

Fatores associados com a qualidade de vida de homens idosos

FACTORS ASSOCIATED WITH THE QUALITY OF LIFE OF ELDERLY MEN

FACTORES ASOCIADOS CON LA CALIDAD DE VIDA DE HOMBRES ANCIANOS

Darlene Mara dos Santos Tavares¹, Flavia Aparecida Dias², Nilce Maria de Freitas Santos³, Vanderlei José Haas⁴, Sybelle de Castro Sousa Miranzi⁵

RESUMO

Inquérito domiciliário, transversal e analítico que objetivou descrever as características sociodemográficas, de saúde e a qualidade de vida de homens idosos e verificar os fatores socioeconômicos e de saúde associados à qualidade de vida. Participaram 804 homens idosos. Os dados foram coletados pelos instrumentos: *Older Americans Resources and Services* (OARS), *World Health Organization Quality of Life-Bref* (WHOQOL-BREF) e *Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults* (WHOQOL-OLD). Foram realizados análise descritiva, teste t-Student, correlação de Pearson e regressão linear múltipla ($p < 0,05$). Predominaram idosos com 60-70 anos, casados, 4-8 anos de estudo e renda de um salário mínimo. Os menores escores de qualidade de vida foram no domínio físico e na faceta autonomia e estiveram associados a ausência de companhia e de escolaridade, baixa renda, maior número de morbidades e incapacidade funcional. A incapacidade funcional foi o que mais influenciou a qualidade de vida, excetuando-se o domínio físico e a faceta intimidade.

DESCRITORES

Qualidade de vida
Idoso
Saúde do homem
Enfermagem geriátrica

ABSTRACT

This was an analytical, cross-sectional household survey study aimed at describing the sociodemographic characteristics, health and quality of life of elderly men, and to verify the socioeconomic and health factors related to quality of life. Participants in this study included 804 elderly men. Data were collected using the following instruments: *Older Americans Resources and Services* scale (OARS), the *World Health Organization Quality of Life-BREF* (WHOQOL-BREF), and the *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults* (WHOQOL-OLD). Descriptive analysis, student's t-test, Pearson correlation and multiple linear regression ($p < 0.05$) were used. The prevalent characteristics were: individuals 60-70 years old, married, 4-8 years of education, and a minimum wage income. The lowest quality of life scores were in the physical domain and autonomy facet, and were associated with: the absence of a companion, education, low income, higher number of comorbidities, and functional disability. Functional disability had the strongest influence on the quality of life, except for the physical domain and intimacy facet.

DESCRIPTORS

Quality of life
Aged
Men's health
Geriatric nursing

RESUMEN

Encuesta domiciliar, transversal, analítica, objetivando describir las características sociodemográficas, de salud y calidad de vida de hombres ancianos, y verificar los factores socioeconómicos y de salud asociados a calidad de vida. Participaron 804 hombre ancianos. Datos recolectados mediante instrumentos: *Older Americans Resources and Services* (OARS), *World Health Organization Quality of Life-Bref* (WHOQOL-Bref) y *Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults* (WHOQOL-Old). Se efectuó análisis descriptivo, test t-Student, correlación de Pearson y regresión lineal múltiple ($p < 0,05$). Predominaron ancianos con 60-70 años, casados, 4-8 años de estudio y renta de un salario mínimo. Los menores puntajes de calidad de vida se dieron en el dominio físico y en la faceta autonomía; estuvieron asociados a ausencia de compañera, de escolaridad, baja renta, mayor número de comorbilidades e incapacidad funcional. La incapacidad funcional fue el factor más influyente en la calidad de vida, exceptuándose el dominio físico y la faceta intimidad.

DESCRIPTORES

Calidad de vida
Anciano
Salud del hombre
Enfermería geriátrica

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, Brasil. darlenetavares@enfermagem.ufm.edu.br ² Enfermeira. Mestre em Atenção à Saúde. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, Brasil. flaviadias_ura@yahoo.com.br ³ Fisioterapeuta. Mestre em Atenção à Saúde. Uberaba, MG, Brasil. nilcemfsantos@hotmail.com. ⁴ Físico. Professor Visitante em Bioestatística no Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, Brasil. vjhaas@uol.com.br ⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora Adjunta do Departamento de Medicina Social do Curso de Medicina da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, Brasil. sybelle@mednet.com.br

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional atualmente é um fenômeno mundial e, no Brasil, as mudanças na estrutura etária estão ocorrendo de forma acelerada. Segundo o censo demográfico de 2010, o percentual de idosos no País é de 10,8%⁽¹⁾. Ressalta-se que no município de Uberaba-MG, local de realização do presente estudo, a proporção de idosos é superior à nacional, totalizando 12,6%⁽²⁾, o que evidencia a necessidade de realizar estudos que ampliem a compreensão sobre o desenvolvimento do processo de envelhecimento, considerando suas especificidades.

Em 2010, 44,5% do total da população idosa brasileira era do sexo masculino, representando um contingente de mais de nove milhões de pessoas⁽¹⁾. Evidencia-se, assim, a necessidade de realizar estudos que visem identificar as especificidades da população idosa considerando as diferenças de gênero.

Nesse contexto, destaca-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem que se refere à necessidade de articulação dos serviços de saúde com as diversas áreas governamentais, o setor privado e a sociedade, para criar redes de compromisso e corresponsabilização pela saúde e qualidade de vida (QV) da população masculina⁽³⁾.

Para o presente estudo será adotada a conceituação de QV, considerada subjetiva, multidimensional, com aspectos negativos e positivos, proposta por um grupo de estudiosos sobre o tema, apoiado pela Organização Mundial de Saúde (OMS): *percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*⁽⁴⁾.

A literatura científica sobre o processo de envelhecimento, a QV e a saúde de homens idosos é escassa. Um estudo identificou que os homens apresentam baixa autoestima ao envelhecer e concluiu que existe influência das questões de gênero na saúde e QV⁽⁵⁾. Outro estudo com idosos na Itália evidenciou que os menores escores de QV no aspecto físico estiveram relacionados a idade, renda familiar, ausência de companheiro e doenças crônicas⁽⁶⁾.

Sabe-se que os homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada e que esse ingresso tardio provoca o agravamento da morbidade, o que poderia ser evitado com medidas preventivas. No entanto, indivíduos do sexo masculino apresentam resistência em frequentar os serviços de saúde, daí a necessidade de compreender as barreiras sociais, culturais e institucionais para promover o acesso dos homens a esses serviços⁽³⁾.

Pesquisas com idosos que considerem as especificidades entre os sexos e a influência das condições sociodemográficas,

da saúde e da capacidade funcional (CF) sobre a QV poderão contribuir para o planejamento em saúde e a melhoria da atenção direcionada a esse grupo populacional.

Assim, os objetivos desta pesquisa foram descrever as características sociodemográficas, as morbidades, a CF e a QV dos homens idosos e verificar os fatores socioeconômicos e de saúde associados à QV.

MÉTODO

O presente trabalho faz parte de um estudo maior, do tipo inquérito domiciliário, analítico e transversal, que avaliou a QV dos idosos residentes na zona urbana do município de Uberaba-MG. O Município está dividido em três Distritos Sanitários, que se subdividem em 18 áreas de abrangência. É o maior e o principal centro de atendimento médico-hospitalar e odontológico do Triângulo Mineiro e conta com serviços próprios, contratados ou conveniados.

Possui 25 Unidades Básicas de Saúde (UBS) urbanas, das quais 12 são Unidades de Saúde da Família (USF). A cobertura das equipes de Saúde da Família é de 44,95%⁽⁷⁾. A estimativa da população total de idosos residentes no município para o ano de 2010 era de 37.399 habitantes⁽²⁾.

O cálculo da amostragem populacional foi realizado pelo Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), considerando 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, levando em consideração os diversos bairros como estratos.

Partindo de uma amostra populacional de 2.683 idosos, foram excluídos 541 idosos, dos quais 201 não foram encontrados após três visitas, 174 recusaram-se a participar, 142 haviam falecido e 25 estavam hospitalizados. Dessa forma, a amostra populacional foi de 2.142 idosos. Os dados foram coletados no domicílio, no período de agosto a dezembro de 2008. Foram considerados critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais; ter obtido pontuação mínima de 13 pontos na avaliação cognitiva pelo Miniexame do Estado Mental (MEEM)⁽⁸⁾; ser do sexo masculino e morar na zona urbana no município de Uberaba-MG. Atenderam aos critérios estabelecidos 804 idosos.

O instrumento de coleta de dados contendo as variáveis sociodemográficas foi baseado no questionário *Older Americans Resources and Services* (OARS), elaborado pela *Duke University* e adaptado à realidade brasileira⁽⁹⁾. Para a avaliação da QV, utilizou-se o instrumento adaptado WHOQOL-BREF⁽¹⁰⁾ e o módulo validado no Brasil WHOQOL-OLD⁽¹¹⁾. O primeiro é instrumento genérico de mensuração da QV

que possui quatro domínios e duas questões gerais. Já o WHOQOL-OLD é específico para idosos, possui seis facetas e deve ser aplicado juntamente ao WHOQOL-BREF⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Para as atividades da vida diária (AVD), utilizou-se o instrumento baseado no questionário OARS, adaptado à realidade brasileira⁽⁹⁾, que é composto de 15 atividades de vida prática e diária, a saber: comer, tomar banho, vestir-se, pentear o cabelo, deitar/levantar da cama, ir ao banheiro em tempo, controle urinário, controle intestinal, andar no plano, subir e descer escadas, transporte da cadeira para cama, andar perto de casa, cortar as unhas dos pés. As opções de respostas são: sem dificuldade, com dificuldade, não consegue⁽⁹⁾.

As variáveis estudadas foram: faixa etária; estado conjugal; escolaridade, em anos; renda individual mensal em salários mínimos; número de morbididades autorreferidas; AVD; número de incapacidade funcional (IF); QV por meio dos instrumentos WHOQOL-BREF (domínios: físico; psicológico, relações sociais e meio ambiente)⁽¹⁰⁾ e WHOQOL-OLD (facetas: funcionamento dos sentidos; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social, morte e morrer e intimidade)⁽¹¹⁾.

Foi construída uma planilha eletrônica no programa Excel® e os dados coletados foram digitados em dupla entrada para verificação da consistência entre as duas bases. Quando necessário, os dados inconsistentes foram corrigidos, retornando-se à entrevista original.

Os dados foram analisados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 17.0. Cada domínio do WHOQOL-BREF e faceta do WHOQOL-OLD foram analisados isoladamente, empregando-se as sintaxes disponibilizadas pela OMS. Os escores variaram de 0 a 100 e os maiores representaram melhor QV.

Procedeu-se a análise estatística descritiva por meio de frequências simples, média e desvio padrão. Para verificação dos fatores associados à QV dos homens idosos, realizou-se análise bivariada preliminar por meio da comparação entre duas amostras independentes, pelo teste *t*-Student. As variáveis foram recategorizadas e dicotomizadas: estado conjugal (sem ou com companheiro), escolaridade (sem ou com) e renda (sem ou com). Em relação a idade, número de morbididades e de IF foi utilizada a correlação de Pearson. Os testes foram considerados significativos quando $p < 0,1$, o que tem sido sugerido para as variáveis serem mantidas nos modelos multivariados subsequentes⁽¹²⁾. A normalidade dos dados foi obtida pelo teste de Kolmogorov Smirnov.

As variáveis que atenderam ao critério $p < 0,1$ foram incluídas no modelo de regressão linear múltipla, sem análise de resíduos, com escalonamento reverso (método *Backward*). Consideraram-se variáveis dependentes os escores de cada domínio e as facetas da QV, individualmente, e como previsoras: idade, estado conjugal, escolaridade, renda, número de morbididades e número de IF. Os testes foram considerados significativos quando $p < 0,05$.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFTM, sob o protocolo nº 897. Os idosos foram contatados em seus domicílios, sendo-lhes apresentados os objetivos do estudo e oferecidas as informações pertinentes. Após a anuência do entrevistado e assinatura o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conduziu-se a entrevista.

RESULTADOS

Na Tabela 1, a seguir, encontra-se a distribuição das variáveis sociodemográficas dos homens idosos.

Tabela 1 – Distribuição da frequência das variáveis sociodemográficas dos idosos - Uberaba, 2011

Variáveis	n	%
Faixa etária (em anos)		
60 70	381	47,4
70 80	302	37,6
80 e mais	121	15,0
Estado conjugal*		
Casado ou mora com companheira	551	68,5
Separado/Desquitado/Divorciado	68	8,5
Viúvo	149	18,5
Solteiro	35	4,5
Escolaridade (em anos)		
Sem escolaridade	147	18,3
1 4	246	30,6
4 8	269	33,5
8	42	5,2
9 11	21	2,6
11 ou mais	74	9,2
Renda (em salários mínimos)		
Não tem renda	32	4,0
< 1	4	0,5
1	399	49,6
1 3	298	37,1
3 5	42	5,2
> 5	25	3,1

*Não responderam 0,1%

Observou-se predomínio de idosos na faixa etária de 60 | 70 anos (47,4%), casados ou que moravam com companheira (68,5%), com 4 | 8 anos de estudo (33,5%) e renda individual mensal de um salário mínimo (49,6%), como mostra a Tabela 1.

Os homens idosos possuíam polimorbidades, com os maiores percentuais para 4 | 7 (35,2%), seguidos por 1 | 4 (25,2%), 7 | 10 (25,2%) e ≥ 10 (11,4%). As morbididades prevalentes foram: problemas de visão (76,4%), de coluna (58,4%) e hipertensão arterial (54,3%).

Tabela 2 – Modelo de regressão múltipla dos escores de qualidade de vida do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, dos homens idosos - Uberaba, 2011

Qualidade de vida	Modelo inicial		Modelo final	
	β padronizado ^b	P	β padronizado ^b	P
WHOQOL-BREF				
Físico				
Escolaridade	0,007	0,805	–	–
Renda	0,005	0,864	–	–
Idade	0,002	0,941	–	–
Morbidade	-0,432	<0,001	-0,432	<0,001
Incapacidade funcional	-0,328	<0,001	-0,328	<0,001
Psicológico				
Escolaridade	0,027	0,415	–	–
Renda	0,050	0,132	–	–
Morbidade	-0,209	<0,001	-0,205	<0,001
Incapacidade funcional	-0,241	<0,001	-0,243	<0,001
Relações sociais				
Estado conjugal	0,110	0,002	0,110	0,002
Renda	0,014	0,679	–	–
Morbidade	-0,038	0,290	–	–
Incapacidade funcional	-0,121	0,001	-0,131	<0,001
Meio ambiente				
Escolaridade	0,018	0,607	–	–
Renda	0,040	0,250	–	–
Incapacidade funcional	-0,137	<0,001	-0,138	<0,001
WHOQOL-OLD				
Funcionamento dos sentidos				
Idade	-0,082	0,017	-0,079	0,021
Escolaridade	0,104	0,002	0,104	0,002
Renda	0,043	0,211	–	–
Morbidade	-0,080	0,023	-0,078	<0,001
Incapacidade funcional	-0,201	<0,001	-0,203	0,027
Autonomia				
Escolaridade	0,017	0,625	–	–
Renda	0,038	<0,001	–	–
Morbidade	-0,054	0,128	–	–
Incapacidade funcional	-0,260	0,270	-0,275	<0,001
Atividades passadas, presentes e futuras				
Idade	0,093	0,009	0,089	0,011
Escolaridade	0,009	0,806	–	–
Renda	0,067	0,057	0,065	–
Morbidade	-0,046	0,201	–	–
Incapacidade funcional	-0,155	<0,001	-0,166	<0,001
Participação social				
Renda	0,021	0,536	–	–
Morbidade	-0,024	0,488	–	–
Incapacidade funcional	-0,306	<0,001	-0,311	<0,001
Intimidade				
Escolaridade	0,053	0,117	–	–
Estado conjugal	0,253	<0,001	0,253	<0,001
Renda	0,084	0,014	0,084	0,014
Morbidade	0,071	0,038	0,069	0,043

^bCoefficiente de regressão

A IF para realizar AVD representou 19,9%, dos quais 16,4% apresentaram de 1-4 e 3,4%, 4 ou mais. As AVD mais comprometidas foram cortar as unhas dos pés (18%), subir e descer escadas (6%), andar perto de casa (4,1%) e andar no plano (3,3%).

Na autoavaliação da QV, questão 1 do WHOQOL-BREF, a maioria dos homens idosos considera-a boa (66,5%) e nem boa, nem ruim (23%). Quanto à autossatisfação com a saúde, questão 2 do WHOQOL-BREF, referiram estar satisfeitos (67,4%), nem insatisfeitos, nem satisfeitos (14,7%). A QV mensurada pelo WHOQOL-BREF obteve maior escore no domínio das relações sociais (69,31) e menor, no domínio físico (61,03). Já na QV pelo WHOQOL-OLD, o maior escore foi na faceta funcionamento dos sentidos (80,08) e o menor, na autonomia (61,19).

Para verificar os fatores associados à QV dos homens idosos realizou-se, inicialmente, a análise bivariada ($p < 0,1$). Apresentam-se na Tabela 2 as variáveis inseridas no modelo de regressão múltipla para os escores de QV que obtiveram significância na análise bivariada.

Na análise multivariável, empregando a regressão múltipla, verificou-se que o predictor que mais contribuiu para os menores escores no domínio físico foi a morbidade ($\beta = -0,432$) e, no psicológico, a IF ($\beta = -0,243$). No domínio relações sociais, o que mais contribuiu para os menores escores de QV foi a IF ($\beta = -0,131$). Os menores escores de QV do meio ambiente estiveram associados ao maior número de IF ($p < 0,001$), conforme a Tabela 2.

Na avaliação da QV, baseada no WHOQOL-OLD, a IF foi o predictor que mais contribuiu para os menores escores de QV ($\beta = -0,131$). As facetas autonomia ($p < 0,001$) e participação social ($p < 0,001$) apresentaram os menores escores de QV associados ao maior número de IF (Tabela 2). A faceta atividades passadas, presentes e futuras apresentou os menores escores mais fortemente associados ao maior número de IF ($p < 0,001$). A intimidade apresentou menores escores de QV associados mais fortemente à ausência de companheiro ($\beta = 0,253$), como mostra a Tabela 2.

DISCUSSÃO

O predomínio de homens idosos na faixa etária de 60-70 anos está abaixo do percentual brasileiro (57,5%)⁽¹⁾. A maioria dos homens idosos era casada ou morava com companheira, diferente de estudo realizado na Austrália, China, Grã-Bretanha, Grécia e Itália (76,8%)⁽¹³⁾, no qual os percentuais são superiores. No Brasil, inquérito realizado em São Carlos-SP (75,4%)⁽¹⁴⁾ converge com esta investigação. O fato de ser casado ou morar com companheira possibilita aos profissionais da área da saúde inserir a família na atenção direcionada a esse grupo populacional, contribuindo para o estímulo do homem idoso no cuidado à saúde.

Concernente à escolaridade, é relevante destacar que no Brasil os idosos apresentam baixa escolaridade, sendo

que 25% dos homens idosos não são alfabetizados⁽¹⁾. A baixa escolaridade deve ser considerada pelos profissionais da saúde no desenvolvimento de atividades direcionadas ao idoso, contribuindo para o conhecimento sobre o processo de envelhecimento e possibilitando a vivência dessa etapa da vida de maneira saudável.

A renda de um salário mínimo, constatada nesta investigação, é inferior à obtida entre idosos de ambos os sexos em inquérito no Paraná, no qual 79% referiram renda de um a três salários mínimos (43,4%)⁽¹⁵⁾.

Inquérito conduzido no interior de São Paulo verificou que os homens idosos possuem menor número de morbidades (1 a 5) em relação aos dados obtidos na presente pesquisa⁽¹⁴⁾. Embora apresentando percentuais diferentes, a hipertensão arterial (73,2%) e os problemas de visão (67,1%) também foram as mais prevalentes em outro estudo⁽¹⁶⁾. Apesar da hipertensão arterial (40%) ser mantida, os problemas circulatórios (50%) e os problemas cardíacos (40%) apresentaram destaque em inquérito conduzido com homens idosos em Ribeirão Preto-SP⁽¹⁷⁾. Já no *Concord Health and Ageing in Men Project* (CHAMP) prevaleceram a artrite (51,7%) e a hipertensão arterial (46,2%)⁽¹³⁾. Destaca-se que o fato da morbidade ser autorreferida constitui uma limitação desta investigação.

As polimorbidades e a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, em especial a hipertensão arterial entre os homens idosos, denotam a necessidade dos serviços de saúde reorientarem o modelo de atenção hegemonicamente centrado no atendimento de doenças agudas. Ademais, os profissionais de saúde, especialmente o enfermeiro, devem estar aptos para identificar esse quadro e auxiliar o idoso e seus familiares no enfrentamento dos desafios advindos das polimorbidades crônicas, enfatizando o autocuidado, a manutenção da autonomia e a inserção social.

Diferentemente do obtido nesta pesquisa (1-4), em outro estudo com homens idosos a prevalência de IF para a realização das AVD foi de três ou mais⁽¹⁶⁾. Inquérito realizado no mesmo Município, porém, com idosos de ambos os sexos, obteve percentual semelhante para a AVD cortar as unhas dos pés (18,9%). No entanto, para as atividades subir e descer escadas (4,8%) e andar perto de casa (3,8%), os percentuais foram inferiores⁽¹⁸⁾.

O comprometimento das AVD relacionadas à mobilidade pode favorecer o afastamento dos homens idosos do convívio social, gerando dependência para a realização de atividades que antes proporcionavam satisfação pessoal. A equipe de saúde deve promover ações em saúde em consonância com os interesses dos homens idosos, de forma a estimular o contato social⁽¹⁴⁾. Por outro lado, deve-se investigar a CF do homem idoso, visando postergar o aparecimento de incapacidades, contribuindo para manutenção da independência.

A autoavaliação da QV como boa evidenciou que neste estudo um maior percentual de homens idosos tem visão

positiva acerca de suas condições de vida. Em relação à auto-satisfação com a saúde, destaca-se que o homem idoso relaciona-a com a autonomia. Ao definir sua saúde como boa ou razoável, o idoso não se caracteriza como pessoa sem doenças, mas sim como alguém com capacidade de agir sobre o ambiente⁽¹⁹⁾.

O maior escore de QV no domínio relações sociais favorece o apoio e o suporte social, bem como a corresponsabilidade familiar no cuidado à saúde, tendo em vista a dependência para algumas AVD relacionadas à mobilidade. O menor escore de QV no domínio físico pode estar relacionado ao alto percentual de homens idosos com polimorbidades, o que contribui para impactar negativamente esse domínio, dada sua relação com a dependência de medicação ou tratamentos⁽¹⁰⁾.

O maior escore de QV na faceta funcionamento dos sentidos divergiu de pesquisa conduzida com homens idosos residentes no Paraná, que se relacionou à morte e morrer (90,4); já o menor escore obtido na autonomia foi concordante (74,5)⁽¹⁵⁾. Acerca desse último, pesquisa conduzida com idosos de ambos os sexos evidenciou que a perda da autonomia relaciona-se ao desrespeito a suas decisões e dependência econômica⁽²⁰⁾. É mister que os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, reflitam junto com os familiares as repercussões negativas dessa condição na QV dos homens idosos.

Em relação aos fatores associados aos menores escores de QV, destaca-se como limitação deste estudo a dicotomização das variáveis escolaridade e renda, que podem ter influenciado a análise bivariada.

Verificou-se que a morbidade foi o preditor que mais impactou negativamente no domínio físico, concordando com a literatura científica que obteve pior escore no componente físico entre os idosos com mais de uma doença crônica (37,59), em comparação com os que não apresentaram doenças (48,72)⁽⁶⁾. O menor escore de QV associado à presença de comorbidades pode estar relacionado às dificuldades de acesso aos serviços de saúde, bem como às possíveis limitações impostas pelas doenças, que podem influenciar negativamente a capacidade para o trabalho e para as atividades cotidianas, mensurados nesse domínio⁽¹⁰⁾.

A IF para a realização das AVD associou-se com o menor escore no domínio psicológico, que avalia a autoestima e os sentimentos positivos⁽¹⁰⁾. Os homens idosos apresentam dificuldades em vivenciar o processo de envelhecimento devido a aposentadoria, perdas físicas, emocionais, econômicas e sociais⁽⁵⁾. As atividades grupais contribuem para a troca de experiências e permitem observar que outras pessoas passam por situações semelhantes, contribuindo para a reflexão conjunta acerca de seu cotidiano.

O preditor que mais contribuiu para o menor escore de QV do domínio relações sociais foi a IF. Com a aposentadoria, o homem idoso tem como espaço de convivência, prioritariamente, o domicílio. Essa nova condição social

pode determinar perdas e limitações que influenciarão na saúde física e emocional, desencadeando ou agravando as DCNT e impactando em sua QV⁽²¹⁾. Nessa perspectiva, há de se acrescentar duas situações a serem enfrentadas na atenção à saúde, uma relativa às estratégias de ampliação da rede social e outra relacionada à implementação de tecnologias voltadas à melhoria da funcionalidade dos homens idosos.

O domínio meio ambiente avalia, dentre outros fatores, a segurança física e a proteção⁽¹⁰⁾. A IF, preditor que mais contribuiu para o menor escore no referido domínio, pode influenciar esses aspectos na medida em que o homem idoso sente-se desprotegido no ambiente domiciliário e comunitário para realização de suas atividades cotidianas.

A faceta funcionamento dos sentidos associou-se a diversas variáveis, contudo a IF contribuiu de forma mais efetiva para o menor escore de QV. Com o avançar da idade ocorrem diversas modificações nos órgãos dos sentidos⁽²¹⁾, culminando na diminuição de seu funcionamento, o que pode interferir no cotidiano do idoso. Por meio dos sentidos, o corpo percebe diversas situações que o rodeiam, contribuindo para sua integração ao ambiente, permitindo o relacionamento da pessoa com o meio em que se vive⁽²¹⁾. Os profissionais de saúde devem utilizar instrumentos de avaliação e verificar se as alterações sensoriais apresentadas pelos homens idosos são decorrentes ou não do processo fisiológico de envelhecimento, implementando medidas que visem sua melhoria ou adaptação.

A IF associou-se aos menores escores de QV na faceta autonomia. Tal resultado denota que a dependência de outra pessoa para a realização das AVD interfere negativamente na QV do homem idoso no que se refere à capacidade de decisão. Além disso, verificou-se que a IF também interferiu no escore de QV da faceta participação social.

No que concerne à faceta atividades presentes e futuras, verificou-se que a limitação decorrente da diminuição da funcionalidade impactou negativamente as conquistas futuras, aspecto mensurado nessa faceta⁽¹¹⁾. Assim, os homens idosos devem ser estimulados a identificar atividades que lhes tragam satisfação pessoal. Ações que favorecem o envelhecimento saudável incentivam-nos a ser pró-ativos, definindo objetivos e estabelecendo metas para alcançá-los. Nesse processo, acumulam recursos úteis para a adaptação à mudança vivenciada nessa etapa da vida e mantêm-se ativamente envolvidos na preservação de seu bem-estar⁽²²⁾.

O menor escore na faceta intimidade, fortemente correlacionado à ausência de companhia, evidencia a necessidade de adaptação das relações afetivas entre homens idosos. A faceta intimidade avalia a capacidade para relações pessoais e íntimas⁽¹¹⁾. Pesquisa verificou que, para 56,4% dos homens idosos, a esposa era a principal confidente e 61,8% tinham pelo menos uma boa conversa semanal

com a c6njuge⁽²³⁾. Evidencia-se, portanto, a necessidade dos profissionais de sa6de identificarem essa situa76o nos servi7os de sa6de, com intuito de auxiliar os homens idosos na constru76o de novos la7os ou no fortalecimento dos j6 existentes. 6 preciso orient6-os e encaminh6-os para participar de grupos de idosos. Dessa forma, possibilita-se a melhoria do sentimento de companheirismo entre idosos que n6o possuem c6njuge.

CONCLUS6O

Os resultados apresentados podem contribuir para o delineamento de novas pol6ticas p6blicas espec6ficas para a sa6de do homem idoso que objetivem o acompanhamento de suas condi76es de sa6de.

Ressalta-se que os maiores percentuais de IF encontrados neste estudo foram para as AVD relacionadas 6 mobilidade. 6 poss6vel que algumas adapta76es na moradia sejam necess6rias para oferecer maior seguran7a ao homem idoso e evitar quedas. Por6m, deve-se considerar que essas adapta76es podem ser dispendiosas e os idosos do presente estudo apresentavam baixa renda. Nesse sentido, a equipe de sa6de deve pesquisar junto aos idosos e seus familiares formas de adapta76es efetivas e acess6veis.

Faz-se necess6rio incluir efetivamente a avalia76o das AVD nos diversos espa7os da rede de aten76o 6 sa6de do idoso, buscando qualificar o atendimento, em especial,

o cuidado de enfermagem. Assim, a pesquisa da funcionalidade do idoso pode subsidiar a equipe de sa6de no desenvolvimento de a76es que visem 6 manuten76o da autonomia e da independ6ncia do idoso.

A identifica76o dos fatores impactantes na qualidade de vida do homem idoso pode contribuir para o planejamento da aten76o a sua sa6de. O enfermeiro pode desenvolver a76es educativas com os idosos, visando refletir sobre essa tem6tica e propor a76es para seu enfrentamento conjunto.

Deve-se atentar para a influ6ncia da limita76o funcional na QV do idoso, dificultando sua participa76o em atividades na comunidade e reduzindo seus contatos sociais. 6 fundamental que os profissionais de sa6de promovam discuss6es sobre essas tem6ticas, visando estabelecer estrat6gias de manuten76o da autonomia e amplia76o das possibilidades de participa76o dos homens idosos em atividades sociais. As discuss6es e as reflex6es podem ser realizadas em grupo, tendo tamb6m a participa76o de familiares. Tamb6m podem ser implementadas atividades de est6mulo 6 manuten76o da funcionalidade, objetivando minimizar o impacto da IF no cotidiano do idoso.

Destacam-se como limita76es do presente estudo o recorte transversal, que n6o permite estabelecer rela76es de casualidade entre as vari6veis e o ponto de corte da vers6o do MEEM utilizada, a qual n6o traz distin76o entre os anos de estudo.

REFER6NCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estat6stica (IBGE). Censo demogr6fico 2010: Caracter6sticas da popula76o e do domic6lio, resultados do universo [Internet]. Rio de Janeiro; 2010 [citado 2011 ago. 21]. Dispon6vel em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Resultados_do_Universo/xls/Brasil/tab1_1_1.zip
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estat6stica (IBGE). Cidades. Minas Gerais. Uberaba [Internet]. Rio de Janeiro; 2010 [citado 2011 ago. 21]. Dispon6vel em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
3. Brasil. Minist6rio da Sa6de. Pol6tica Nacional de Aten76o Integral 6 Sa6de do Homem. Bras6lia; 2009.
4. The WHOQOL Group. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.
5. Figueiredo MLF, Tyrrel MAR, Carvalho CMRG, Luz MHBA, Amorim FCM, Loiola NLA. As diferen7as de g6nero na velhice. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(4):422-7.
6. Belvis AG, Avolio M, Sicuro L, Rosano A, Latini E, Damiani G, et al. Social relationships and HRQL: a cross-sectional survey among older Italian adults. *BMC Public Health*. 2008;8:348.
7. Uberaba. Prefeitura Municipal, Secretaria de Desenvolvimento Econ6mico e Turismo. Uberaba em dados; 2008 [Internet]. Uberaba; 2009 [citado 2009 jul. 20]. Dispon6vel em: http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/desenvolvimento_economico/arquivos/uberaba_em_dados/Edicao_2009/capitulo_01.pdf
8. Icaza MC, Albala C. Projeto SABE. Minimal State Examination (MMSE) del estudio de dementia en Chile: an6lisis estad6stico. Washington: OPAS, 1999. p. 1-18.
9. Ramos LR. Growing old in S6o Paulo, Brazil: assessment of health status and family support of the elderly of different socio-economic strata living in the community [thesis]. London (England): London School of Hygiene and Tropical Medicine; 1987.
10. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplica76o da vers6o em portugu6s do instrumento abreviado de avalia76o da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Sa6de P6blica*. 2000;34(2):178-83.
11. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Sa6de P6blica*. 2006;40(5):785-91.

12. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarquical approach. *Int J Epidemiol.* 1997;26(1):224-7.
13. Cumming RG, Handelsman D, Seibel MJ, Creasey H, Sambrook P, Waite L, et al. Cohort Profile: the Concord Health and Ageing in Men Project (CHAMP). *Int J Epidemiol.* 2009;38(2):374-8.
14. Feliciano AB, Moraes AS, Freitas ICM. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(6):1575-85.
15. Faller JW, Melo WA, Versa GLGS, Marcon SS. Qualidade de vida de idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Foz do Iguaçu-PR. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2010;14(4):803-10.
16. Floriano PJ, Dalgalarondo 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.
17. Pedrazzi EC, Rodrigues RAP, Schiaveto FV. Morbidade referida e capacidade funcional de idosos. *Cienc Cuid Saúde.* 2007;6(4):407-13.
18. Tavares DMS, Pereira GA, Iwamoto HH, Miranzi SSC, Rodrigues LR, Machado ARM. Incapacidade funcional entre idosos residentes em um município do interior de Minas Gerais. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(1):32-9.
19. Fonseca MGUP, Firmo JOA, Loyola Filho AI, Uchoa E. Papel da autonomia na auto avaliação da saúde do idoso. *Rev Saude Pública.* 2010;44(1):159-65.
20. Flores GC, Borges ZN, Denardin-Budó ML, Mattioni FC. Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010;31(3):467-74.
21. Ribeiro LCC, Alves PB, Meira EP. Percepção dos idosos sobre as alterações fisiológicas do envelhecimento. *Ciênc Cuidado Saúde.* 2009;8(2):220-7.
22. Alvarenga LN, Kiyan L, Bitencourt B, Wanderley KS. The impact of retirement on the quality of life of the elderly. *Rev Esc Enferm USP [Internet].* 2009 [cited 2011 Ago 15];43(4):796-802. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/en_a09v43n4.pdf
23. Gierveld DJJ, Groenou MBV, Hoogendoorn AW, Smit JH. Quality of marriages in later life and emotional and social loneliness. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2009;64B(4):497-506.

Pesquisa decorrente de projeto financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais – FAPEMIG.