

# Grau de satisfação com a saúde entre idosos do Município de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil \*

## Level of Satisfaction with the Health in the Elderly in the Municipality of Botucatu, State of São Paulo, Brazil

**Luciane Cristina Jóia**

Faculdade São Francisco de Barreiras, Barreiras-BA, Brasil

**Tania Ruiz**

Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu-SP, Brasil

**Maria Rita Donalísio**

Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, Brasil

### Resumo

A proporção de idosos com 60 anos e mais vem crescendo no Brasil como na maior parte do mundo, alargando progressivamente o ápice da pirâmide populacional. A maior sobrevida da população produz prevalência de incapacidades desencadeadoras de dependência física e psíquica, comprometendo a autonomia dos idosos e, conseqüentemente, piorando sua satisfação com a própria saúde. Objetivou-se estudar os fatores associados ao grau de satisfação com a saúde nos diferentes aspectos da vida da população de 60 anos e mais residente no Município de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil, em 2003. Trata-se de estudo transversal de base populacional, em que foi aplicado questionário em amostra sistemática da população idosa do Município (N=365), considerando-se a prevalência desconhecida e  $p < 0,05$ . O questionário utilizado resultou de uma composição de instrumentos presentes na literatura. O grau de satisfação com relação à saúde foi medido em uma escala de 1 a 7. Foram realizadas análises por regressão logística sobre o evento 'grau de satisfação com a saúde', mediante hierarquização em blocos. Para cada bloco, as variáveis foram incluídas uma a uma, iniciando-se o processo pela de maior magnitude de risco. Aquelas que se mantiveram significativas no modelo inicial foram agrupadas por bloco, em modelo final de regressão logística. As variáveis que se associaram à satisfação com a saúde foram: estar satisfeito com as atividades de vida diária [OR=5,90 (3,35-10,41)]; estar satisfeito com a vida em geral [OR=2,40 (1,35-4,26)]; o lazer [OR=2,40 (1,35-4,18)]; e a não-referência de hipertensão [OR=1,90 (1,09-3,31)] e cardiopatia [OR=2,32 (1,21-4,42)]. A satisfação com a saúde associou-se, principalmente, com a autonomia, o lazer e a não-referência de hipertensão e cardiopatia.

**Palavras-chave:** idoso; qualidade de vida; estudo transversal; satisfação com a saúde.

### Summary

*The proportion of elderly people about 60-year-old or more in Brazil, as well as in most parts of the world, has been increasing and gradually narrowing the base of the population pyramid. This proportion produces prevalence of incapacities which are responsible for physical and psychic dependence, compromising the autonomy of elderly people, and consequently getting worse their satisfaction with their own health. This study aimed to associate factors to the level of satisfaction on health in different aspects of life of the elderly population resident in the Municipality of Botucatu, State of São Paulo, Brazil, in 2003. This cross-sectional study used a questionnaire, result of a composition of existing instruments in literature, applied in a sample of 365 elderly people chosen by means of systematic sampling, for unknown prevalence and  $p < 0.05$ . The level of satisfaction on health was measured within a scale from 1 to 7. Analyses were made by logistic regression with the event 'level of satisfaction on health' through ranked analysis in blocks. For each block, the variable results were placed one to one, initiating the process with the one of major magnitude of risk. After the study those significant variables were grouped for block, in a final model of logistic regression. The variables associated with health satisfaction are as follows: to be satisfied with the daily activities of life [OR=5.90 (3.35-10.41)]; to be satisfied with life in general [OR=2.40 (1.35-4.26)]; leisure [OR=2.40 (1.35-4.18)]; and no reference of hypertension [OR=1.90 (1.09-3.31)] and cardiopathy [OR=2.32 (1.21-4.42)]. The satisfaction with health has been associated mainly with autonomy, life and leisure, and no reference of hypertension and cardiopathy.*

**Key words:** elderly; quality of life; cross-sectional study.

\* Pesquisa realizada pelo Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu-SP, Brasil, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – processo Nº 02/09842-0 – artigo elaborado a partir de dissertação de mestrado apresentada junto à Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP em janeiro de 2004.

### Endereço para correspondência:

Rua Domingos Cariola, 164, Boa Vista, Botucatu-SP, Brasil. CEP: 18611-830  
E-mail: lucianejoia@yahoo.com.br

## Introdução

O processo de envelhecimento da população tem levado à mudança nos padrões de morbimortalidade e, conseqüentemente, ao aumento da sobrevida da população e da prevalência de doenças crônicas entre os mais idosos.

A saúde não é algo que se adquira dentro de um intervalo de tempo específico. Trata-se de um processo contínuo, ao longo da vida, em que são desenvolvidos todos seus aspectos ou dimensões – corporal, mental e sentimental – inter-relacionados harmoniosamente. Mais que a mera ausência de doença ou de capacidade, saúde implica integralidade e funcionamento pleno ou eficiência do organismo (mente e corpo), ademais do devido ajustamento social. Promover a saúde significa, portanto, fortalecer o equilíbrio entre todos os fatores com ela relacionados.

*A autopercepção pelo idoso de seu estado de saúde desponta como indicador relevante de seu bem-estar, útil para avaliar suas necessidades de saúde e para prever sua sobrevida.*

O estado de saúde está intimamente relacionado à qualidade de vida, valorizando-se cada vez mais o indicador 'qualidade de vida relacionada à saúde'.<sup>1,2</sup>

Os indicadores tradicionais de saúde não conseguem explicar o fato de os idosos com doenças se sentirem saudáveis. A percepção do indivíduo do seu estado de saúde está se transformando em indicador relevante de seu bem-estar, sendo útil para avaliar as necessidades de saúde e, ao mesmo tempo, prever de forma consistente a sobrevida dessa população.<sup>3</sup>

A maneira como o indivíduo lida com o próprio corpo e estado de saúde determinará seu comportamento, suas escolhas e seu bem-viver dentro de determinados limites, seja em relação à qualidade de vida que ele deseja para si, seja em relação à duração de vida razoável que possa almejar.<sup>4</sup>

O conhecimento dos fatores que interferem na satisfação com a saúde entre idosos é, por conseguinte, um instrumento importante para o planejamento de políticas sociais voltadas a essa faixa etária e focadas em sua qualidade de vida.

O objetivo deste trabalho foi estudar o grau de satisfação com a saúde entre a população idosa de uma cidade de porte médio no interior do Estado de São Paulo e verificar os fatores de seu estilo de vida e de saúde associados a ela.

## Metodologia

Em 2003, realizou-se um estudo com idosos residentes no Município de Botucatu, Estado de São Paulo. A seleção foi realizada por amostragem aleatória e proporcional entre os domicílios residenciais. Para a identificação, foi utilizado um cadastro contemplando 9.000 famílias (correspondentes a 26% das residências do Município, considerando-se 1% de ajuste) alocadas aleatoriamente, sorteadas segundo uma escala de 4/1.<sup>5</sup> Com base nesse cadastro, foram selecionados, também aleatoriamente, moradores com idade igual ou superior a 60 anos.

O tamanho da população-alvo considerada para cálculo baseou-se em um erro amostral de 5%, relativo a um intervalo de confiança de 95% ( $\alpha$  bilateral de 0,025), com uma prevalência da característica de interesse de 0,5%, desprezando-se o fator de correção da redução de heterogeneidade associada ao desenho de conglomerado. Utilizou-se a expressão abaixo:

$$n \geq \frac{z_{\alpha/2}^2 p(1-p)}{d^2}$$

Entretanto, registrou-se perda de 5% da amostra inicialmente estimada (384), pois cinco casas encontravam-se fechadas em mais de três visitas, 11 idosos haviam morrido no ano de estudo e três não residiam no domicílio. Obteve-se, finalmente, uma amostra de 365 entrevistados.

O estudo incluiu indivíduos de 60 anos e mais que fossem capazes de responder coerentemente as questões a serem formuladas. Excluíram-se aqueles que apresentaram recusa explícita, incapacidade de expressão ou qualquer fator que impedisse sua entrevista.

Utilizou-se um instrumento de coleta de dados – questionário – estruturado e pré-testado, para obtenção das informações referentes ao grau de satisfação com a saúde entre os idosos. As questões contemplaram dados sociodemográficos, qualidade e estilo de vida, atividade física, estado emocional e morbidade referida.

Por se tratar de inquérito multidimensional, o questionário foi definido a partir da fusão de outros, já validados no contexto da realidade brasileira: o de qualidade de vida de Flanagan;<sup>6</sup> e o Perfil do Estilo de Vida Individual confeccionado por Nahas e colaboradores,<sup>7</sup> parte do World Health Organization Quality of Life (WHOQOL 100) validado por Fleck e colaboradores.<sup>8</sup> Após estudo-piloto, foram realizadas adaptações e fusão desses questionários selecionados.

A dificuldade de aplicação da entrevista com indivíduos sem escolaridade, apresentando problemas visuais e de compreensão, impossibilitou, muitas vezes, que o respondente fosse o próprio idoso. Dessa forma, optou-se por aplicar o questionário resultante, no inquérito domiciliar, utilizando-se um reconhecimento visual para obtenção das respostas. Cada categoria de resposta foi representada por um desenho da Escala de Motivação.<sup>9</sup> Esta escala consiste em sete rostos, desenhados com as seguintes expressões: uma face neutra, três desmotivadas e três motivadas. Como a escala de motivação pode ser adaptada a qualquer realidade, optou-se por utilizá-la na avaliação do grau de satisfação pretendida por este estudo. O tamanho da figura foi adequado à acuidade visual dos entrevistados, de maneira a incluir todos os idosos sorteados.

As variáveis que resultaram da aplicação do instrumento foram: variáveis sociodemográficas do idoso e de seus familiares; variáveis relacionadas ao grau de satisfação com a saúde e estilo de vida, classificadas por domínios – bem-estar (saúde, potenciais e limitações), prevenção (nutrição, vícios, acidentes), conforto material (utensílios doméstico e residencial, localização residencial, situação financeira), relacionamento íntimo e familiar, relações sociais (amizades, lazer, entretenimento), intelectual, habilidades (escolar e manual), controle do estresse, atividade física –; variáveis relacionadas ao estado emocional; variáveis relacionadas a morbidade referida e vacinação; e ainda uma pergunta aberta, “*O que é qualidade de vida para o Senhor(a)?*”.

O trabalho de campo foi realizado por uma equipe de sete entrevistadores, submetidos a treinamento prévio. A ausência do idoso no domicílio implicou o retorno do entrevistador – até três vezes – em momentos posteriores. Após a terceira tentativa sem sucesso, a ausência foi registrada como perda amostral.

Em seguida à descrição das variáveis, estas foram recodificadas em binárias, inclusive as categorias

de respostas obtidas da análise da questão aberta. Logo, foi ajustado modelo de regressão logística multivariada, tendo-se como variável dependente a ‘satisfação com a saúde’; e como independentes, as demais variáveis do questionário, agregadas nos seguintes blocos: sociodemográficas; satisfação com os diversos aspectos da vida; estilo de vida; morbidade; estado emocional; formas de socialização; atividade física; e estrato social. As variáveis foram testadas progressivamente (*stepwise*), segundo o valor da *odds ratio* (OR) encontrado na análise univariada, iniciando-se pelo de maior magnitude e, dentro de cada bloco, testando-se todas as que fossem estatisticamente significantes para  $p < 0,05$ .

Os cálculos foram feitos pelo Programa Estatístico SAS Logistic Procedure. O programa Epi Info versão 6.04b foi empregado na construção do banco de dados.

### Considerações éticas

Todo o processo da pesquisa obedeceu aos princípios éticos dispostos na Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde,<sup>10</sup> garantindo aos participantes, entre outros direitos, seu consentimento livre e esclarecido, sigilo das informações e privacidade. A coleta de dados teve início após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, da Universidade Estadual Paulista, em 11 de novembro de 2002.

### Resultado

Dos 365 idosos, 59,7% (n=218) eram do sexo feminino. A média de idade encontrada para o sexo masculino foi de  $69,6 \pm 6,8$  anos; e para o sexo feminino, de  $71,4 \pm 8,0$  anos. Observa-se um maior percentual de mulheres idosas, principalmente nas faixas etárias mais elevadas, predomínio de casados, a maioria destes do sexo masculino (76,9%), e níveis de escolaridade e renda considerados baixos. A maioria dos idosos do sexo masculino achava-se aposentada (83,0%), assim como, aproximadamente, a metade das mulheres idosas entrevistadas (Tabela 1).

Na Tabela 2, apresentam-se as variáveis que se mantiveram associadas à satisfação com a saúde, na análise de regressão logística por blocos. Das variáveis sócio-demográficas, apenas a ‘escolaridade’ (OR=2,63) contribuiu para a satisfação com a saúde.

**Tabela 1 - Distribuição da população de 60 anos e mais de idade, segundo as principais características demográficas e sexo, no Município de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil, 2003**

Características	Feminino		Masculino	
	n	%	n	%
<b>Distribuição etária</b>				
60-64	52	23,3	42	28,6
65-69	48	22,0	32	21,8
70-74	45	20,0	38	25,9
75-79	32	14,7	22	15,0
80 e mais	41	18,8	13	8,8
<b>TOTAL</b>	<b>218</b>	<b>100,0</b>	<b>147</b>	<b>100,0</b>
<b>Estado conjugal</b>				
Casado	95	43,6	113	76,9
Viúvo	93	42,7	21	14,3
Solteiro	19	8,7	8	5,4
Separado	11	4,4	5	3,4
<b>TOTAL</b>	<b>218</b>	<b>100,0</b>	<b>147</b>	<b>100,0</b>
<b>Escolaridade</b>				
Analfabeto ou semianalfabeto	53	24,3	26	17,7
Primário incompleto	47	21,6	32	21,8
Primário completo	65	29,8	44	29,9
Acima do Primário completo	33	15,1	31	21,1
Superior	20	9,2	14	9,5
<b>TOTAL</b>	<b>218</b>	<b>100,0</b>	<b>147</b>	<b>100,0</b>
<b>Aposentadoria</b>				
Sim	104	47,7	122	83,0
Não	114	52,3	25	17,0
<b>TOTAL</b>	<b>218</b>	<b>100,0</b>	<b>147</b>	<b>100,0</b>
<b>Renda</b>				
Sem renda/não sabe	53	24,3	8	5,4
Até 1 SM <sup>a</sup>	80	36,7	32	21,8
2 a 3 SM <sup>a</sup>	36	16,5	44	29,9
4 a 6 SM <sup>a</sup>	34	15,6	29	19,7
7 SM <sup>a</sup> e mais	15	6,9	34	23,1
<b>TOTAL</b>	<b>218</b>	<b>100,0</b>	<b>147</b>	<b>100,0</b>

a) SM: salário mínimo vigente no momento da pesquisa – R\$240,00

Quanto à satisfação com diversos aspectos da vida, estar satisfeito com as 'atividades de vida diária' (OR=3,72), com o 'relacionamento íntimo' (OR=1,84) e com 'a vida em geral' (OR=1,88) associaram-se à satisfação com a própria saúde. Das variáveis que refletiam estilo de vida, o 'número de refeições diárias' apresentou relação positiva (OR=1,79), e o 'hábito de fumar' (OR=1,99), associação negativa para o propósito deste estudo.

Também se relacionaram de forma negativa à satisfação com a saúde as referências a 'hipertensão' (OR=1,90), 'cardiopatia' (OR=2,60) e 'pneumopatia' (OR=2,63). Variáveis do conjunto referente ao estado

emocional que também se relacionaram, desta vez positivamente, ao grau de satisfação com a saúde foram 'acordar bem pela manhã' (OR=2,62), 'sentir-se bem a maior parte do tempo' (OR=2,95), 'não sentir solidão' (OR=1,74), ademais do 'equilíbrio do tempo para trabalho e lazer' (OR=1,86). Do bloco que reuniu as variáveis que representavam a socialização do idoso, a 'relação de lazer' (OR=4,58) também mostrou correlação positiva. Nenhuma variável de mensuração da atividade física mostrou-se influente – positiva ou negativamente – sobre o grau de satisfação com a saúde. Das variáveis reunidas como expressão do extrato social, a 'renda' (OR=2,24) as-

**Tabela 2 - Aspectos da vida associados à satisfação com a saúde – utilizando-se análise logística univariada por cada bloco – entre a população de 60 anos e mais de idade no Município de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil, 2003**

Dimensão sócio-demográfica	n	OR (IC <sub>95%</sub> ) <sup>a</sup>
<b>Escolaridade</b>		
Sim	286	2,63 (1,56-4,44)
Não	79	1,00
<b>Satisfação</b>		
<b>Satisfação com as atividades de vida diária</b>		
Satisfeito	235	3,72 (1,81-7,67)
Insatisfeito	130	1,00
<b>Relacionamento íntimo</b>		
Satisfeito	248	1,84 (1,04-3,27)
Insatisfeito	116	1,00
<b>Satisfação com a vida</b>		
Satisfeito	187	1,88 (1,06-3,33)
Insatisfeito	176	1,00
<b>Estilo de Vida</b>		
<b>Fumar</b>		
Não	314	1,99 (1,06-3,74)
Sim	51	1,00
<b>Número de refeições diárias</b>		
Três e mais	278	1,79 (1,08-2,96)
Até duas	86	1,00
<b>Morbidade</b>		
<b>Referir hipertensão</b>		
Não	192	1,90 (1,20-3,00)
Sim	173	1,00
<b>Referir cardiopatia</b>		
Não	281	2,60 (1,51-4,46)
Sim	84	1,00
<b>Referir pneumopatia</b>		
Não	281	2,63 (1,12-6,17)
Sim	28	1,00
<b>Estado emocional</b>		
<b>Acordar bem pelas manhãs</b>		
Sim	288	2,62 (1,48-4,65)
Não	76	1,00
<b>Sentir-se bem na maior parte do tempo</b>		
Sim	311	2,95 (1,48-5,88)
Não	53	1,00
<b>Sentir solidão mesmo quando acompanhado</b>		
Não	253	1,74 (1,05-2,87)
Sim	111	1,00
<b>Equilíbrio entre trabalho e lazer</b>		
Sim	273	1,86 (1,09-3,17)
Não	92	1,00
<b>Socialização</b>		
<b>Relações de lazer</b>		
Sim	218	4,58 (2,66-7,88)
Não	147	1,00
<b>Prática de atividade física</b>		
Nenhuma significativa	–	–
<b>Estrato Social</b>		
<b>Renda per capita</b>		
Três SM <sup>b</sup> e mais	127	2,24 (1,39-3,61)
Até dois SM <sup>b</sup>	186	1,00
Não quis responder/não sabe	52	
<b>Questões importantes para a qualidade de vida</b>		
<b>Relacionamentos pessoais</b>		
Sim	212	2,07 (1,34-31,9)
Não	153	1,00

a) Odds ratio e intervalo de confiança (IC) de 95%

b) SM: salário mínimo vigente no momento da pesquisa – R\$240,00

sociou-se positivamente; e das categorias relacionadas nas respostas à questão aberta “*O que é qualidade de vida para o Senhor(a)?*”, apenas a variável que resumiu as respostas referentes aos ‘relacionamentos pessoais’ (OR=2,07) contribuiu para um maior grau de satisfação com a própria saúde.

Na Tabela 3, apresenta-se o modelo final de regressão logística com a variável dependente ‘grau de satisfação com a saúde’. Outrossim, as variáveis ‘estar satisfeito com sua capacidade para as atividades de vida diária’ (OR=5,90), ‘estar satisfeito com o lazer’ (OR=2,40), ‘estar satisfeito com a vida em geral’ (OR=2,40), ‘não referir cardiopatia’ (OR=2,32) e ‘não referir hipertensão’ (OR=1,90) contribuíram para a promoção de um maior grau de auto-satisfação com a saúde.

## Discussão

Foi encontrado, como fator mais importante relacionado à satisfação com a saúde entre idosos de Botucatu, ‘estar satisfeito com as atividades de vida diária’. Isso pode indicar que a autonomia para o exercício das atividades de vida diária reflete o que mais se aproxima do que os entrevistados consideram saúde. Esses dados corroboram a afirmativa de que a capacidade funcional – ou autonomia – é um indicativo da satisfação com a saúde e com a própria vida. Por

exemplo, encontrou-se alto índice de satisfação com a saúde entre idosos com amputação de membro inferior e, não obstante, com independência funcional.<sup>11</sup>

Ryff<sup>12</sup> ratifica os achados deste estudo ao encontrar à saúde como elemento mais importante e principal causa de infelicidade entre idosos, ao qual associou a manutenção da própria autonomia e a aceitação de alterações, entre outras conclusões.

Ferraz & Peixoto<sup>13</sup> observaram que o idoso pode apresentar uma percepção positiva da saúde desde que seus problemas não signifiquem limitações para seu cotidiano, seja como indivíduo, seja enquanto ser social.

Mor e colaboradores<sup>14</sup> encontraram um risco para o desenvolvimento de incapacidade funcional entre idosos que possuíam avaliações mais pessimistas do que otimistas sobre a própria saúde, como aqueles que demonstravam apreensão ou ansiedade a respeito dela. Diogo<sup>11</sup> observou, entre idosos com amputações de membros inferiores, cerca de 85% deles satisfeitos com a saúde, a despeito de sua condição física. Vale ressaltar que o idoso abordado neste estudo foi tão-somente questionado sobre a presença de patologia e não sobre a gravidade ou o estágio da doença.

As referências de hipertensão e cardiopatias estiveram associadas negativamente à satisfação com a saúde. São doenças de grande prevalência na popu-

**Tabela 3 - Aspectos do estilo de vida associados ao grau de satisfação com a saúde – utilizando-se análise logística multivariada – entre a população de 60 anos e mais de idade no Município de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil, 2003**

Dimensão	n	OR (IC <sub>95%</sub> ) <sup>a</sup>
<b>Atividades de vida diária</b>		
Satisfeito	235	5,90 (3,35-10,41)
Insatisfeito	130	1,00
<b>Lazer</b>		
Satisfeito	218	2,40 (1,35-4,26)
Insatisfeito	147	1,00
<b>Satisfação com a vida</b>		
Satisfeito	187	2,40 (1,38-4,18)
Insatisfeito	176	1,00
<b>Referir cardiopatia</b>		
Não	281	2,32 (1,21-4,42)
Sim	84	1,00
<b>Referir hipertensão</b>		
Não	192	1,90 (1,09-3,31)
Sim	173	1,00

a) Odds ratio e intervalo de confiança (IC) de 95%

lação, exigentes de tratamento com medicamentos de uso contínuo, seguimento clínico e dependência dos serviços de saúde, possíveis fatores contributivos para uma percepção negativa da saúde, particularmente se não estiverem sob controle.

Os autores do presente estudo não encontraram relação entre a atividade física e o grau de satisfação com a saúde. Sabe-se, entretanto, que a prática geral de atividades físicas regulares pode ampliar a longevidade, reduzir as taxas de mortalidade, melhorar a capacidade fisiológica, reduzir o uso de medicamentos e manter o estado funcional.<sup>15</sup> Costa e colaboradores,<sup>16</sup> em estudo descritivo sobre a população idosa brasileira baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, esta realizada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (PNAD/IBGE), verificaram que os idosos, ao não praticarem atividades físicas, apresentavam mais problemas de saúde e, conseqüentemente, pior satisfação com a vida em geral.

Nahas<sup>8</sup> afirma que, nas comunidades onde as pessoas mais velhas são mais ativas fisicamente, pode-se esperar que se reduza o custo com cuidados de saúde e com assistência social, melhorando sua participação e produtividade em atividades comunitárias. Além disso, tais atividades contribuem para uma autopercepção geral mais positiva do indivíduo mais velho.

O lazer revelou-se uma variável fortemente associada à satisfação com a saúde entre os idosos de Botucatu-SP. Queiroz & Trinta<sup>17</sup> afirmam que o lazer é

demandado por pessoas da terceira idade como fuga da solidão e como passatempo sem finalidade, que 60% dos idosos procuram atividades de lazer não como algo que esteja integrado a sua vida de maneira natural; e ainda, que 90% deles consideram importante o convívio com pessoas da mesma faixa etária, por facilitar o desempenho dessas atividades.

O idoso de Botucatu-SP, em vários estratos sociais, parece ter consciência da importância da adoção de hábitos saudáveis e do lazer como forma de preservar e melhorar sua vida, saúde e bem-estar. Falta-lhes, porém, acesso a esses bens e serviços. Embora o idoso com maior escolaridade tenha percepção mais favorável de sua vida e saúde, várias questões foram apontadas pelo conjunto da população estudada como essenciais para sua qualidade de vida.

Para os autores do presente estudo, políticas sociais que facilitem a inclusão dos idosos em atividades de lazer e cultura, disponibilidade de espaços de convivência e socialização, formas de participação na comunidade, além do acesso aos serviços de saúde para seguimento e controle de doenças crônicas, poderiam contribuir seu maior bem-estar.

## Agradecimentos

À Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo – Fapesp –, financiadora do estudo que deu origem a este relato.

## Referências bibliográficas

1. Bowling A. Health related quality of life: a discussion of the concept, its use and measurement. In: Bowling A, editor. *Measuring disease. A review of disease-specific quality of life measurement scales*. Open University Press 1995:1-19.
2. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF 36). *Revista Brasileira de Reumatologia* 1999;39(3):143-150.
3. Helmer C, Barberger-Gateon P, Letenneur L, Dartigues JE. Subjective health and mortality in French elderly women and men. *Journal of Gerontology. Series B Psychological Sciences and Social Sciences* 1999;54: S84-S92.
4. Callahan D. *What kind of life: the limits of medical progress*. New York: Simon & Schuster; 1990.
5. Cordeiro R, Sakate M, Clemente APG, Diniz CS, Donalisio MR. Subnotificação de acidentes do trabalho não fatais em Botucatu, SP, 2002. *Revista de Saúde Pública* 2005;39(2):254-260.
6. Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Informe Epidemiológico do SUS* 1996;5:13-41.
7. Flanagan JC. Changes in school levels of achievement: Project Talent ten and fifteen year retests. *Educ Res* 1976;5(8):9-12.

8. Nahas MV, Barros MVG, Francalacci V. O pentágulo do bem estar – base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupo. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde* 2000;5(2):48-59.
9. Fleck MPA, Lousada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL 1000). *Revista de Saúde Pública* 1999;33(2):198-205.
10. Martins CO. A influência da música na atividade física [monografia]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 1996.
11. Diogo MJD. Satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2003;13(6):1-9.
12. Ryff CD. In the eye of the beholder: views of psychological well-being among middle-aged and older adults. *Psychologic and Aging* 1989;4(2):195-210.
13. Ferraz AF, Peixoto MRB. Qualidade de vida na velhice: estudo em uma instituição pública de recreação para idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 1997;31(2):316.
14. Mor V, Murphy J, Masterson-Allen S, Willey C, Razmpour A, Jackson Me, et al. Risk of functional decline among well elders. *Journal of Clinical Epidemiology* 1989;42:895-904.
15. Garcia MA, Rodrigues MG, Borega RS. O envelhecimento e a saúde. *Revista de Ciência e Medicina* 2002;11(3):221-231.
16. Costa MFL, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cadernos de Saúde Pública* 2003;19(3):735-743.
17. Queiroz JB, Trinca SE. A influência do lazer sobre pessoas da terceira idade. *Revista Brasileira de Enfermagem do Rio Grande do Sul* 1983;36:95-106.

Recebido em 21/02/2007  
Aprovado em 16/04/2008