

Qualidade de vida e variáveis associadas ao envelhecimento patológico

Quality of life and variables to pathological aging

Josiane de Souza Pinto Alberte¹, Regina Maria Innocencio Ruscalleda², Maria Elena Guariento²

Recebido da Universidade Estadual de Campinas.

RESUMO

OBJETIVOS: Analisar qualidade de vida e variáveis associadas ao envelhecimento patológico. **MÉTODOS:** Participaram voluntariamente 106 idosos, 48 atendidos no Ambulatório de Geriatria – Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas (AG-FCM-UNICAMP) e 58 frequentadores do Grupo de Terceira Idade do Serviço Social de Comércio, Campinas (SESC). Destes participantes, 66% pertenciam ao gênero feminino e 34% ao masculino. Os instrumentos foram: entrevistas semi-estruturadas, dados sociodemográficos, perguntas autorreferidas sobre saúde, medicação, atividade física e avaliação da qualidade de vida através do WHOQOL-bref. **RESULTADOS:** os fatores de risco que mais contribuíram para o envelhecimento patológico foram: Sexo masculino (OR 9,6; p=0,007); renda mensal inferior a três salários-mínimos (OR 13,2; p=0,003); uso diário de medicamentos (acima de três medicamentos, (OR 8,4; p=0,014); não praticar atividade física (OR 7,5; p=0,003); baixa qualidade de vida no domínio ambiental (OR 4,1; p=0,029). (Odds Ratio=Razão de Risco para Envelhecimento Patológico). **CONCLUSÕES:** As variáveis associadas ao envelhecimento patológico foram: sexo masculino, menores renda, uso de mais medicamentos, não praticar atividade física e menor pontuação da qualidade de vida no domínio ambiental. Estas variáveis contribuem para maiores vulnerabilidade, incapacidade e dependência do idoso. O envelhecimento patológico está relacionado a elevados custos de saúde, maiores demandas de consultas e hospitalizações, cuidadores, internações

em serviços de longa permanência. É preciso investir nos meios que assegurem um envelhecimento ativo e adequar o sistema de saúde para uma assistência que responda à demanda dos idosos vulneráveis.

Descritores: Idoso; Envelhecimento; Identidade de gênero; Renda; Atividade motora; Saúde do idoso; Qualidade de vida

ABSTRACT

OBJECTIVE: The aim of this study was to analyze quality of life and variables associated to pathological aging. **METHODS:** Participated in the study 106 individuals, 48 recruited from the Geriatric Unit – Faculty of Medical Science – State University of Campinas and 58 from the Social Service of Commerce, Campinas. Of these participants, 66% were female and 34% were male. The tools used were semi-structured interviews included sociodemographic data, self-reported questions about health, medication, physical activity and quality of life assessment by WHOQOL-bref. **Results:** The factors associated with an increased risk of the pathological aging were: Male gender (Odds Ratio (OR) 9.6, p=0.007); less than three Brazilian Monthly Wage (BMW) (OR 13.2, p=0.003); daily use of drugs (more than three drugs, OR 8.4, p=0.014); no physical exercise (OR 7.5, p=0.003); low quality of life in the environmental field (OR 4.1, p=0.029). (OR for Ratio Risk for Pathological Aging). **CONCLUSIONS:** Variables associated with pathological aging were being male, have lower income, use more drugs, no physical activity and lower scores of quality of life in the environmental field. These variables contribute to greater vulnerability, disability and dependence of the elderly. Pathological aging is directly related to the high cost of health care, higher demands of consultations and hospitalizations, caregivers, admissions to long-stay services. We must invest in the media to ensure active aging and adapt the health system to an assistance that responds to the demand of vulnerable elderly.

Keywords: Aged; Aging; Gender identity; Income; Motor activity; Health of the elderly; Quality of life

INTRODUÇÃO

O fenômeno de envelhecimento populacional, denominado de “transição demográfica”, constitui-se em um processo relativamente novo e inegável nos países em desenvolvimento e, também, nos países desenvolvidos, em um mundo industrializado

1. Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil.
2. Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil.

Data de submissão: 26/01/2015 – Data de aceite: 28/01/2015
Conflito de interesse: não há.

Autor para correspondência:

Josiane de Souza Pinto Alberte
Rua Alexander Flemming, 00040
Cidade Universitária, Barão Geraldo
CEP: 13083-881 – Campinas, SP, Brasil
Telefone: (19)3521-7098 – E-mail: josianealberte@gmail.com

Pesquisa subvencionada pela CAPES, como bolsa Doutorado.
Aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP: n.º 310

e que experimenta um padrão de desenvolvimento em ritmo nunca antes registrado. Caso não se adotem as medidas cabíveis, particularmente no plano social, previdenciário e sanitário estas sociedades enfrentarão graves consequências em nível de sua organização e funcionamento. No início desse novo milênio, o Brasil se caracteriza por ser um país de população idosa. Segundo a Organização Mundial de Saúde, as nações em desenvolvimento têm população idosa quando 7% dos habitantes apresentam idade igual ou superior a 60 anos. Na atualidade, em 2009, existem cerca de 21 milhões de idosos no país e, entre 1999 e 2009, o percentual das pessoas com 60 anos ou mais de idade no conjunto da população passou de 9,1% para 11,3%⁽¹⁾.

Riley e Riley⁽²⁾ enfatizam que há necessidade de se considerar o desenvolvimento humano, observando os aspectos ambientais, sociais e históricos da vida pessoal. Os autores propõem que o dinamismo do envelhecimento humano se encontra à frente das mudanças estruturais, havendo uma “defasagem estrutural”. Segundo esses pesquisadores, o modelo atual que organiza a sociedade por faixas etárias deverá transformar-se em uma sociedade integrada pela idade. A idade não mais será um valor com poder de limitações na vida das pessoas nas instituições sociais, tais como educação, trabalho e aposentadoria. Para isso, no entanto, haverá a necessidade de mudanças revolucionárias que são iniciadas quando as pesquisas sobre o envelhecimento complementarem, em uma relação interacional, o conhecimento atual sobre as estruturas sociais.

Do ponto de vista fisiológico, o envelhecimento é caracterizado por uma limitação da capacidade de cada sistema em manter o equilíbrio do organismo. O declínio fisiológico tem início após a terceira década da vida, sofrendo influência dos fatores genéticos, do meio ambiente e dos fatores de risco⁽³⁾.

Sabe-se que o envelhecimento humano está relacionado com a perda da massa óssea, que predispõe à osteoporose e fraturas; à elevação da pressão arterial, que predispõe à cardiopatia isquêmica e ao acidente vascular cerebral; além disso, o envelhecimento se acompanha do aparecimento de resistência periférica à insulina, que, junto com outros fatores, facilita o desenvolvimento de diabetes mellitus; o envelhecimento também se acompanha de alterações do sistema imune, predispondo ao aparecimento de infecções, enfermidades autoimunes e alguns tipos de tumores. Além disso, se acompanha de perdas psicológicas (em nível de memória, de inteligência fluída, entre outras) e perdas sociais (aposentadoria, falecimento de familiares e amigos, diminuição de redes de apoio social) que repercutem negativamente em termos da manifestação e prognóstico das enfermidades, particularmente naquelas de caráter crônico. Entretanto, embora a maioria dos idosos apresente pelo menos uma doença crônica, esse fato não necessariamente determina uma limitação para a realização de suas atividades, desde que se obtenha controle sobre a enfermidade ou enfermidades existentes, emergindo de forma marcante o conceito de capacidade funcional⁽⁴⁾.

De acordo com Fonseca⁽⁵⁾ o processo de envelhecimento apresenta três componentes: (1) componente biológico, ou senescência, que reflete uma vulnerabilidade crescente de onde resulta uma maior probabilidade de morrer; (2) componente social, relativa aos papéis apropriados às expectativas da socieda-

de para este nível etário e (3) componente psicológico, definida pela capacidade de auto-regulação do indivíduo face ao processo de envelhecimento.

Para Moragas⁽⁶⁾ a fronteira entre envelhecimentos normal e patológico nos aspectos orgânicos da saúde é, com frequência, imprecisa. Quanto aos aspectos psíquicos, ainda é mais difícil estabelecer a diferença entre saúde e doença. Por este motivo, muitos profissionais fogem da categorização de normalidade ou patologia, e preferem falar da intensidade de uma condição ou de outra. Desta forma, toda pessoa possui um potencial patológico que se manifesta, ou não, na conduta, dependendo de suas condições psíquicas, da influência do meio, dos fatores de risco⁽⁶⁾.

No que concerne à dicotomia saúde e doença, no envelhecimento, são identificados alguns padrões de mudanças relacionados à idade que podem levar a um funcionamento normal ou a um funcionamento patológico. Uma das maneiras de trabalhar com essa questão foi proposta por Busse e Blazer⁽⁷⁾. Este autor diferencia entre envelhecimento primário, relacionado às mudanças intrínsecas e irreversíveis no processo de envelhecimento, e envelhecimento secundário, relacionado às mudanças causadas por doenças ou por outros fatores, que são reversíveis. De acordo com tal diferenciação, pode-se considerar o envelhecimento primário como normal, e o secundário como patológico⁽⁷⁾.

Fundamentado na classificação entre envelhecimentos normal e patológico, Fonseca⁽⁵⁾ defende que a existência desta divisão, reflete o comportamento dos indivíduos ao longo da vida, isto é, a forma como envelhecemos é influenciada pela forma como nos desenvolvemos.

Considera-se risco todo evento que se configure como obstáculo a níveis individual ou ambiental e que potencializa a vulnerabilidade do indivíduo a resultados negativos para sua vida⁽⁸⁾. Algumas variáveis que têm-se associado a estes riscos são pobreza, rupturas familiares, doenças, perdas de outros significativos e as violências física e psicológica^(9,10). Riscos, desse modo, predispõem indivíduos a resultados indesejáveis ao seu desenvolvimento biopsicossocial, portanto, colaboram para o envelhecimento patológico. Anteriormente considerados de uma maneira estática, como estressores, fatores preditores de resultados negativos, os riscos, de um ponto de vista mais atual, são entendidos como um processo. Assim, não basta identificar as variáveis de risco, mas os processos que emergem delas e que as vinculam a resultados disfuncionais. Além disso, ao falar-se se em risco, deve-se ter em mente os resultados associados a ele, o período de tempo e o contexto da exposição^(8,9,11). A classificação de um evento como de risco depende da visão subjetiva do indivíduo, isto é, de como ele percebe e significa tal evento. Desta maneira, o que pode ser considerado risco por um indivíduo, pode não ser considerado ou ser considerado diferentemente por outro^(10,12).

Entre os instrumentos desenvolvidos para quantificar qualidade de vida do ponto de vista subjetivo, em função de variáveis agrupadas em quatro domínios, físico, psicológico social e ambiental, WHOQOL-bref⁽¹³⁾ representa um dos mais utilizados. Este instrumento, desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, WHOQOL Group⁽¹³⁾, define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de

sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

De acordo com WHOQOL Group⁽¹³⁾ a qualidade de vida na velhice está diretamente relacionada à interação de vários fatores construídos ao longo da vida. Essas construções se fazem através de comportamentos aprendidos e comportamentos que temos a aprender. Essa é uma questão central, para o envelhecimento favorável ou não.

O objetivo deste estudo consistiu em analisar qualidade de vida e variáveis associadas ao envelhecimento patológico em dois grupos de idosos, AG e SESC.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa.

Participaram 106 idosos, 48 atendidos no Ambulatório de Geriatria – Faculdade de Ciências Médicas-Universidade Estadual de Campinas e 58 frequentadores do SESC. Este estudo representou parte de outro mais extenso, para o qual o cálculo do tamanho amostral utilizou a comparação de proporção de transtornos mentais pelo Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)^(14,15). A aplicação do MINI colabora indiretamente na estimativa da qualidade de vida do idoso⁽¹⁴⁾. A amostra piloto foi constituída por 23 idosos⁽¹⁶⁾. Optou-se por utilizar o maior tamanho amostral, composto por 94 sujeitos, com menores erros amostrais. Foram fixados erro tipo I (alfa) em 5%, e erro tipo II (beta) em 20%^(17,18).

Os indivíduos foram convidados para participação voluntária durante atendimento médico no AG/HC e ao comparecerem ao SESC para atividades recreativas. Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP (no. 310). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLC) foi assinado por todos os participantes.

Os instrumentos utilizados para esta pesquisa foram entrevista para coleta de dados sociodemográficos (idade, sexo, raça, co-habitação, escolaridade, religião, renda mensal, em salários mínimos (SM)⁽¹⁹⁾ perguntas autorreferidas sobre saúde; avaliação da qualidade de vida através da escala WHOQOL-bref⁽¹³⁾, validado e traduzido por Fleck et al.,⁽²⁰⁾ para o idioma português. Este instrumento está agrupado em quatro domínios, físico, psicológico, social e ambiental, com um total de 26 questões, cada uma delas com valores entre um e cinco. Os escores dos domínios são convertidos para uma escala de zero a cem.

Os critérios de inclusão foram participantes com idade entre sessenta e oitenta anos, de ambos os sexos, residentes em Campinas e região.

ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados quantitativos foram calculadas as estatísticas descritivas (médias, desvios-padrão (dp), valores mínimos e máximos, foram construídas tabelas de frequência (frequências absoluta e relativa), assim como para as variáveis categóricas (sexo, escolaridade).

Para comparação das variáveis categóricas foi utilizado o teste de associação do Qui-Quadrado e/ou Teste Exato de Fisher, quando os valores esperados foram inferiores a cinco.

As variáveis contínuas foram categorizadas pelo valor da mediana da amostra geral em valores baixos e valores altos, para utilização na análise de regressão logística.

Para as análises univariadas e multivariadas foi utilizado o critério Stepwise de seleção de variáveis. Nestas análises, o grupo AG foi considerado como grupo patológico e o grupo SESC como saudável. Esta terminologia foi fundamentada em resultados das análises descritivas e comparativas entre estes grupos, que revelaram frequências mais elevadas de eventos relacionados ao envelhecimento patológico no grupo AG. Como variáveis relacionadas a este padrão de envelhecimento foram consideradas: menores renda e escolaridade, maior ocorrência de comorbidades, pior percepção da qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e ambiental^(17,18).

RESULTADOS

A análise descritiva dos dados sociodemográficos indicou frequências estatisticamente significativas, no grupo AG *vs* SESC, em relação a: idade acima de 70 anos ($p=0,027$); menor renda mensal ($p<0,001$); habitação com familiares ($p=0,019$) e menor nível de escolaridade ($p<0,001$) (Tabela 1).

Quanto às perguntas autorreferidas sobre saúde, medicações e atividade física, houve frequências significativamente elevadas no grupo AG *vs* SESC, em todos os itens avaliados ($p\leq 0,019$) (Tabela 2).

A análise de regressão logística univariada, segundo o perfil sociodemográfico e percepção de doenças autorreferidas demonstrou resultados estatisticamente significativos semelhantes aos descritos nas tabelas 01 e 02 ($p\leq 0,029$) (Tabela 3).

A análise de regressão logística univariada, nos quatro domínios do WHOQOL-bref, revelou resultados significativamente menores no grupo AG *vs* SESC, em todos os domínios, exceto no social ($<0,001$) (Tabela 4).

A análise de regressão logística multivariada demonstrou resultados com significância estatística no grupo AG *vs* SESC quanto às variáveis: sexo masculino, menores renda mensal, frequência de atividade física, pontuação no domínio ambiental (WHOQOL-bref) e uso de maior número de medicamentos ($p\leq 0,029$) (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Este estudo demonstrou associações entre variáveis sociodemográficas e eventos relacionados ao envelhecimento patológico.

Houve predomínio do sexo feminino em ambos os grupos, com valores entre 58 e 73%. Estes achados são consonantes com a distribuição da população idosa brasileira quanto ao sexo feminino, atingindo valores de 56,3% na região sudeste⁽²¹⁾.

Quanto aos arranjos familiares, constatou-se que os idosos do grupo AG com maior frequência residiam com familiares, e os frequentadores do SESC, moravam sozinhos. De acordo com estudo realizado pela Organização das Nações Unidas (ONU)⁽²²⁾

Tabela 1. Caracterização da casuística e dados sociodemográficos

Variáveis	Categorias	AG (n=48)	SESC (n=58)	p
Idade (anos)	Mediana(±dp)	70,9±6,02	69,5±7,35	0,184
Idade (anos)	>70	64,58%	43,2%	0,027*
Gênero	Feminino	28 (58,33%)	42 (72,41%)	0,128
	Masculino	20 (41,67%)	16 (27,59%)	
Raça	Caucasoide	44 (91,67%)	52 (89,66%)	1,000
	Não caucasóide	04 (8,33%)	06 (10,34%)	
Renda mensal (SM)	Mediana (±dp)	1,86±1,59	5,61±4,58	<0,001*
Co-habitação	Com familiares	85,42%	65,52%	0,019
	Sozinho	14,58%	34,48%	
Escolaridade (anos)	Analfabeto (0)	15,56%	0%	<0,001*
	Ensino Fundamental (≥0 a ≤08)	73,33%	37,93%	
	Ensino Médio (>8 a ≤11)	6,67%	29,31%	
	Ensino Superior (>11)	4,44%	32,76%	

Tabela 2. Resultados das perguntas autorreferidas sobre saúde, medicações e atividade física

Perguntas autorreferidas	AG	SESC	p	
Hipertensão arterial	70,83%	39,66%	=0,001*	
Depressão	37,50%	17,24%	=0,019*	
Número de medicamentos	0	2,08%	17,24%	<0,001*
	01	8,30%	34,48%	<0,001*
	02 a 05	31,25%	27,59%	<0,001*
	06 ou mais	58,33%	20,69%	<0,001*
	Não realiza atividade física	81,25%	18,97%	<0,001*

Tabela 3. Resultados da análise de regressão logística univariada para padrão de envelhecimento patológico, segundo perfil sociodemográfico e percepção de doenças autorreferidas

Variáveis	Categorias	OR*	IC 95% OR**	p
Idade (anos)	<70 f***	1,0	1,10-5,29	0,029
	≥70	2,41		
Gênero	Feminino f	1,0	0,83-4,23	0,130
	Masculino	1,88		
Escolaridade (anos)	Ensino Superior f (>11)	1,0	0,25-11,27	0,595
	Ensino Médio (>8 a 11)	1,68		
	Analfabeto e Ensino Fundamental (0 a 8)	17,27	3,68-81,14	
Renda mensal (SM)	Alta (>3)	1,0	4,78-62,84	<0,001
	Baixa (≤3)	17,33		
Co-habitação	Sozinho f	1,0	1,17-8,11	0,023
	Com familiares	3,08		
Depressão	Não f	1,0	1,17-7,07	0,021
	Sim	2,88		
Hipertensão arterial	Não f	1,0	1,64-8,35	0,002
	Sim	3,70		
Número de medicamentos	<3 f	1,0	3,19-26,59	<0,001
	≥3	9,21		
Atividade física	Sim f	1,0	6,96-49,22	<0,001
	Não	18,51		

Critério *Stepwise* de seleção de variáveis. grupos: Saudável/SESC (n=58); Patológico/AG (n=45); * OR: razão de risco para envelhecimento patológico; ** IC95%: intervalo de 95% de Confiança para OR; f***: referência.

Tabela 4. Resultados da análise de regressão logística univariada para padrão de envelhecimento patológico nos quatro domínios do WHOQOL-bref

Variáveis	Categorias #	OR*	IC 95%**	p
Domínio físico	Alta (>60,71) f	1,0	3,50-20,20	<0,001
	Baixa (≤60,71)	8,41		
Domínio psicológico	Alta (>64,58) f	1,0	2,18-11,43	<0,001
	Baixa (≤64,58)	4,99		
Domínio ambiental	Alta (>59,38) f	1,0	3,46-20,59	<0,001
	Baixa (≤59,38)	8,44		
Domínio social	Alta (>66,67) f	1,0	0,62-2,96	0,447
	Baixa (≤66,67)	1,35		

Critério *Stepwise* de seleção de variáveis. grupos: Saudável/SESC (n=58); Patológico/AG (n=45); # Em termos de classificação da pontuação de cada um dos domínios do WHOQOL-bref, utilizou-se a mediana de ambos os grupos, colocando-se na categoria “pontuação alta” os valores acima da mediana e “pontuação baixa” os valores inferiores a essa; * OR: razão de risco para envelhecimento patológico; ** IC95%: Intervalo de 95% de Confiança para OR; f***: referência.

Tabela 5. Resultados com significância estatística, da análise de regressão logística multivariada para padrão de envelhecimento patológico, entre todas as variáveis

Variáveis	Categorias	OR*	IC 95%**	p
Sexo	Feminino f***	1,0	1,85-49,99	0,007
	Masculino	9,61		
Renda mensal (SM)	Alta (>3) f	1,0	2,36-74,10	0,003
	Baixa (≤3)	13,23		
Número de medicamentos	≤3 f	1,0	1,55-45,60	0,014
	>3	8,40		
Atividade física	Sim f	1,0	1,96-28,64	0,003
	Não	7,48		
WHOQOL - domínio ambiental	Alta# (>59,38) f	1,0	1,96-28,64	0,029
	Baixa (≤59,38)	4,12		

Critério *Stepwise* de seleção de variáveis. grupos: Saudável/SESC (n=58); Patológico/AG (n=45); # Em termos de classificação da pontuação de cada um dos domínios do WHOQOL-bref, utilizou-se a mediana de ambos os grupos, colocando-se na categoria “pontuação alta” os valores acima da mediana e “pontuação baixa” os valores inferiores a essa; * OR: razão de risco para envelhecimento patológico; ** IC95%: Intervalo de 95% de Confiança para OR; f***: referência.

sobre arranjos domiciliares, nos países desenvolvidos o arranjo mais comum são modalidades de vida independente, como morar sozinho, e, naqueles em desenvolvimento, a maioria dos idosos vive com seus filhos. Deve-se destacar, também, a inserção familiar do idoso em domicílios multigeracionais: a convivência com familiares pode tanto oferecer benefícios, no sentido do apoio familiar nas condições debilitantes e de dependência, reduzindo o isolamento, como gerar conflitos intergeracionais, que acabam por diminuir a autoestima e deteriorar o estado emocional do idoso, afetando de forma marcante a qualidade de vida⁽²³⁾.

A ocorrência de menores rendimentos mensais no grupo AG pode representar um dos fatores que colaboram para pior qualidade de vida entre os idosos. Paes de Barros et al.,⁽²⁴⁾ constataram que, a partir dos 60 anos, os indivíduos passam a depender cada vez mais dos rendimentos dos demais moradores do domicílio para sobreviver e manter seu padrão de vida. Além disso, a aposentadoria também passa a desempenhar papel fundamental na renda do idoso.

Assim também, Jakobsson et al.,⁽²⁵⁾ observaram que rendimentos frequentemente diminuídos entre os idosos são fatores socioeconômicos importantes na vida diária e na qualidade de

vida deste grupo populacional. Segundo estes autores, situação socioeconômica satisfatória associa-se à melhor qualidade de vida. Sherbourne et al.,⁽²⁶⁾ constataram que problemas financeiros reduzem o bem-estar em idosos.

Com relação à escolaridade, o índice de analfabetismo foi zero entre os participantes do SESC. Todos os demais níveis de escolaridade avaliados mostraram-se mais elevados neste grupo. Tajvar et al.,⁽²⁷⁾ constataram que menores níveis educacionais, entre outros, representam elementos que contribuem negativamente à saúde física, com repercussões na qualidade de vida.

As ocorrências de menores renda mensal e nível de escolaridade, constatadas entre os participantes do grupo AG, foram, também, observadas em outros estudos realizados na população idosa brasileira. Pereira et al.,⁽²⁸⁾ constataram que os idosos participantes apresentavam, na maioria, baixas renda e escolaridade, e ainda, 71,1% deles com menos de quatro anos de estudo.

Quanto à autopercepção de saúde, as principais enfermidades relatadas pelos idosos entrevistados foram: depressão e hipertensão arterial.

As questões de saúde autorreferidas hoje, não são mais consideradas meramente impressões relacionadas às condições reais

de saúde. Estudos recentes demonstram que os indivíduos que relatam condições de saúde escassa ou pobre, têm riscos de mortalidade consistentemente mais altos que aqueles que reportam melhor estado de saúde⁽²⁹⁾. Em um estudo epidemiológico com indivíduos acima de sessenta e cinco anos, Blazer et al.,⁽³⁰⁾ constataram que sintomas depressivos associavam-se diretamente ao aumento da idade, sexo feminino, baixa renda, limitações físicas, distúrbios cognitivos e baixo nível de suporte social. Assim também, Nicolosi et al.,⁽³¹⁾ em estudo populacional realizado em São Paulo, observaram que a presença de sintomas depressivos associou-se a pior percepção do estado de saúde, menores níveis de escolaridade em ambos os sexos, e menores rendas familiares para o sexo feminino.

Quanto à frequência de hipertensão arterial, entre 39% e 71% entre os idosos participantes, a constatada aqueles do grupo AG mostrou-se de acordo com a descrita na população idosa brasileira, de 60 a 80%^(32,33). Assim também, esta representou fator de risco para o envelhecimento patológico (OR=3,7) entre os indivíduos do grupo AG. Por outro lado, no grupo SESC a frequência desta co-morbidade mostrou-se na faixa constatada entre indivíduos com idade inferior a 60 anos, entre 22% e 44% descritos na população brasileira⁽³⁻⁸⁾.

O uso de três ou mais medicamentos observado no grupo AG, além de maior frequência no grupo AG, também representou fator de risco para o envelhecimento patológico (OR=9,21).

Marin et al.,⁽³⁴⁾ em pesquisa realizada em população brasileira, observaram, que, em idosos que apresentavam em média, 2,5 diagnósticos a utilização de 2,9 medicamentos/idoso. Alguns dos medicamentos eram considerados de risco para a faixa etária. Esta pesquisa, que incluiu 65,3% do universo elegível dos idosos, apesar da representatividade, os resultados podem representar algum viés, principalmente, referindo-se à classe socioeconômica, pois os idosos que aparentemente apresentavam melhores condições socioeconômicas foram os que mais se recusaram a participar do estudo.

Dados que apontam para o uso de maior quantidade de medicamentos entre idosos com renda mais alta foram encontrados em estudos de base populacionais sobre o consumo de medicamentos entre idosos em Bambuí, Minas Gerais, Brasil⁽³⁵⁾ e na cidade do Rio de Janeiro, Brasil⁽³⁶⁾.

Chaimowicz⁽³⁷⁾ e Rozenfeld⁽³⁸⁾ reconheceram que diagnósticos incorretos levam ao uso inadequado de medicação e diagnósticos corretos quase sempre levam ao uso de múltiplas medicações. Em geral, observa-se elevada prevalência de ambas as condições entre os idosos que estão, frequentemente, sujeitos à maioria dos riscos inerentes ao tratamento farmacológico^(39,40).

Neste estudo, embora os participantes do grupo AG fizeram uso de maior número de medicamentos, eram atendidos em Hospital Escola, com elevada probabilidade de diagnósticos corretos e real necessidade de prescrição dos mesmos.

A constatação de elevada frequência de sedentarismo (OR=18,51) entre os indivíduos do grupo AG demonstra a falta de iniciativa para a prática de atividades físicas, muitas delas desprovidas de custo, como fazer caminhadas. Por outro lado, a prática de atividade física mais frequente no grupo SESC pode ser atribuída ao perfil dos participantes deste centro recreativo.

Neste estudo, os escores do WHOQOL-bref nos domínios físico, psicológico e ambiental representaram valores associados a piores condições da qualidade de vida, observados entre os participantes do grupo AG. Desta forma, destacam-se fatores que podem ter contribuído para valores mais elevados nestes domínios: no físico, a utilização de maior número de medicamentos, bem como a necessidade de atendimento médico mais frequente; no psicológico, a maior frequência de depressão, como doença autorreferida, a qual associa-se a sentimentos negativos e de baixa autoestima; no ambiental, fatores como menor renda mensal, que representa menos recursos para cuidados com a saúde, bem como menores oportunidades para recreação, lazer, e co-habitação, fato que tanto associa-se a benefícios ou não, em função das relações afetivas entre o indivíduo e familiares.

Neste estudo, os indivíduos com maior risco de envelhecimento patológico pertenciam ao sexo masculino, (OR=9,6); baixa renda, (OR=13,2); uso acima de três medicamentos, (OR=8,4); não praticavam atividade física, (OR=7,5); apresentaram baixa qualidade de vida no domínio ambiental, (OR=4,1). Desta forma, a associação destas variáveis, neste estudo, mostrou-se relevante para o envelhecimento com menor qualidade de vida.

Estudos têm revelado pior qualidade de vida entre idosos do sexo feminino^(28,41).

Desta forma, Del Pino⁽⁴²⁾ constataram que a qualidade de vida subjetiva apresenta-se melhor para os homens do que para as mulheres idosas, talvez porque o envelhecimento seja percebido por estas como mais negativo. Assim também, Jakobsson et al.,⁽²⁵⁾ observaram que as mulheres estão mais expostas do que homens aos problemas físicos e mentais. Entretanto, neste estudo o sexo masculino associou-se a pior qualidade de vida. Embora ele representou cerca de 41% e 27% dos participantes dos grupos estudados (Ag e SESC), estas frequências não contribuíram para demonstrar o que as pesquisas têm evidenciado quanto ao sexo masculino^(25,28,41). Fatores como associação de variáveis, tais como relatos pessoais de história de vida, presença de transtornos mentais e cognitivos, entre outros não estudados nesta pesquisa, podem ter colaborado para estes resultados. Assim como, novos estudos poderiam ser realizados para esclarecer esta diferença.

A baixa renda como fator de risco para o envelhecimento patológico, precisa ser considerada quando se avalia o status clínico dos portadores de doenças crônicas autorreferidas e uso de maior número de medicamentos.

Trentini et al.,⁽⁴³⁾ constataram que vários pacientes com doenças crônicas não aderiam adequadamente ao tratamento porque não apresentavam boas condições econômicas para adquirí-los e seguir a dieta alimentar adequada. Lima-Costa et al.,⁽⁴⁴⁾ demonstraram que idosos vivendo em Bambuí (Brasil), recebendo menos do que dois salários mínimos (dado de 1997) estavam usando mais medicamentos não prescritos e reclamavam mais sobre problemas de saúde quando comparados aos que recebiam valores maiores.

Loyola-Filho et al.,⁽⁴⁵⁾ encontraram uma associação negativa entre uso de medicamentos e diminuição cognitiva entre os idosos de menor renda, mas não entre aqueles com renda mais alta.

Quanto à menor prática de atividades físicas colaborando para pior qualidade de vida, constata-se o contrário entre os par-

ticipantes do grupo SESC. Além disto, estes idosos realizam outras atividades sociais e de lazer, como, cursos de pintura, dança, palestras educativas, viagens culturais, entre outras. Isto sugere que outros fatores, além da atividade física por si só, permitem o envelhecimento com melhor qualidade de vida.

No domínio ambiental do Whoqol-bref questões relativas a recursos financeiros, qualidade de cuidados com a saúde, oportunidades de recreação, lazer e adquirir novas habilidades e informações, são relevantes para melhor ou pior qualidade de vida. Neste estudo a comprovação deste domínio associar-se a pior qualidade de vida ocorreu entre os idosos do grupo AG. Estes apresentaram somatória de fatores contribuintes para este resultado.

Pereira et al.,⁽²⁸⁾ constataram que baixas renda e escolaridade associaram-se à pior percepção de qualidade de vida no domínio ambiental. Eles também associaram estas observações a questões do Whoqol acima mencionadas, as quais poderiam expor os idosos a piores condições de moradia e segurança física.

REFERÊNCIAS

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais 2010 [Internet]. Brasília: 2010. [cited 2015 Feb 2]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/>>.
- Riley MW, Riley JW Jr. Age integration and the lives of older people. *Gerontologist*. 1994;34(1):110-5.
- Freitas EV. A atividade física na terceira idade. In: Oliveira MA, Nóbrega AC, organizadores. *Tópicos especiais em medicina do esporte*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2003.
- Allaire SH, LaValley MP, Evans SR, O'Connor GT, Kelly-Hayes M, Meenan RF, et al. Evidence for decline in disability and improved health among persons aged 55 to 70 years. The Framingham Heart Study. *Am J Public Health*. 1999;89(11):1678-83.
- Fonseca AM. O envelhecimento: uma abordagem psicológica. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa; 2006.
- Moragas RM. *Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida*. São Paulo: Paulinas; 1997.
- Busse EW, Blazer DG. *Psiquiatria geriátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.
- Pesce RP, Assis SG, Santos N, Oliveira RV. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2004; 20(2):135-43.
- Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *Am J Orthopsychiatry*. 1987;57(3):316-31.
- Craik F. Memory changes in normal and pathological aging. *Can J Psychiatry*. 2008;53(6):343-5.
- Cowan PA, Cowan CP, Schulz, MS. Thinking about risk an resilience in families. In: Hetherington EM, Blechman EA, editors. *Stress, coping, and resilience in children and families*. New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1996.
- Yunes MA, Szymanski H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: Tavares J, organizador. *Resiliência e educação*. São Paulo: Cortez; 2001.
- WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyten W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p. 41-60.
- Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22(3):106-15.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavas J, Weiller E, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 20:22-33; quiz 34-57.
- Hulley SB, Cummings SR. Planning the measurements: precision and accuracy. In: Hulley SB, Cummings SR, editors. *Designing Clinical Research*. Baltimore: Williams and Wilkins; 1988.
- Fonseca, JS, Martins GA. *Curso de Estatística*. São Paulo: Atlas; 1994.
- Fleiss JL. *Statistical methods for rates and proportions*. 2° ed. New York: John Wiley & Sons; 1981. p. 38-45.
- Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Salário Mínimo. Brasília(DF): MTE. [citado 2014 Jul 21]. Disponível em: http://portal.mte.gov.br/sal_min/
- Fleck, MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Publica*. 2000; 34(2):178-83.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios [Internet]. Brasília: IBGE: 2002. [citado 2010 Fev 3]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>
- United Nations. Living arrangements of older persons around the world [Internet]. New York: United Nations; 2005.[cited 2011 Jun 21]. Available from: <http://www.un.org/esa/population/publications/livingarrangement/covertnote.pdf>
- Caldas CP. Envelhecimento com dependência: e demandas da família. *Cad Saúde Publica*. 2003;19(3):773-81.
- Paes de Barros R, Mendonça R, Santos D. Incidência e natureza da pobreza entre idosos no Brasil. Rio de Janeiro: IPEA; 1999.
- Jakobsson U, Hallberg IR, Westergren A. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. *Qual Life Res*. 2004;13(1):125-36.
- Sherbourne CD, Meredith LS, Rogers W, Ware JE Jr. Social support and stressful life events: age differences in their effects on health related quality of life among chronically ill. *Qual Life Res*. 1992;1(4):235-46.
- Tajvar M, Arab M, Montazeri A. Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC Public Health*. 2008;8:323 doi:10.1186/1471-2458-8-323.
- Pereira RJ, Cotta RM, Franceschini SC, Ribeiro RC, Sampaio RF, Priore SE, et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos *Rev Psiquiatr* 2006;28(1):27-38.
- Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume - Dumara-Ueri; 1994.
- Blazer D, Burchett B, Service C, George LK. The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration. *J Gerontol*. 1991;46(6):210-5.
- Nicolosi GT, Falcão DV, Batistoni SS, Lopes A, Cachioni M, Neri AL, et al. Depressive symptoms in old age: relations among sociodemographic and self-reported health variables. *Int Psychogeriatr*. 2011;23(6):941-9. doi:10.1017/S1041610211000627.
- Gazoni FM, Braga, IL, Guimarães HP, Lopes RD. Hipertensão sistólica no idoso. *Rev Bras Hipertens*. 2009;16(1):34-7.
- Brito DM, Araújo TL, Galvão MT, Moreira TM, Lopes MV. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(4):933-40.
- Marin, MJ, Cecílio LC, Perez AE, Santella F, Silva CB, Gonçalves Filho JR, et al. Use of medicines by the elderly in a Family Health Program unit in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(7):1545-55.

35. Loyola Filho AI, Uchoa E, Firmo JA, Lima-Costa MF. [A population-based study on use of medications by elderly Brazilians: the Bambuí Health and Aging Study (BHAS)]. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(2):545-53. Portuguese.
36. Miralles MA, Kimberlin CL. Perceived access to care and medication use among ambulatory elderly in Rio de Janeiro, Brazil. *Soc Sci Med*. 1998;46(3):345-55.
37. Chaimowic F. A saúde dos idosos brasileiros as vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saude Publica*. 1997; 31(2):184-200.
38. Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre idosos: uma revisão. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3):712-24.
39. Willcox SM, Himmelstein DV, Woolhandler S. Inappropriate drug prescribing for the community - dwelling elderly. *JAMA* 1994;272(4):292-6. Comment in: *JAMA*. 1995;273(6):455-6; author reply 457-8; *JAMA*. 1994;272(4):316-7; *JAMA*. 1995; 273(6):455; author reply 457-8; *JAMA*. 1995;273(6):456.; *JAMA*. 1995;273(6):457; *JAMA*. 1995;273(6):456-7. *JAMA*. 1994;272(4):292-6.
40. Schmidt I, Claesson CB, Westerholm B, Svarstad BL. Resident characteristics and organizational factors influencing the quality of drug access in Swedish nursing houses. *Soc Sci Med* 1998; 47(7):961-71.
41. Linden Junior E, Trindade JL. Assessment of the quality of life of elderly in a city in Southern Brazil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013;16(3):473-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000300006>
42. Del Pino AC. Calidad de vida atención al mayor. *Rev Mult Gerontol*. 2003;13(3):188-92.
43. Trentini M, Silva D, Martins C, Tomaz C, Duarte R. Qualidade de vida dos indivíduos com doenças cardiovasculares crônicas e diabetes mellitus. *Rev Gauch Enferm*. 1990;11(2):20-7.
44. Lima-Costa MF, Barreto SM, Guerra HL, Firmo JO, Uchoa E, Vidigal PG. Ageing with *Trypanosoma cruzi* infection in a community where the transmission has been interrupted: the Bambuí Health and Ageing Study (BHAS). *Int J Epidemiol*. 2001;30(4):887-93. Comment in: *Int J Epidemiol*. 2001;30(4): 894-5; *Int J Epidemiol*. 2002;31(3):688-9. *Int J Epidemiol*. 2002;31(3):689-90.
45. Loyola Filho AI, Uchoa E, Firmo, JO. Influência da renda na associação entre disfunção cognitiva e polifarmácia: Projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(1):89-99.