

Fatores associados à qualidade de vida global em idosos cadastrados em unidades básicas de saúde

Factors associated with overall quality of life among elderly enrolled in Basic Health Units

Mariano Martínez Espinosa^I, Dayane de Carvalho Rodrigues^{II}, Nathany Luzia de Oliveira^{III}, Bryan Mariano Martínez Alves^{IV}, Samira Reschetti Marcon^V

ABSTRACT

The aim this study was to evaluate the demographic, socioeconomic and health condition variables and the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD domains associated to the overall quality of life registered in Basic Health Units. This is a cross-sectional study, with the population of elderly participants from eight Basic Health Units in the Municipality of Cuiabá-MT, considering a random sample of 317 elderly. For the data collection, a structured questionnaire was applied with demographic, socioeconomic and health questions, in addition to the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD instruments. To associate the global quality of life with the variables and domains of the two instruments, the crude prevalence ratio and the robust Poisson multiple regression model were used. The variables and domains that showed the highest associations with overall quality of life were: health problems, health services used and the scores of the physical, environment and intimacy domains. The study results show that the indicated factors and domains constitute risk factors for the global quality of life of the studied elderly.

Keywords: Quality of life; Elderly; Risk; Health conditions; Basic Health Units

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi avaliar os fatores demográficos, socioeconômicos e de condições de saúde e dos domínios do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD associados à qualidade de vida global em idosos cadastrados em Unidades Básicas de Saúde. Trata-se de um estudo transversal, realizado com a população de idosos de Unidades Básicas de Saúde no Município de Cuiabá-MT, considerando uma amostra aleatória de 317 idosos. Na coleta dos dados foi aplicado um questionário estruturado com questões demográficas, socioeconômicos e de condições de saúde e os instrumentos WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. Para associar a qualidade de vida global com os fatores e os domínios, foi utilizada a razão de prevalência bruta e o modelo de regressão de Poisson múltiplo com variância robusta. As variáveis e os domínios que apresentaram maiores associações com a qualidade de vida global foram: problemas de saúde, serviço de saúde utilizado e os escores dos domínios físico, meio ambiente e intimidade. Os resultados do estudo mostram que os fatores e domínios indicados constituem-se como fatores de riscos para a qualidade de vida global dos idosos estudados.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Idoso. Risco; Condições de saúde; Unidades Básicas de Saúde

I Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, MT, Brasil - marianomphd@gmail.com

II Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, MT, Brasil - dayane.fisiot@gmail.com

III Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, MT, Brasil - nathany.oliveira06@gmail.com

IV Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil - mmsbryan@hotmail.com

V Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, MT, Brasil - samira.marcon@gmail.com



1 INTRODUCTION

Atualmente com o aumento da expectativa de vida e da evolução da sociedade, a qualidade de vida dos idosos, tem se constituído em tema de estudo frente ao crescimento desse grupo etário. Nessa população a preocupação com este tema deve ser mais relevante, em decorrência do envelhecimento, uma vez que nesta etapa, em geral, os indivíduos ficam mais frágeis e fisicamente incapacitados, requerendo maiores cuidados. Nesse contexto, este assunto tem sido investigado como um conceito mais abrangente das condições de saúde da população (PEREIRA et al., 2011; FLECK et al., 1999).

Nesse sentido, no Brasil existem serviços de atenção ao idoso de grande relevância, destacando-se as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que são os locais prioritários das equipes de atenção básica de saúde na comunidade. Tais unidades têm como principais ações, identificar os problemas de saúde dos indivíduos e famílias; propor intervenções a estes problemas, consolidar o planejamento estratégico local e, ações, que promovam a saúde e previnam doenças em geral. Elas devem realizar uma assistência integral, contínua da saúde em defesa da qualidade de vida.

Apesar de não existir um consenso a respeito do conceito de qualidade de vida, por sua abrangência e complexidade, a OMS, representada pelo Grupo WHOQOL que investiga e desenvolve instrumentos para avaliar este assunto, o qual elaborou um conceito próprio. Conforme a OMS, qualidade de vida 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" (WHOQOL GROUP, 1998). É um conceito amplo e complexo, que engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com o meio ambiente, ou seja, é um conceito subjetivo dependente do nível sociocultural, da faixa etária e dos anseios pessoais do indivíduo (WHOQOL GROUP, 1998).

Assim, nas últimas décadas, a qualidade de vida (QV) tornou-se um fator importante em estudos científicos, dependendo dos diferentes conceitos utilizados, variando dos mais gerais aos mais específicos. Segundo Arnold et al. (2004) as definições gerais referem-se a qualidade de vida como a percepção da vida em geral e são conceitualmente diferentes da qualidade de vida relacionada à saúde, que representa problemas em vários domínios, a qual pode abordar questões específicas de doenças e problemas genéricos mais relacionados à saúde. Além disso, existe uma distinção entre a qualidade de vida global (QVG), os domínios de qualidade de vida e os componentes que constitui cada domínio.

O modelo hierárquico de qualidade de vida de Spilker (1990) inclui a QVG e os domínios de qualidade de vida, bem como as facetas específicas de cada domínio. Assim, o primeiro nível do modelo de Spilker, abrange a avaliação da QVG e é definido como a satisfação geral ou global de um indivíduo com a vida e a percepção geral de bem estar pessoal. Esse nível pode ser interpretado como a percepção global da QV dos indivíduos e corresponde à definição de qualidade de vida do WHOQOL-BREF. O segundo nível do modelo de Spilker é constituído pelos domínios individuais da QV, sendo os mais utilizados os domínios psicológico, social e físico. No entanto, alguns estudos acrescentam outros domínios, tais como situação financeira, cognição, produtividade e intimidade. Em geral, pressupõe-se que os domínios físico, social e psicológico avaliam a QV muito bem. Finalmente, o terceiro nível do modelo de Spilker é composto pelos aspectos específicos de cada domínio da QV.

A importância do presente estudo nas Unidades Básicas de Saúde justifica-se pela escassez de estudos que avaliem a associação entre QVG e os fatores demográficos, socioeconômicos e de condições de saúde e dos escores dos domínios do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, conjuntamente, assim, considerando diferentes perspectivas, pois em geral a maioria dos estudos unicamente considera a relação da QVG com os domínios destes instrumentos. Embora, podem existir diversos fatores associados simultaneamente a percepção da QVG do idoso.

Portanto, o objetivo do presente estudo foi avaliar os fatores demográficos, socioeconômicos e de condições de saúde e dos domínios do WHOQOL-BREF e

WHOQOL-OLD associados à qualidade de vida global em idosos cadastrados em Unidades Básicas de Saúde.

2 MATERIAL E MÉTODO

2.1 Tipo, população e local de estudo

Trata-se de um estudo transversal analítico, realizado pela pesquisadora Rodrigues (2013) do Programa da Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, no período de julho a dezembro de 2012, com a população de idosos participantes de oito Unidades Básicas de Saúde (UBS) no Município de Cuiabá-MT, com um total de 1803 idosos cadastrados, sendo 948 do sexo feminino e 855 do sexo masculino.

2.2 Amostragem, critérios de inclusão e exclusão

No trabalho de Rodrigues (2013) na determinação do tamanho da amostra foi utilizado um planejamento amostral do tipo probabilístico, considerando os métodos de amostragem aleatória simples e estratificada proporcional ao número e sexo de idosos em cada UBS. Assim, utilizando estes métodos de amostragem o tamanho da amostra aproximado na pesquisa foi de 317 idosos, considerando o tamanho da população das oito UBS e uma proporção de 50% ($p= 0,50$), um erro de 5% ($d= 0,05$) e um nível de confiança de 95% ($z= 1,96$), detalhes do planejamento amostral podem ser encontrados em Espinosa et al. (2015).

Para a condução da presente investigação utilizou-se o critério de inclusão: frequentar as UBS nos últimos seis meses ou mais. Foram excluídos do estudo os indivíduos com incapacidades funcionais e cognitivas que os impossibilitaram de responder o questionário; indivíduos que não responderam mais do que 20% do total de questões dos instrumentos WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD (FLECK, 1998). Para selecionar os participantes nas UBS foi realizado um sorteio aleatório, utilizando o programa MINITAB V15, o qual permite selecionar amostras aleatórias.

2.3 Coleta de dados, questionário e instrumentos

Conforme o projeto matricial, para a coleta dos dados foi aplicado um questionário estruturado que contém questões sobre as variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde, além dos instrumentos WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, ambos validados no Brasil (FLECK et al., 2000; FLECK et al., 2006). O WHOQOL-BREF é constituído por quatro domínios: físico; psicológico; relações sociais e meio ambiente (FLECK et al., 2000). O WHOQOL-OLD é instrumento complementar do WHOQOL-BREF, utilizado exclusivamente para idosos, sendo composto por seis domínios: funcionamento dos sentidos, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade (FLECK et al., 2006). Assim, os dados primários dos idosos das UBS foram coletados nos domicílios dos mesmos. A pesquisa foi realizada após o consentimento da gerência das UBS, para entrevistar os idosos nos domicílios, fornecendo cadastro dos mesmos. Sendo que os agentes comunitários de saúde serviram como elo entre a pesquisadora e os idosos. Maiores detalhes sobre os instrumentos e coleta dos dados podem ser encontrados no trabalho de Rodrigues (2013).

2.4 Variáveis independentes e dependente

Segundo o projeto matriz, as variáveis independentes foram classificadas em variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde, assim como os domínios do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD.

A variável dependente principal foi a qualidade de vida geral ou global (QVG) do WHOQOL-BREF. Observar que, cada domínio dos instrumentos utilizados é constituído por questões, cujas pontuações das respostas variam entre o valor 1 e 5, sendo quanto mais próxima de 5, melhor a qualidade de vida. Os escores finais de cada domínio são calculados por uma sintaxe, que considera as respostas de cada questão que compõe o domínio, resultando em escores finais numa escala de 4 a 20, que podem ser transformados em escala de 0 a 100 que possibilita expressar o escore da escala em percentagem entre o valor mais baixo possível (0) e o mais alto possível (100). Basicamente, escores altos representam melhor qualidade de vida e

escores baixos pior qualidade de vida (WHOQOL GROUP, 1998). E estas porcentagens também podem ser categorizadas utilizando a média ou a mediana como medidas de corte, dependendo da distribuição de probabilidade das porcentagens dos escores dos domínios serem simétricos ou assimétricos.

Uma vez que os escores dos domínios da qualidade de vida expressos em porcentagem, não foram simétricos e em decorrência não se adequaram a um modelo linear (ESPINOSA, et al, 2019; DRAPER e SMITH, 2014) e tratando-se de um estudo de corte transversal, uma alternativa foi utilizar os dados dos escores dos domínios da qualidade de vida dos indivíduos categorizados, considerando como melhor qualidade de vida os indivíduos com escores maiores ou iguais ao valor da mediana e como pior qualidade de vida os que apresentaram escores inferiores a este valor (DRAPER e SMITH, 2014; BARROS e HIRAKATA, 2003). Com esta categorização foi feita uma análise categórica bivariada e múltipla, utilizando a razão de prevalência bruta (RP_b) e o modelo de regressão de Poisson múltiplo com variância robusta, detalhes destas duas técnicas estatísticas podem ser encontradas em Espinosa et al. (2019).

2.5 Processamento e análises dos dados

Antes da análise categórica foi verificada a distribuição dos escores dos domínios da qualidade de vida expressos em porcentagem utilizando os testes de Shapiro e Anderson (DRAPER e SMITH, 2014). Após verificar que todos os escores dos domínios não eram simétricos, os mesmos foram categorizados utilizando como ponto de corte a mediana, considerando a seguinte categorização: menores que a mediana e maiores ou iguais a mediana, sendo estas categorias representativas de uma pior e melhor qualidade de vida, respectivamente. Com esta categorização, determinaram-se as associações entre a QVG e as variáveis independentes em estudo, primeiro utilizando uma análise categórica bivariada considerando a razão de prevalência bruta (RP_b) com seus respectivos intervalos de confiança e o teste qui quadrado de Pearson e a seguir, as variáveis que apresentaram associação com valores de p menor que 0,20 ($p < 0,20$), pelo teste qui-quadrado, foram selecionadas

para compor o modelo de regressão de Poisson múltiplo com variância robusta, permanecendo no modelo final somente aquelas variáveis independentes que apresentaram valores de p menores que 0,05 ($p < 0,05$). A adequação deste modelo ajustado foi verificada pelo teste da razão de verossimilhança ($p < 0,001$) (DRAPER e SMITH, 2014; BARROS e HIRAKATA, 2003).

No presente trabalho, os dados foram processados nos pacotes estatísticos SPSS versão 20 e Stata versão 14. Em todas as inferências foram consideradas intervalos de confiança de 95% e nível de significância de 5%.

2.6 Considerações éticas

De acordo com o projeto matriz, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller/UFMT, sob o parecer 36090 e CAAE N° 01989212.7.0000.5541. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com os requisitos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

No presente estudo não houve perda amostral considerando que em caso de recusa ou ausência na aplicação dos instrumentos, era imediatamente realizada a substituição dos idosos, totalizando 15 substituições. E a maioria dos idosos era do sexo feminino (52,68%), analfabetos (31,86%), sem companheiro (56,78%), aposentados (65,93%) pertencia à faixa etária de 60 a 69 anos de idade (56,47%) eram da classe econômica D (51,74%) referiram ser da religião católica (71,92%) e 59,62% possuíam uma renda individual entre zero (exclusive) e um salário mínimo (inclusive). Quase todos os idosos (92,11%) não realizavam atividade na comunidade e tinham uma percepção de apoio social de 88%.

Em relação à percepção de saúde, 78,55% dos idosos perceberam-se saudáveis, 85% não realizava caminhada, 77,29% tinham problemas de saúde e usavam medicamentos e 91,48% utilizavam o serviço de saúde pública.

Na Tabela 1 são apresentadas as medianas, médias e desvios padrão dos escores de qualidade de vida referentes aos domínios do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD dos idosos das UBS. O domínio do WHOQOL-BREF com maior escore mediano foi o psicológico (70,83%) e com menor escore mediano foi o meio ambiente (59,38%). O grupo de idosos apresentou uma qualidade de vida global mediana de 75,00%. Enquanto que os domínios do WHOQOL-OLD com maiores escores medianos foram morte e morrer (75,00%) e intimidade (75,00%) e com menor escore mediano foi funcionamento dos sentidos (50,00%).

Tabela 1 Mediana, média e desvio padrão dos escores de qualidade de vida dos idosos da UBS, segundo WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. Cuiabá, MT, Brasil, 2012. (n=317)

Escores de QV	Mediana	Média	DP
WHOQOL-BREF			
Físico	64,29	64,38	14,11
Psicológico	70,83	70,81	8,75
Relações Sociais	66,67	67,61	10,91
Meio Ambiente	59,38	59,31	8,86
QV	75,00	68,30	13,36
WHOQOL-OLD			
Funcionamento dos sentidos	50,00	52,43	6,38
Autonomia	62,50	60,06	14,63
Atividades passadas, presentes e futuras	62,50	64,04	10,40
Participação Social	62,50	64,26	9,86
Morte e morrer	75,00	67,01	30,26
Intimidade	75,00	64,06	16,95

n: Número de idosos. **DP:** Desvio Padrão.

Source: authors

Nas Tabelas 2, 3 e 4 são apresentadas as associações entre os escores do domínio da QVG menor que a mediana e variáveis socioeconômicas, aspectos de saúde e os escores dos domínios do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD menor que a mediana dos idosos da UBS com suas respectivas razões de prevalências brutas, intervalos de confiança de 95% e valores de p. Nesta análise bivariada, para as variáveis socioeconômicas, apenas a situação atual de trabalho, a renda individual e classe econômica foram estatisticamente significativas (Tabela 2).

Tabela 2 Associação entre QVG menor que a mediana e variáveis socioeconômicas dos idosos da UBS, com suas respectivas razões de prevalências brutas, intervalo de confiança de 95% e valores de p. Cuiabá, MT, Brasil, 2012. (n=317)

Características	< mediana	≥ mediana	RP _b	IC 95%	p
Sexo					
Feminino	64	103	1,15	(0,85 ; 1,55)	0,355
Masculino	50	100	1,00	-	-
Faixa etária (em anos)					
60 a 69 anos	60	119	1,00	-	-
70 a 79 anos	43	64	1,20	(0,88 ; 1,63)	0,256
80 anos e mais	11	20	1,06	(0,63 ; 1,78)	0,831
Estado Conjugal					
Sem companheiro	68	112	1,12	(0,83 ; 1,52)	0,440
Com companheiro	46	91	1,00	-	-
Escolaridade (em anos)					
Analfabeto	43	58	1,44	(0,77 ; 2,68)	0,222
1 a 4 anos	40	55	1,42	(0,76 ; 2,66)	0,242
5 a 8 anos	23	71	0,83	(0,42 ; 1,63)	0,588
9 anos ou mais	8	19	1,00	-	-
Situação atual de trabalho					
Pensionista	29	33	1,44	(1,03 ; 2,00)	0,040
Empregado	10	16	1,18	(0,70 ; 2,00)	0,545
Outros	7	13	1,08	(0,57 ; 2,02)	0,823
Aposentado	68	141	1,00	-	-
Religião					
Outras	35	54	1,14	(0,83 ; 1,55)	0,436
Católica	79	149	1,00	-	-
Renda individual (salário mínimo)**					
Nenhuma/0 < SM ≤ 1	84	123	1,49	(1,05 ; 2,11)	0,019
> 1 SM	30	80	1,00	-	-
Classe econômica					
D	81	83	2,29	(1,63 ; 3,22)	<0,001
B/C	33	120	1,00	-	-
Atividade na comunidade					
Não	106	186	1,13	(0,63 ; 2,05)	0,667
Sim	8	17	1,00	-	-
Percepção de apoio social					
Não	17	21	1,29	(0,87 ; 1,90)	0,230
Sim	97	182	1,00	-	-

RP_b: Razão de Prevalência bruta. IC 95%: Intervalo de confiança de 95%. p: valor de p do Qui-quadrado de Pearson (χ^2), em negrito estatisticamente significativo ($p < 0,05$). **: O valor do salário mínimo era de R\$ 622,00. < mediana: menor que a mediana. ≥ mediana: maior ou igual a mediana.

Source: authors

Os resultados do presente estudo apresentaram um maior número de mulheres o que confirma a tendência de estudos com idosos, nos quais a feminização é evidente na velhice (SANTOS et al., 2017). Este predomínio do sexo feminino

encontrado corrobora com a população brasileira, na qual as mulheres representam aproximadamente 56% da população idosa brasileira (IBGE, 2015) e com o estudo realizado por Sousa et al. (2018) no Estado do Pará, Brasil, entre outros.

Essa predominância das mulheres na população idosa é consequência de uma maior expectativa de vida, as quais em média, vivem sete ou oito anos a mais que os homens. Existem diversos fatores que podem contribuir com esse fenômeno, sendo os principais um menor consumo de álcool e tabaco e maior adesão a comportamentos de saúde com a finalidade de prevenir ou detectar doenças em um estado assintótico, ter um acompanhamento médico contínuo, tomar remédios e realizar atividades físicas. Além disso, os acidentes de trabalho e de transportes, assim como a violência urbana comprometem mais os homens que às mulheres (SANTOS et al., 2017).

No estado conjugal, observou-se que a maior parte foi de idosos sem companheiro. Este resultado é semelhante à investigação conduzida por Borges et al. (2008) e Pereira et al. (2011), que observaram maior participação entre os idosos viúvos e que viviam sem companheiro.

Quanto à idade, foi encontrada uma maior proporção de idosos entre 60 a 69 anos, os denominados idosos jovens. Este resultado corroborou com o que foi observado na população idosa do Brasil (IBGE, 2015) e também com os resultados de outras pesquisas sobre qualidade de vida de idosos em São Paulo, em Santa Catarina e em Minas Gerais (PEREIRA et al., 2011; TAVARES et al., 2011).

Em relação à renda individual mensal, a maioria possuía renda igual ou inferior a um salário mínimo. Resultado semelhante foi encontrado no município de Cuiabá - MT, em estudo com idosos acompanhados por equipes da Estratégia de Saúde da Família (SUDRÉ et al., 2012). A baixa renda é uma das características marcantes da população idosa, sendo as aposentadorias e pensões sua principal fonte de rendimento. O baixo poder aquisitivo pode estar relacionado ao analfabetismo e a baixa escolaridade, restringindo-o ao ingresso no mercado de trabalho e em decorrência disso diminuindo a possibilidade de um emprego e aposentadoria com maior renda (SOUSA et al., 2010).

Neste estudo, verificou-se que a QVG inferior à mediana apresentou associação significativa com as variáveis situação de trabalho (na categoria pensionista), renda (na categoria sem renda/com a renda individual entre 0 e 1 salário mínimo) e classe econômica (na categoria D). No Brasil, grande parte dos idosos vive com um salário mínimo, que usualmente corresponde a aposentadoria de muitos aposentados no país. E conseqüentemente, o baixo poder aquisitivo relacionado ao analfabetismo ou baixa escolaridade os classifica em uma classe D (SOUSA et al., 2010; PAIVA et al., 2016). Essa situação pode comprometer as necessidades básicas e reduzir um tratamento afetivo e com qualidade dos idosos, que conseqüentemente poderá levar a uma pior qualidade de vida desta população. Provavelmente a categoria pensionista evidenciou associação com a QVG inferior à mediana, devido a que este benefício pode ser pago a mais de um dependente, desde que seja provada ao INSS a dependência financeira de todos os pensionistas, o valor pago será rateado em partes iguais entre os dependentes e em decorrência levando a uma qualidade de vida inferior.

Relacionado à percepção de saúde, 78,55% dos idosos perceberam-se saudáveis. Embora a maioria dos idosos tenha percebido sua saúde como boa, 77,29% relatou ter problemas de saúde e usavam medicamentos. A percepção de saúde, segundo Pagotto et al. (2011), melhora de acordo com o aumento das condições socioeconômicas e o nível de instrução das pessoas. Esta concepção representa a percepção integrada do indivíduo sobre si mesmo e considera os aspectos biológico, psicológico e social.

Por outro lado, nas variáveis referentes à saúde, apenas a variável realiza caminhada não foi significativa (Tabela 3). A associação mais forte da percepção de saúde estar doente com a QVG menor que a mediana dos idosos considerados, mostrou que esta percepção, pode influenciar na QVG do idoso. Este resultado corrobora com o encontrado no estudo conduzido com idosos comunitários da macrorregião do Triângulo do Sul, Minas Gerais, Brasil (PAIVA et al., 2016). Evidenciando que os idosos com problemas de saúde apresentaram menores escores

na QVG que os idosos sem problemas de saúde, isto é, idosos com enfermidades percebem pior sua QVG.

A QVG menor que a mediana mostrou-se associada com os problemas de saúde, neste caso, os idosos que afirmaram terem problemas de saúde foram um fator de risco para a QVG com significância estatística. Evidenciando que os escores deste domínio apresentados por idosos com problemas de saúde foram mais baixas do que as dos idosos sem problemas de saúde, ou seja, idosos acometidos por enfermidades percebem pior sua qualidade de vida. Estes resultados corroboram com outros estudos (VAGETTI et al., 2013).

Tabela 3 Associação entre QVG menor que a mediana e variáveis referentes à saúde dos idosos da UBS, com suas respectivas razões de prevalências brutas, intervalo de confiança de 95% e valores de p. Cuiabá, MT, Brasil, 2012. (n=317)

Características	< mediana	≥ mediana	RPb	IC 95%	p
Percepção de saúde					
Doente	57	11	3,66	(2,85 ; 4,70)	<0,001
Saudável	57	192	1,00	-	-
Realiza caminhada					
Não	103	168	1,59	(0,93 ; 2,72)	0,066
Sim	11	35	1,00	-	-
Problemas de saúde					
Sim	105	140	3,43	(1,83 ; 6,42)	<0,001
Não	9	63	1,00	-	-
Número de remédios					
<2	64	171	1,00	-	-
≥ 2	50	32	2,24	(1,71 ; 2,94)	<0,001
Uso de medicação					
Sim	105	140	3,43	(1,83 ; 6,42)	<0,001
Não	9	63	1,00	-	-
Serviço de saúde utilizado					
Público	110	180	2,56	(1,02 ; 6,40)	0,017
Particular	4	23	1,00	-	-

RP_b: Razão de Prevalência bruta. **IC 95%**: Intervalo de confiança de 95%. **p**: valor de p do Qui-quadrado de Pearson (χ^2), em negrito estatisticamente significativo ($p < 0,05$). **< mediana**: menor que a mediana. **≥ mediana**: maior ou igual a mediana.

Source: authors

Também se observou associação entre a QVG menor que a mediana e uso de medicação e número de medicamentos ingeridos. O uso de medicação e a utilização de dois ou mais medicamentos por idosos pode afetar a qualidade de vida geral dos mesmos. Segundo Paiva et al. (2016) as reações adversas à medicação constituem um problema importante na relação medico-paciente, pois estas reações podem influenciar na perda da confiança do paciente no seu médico, aumentando os custos, atrasando o tratamento, limitando a autonomia do idoso e afetando a qualidade de vida global.

O serviço de saúde público utilizado associou-se a QVG menor que a mediana, o qual pode indicar que os idosos que não possuíam um plano de saúde particular podiam ter tido maiores problemas de saúde e isto por sua vez pode ter influenciado na pior QVG observada nos idosos das UBS. De acordo com Pereira et al. (2011), em estudo sobre a qualidade de vida em idosos de um município da região Sudeste do Brasil, os idosos que carecem de planos de saúde particular, pelo alto custo da mensalidade são mais doentes, de baixa renda, necessitam de maior atenção à saúde e precisam utilizar medicamentos continuamente. Nesse estudo os autores encontraram associação com significância estatística entre a ausência de um plano de saúde privado e a QVG, concordando com o presente estudo.

Nos domínios do WHOQL-BREF e WHOQOL-WOLD, unicamente funcionamento dos sentidos não foi significativo (Tabela 4).

Tabela 4 Associação entre QVG menor que a mediana e escores dos domínios do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD menor que a mediana dos idosos da UBS, com suas respectivas razões de prevalências brutas, intervalo de confiança de 95% e valores de p. Cuiabá, MT, Brasil, 2012. (n=317)

Características	< mediana	≥mediana	RPb	IC 95%	p
WHOQOL-BREF					
Físico					
< mediana	81	52	3,40	(2,42 ; 4,76)	<0,001
≥mediana	33	151	1,00	-	-
Psicológico					
< mediana	68	48	2,56	(1,90 ;	<0,001

≥mediana	46	155	1,00	3,44)	-
Relações Sociais					
< mediana	91	113	2,19	(1,48 ; 3,26)	<0,001
≥mediana	23	90	1,00	-	-
Meio Ambiente					
< mediana	81	63	2,95	(2,10 ; 4,14)	<0,001
≥mediana	33	140	1,00	-	-
WHOQOL-OLD					
Funcionamento dos sentidos					
< mediana	12	37	0,64	(0,39 ; 1,08)	0,069
≥mediana	102	166	1,00	-	-
Autonomia					
< mediana	64	69	1,77	(1,32 ; 2,38)	<0,001
≥mediana	50	134	1,00	-	-
Atividades passadas, presentes e futuras					
< mediana	61	46	2,26	(1,70 ; 3,00)	<0,001
≥mediana	53	157	1,00	-	-
Participação Social					
< mediana	47	33	2,08	(1,58 ; 2,73)	<0,001
≥mediana	67	170	1,00	-	-
Morte e morrer					
< mediana	38	109	0,58	(0,42 ; 0,80)	<0,001
≥mediana	76	94	1,00	-	-
Intimidade					
< mediana	77	80	2,12	(1,53 ; 2,93)	<0,001
≥mediana	37	123	1,00	-	-

RP_b: Razão de Prevalência bruta. **IC 95%**: Intervalo de confiança de 95%. **p**: valor de p do Qui-quadrado de Pearson (χ^2), em negrito estatisticamente significativo ($p < 0,05$). **< mediana**: menor que a mediana. **≥ mediana**: maior ou igual a mediana.

Source: authors

Na Tabela 5 é apresentado o modelo final da análise de regressão de Poisson múltipla, com as variáveis que foram significativas ao nível de 5%, com seus

respectivos intervalos de confiança de 95% e valores de p. Observar que este modelo foi adequado pelo teste da razão de verossimilhança ($p < 0,001$) e que no mesmo, foram analisadas todas as variáveis com valores de p inferiores a 0,20 na análise bivariada apresentada nas Tabelas 2, 3 e 4.

Tabela 5 Razão de prevalência ajustada pelo modelo de regressão de Poisson entre a QVG menor que a mediana e variáveis de saúde e os escores dos domínios do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD menor que a mediana dos idosos da UBS com seus respectivos intervalos de confiança de 95% e valores de p. Cuiabá, MT, Brasil, 2012. (n=317)

Características	RP_a	IC 95%	p
Problemas de saúde			
Sim	2,05	(1,12 ; 3,76)	0,021
Não	1,00	-	-
Serviço de saúde utilizado			
Público	1,88	(1,10 ; 3,24)	0,022
Particular	1,00	-	-
Físico			
< mediana	2,25	(1,61 ; 3,14)	<0,001
≥ mediana	1,00	-	-
Meio Ambiente			
< mediana	1,70	(1,22 ; 2,38)	0,002
≥ mediana	1,00	-	-
Atividades passadas, presentes e futuras			
< mediana	1,41	(1,09 ; 1,83)	0,010
≥ mediana	1,00	-	-
Morte e morrer			
< mediana	0,71	(0,55 ; 0,93)	0,012
≥ mediana	1,00	-	-
Intimidade			
< mediana	1,43	(1,09 ; 1,90)	0,011
≥ mediana	1,00	-	-

RP_a: Razão de Prevalência ajustada **IC 95%**: Intervalo de confiança de 95%. **p**: valor de p do Qui-quadrado de Pearson (χ^2). **< mediana**: menor que a mediana. **≥ mediana**: maior ou igual a mediana.

Source: authors

Os resultados encontrados neste trabalho evidenciaram uma maior associação entre os escores do domínio QVG menor que a mediana e os escores do domínio físico menor que a mediana do WHOQOL-BREF ($RP_b=3,40$). Pereira et al. (2011), também observou uma alta influencia do domínio físico na qualidade de vida global. Cabe destacar que o domínio físico, segundo o WHOQOL GROUP (1998) envolve sete facetas (dor e desconforto, dependência de medicação ou de tratamentos, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, capacidade de trabalho), indicando que a presença ou limitação destas facetas podem comprometer a qualidade de vida dos idosos (SERBIM e Figueiredo, 2011; SOUZA et al., 2018). Uma vez que o domínio físico engloba a percepção dos indivíduos em relação aos aspectos da saúde física e limitações decorrentes de diversos problemas tais como: utilização de medicamentos, capacidade de locomoção, entre outros.

O menor escore Mediano do WHOQOL-BREF encontrado neste estudo foi no domínio meio ambiente (59,38%), resultado semelhante foi encontrado por Tavares et al. (2016). Observar que o domínio meio ambiente foi um fator de risco na QVG dos idosos do presente estudo, o que corrobora os resultados observados por Pereira et al. (2011) e Tavares et al. (2016) nos quais eles observaram que o ambiente físico no qual está inserido o idoso pode determinar a dependência ou não destes indivíduos. Uma vez que os idosos quando possuem a oportunidade de recreação e lazer, caminhar pelas calçadas ou parques, ou utilizar um meio de transporte, com segurança e ter acessos aos serviços de saúde, tem maior possibilidade de serem física e socialmente mais ativos. Caso contrário, idosos que vivem em ambientes sem segurança geralmente não saem sozinhos e, em decorrência são mais susceptíveis ao isolamento e à depressão, assim como a terem maiores problemas de mobilidade o que pode levar a um pior estado físico o que pode influenciar de maneira negativa na QVG dos idosos.

No presente estudo a mensuração da qualidade de vida, avaliada pelas medianas dos escores dos domínios do WHOQOL-BREF evidenciaram que o maior escore foi o do domínio psicológico (70,83%), corroborando com o resultado encontrado na pesquisa com idosos dirigida por Souza et al (2018). Este resultado

revela uma boa condição psicológica e da saúde mental dos idosos das UBS estudadas. No entanto ao associar a QVG menor que a mediana com os escores do domínio psicológico menor que a mediana, foi observado um fator de risco entre esta associação. Porém, em outros estudos realizados sobre a qualidade de vida foram encontrados maiores escores no domínio relações sociais, deste mesmo instrumento (PEREITA et al., 2011; TAVARES et al., 2011).

A associação estatisticamente significativa entre os escores do domínio QVG com os escores do domínio relações sociais abaixo da mediana, evidenciou que as relações pessoais, suporte/apoio social e atividade sexual nos idosos podem afetar a QVG desses indivíduos. Segundo Tavares et al. (2011) este resultado pode ser devido ao processo de envelhecimento, as mudanças fisiológicas do corpo e a cultura da sexualidade na terceira idade, os quais podem prejudicar as relações pessoais e os desejos e o ato sexual destes indivíduos, e conseqüentemente afetar negativamente a QVG do idoso.

No WHOQOL-OLD, os maiores escores foram encontrados nos domínios morte e morrer e intimidade. Os escores do domínio morte e morrer menor que a mediana apresentaram uma associação de proteção estatisticamente significativa com os escores do domínio da QVG menor que a mediana, o qual pode indicar que os idosos enfrentaram as apreensões e temores do final de suas existências como um fenômeno natural do processo do envelhecimento. Este resultado corroborou com os estudos sobre qualidade de vida em idosos realizados por Paiva et al. (2016) e Tavares et al. (2011).

Por outro lado os escores do domínio intimidade menor que a mediana apresentou associação significativa de risco com a QVG menor que a mediana. Segundo Fleck et al. (2006) o domínio intimidade, o qual avalia as relações pessoais e íntimas, neste sentido os resultados encontrados indicam que os idosos estudados referiram não estar satisfeitos com as relações íntimas com seus companheiros.

E o menor escore de qualidade de vida do WHOQOL-OLD foi encontrado no domínio funcionamento dos sentidos, sugerindo que os déficits de habilidades sensoriais afetam a percepção subjetiva do idoso, trazendo impacto direto em sua qualidade de vida (TAVARES et al., 2011; TAVARES et al., 2016). No entanto, os escores

deste domínio menor que a mediana não mostraram associação significativa com os escores do domínio da QVG no presente estudo.

A associação da QVG menor que a mediana com os escores do domínio autonomia abaixo da mediana, pode ser devido a que na terceira idade o indivíduo tem menos liberdade para tomar suas próprias decisões, e em geral não consegue fazer o que gostaria de fazer, por causa das possíveis limitações ocasionadas pelo declínio da capacidade funcional do idoso para executar as atividades da vida diária com independência. De acordo com o estudo realizado por Dias et al. (2012), o processo do envelhecimento diminui gradualmente a capacidade funcional, a qual é progressiva e aumenta com a idade e em decorrência reduz a QVG relacionado a essa fase da vida. Assim, conforme estes autores são fundamentais o desenvolvimento de programas sociais e de saúde com estratégias de prevenção e promoção de saúde em busca de um envelhecimento saudável e ativo, com independência e autonomia, necessário para a realização das atividades diárias, o que poderá melhorar qualidade de vida do idoso.

Neste estudo, o domínio atividades passadas, presentes e futuras menor que a mediana do WHOQOL-OLD apresentou associação significativa de risco com a QVG menor que a mediana. Em relação a este domínio os resultados podem indicar que os idosos estudados que referiram uma qualidade de inferior a mediana, não estavam felizes com o futuro, mostraram-se insatisfeitos com as oportunidades para alcançar outras realizações na vida, se sentiam sem reconhecimentos merecidos e insatisfeitos com aquilo que conseguiram alcançar em suas vidas, o que pode ter influenciado em uma QVG inferior.

4 CONCLUSÕES

As variáveis que individualmente apresentaram maiores associações com a qualidade de vida global foram: percepção de saúde, problemas de saúde, uso de

medicação, serviço de saúde utilizado e os domínios físico, psicológico, atividades passadas, presentes e futuras, participação social e intimidade. E conjuntamente as variáveis que evidenciaram maiores associações foram: problemas de saúde, serviço de saúde utilizado e os domínios físico, meio ambiente, atividades passadas, presentes e futuras e intimidade.

Os resultados do presente estudo de maneira geral apontaram uma qualidade de vida global satisfatória dos idosos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde consideradas, pois a maioria das medianas dos escores dos domínios em porcentagem foram superiores a 50%. No entanto, pelos resultados obtidos também foi possível verificar que algumas variáveis tais como a renda, classe econômica, percepção de saúde, problemas de saúde, uso de medicação e serviço de saúde utilizado mostraram associação com a QVG dos idosos estudados, assim como os domínios dos instrumentos utilizados. Fatores e domínios de qualidade de vida que podem ser considerados no planejamento, estratégias e ações de políticas públicas na promoção da saúde e de uma melhor QVG dessa população.

AGRADECIMENTOS

A todos os profissionais dos Centros de Convivência para Idosos (CCI) no Município de Cuiabá-MT, à Secretaria Municipal de Saúde e à Secretaria Municipal de Assistência Social e Desenvolvimento Humano de Mato Grosso pela autorização para realização desta pesquisa e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo apoio financeiro por meio de Bolsa de Estudo da pesquisadora Dayane de Carvalho Rodrigues.

REFERÊNCIAS

ARNOLD, R.; RANCHOR, A.V.; SANDERMAN, R.; KEMPEN, G.I.; ORMEL, J.; SUURMEIJER, T.P. **The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases.** *Qual Life Res* 2004; 13(5):883-96.

BARROS, A.J.D.; HIRAKATA, V.N. **Alternatives for logistic regression in crossectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio.** *BMC Med Res Methodol* 2003; 3(21):1-13.

BORGES, P.L.C.; BRETAS, R.P.; AZEVEDO, S.F.; BARBOSA, J.M.M. **Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.** *Cad Saúde Pública* 2008; 24(12):2798-2808.

DIAS, L.D.; BRITO, G.E.G.; FORTE, F.D.S.; ARAÚJO, K.M.B.; LUCENA, E.M.F. **Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos do município de João Pessoa - PB.** *Rev Bras Promoç Saúde* 2012; 25(1): 86-96.

DRAPER, N.R.; SMITH, H. **Applied regression analysis.** Third edition. New York: John Wiley & Sons, inc., 2014.

ESPINOSA, M.M.; DE OLIVEIRA, N.L.; RODRIGUES, D.C.; ALVES, B.M.M.; MARCON, S.R. **Comparação de modelos de regressão entre variáveis quantitativas e categóricas nos estudos de qualidade de vida de idosos.** *Ci e Nat* 2019; 26(26):01-13.

ESPINOSA, M.M.; RODRIGUES, D.C.; MARCON, S.R. **Planejamento amostral probabilístico em estudos comparativos com grupos de idosos.** *Conexão Line* 2015; 13:74-84.

FLECK, M.P.A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. **Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module.** *Rev Saúde Pública* 2006; 40(5):785-91.

FLECK, M.P.A.; LEAL, O.F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G. et al. **Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100).** *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21(1):19-28.

FLECK, M.P.A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L. **Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-BREF".** *Rev Saúde Pública* 2000; 34(2):178-83.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de Indicadores.** 2015. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98887.pdf>. [Acesso em 22 de

dezembro de 2019]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2015.

Pagotto, V.; Kyosen, A.Y.; Silveira, N.E.A. **Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde.** *Cad Saúde Pública* 2011; 27:1593-1602.

PAIVA, M.H.P.; PEGORARI, M.S.; NASCIMENTO, J.S.; SANTOS, A.S. **Fatores associados à qualidade de vida de idosos comunitários da macrorregião do Triângulo do Sul, Minas Gerais, Brasil.** *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21(11):3347-3356.

PEREIRA, R.J.; COTTA, R.M.M.; FRANCESCHINI, S.C.C.; RIBEIRO, R.C.L.; SAMPAIO, R.F.; PRIORE, S.E.; et al. **Influência de fatores socio sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil.** *Ciênc Saúde Coletiva* 2011;16:2907-2917.

RODRIGUES, C.D. de. **Influência do Centro de Convivência na qualidade de vida de idosos: estudo comparativo.** [Dissertação de mestrado]. Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, 2013. 132p.

SANTOS, M.I.P.O.; NEVES, E.O.S.; FEITOSA, L.S. **Avaliação funcional de idosos atendidos em uma unidade de referência à saúde do idoso.** *Rev enferm* 2017; 11(4):1639-1644.

SERBIM, A.K.; FIGUEIREDO, A.E.P.L. **Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência.** *Scientia Medica* 2011; 21(4):166-172.

SOUSA, A.I.; SILVER, L.D.; GRIEP, R.H. **Apoio social entre idosas de uma localidade de baixa renda no município do Rio de Janeiro.** *Acta Paul Enferm* 2010; 23(5):625-31.

SOUSA, F.J.D.; GONÇALVES, L.H.T.; PASKULIN, L.G.M.; GAMBA, M.A. **Perfil sociodemográfico e suporte social de idosos na atenção primária.** *Rev enferm* 2018; 12(4):824-831.

SOUZA, A.A.D.; BARROS MARTINS A.M.E.B.L.; SILVEIRA, M.F.; COUTINHO, W.L.M.; FREITAS, D.A.; VASCONCELOS, E.L. et al. **Qualidade de vida e incapacidade funcional entre idosos cadastrados na estratégia de saúde da família.** *ABCS Health Sci* 2018; 43(1):14-24.

SPIPKER, B. **Introduction to the field of Quality of Life trials.** In: Spilker B (ed), *Quality of Life Assessments in Clinical Trials*. New York: Raven Press.1990: 3-10.

SUDRÉ, M.R.S.; REINERS, A.A.O.; NAKAGAWA, J.T.T.; AZEVEDO, R.C.S.; FLORIANO, L.A.; MORITA, L.H.M. **Prevalência de dependência em idosos e fatores de risco associados.** *Acta Paul Enferm* 2012; 25(6):947-53.

TAVARES, D.M.S.; ARAÚJO, M.O.; DIAS, F.A. **Qualidade de vida dos idosos: comparação entre distritos sanitários de Uberaba-MG.** *Ciênc Cuid Saúde* 2011; 10(1):74-81.

TAVARES, D.M.S.; MATIAS, T.G.C.; FERREIRA, P.C.S.; PEGORARI, M.S.; NASCIMENTO, J.S.; PAIVA, M.M. **Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade.** *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21(11):3557-64.

VAGETTI, G.C.; BARBOSA, F.V.C.; MOREIRA, N.B.; OLIVEIRA, V.D.; MAZZARDO, O.; CAMPOS, W.D. **Condições de saúde e variáveis sociodemográficas associadas à qualidade de vida em idosas de um programa de atividade física de Curitiba, Paraná, Sul do Brasil.** *Cad. Saúde Pública* 2013; 29(5):955-969.

WHOQOL GROUP. **The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties.** *Soc Sci Med* 1998; 46:1569-1585.