior à do país, evidencia-se a necessidade de ações que garantam uma infraestrutura de atendimento a esta população, dado o aumento da longevidade⁽²⁾.

Em relação ao estado conjugal, os maiores percentuais foram para os idosos que moram com o cônjuge ou companheiro(a) (48,9%), nos três DSS, com maior percentual para o DSII (52,1%), seguido pelo DSI (48,1%) e DSIII (46,0%), de acordo com a tabela 1. O segundo maior percentual encontrado foi o de viúvos (37,2%), o que também ocorreu para o DSIII (41,7%), DSI (35,5%) e DSII (34,9%), conforme a tabela 1. Em inquérito realizado com idosos, observou-se percentual superior de casados (61,5%)⁽¹⁵⁾. Diante destes dados, é necessário atentar para a possibilidade de os idosos viverem solitários ou sentirem-se solitários nesta etapa da vida, mesmo residindo na companhia de algum familiar. Deste modo, os profissionais de saúde devem investigar estes fatores e observar as condições psicológicas e de vida desses idosos, e fornecer auxílio, quando necessário⁽¹⁵⁾.

Quanto à escolaridade, observou-se o predomínio de idosos com 1-4 anos de estudo no DSI (34,3%), enquanto no DSII (35,3%) e DSIII (33,4%), com 4-8 anos de estudos, conforme a tabela 1. Pesquisa realizada em Portugal (42%)⁽¹⁾ e no município de Teixeira - MG (71%)⁽¹⁸⁾ apresentou percentuais superiores para idosos que possuíam até quatro anos de estudos.

Destaca-se que o DSI apresentou o maior percentual de idosos sem escolaridade e menor para aqueles com 11 anos e mais de estudo em relação aos demais. Estes dados evidenciam diferenças entre os DSs do município, o que denota a necessidade de estratégias diversas na atenção à saúde. A escolaridade pode intervir no processo de adoecer, por meio da dificuldade de acesso ao serviço de saúde, iatrogenias nos serviços de saúde, déficit do autocuidado e dificuldade de adesão ao tratamento⁽⁶⁾. Investigação conduzida com idosos cadastrados na ESF evidenciou que aqueles com um ou mais

anos de estudo apresentavam maior percepção de agravos à saúde em comparação com os sem escolaridade⁽⁵⁾. Neste sentido, os serviços de saúde devem buscar parcerias junto à comunidade, de modo a oferecer oportunidades de aprendizado e assim proporcionar melhoria nos aspectos relacionados ao autocuidado, saúde e QV.

Quanto à renda individual, foram observados maiores percentuais para aqueles que recebiam 1 salário mínimo (55,4%), sendo maiores para o DSI (66,3%), seguido pelo DSII (54,2%) e DSIII (45,4%), de acordo com a tabela 1. Outras investigações obtiveram resultados superiores (61,1%)⁽¹⁸⁾ e inferiores (48,8%)⁽¹⁵⁾ aos encontrados nesta pesquisa. No Brasil, 43,2% dos idosos vivem com renda domiciliar *per capita* de até 1 salário mínimo⁽²⁾; porém, apesar de a literatura científica evidenciar que a baixa renda pode contribuir para menor QV, uma pesquisa realizada não observou esta associação⁽¹⁸⁾.

Tabela 2. Comparação das médias dos escores do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD nos três distritos sanitários de saúde. Uberaba, 2010.

	DSI		DSII		DSIII		p
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	
WHOQOL-BREF							
Físico	58,99	16,06	59,98	16,27	59,52	16,94	0,5130
Psicológico	65,81	12,97	66,63	11,81	67,33	12,15	0,0750
Relações sociais	71,14	13,25	68,99	11,06	66,15	11,59	<0,001
Meio ambiente	60,68	12,2	62,81	11,64	64,16	12,31	<0,001
WHOQOL-OLD							
Funcionamento do sensório	75,42	21,1	80,58	19,05	84,01	17,67	<0,001
Autonomia	60,04	13,85	60,53	13,2	60,77	13,4	0,5930
Atividades passadas, presentes e futuras	65,26	13,86	66,15	11,95	65,23	13,84	0,3100
Participação social	64,26	15,65	65,03	14,1	64,1	16,43	0,4610
Morte e morrer	76,87	22,95	76,48	25,03	73,96	25,25	0,0600
Intimidade	67,88	16,72	69,18	16,09	68,57	17,08	0,3240

Em relação à avaliação da QV mensurada pelo WHOQOL-BREF, o domínio que apresentou maior escore para o DSI e o DSII foi o das relações sociais, enquanto para o DSIII foi o psicológico, conforme a tabela 2. Resultado semelhante quanto ao domínio das relações sociais foi encontrado em pesquisa conduzida com idosos em Minas Gerais. Os autores atribuíram este dado à pequena distância entre as localidades, que favorece a locomoção e o convívio⁽¹⁸⁾. Destaca-se que o domínio relações

sociais avalia as relações pessoais, o suporte social e atividade sexual, enquanto o psicológico mensura os sentimentos positivos, a memória, a autoestima, a espiritualidade, as crenças e outros aspectos⁽¹³⁾.

O menor escore foi para o domínio físico, nos três DSs, de acordo com a tabela 2. Este domínio avalia a dor, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou tratamentos, capacidade de trabalho e outros fatores⁽¹³⁾. É relevante considerar que, à medida que o pessoa

envelhece, maiores são as chances de apresentar uma doença crônica⁽²⁾, o que pode impactar negativamente o cotidiano e a QV. Em 2009, 22,6% dos idosos brasileiros com 60 a 74 anos e 19,7% daqueles com 75 anos ou mais referiram não possuir doenças; no entanto, mesmo havendo morbidades, o idoso ativo socialmente é considerado saudável⁽²⁾.

Os idosos do DSIII apresentaram menor média no domínio relações sociais em comparação aos do DSII e DSI ($F=29,58$; $p<0,001$). Nesta etapa da vida necessita-se de suporte social, pois não se consegue viver isoladamente da família e/ou da sociedade. Esse apoio, também necessário para a realização das atividades cotidianas, usualmente é fornecido por pessoas com as quais os idosos mantêm vínculos⁽¹⁵⁾; porém esta localidade, além de apresentar o maior percentual de idosos viúvos em relação aos demais, possui alguns bairros com baixa cobertura da ESF (19%). Este fato pode associar-se à menor percepção de apoio ao idoso, principalmente em relação à sua saúde⁽¹¹⁾.

Além disso, em levantamento realizado no município observou-se que os pontos de atenção à saúde, de equipamentos e serviços sociais e áreas de lazer, localizam-se em maior quantidade nas regiões mais antigas e/ou centrais do que nas mais novas e ou periféricas⁽¹²⁾. Estas situações podem estar interferindo nas relações sociais do idoso e deteriorando a sua QV. Os profissionais de saúde do DSIII devem atentar para este fato e propor atividades que promovam a interação social, para fortalecer o sentimento de apoio. Destaca-se que a sociedade pode contribuir neste aspecto por meio de programas que visem à reestruturação da sua QV⁽¹⁵⁾.

Verificou-se que o escore de QV relacionado ao meio ambiente é menor entre os idosos residentes no DSI em relação aos do DSII e DSIII ($F=14,506$; $p<0,001$). Ressalta-se que o DSI (78%) apresentou o maior percentual de idosos com renda de até um salário mínimo em relação ao DSII (66,6%) e DSIII (56,1%). Além disso, esta localidade possui algumas características ambientais que podem ter impacto sobre a segurança física, recursos financeiros e oportunidade de recreação avaliados neste domínio⁽¹³⁾.

Neste DS são encontrados bairros com praças públicas em mau estado de conservação e

desarborizadas; problemas relacionados ao transporte público, como a falta de abrigos nos pontos e áreas sem itinerário; ausência de posto policial; falta de segurança pública; uso de drogas ilícitas em vias públicas; áreas de risco ambiental (frigoríficos, ferro velho, terrenos abandonados). Existem ainda áreas em que a maioria dos idosos que residem com familiares representam um importante elemento de contribuição nas despesas domésticas⁽¹²⁾.

A QV avaliada pelo WHOQOL-OLD evidenciou maior escore para a faceta morte e morrer (76,87) no DSI, enquanto no DSII (80,58) e no DSIII (84,01) o maior escore foi para funcionamento do sensorio, conforme mostra a tabela 2. A faceta morte e morrer avalia preocupações, inquietações e temores acerca da morte, enquanto o funcionamento do sensorio mensura o impacto da perda das habilidades sensoriais na QV⁽¹³⁾. Para a maior pontuação na faceta morte e morrer os resultados divergem de um estudo realizado, no qual foi encontrado menor escore nessa faceta⁽¹⁹⁾.

O menor escore de QV foi para a faceta autonomia nos três DSs, conforme a tabela 2. Esta faceta refere-se à independência na velhice, descrevendo até que ponto se é capaz de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões⁽¹³⁾. O enfermeiro, durante a consulta de enfermagem ou na visita domiciliar, poderá identificar os motivos que levam o idoso à perda de autonomia. Desta forma será possível trabalhar a preservação e o apoio das decisões do idoso junto a ele e a seus familiares.

Os idosos do DSI apresentaram menor escore de QV na faceta funcionamento do sensorio em comparação com aqueles do DSII e DSIII ($F=34,026$; $p<0,001$), de acordo com a tabela 2. Os órgãos sensoriais permitem o relacionamento do idoso com o meio em que vive, assim é possível perceber diversas situações que o rodeiam, o que contribui para a sua integração com o ambiente⁽²⁰⁾. Por isso devem ser identificadas as dificuldades sensoriais referidas, com o objetivo de diferenciar alterações fisiológicas do processo de envelhecimento e adotar condutas adequadas para manutenção da QV relacionada ao seu funcionamento.

CONCLUSÃO

Nos três DSs houve predomínio de idosos do sexo feminino, 60-70 anos, casados ou que moravam com companheiro(a) e tinham renda de um salário mínimo. Os idosos do DSI apresentaram menor escolaridade do que aqueles residentes no DSII e no DSIII.

O maior escore de QV foi para relações sociais entre os idosos do DSI e DSII, enquanto para os do DSIII relacionou-se ao domínio psicológico. No tocante às facetas, o maior escore de QV dos idosos do DSI foi para morte e morrer e, entre aqueles dos DSII e DSIII, funcionamento do sensorio. O domínio físico e a faceta autonomia apresentaram os menores escores nos três DSs.

O DSI apresentou menor escore de QV no domínio meio ambiente e na faceta funcionamento do sensorio, quando comparado ao DSII e DSIII. Por sua vez, o DSI apresentou

maior escore de QV no domínio relações sociais do que os demais.

Os resultados desta pesquisa denotam a necessidade de redirecionar a atenção das políticas locais à saúde do idoso de acordo com as especificidades em cada localidade considerando as diferenças encontradas nos distintos aspectos da qualidade de vida. Sugere-se, ainda, que sejam implementadas ações em saúde que visem ao enfrentamento das questões relacionadas às condições de saúde e à sua promoção, bem como ao respeito e ao incentivo à manutenção da autonomia do idoso, aspectos mais impactados da QV, como evidenciam os menores escores.

Quanto ao DSI, devem-se implementar atividades que enfoquem a aprendizagem, estimulem a autoestima, identifiquem possíveis dificuldades relacionadas ao ambiente em que se vive e às perdas sensoriais. No DSII e no DSIII devem ser enfatizados as relações interpessoais e o suporte social.

QUALITY OF LIFE OF ELDERLY: COMPARISON BETWEEN HEALTH DISTRICTS OF UBERABA-MG

ABSTRACT

This study aimed to compare the scores of quality of life of elderly residents in three health districts (DS) in Uberaba. This was a study of household survey, cross-sectional and observational, which interviewed 2,143 people. Data were collected through structured instruments, WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD. We used frequency distribution and ANOVA F ($p < 0.05$). There was a preponderance of females, 60-70 years of age, married or living with a partner and a minimum wage income. The highest scores of quality of life, WHOQOL-BREF, were for social relations in the DSI and DSII, while in DSIII the psychological prevailed. WHOQOL-OLD, the highest score of the DSI was the facet death and dying and in DSII and DSIII, operation of the senses. The lowest scores in the three DS, went to the physical domain and facet autonomy. The DSI presented lower scores in the psychological and environmental and operational aspect of sense when compared to the DSII and DSIII. The DSII had lower scores on the facet of the operation when compared to the way DSIII that showed lower score in social relations. These results indicate the need to redirect the attention of local political health of the elderly according to their characteristics in each location.

Key words: Quality of Life. Aged. Aging. Geriatric Nursing.

CALIDAD DE VIDA DE LOS ANCIANOS: COMPARACIÓN ENTRE EL DISTRITO DE SALUD DE UBERABA - MG

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo comparar las puntuaciones de calidad de vida de los ancianos residentes en tres distritos de salud (DS) en Uberaba. Este fue un estudio de encuesta domiciliario, transversal y observacional, que entrevistó a 2.143 personas. Los datos fueron recolectados a través de los instrumentos estructurados, WHOQOL-BREF y WHOQOL-OLD. Se utilizó la distribución de frecuencias y test ANOVA-F ($p < 0,05$). Hubo un predominio de individuos del sexo femenino, de edad entre 60 y 70 años, casadas o que viven con un compañero(a) y tienen renta de salario mínimo. Los puntajes más altos de calidad de vida, WHOQOL-BREF, fueron para las relaciones sociales en el DSI y DSII, mientras que en el DSIII fue el psicológico. En el WHOQOL-OLD, el puntaje más alto del DSI fue encontrado la faceta muerte y morir y, en los DSII y DSIII, el funcionamiento de los sentidos. Las puntuaciones más bajas en los tres DSs, fueron para el dominio físico y la faceta autonomía. El DSI presentó puntuaciones más bajas en los aspectos psicológico y medio ambiente y en la faceta funcionamiento del sensorio cuando comparado al DSII y al DSIII. El DSII presentó puntuaciones más bajas en la

faceta funcionamiento del sensorio cuando comparado al DSIII, que presentó menor puntuación en las relaciones sociales. Estos resultados indican la necesidad de redirigir la atención de las políticas locales a la salud del anciano de acuerdo con sus especificidades en cada localidad.

Palabras clave: Calidad de vida. Anciano. Envejecimiento. Enfermería Geriátrica.

REFERÊNCIAS

1. Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev Saude Publica*. 2003;37(3):364-71.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira 2010. Brasília (DF): Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. [acesso 2011 Jan 19]. Disponível em: www.ibge.gov.br
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.528. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 2006 [acesso 25 Set 2009]. Disponível em: www.saude.gov.br
4. The Whoqol Group. The world health organization quality of life assessment: position paper from the world health organization. *Soc Sci Med*. 1995;41:1403-9.
5. Floriano PJ, Dagalarrondo P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr*. 2007;56(3):162-70.
6. Tavares DMS, Guidetti GECB, Saúde MIBM. Características sócio-demográficas, condições de saúde e utilização de serviços de saúde por idosos. *Rev Eletr Enf*. 2008;10(2):299-309.
7. Barcellos CC, Sabroza PC, Peiter P, Rojas LI. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. *Inf Epidemiol SUS*. 2002;11(3):129-38.
8. Ministério da Saúde (BR). Caderno de Informações de Saúde. 2009. [acesso 13 Out 2009]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos>
9. Lebrão ML, Duarte YAO. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
10. Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Oficina III – territorialização e diagnóstico local. Belo Horizonte: ESPMG; 2010.
11. Prefeitura Municipal de Uberaba/MG. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Básica. [Cobertura da Estratégia Saúde da Família em Uberaba/MG]. 2010. Impresso.
12. _____. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diagnóstico local do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. 2010. Manuscrito.
13. 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.
14. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saude Publica*. 2006;40(5):785-91.
15. Leite MT, Battisti IDE, Berlezi EM, Scheuer AI. Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. *Texto & Contexto Enferm*. 2008;17(2):250-7.
16. Martins CR, Albuquerque FJB, Gouveia CNNA, Rodrigues CFF, Neves MTS. Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. *Estud Interdiscip Envelhec*. 2007;11:135-54.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2008. [acesso 2009 Ago 13]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2008/indic_sociais2008.pdf
18. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priori SE, et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2006;28(1):27-38.
19. Figueira HA, Giani TS, Beresford H, Ferreira MA, MelloD, Figueira AA et al. Quality of life (QOL) axiological profile of the elderly population served by the Family Health Program (FHP) in Brazil. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009;49(3):368-72.
20. Ribeiro L, Alves P, Meira E. Percepção dos idosos sobre as alterações fisiológicas do envelhecimento. *Cienc Cuid Saude*. 2009;8(2):220-7.

Endereço para correspondência: Darlene Mara dos Santos Tavares. R. Jonas de Carvalho, 420. Bairro Olinda, CEP 38055-440, Uberaba, Minas Gerais

Data de recebimento: 05/04/2010

Data de aprovação: 28/02/2011