

Associação entre qualidade de vida relacionada à saúde, suporte familiar, condições sociodemográficas e comportamentos de saúde em idosos: estudo SABE

Association between health-related quality of life, family support, socio-demographic conditions and health behaviors in older adults: SABE study

Marcelo Thomas Aquino¹ , Juliana Mara Andrade¹ , Yeda Aparecida de Oliveira Duarte² ,
Fabiola Bof de Andrade¹ 

¹Fundação Oswaldo Cruz, Instituto René Rachou, Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento – Belo Horizonte (MG), Brasil.

²Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica – São Paulo (SP), Brasil.

Como citar: Aquino MT, Andrade JM, Duarte YAO, Bof de Andrade F. Associação entre qualidade de vida relacionada à saúde, suporte familiar, condições sociodemográficas e comportamentos de saúde em idosos: estudo SABE. Cad Saúde Colet. 2024;32(3):e32030529. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202432030529>

Resumo

Introdução: A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) dos idosos é importante para a compreensão das condições de vida e saúde da população e o desenvolvimento de políticas voltadas para a saúde e o bem-estar dos mais velhos. **Objetivo:** Avaliar se o suporte familiar, fatores sociodemográficos, comportamentos e condições de saúde estão associados à QVRS de idosos não institucionalizados residentes no município de São Paulo. **Método:** Realizou-se estudo transversal com dados de idosos que participaram do “Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento” (SABE) no ano de 2015. A variável dependente foi a QVRS, avaliada por meio dos componentes físico (CF) e mental (CM) do Medical Outcomes Study 12-Item Short-Form Health Survey (SF-12). Adotou-se como variáveis independentes fatores demográficos, sociodemográficos; comportamentos; e condição de saúde e suporte familiar. As análises estatísticas foram realizadas por meio da regressão de Poisson. **Resultados:** Os fatores associados a menor prevalência de QVRS ruim relativa ao CF foram maior escolaridade (RP=0,77), ausência de risco para alcoolismo (RP=0,84), prática de atividade física (RP=0,77) e ter família funcional (RP=0,82). Quanto ao CM, a prevalência de QVRS ruim foi menor nos grupos que praticavam atividade física (RP=0,80) e que tinham família funcional (RP=0,63). **Conclusão:** A funcionalidade familiar é um fator importante para a compreensão da QVRS, além das condições sociodemográficas e de saúde.

Palavras-chave: idoso; qualidade de vida; envelhecimento; relações familiares; apoio social.

Abstract

Introduction: The study of health-related quality of life (HRQoL) of the elderly is of importance for understanding the living conditions and health of the population, as well as for the development of health-oriented policies and the well-being of the elderly. **Objective:** Assess whether family support, sociodemographic factors, health behaviors, and health conditions are associated with the health-related quality of life of non-institutionalized older adults residing in São Paulo. **Method:** This is a cross-sectional study carried out with data from elderly people from São Paulo in 2015, included in the Health, Well-Being and Aging Study. The dependent variable was the HRQoL, assessed through the physical (PC) and mental



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Correspondência: Fabiola Bof de Andrade. E-mail: fabiola.bof@fiocruz.br

Fonte de financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: Nov. 3, 2021. Aprovado em: Mar. 12, 2022.

(MC) components the Medical Outcomes Study 12-Item Short-Form Health Survey (SF-12). Demographic, sociodemographic, behavior, health status and family support factors were adopted as independent variables. Statistical analyses were performed using Poisson regression. Results: The factors associated with a lower prevalence of poor HRQoL relative to PC were higher education (PR=0.77), no risk of alcoholism (prevalence ratio — PR=0.84), physical activity (PR=0.77) and having a functional family (RP=0.82). As for the MC, the prevalence of poor HRQoL was lower in the groups that practiced physical activity (PR=0.80) and that had a functional family (PR=0.63). Conclusion: Family functionality is an important factor for understanding the HRQoL, in addition to sociodemographic and health conditions.

Keywords: aged; quality of life; aging; family relations; social support.

INTRODUÇÃO

Diante do rápido envelhecimento populacional e do aumento da expectativa de vida, a maior prevalência de doenças crônico-degenerativas sinaliza uma importante mudança do perfil de morbimortalidade em todo o mundo¹. Além disso, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, onde a transição demográfica se dá de forma mais acelerada², o envelhecimento populacional também ocorre em meio a economias frágeis, com níveis crescentes de pobreza e desigualdades socioeconômicas, repercutindo em efeitos não fisiológicos duradouros que afetam consideravelmente o estado de saúde dos indivíduos ao longo de toda a vida³. Nesse contexto, o estudo dos fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) é necessário para a melhor compreensão do processo de envelhecimento e para elaboração de alternativas políticas que visem a promoção de saúde e bem-estar dessa população.

A QVRS baseia-se em uma percepção multidimensional do indivíduo acerca de seu bem-estar, bem como no autorreconhecimento das vulnerabilidades de subgrupos e na autocompreensão do impacto das doenças na vida⁴.

A pior QVRS é considerada um importante preditor de mortalidade em idosos⁵ e tem sido associada a fatores demográficos e socioeconômicos, comportamentos de saúde e condições de saúde^{6,7}. Além disso, evidências recentes têm chamado atenção para o impacto positivo do suporte social e das relações familiares^{8,9} na QVRS. Sabe-se que a família é uma fonte de suporte social significativa para o idoso, pois é o local onde vínculos duradouros, atenção, apoio e cuidado são construídos¹⁰⁻¹². Dessa forma, contribui significativamente para a adaptação do idoso às novas realidades ao avançar da idade e frente a situações de estresse, assim como os auxilia no compartilhamento de decisões e responsabilidades^{11,12}, sugerindo, assim, uma contribuição para melhor QVRS desses indivíduos^{8,9}.

Porém, no Brasil, ainda são poucos os estudos que exploraram os fatores associados à QVRS, especialmente no que diz respeito ao suporte social e à funcionalidade familiar^{7,13,14}. Diante disso, o objetivo do presente estudo foi investigar se o suporte familiar, juntamente com fatores sociodemográficos, comportamentos e condições de saúde, estão associados à QVRS de idosos não institucionalizados residentes no município de São Paulo.

METODOLOGIA

Fonte de dados e população do estudo

Foi realizado um estudo transversal, com dados do “Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento” (SABE) do ano de 2015. O SABE foi iniciado em 2000 como uma pesquisa multicêntrica coordenada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS), que teve por objetivo traçar o perfil das condições de vida e saúde de idosos na América Latina e no Caribe a fim de orientar a carga de demandas futuras da população¹⁵.

Em 2006, o SABE passou a ser um estudo de coorte apenas em São Paulo. Desde então, o estudo foi realizado em intervalos de 5 anos, usando uma amostra representativa probabilística de pessoas com 60 anos ou mais. Em cada onda, novos participantes de 60 a 64 anos foram incluídos para manter a representatividade dessa faixa etária. As informações detalhadas do estudo podem ser encontradas em publicação anterior¹⁵.

No presente estudo, incluímos 1.111 indivíduos de 2015. Somente indivíduos com informações completas para todas as variáveis foram incluídos na presente análise.

Considerações éticas

Contemplando as diretrizes de ética em pesquisa, o Estudo SABE foi submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e sempre obteve aprovação (parecer n.º 3.600.782). Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Variáveis do estudo

Variáveis dependentes

A QVRS foi avaliada pelo *Medical Outcomes Study 12-Item Short-Form Health Survey* (SF-12). O SF-12 é composto por 12 itens distribuídos em 8 dimensões, e suas respostas foram sumarizadas em dois componentes, sendo um físico e o outro mental. O componente físico consiste na percepção dos indivíduos sobre as dimensões: capacidade funcional, aspectos físicos, dor e saúde geral. O componente mental considera as dimensões: vitalidade, aspectos sociais e aspectos emocionais e de saúde mental¹⁶. Os escores obtidos nos 2 componentes podem variar de 0 a 100, sendo que quanto maior o escore, melhor é a QVRS.

Para o presente estudo, as pontuações do componente físico e componente mental foram dicotomizadas pelo valor da mediana, conforme estudos prévios^{17,18}. Assim, escores acima da mediana foram considerados como QVRS boa e escores abaixo da mediana foram considerados como QVRS ruim^{17,18}.

Variáveis independentes

As variáveis independentes foram divididas em cinco grupos: demográfico (sexo [masculino, feminino] e idade [60-69 anos, 70-79 anos e 80 anos ou mais]), socioeconômico (escolaridade [0-3 anos, 4-7 anos e 8 anos ou mais] e renda), comportamentos de saúde (prática de atividade física, risco para alcoolismo e tabagismo), suporte familiar (funcionalidade familiar e arranjo familiar) e condição de saúde (multimorbidade). A autopercepção de adequação de renda foi avaliada perguntando: "Você acha que tem dinheiro suficiente para cobrir suas despesas diárias?" As opções de resposta eram "sim" e "não". A prática de atividade física foi avaliada por meio da versão reduzida do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ)¹⁹. Esse instrumento tem por objetivo verificar quais tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. As perguntas relacionam-se ao tempo gasto fazendo atividade física na última semana, incluindo as realizadas no trabalho, deslocando de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte de suas atividades em casa ou no jardim. Foram considerados ativos os idosos que realizaram pelo menos 150 minutos semanais de atividade física com intensidade moderada, ou 75 minutos semanais de atividade vigorosa.

A variável "risco para alcoolismo" foi analisada por meio da questão: "Nos últimos três meses, em média, quantos dias por semana você bebeu álcool?" (por exemplo: cerveja, vinho, conhaque ou outras bebidas que contenham álcool) e por meio da versão geriátrica do *Michigan Alcoholism Screening Test* (MAST). O MAST é uma ferramenta de rastreamento do consumo excessivo/prejudicial de álcool desenvolvida por Selzer em 1971²⁰ e adaptada para a população geriátrica²¹. Os idosos que relataram beber álcool "menos de uma vez por semana" até "todos os dias da semana" foram subdivididos de acordo com o ponto de corte do MAST (<2 pontos=não alcoólico; >2 e <10 pontos=alcoólatra). A variável final foi categorizada em "não bebe"=0; "sem risco para alcoolismo"=1; "Em risco de alcoolismo"=2.

O atual *status* de tabagismo foi avaliado pela seguinte questão: "Você tem ou teve o hábito de fumar?" As opções de resposta eram: "atualmente fumo"; "fumei, mas não fumo mais"; "nunca fumei".

A funcionalidade da família foi avaliada usando o instrumento “*Family APGAR*”, que consiste em cinco questões que permitem a medição da satisfação dos membros da família com cinco componentes considerados básicos na unidade e funcionalidade de qualquer família: adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade de resolução. Sua pontuação varia de 0 a 20, e quanto maior a pontuação, melhor é a funcionalidade da família. O instrumento foi desenvolvido nos Estados Unidos²², sendo posteriormente traduzido e adaptado para ser aplicado a adultos mais velhos no Brasil²³. Neste estudo, pontuações de 0 a 12 foram categorizadas como famílias disfuncionais e pontuações de 13 a 20, como famílias funcionais¹⁹.

O arranjo familiar foi avaliado pela junção das variáveis “estado civil” e “morando sozinho ou com outras pessoas” e classificado em sem companheiro e não mora só; sem companheiro e mora só.

A multimorbidade foi definida como a presença de duas ou mais doenças crônicas (*versus* uma ou nenhuma). As doenças foram avaliadas por meio da questão “Alguma vez um médico ou enfermeira disse que o(a) Sr(a). tinha [doença]?”, abrangendo as doenças hipertensão, diabetes, doença crônica pulmonar, doença cardíaca, doença cerebrovascular, doença articular e osteoporose.

Análise estatística

Estatística descritiva (percentuais e IC95%) foi utilizada para descrever as características da amostra do estudo. As análises das associações entre as variáveis independentes e os desfechos foram baseadas em razões de prevalência e intervalos de confiança de 95% estimados por meio da regressão de Poisson univariada e multivariada. As variáveis independentes que apresentaram um $p < 0,20$ na análise não ajustada foram incluídas no modelo ajustado. As análises foram realizadas por meio do programa *Stata* 14.0 (*Stata Corp., College Station, Estados Unidos*), utilizando-se o comando *svy*, que permite considerar a estrutura complexa da amostra, inclusive com a atribuição de pesos amostrais.

RESULTADOS

Entre os 1.224 participantes do SABE no ano de 2015, 1.111 possuíam informações completas para todas as variáveis e foram incluídos na presente análise. Entre esses indivíduos, a prevalência de componente físico bom foi de 52%. A prevalência de componente mental bom foi de 51,4%. Verificou-se que a maioria dos participantes eram mulheres (56,4%) e possuíam idade entre 60 e 69 anos (56,1%). Quanto à escolaridade, 29,3% relataram possuir entre 0 e 3 anos de estudo; 38,2%, entre 4 e 7 anos de estudo; e 32,6%, 8 anos de estudo ou mais. Em relação aos comportamentos de saúde, 62,2% não eram fisicamente ativos, 67,4% não bebiam e 48% declararam nunca ter fumado. De acordo com as variáveis de suporte familiar, 13,6% possuíam família disfuncional e 55,7% declararam viver com companheiro. Por fim, em relação à condição de saúde, 41,5% declararam não ter multimorbidade (Tabela 1).

Os resultados da análise não ajustada (Tabela 2) mostram uma maior prevalência de QVRS ruim referente ao componente mental entre as mulheres quando comparadas aos homens, entre os grupos com idade igual ou maior a 80 anos quando comparados aos mais jovens e entre os indivíduos com multimorbidade. De maneira inversa, os indivíduos que praticam atividade física e tem uma família funcional apresentam menor prevalência de QVRS ruim no seu componente mental quando comparados àqueles que não praticam atividade física e têm uma família disfuncional, respectivamente.

A Tabela 2 também mostra que a prevalência de QVRS ruim referente ao componente físico é maior entre as mulheres quando comparadas aos homens, entre os indivíduos com 70 anos ou mais quando comparados aos mais jovens e também entre os que declararam ter renda insuficiente, entre aqueles que não têm companheiros e não vivem só quando comparados aos que têm companheiros, e entre o grupo com multimorbidade. De maneira inversa, indivíduos com 4 anos ou mais de estudo, que praticam atividade física e que têm família funcional, apresentam menor prevalência de QVRS ruim no seu componente físico quando comparados aos indivíduos que têm de 0 a 3 anos de estudo, que não praticam atividade física e que têm família disfuncional, respectivamente.

Tabela 1. Características dos participantes do “Estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento” (SABE), 2015

Variável	%	IC95%
Componente físico		
Bom	52,0	48,5–55,4
Ruim	48,0	44,6–51,5
Componente mental		
Bom	51,4	47,4–55,3
Ruim	48,6	44,7–52,6
Sexo		
Masculino	43,6	40,9–46,4
Feminino	56,4	53,6–59,1
Idade (anos)		
60-69	56,1	47,9–64,0
70-79	30,8	24,5–37,9
80 ou mais	13,1	9,8–17,4
Escolaridade (anos)		
0-3	29,3	25,8–33,0
4-7	38,2	34,9–41,6
8 ou mais	32,6	28,7–36,7
Renda		
Suficiente	52,9	49,1–56,7
Insuficiente	47,1	43,3–50,9
Prática de atividade física		
Não	62,2	57,5–66,7
Sim	37,8	33,3–42,5
Risco para alcoolismo		
Não bebe	67,4	63,9–70,6
Sem risco	30,5	27,4–33,8
Com risco	2,2	1,4–3,4
Tabagismo		
Nunca fumou	48,0	44,3–51,8
Ex-fumante	39,2	36,0–42,5
Fuma atualmente	12,8	10,7–15,1
Funcionalidade familiar		
Disfuncional	13,6	11,5–16,1
Funcional	86,4	83,9–88,5
Arranjo familiar		
Com companheiro	55,7	52,2–59,1
Sem companheiro e não mora só	28,2	25,4–31,2
Sem companheiro e mora só	16,1	13,9–18,7
Multimorbidade		
Não	41,5	38,3–44,7
Sim	58,5	55,3–61,7

Tabela 2. Resultados da análise não ajustada dos fatores associados ao componente físico e mental da QVRS ruim de participantes do “Estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento” (SABE), 2015

Variável	Componente Físico		Componente Mental	
	Razão de Prevalência		Razão de Prevalência	
	RP	IC95%	RP	IC95%
Sexo				
Masculino	1		1	
Feminino	1,50***	1,29–1,73	1,21**	1,06–1,37
Idade (anos)				
60-69	1		1	
70-79	1,18*	1,00–1,40	1,12	0,93–1,36
80 ou mais	1,48***	1,24–1,77	1,23*	1,03–1,46
Escolaridade (anos)				
0-3	1		1	
4-7	0,85*	0,73–0,99	1,04	0,88–1,23
8 ou mais	0,63***	0,54–0,73	1,06	0,90–1,25
Renda				
Suficiente	1		1	
Insuficiente	1,40***	1,22–1,60	1,09	0,96–1,24
Prática de atividade física				
Não	1		1	
Sim	0,79***	0,69–0,91	0,84**	0,74–0,96
Risco para alcoolismo				
Não bebe	1		1	
Sem risco	0,72***	0,62–0,84	0,98	0,81–1,06
Com risco	0,60	0,31–1,19	0,73	0,41–1,28
Tabagismo				
Nunca fumou	1		1	
Ex-fumante	1,05	0,92–1,21	0,99	0,87–1,13
Fuma atualmente	0,81	0,64–1,02	0,98	0,79–1,23
Funcionalidade familiar				
Disfuncional	1		1	
Funcional	0,77***	0,66–0,89	0,62***	0,55–0,71
Arranjo familiar				
Com companheiro	1		1	
Sem companheiro e não mora só	1,33***	1,15–1,55	1,14	0,99–1,32
Sem companheiro e mora só	1,14	0,93–1,40	1,05	0,88–1,25
Multimorbidade				
Não	1		1	
Sim	1,92***	1,62–2,27	1,30***	1,13–1,49

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001.

Na Tabela 3, apresentam-se os resultados da análise ajustada dos fatores associados ao componente físico ruim da QVRS. Observou-se que a prevalência de QVRS ruim no seu componente físico é maior para o sexo feminino em comparação ao sexo masculino (RP=1,34), entre os indivíduos com 80 anos ou mais em comparação à faixa etária 60-69 anos de idade (RP=1,21), entre os que declararam renda insuficiente em comparação à renda suficiente (RP=1,24), e entre os que relataram a presença de multimorbidade em comparação à ausência de multimorbidade (RP=1,63).

Apresentaram menor prevalência de QVRS ruim no componente físico os indivíduos que relataram ter 8 ou mais anos de escolaridade em comparação ao nível de 0 a 3 anos de escolaridade (RP=0,77), aqueles que praticam atividade física em comparação aos que não praticam (RP=0,77), os que relataram ausência de risco para o alcoolismo em comparação à presença de risco para alcoolismo (RP=0,84), e os que tinham família funcional em comparação aos que tinham família disfuncional (RP=0,82) (Tabela 3).

Tabela 3. Resultados da análise ajustada para os fatores associados ao componente físico e mental da QVRS ruim. “Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE)”, 2015

Variável	Componente Físico		Componente Mental	
	Razão de Prevalência		Razão de Prevalência	
	RP	IC95%	RP	IC95%
Sexo				
Masculino	1		1	
Feminino	1,34***	1,16–1,55	1,20**	1,05–1,36
Idade (anos)				
60-69	1			
70-79	1,00	0,86–1,17	-	-
80 ou mais	1,21*	1,02–1,43	-	-
Escolaridade (anos)				
0-3	1			
4-7	0,92	0,80–1,07	-	-
8 ou mais	0,77***	0,66–0,90	-	-
Renda				
Suficiente	1			
Insuficiente	1,24***	1,09–1,41	-	-
Prática de atividade física				
Não	1		1	
Sim	0,77***	0,68–0,87	0,80**	0,70–0,92
Risco para alcoolismo				
Não bebe	1			
Sem risco	0,84*	0,74–0,97	-	-
Com risco	0,74	0,41–1,36	-	-
Funcionalidade familiar				
Disfuncional	1		1	
Funcional	0,82**	0,72–0,93	0,63***	0,55–0,71
Multimorbidade				
Não	1		1	
Sim	1,63***	1,37–1,94	1,23**	1,08–1,40

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001.

A Tabela 3 também mostra os resultados da análise ajustada dos fatores associados ao componente mental ruim da QVRS. Observou-se maior prevalência de QVRS ruim no componente mental no sexo feminino em comparação ao sexo masculino ($RP=1,20$) e entre os indivíduos que relataram a presença de multimorbidade em comparação à ausência de multimorbidade ($RP=1,23$). Além disso, observou-se menor prevalência de QVRS ruim no componente mental entre os grupos que praticavam atividade física quando comparados aos que não praticavam atividade física ($RP=0,81$) e entre os indivíduos que relataram ter família funcional em comparação aos que relataram ter família disfuncional ($RP=0,63$).

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo sugerem que a funcionalidade familiar está associada a menor prevalência de QVRS ruim, tanto no seu componente físico quanto no mental. Além disso, fatores sociodemográficos, condição de saúde e fatores relativos ao estilo de vida também foram associados à QVRS ruim.

Este estudo chama a atenção para a importância das relações sociais para a QVRS dos idosos, corroborando achados prévios, especialmente em relação ao componente mental^{18,9,24,25}. Estudo recente, realizado a partir de coorte de idosos brasileiros, verificou que a funcionalidade familiar atua como fator protetor; idosos inseridos em famílias funcionais apresentaram melhores avaliações no componente mental da QVRS⁹. Por meio da participação ativa e construção de redes sociais, as relações sociais podem prover a melhoria da saúde mental²⁶. Assim, o suporte social proveniente da família, que é uma das principais fontes de suporte social do idoso, pode atuar como um possível fator de proteção contra as tensões geradas pelo cotidiano^{12,26}, contribuindo para uma melhor percepção da QVRS.

A menor prevalência de QVRS ruim no componente físico e mental entre indivíduos que fazem atividade física, observada em outros estudos^{27,28}, também reforça o papel das relações sociais para a melhoria da qualidade de vida. Entre as possíveis explicações para essa associação, pode-se destacar o impacto positivo da atividade física sobre a saúde mental^{29,30} e o seu efeito positivo sobre as redes sociais, o apoio social e a redução do isolamento social e do sentimento de solidão³¹⁻³⁴. A prática de atividade física também tem efeitos significativos para a prevenção de doenças crônicas e limitações funcionais³⁵, condições estas que estão relacionadas a melhor QVRS^{25,36}.

Quanto aos fatores sociodemográficos, as evidências acerca da relação entre a idade e a QVRS ainda são inconsistentes³⁶, porém as diferenças socioeconômicas têm sido consistentemente observadas^{6,7}. Conforme achados prévios^{6,7,37}, a prevalência de QVRS ruim no componente físico foi maior entre os indivíduos com maior idade. Porém, outros estudos não observaram associação entre idade e componente mental da QVRS ruim^{37,38}. Essa ausência de associação pode ser atribuída a melhor aceitação das limitações físicas³⁶, avaliação mais realista das próprias forças, limitações com melhores habilidades ou expectativas de enfrentamento³⁷ e maior estabilidade emocional por parte dos idosos³⁶.

No que se refere aos fatores socioeconômicos, conforme estudo prévio realizado no Brasil³⁹, somente o componente físico da QVRS esteve associado à renda e escolaridade dos entrevistados. Essa associação pode estar relacionada ao fato de que as pessoas com piores condições socioeconômicas, geralmente, apresentam menor acesso aos serviços de saúde⁴⁰ e maior prevalência de limitações funcionais^{41,42}.

Como vantagens deste estudo, destaca-se o fato de terem sido utilizados dados de uma grande pesquisa de coorte domiciliar que representam os idosos da maior cidade do Brasil. Além disso, a QVRS foi medida usando um método amplamente utilizado na literatura, permitindo futuras comparações entre os estudos. Entre as limitações estão o uso de dados autorreferidos e o caráter transversal deste estudo, que não permite identificar uma relação causal entre a QVRS e as variáveis investigadas.

Este trabalho fornece informações relevantes sobre fatores associados à QVRS de idosos e ressalta o importante papel do suporte social e das desigualdades socioeconômicas para a manutenção da QVRS nesta população. Diante do rápido envelhecimento da população

brasileira e aumento das iniquidades sociais, o suporte social fornecido pela família tem sido cada vez mais demandado frente ao cuidado para com a pessoa idosa. Nesse contexto, o papel e as necessidades da família devem ser avaliados pelos profissionais de saúde e suportados pelas políticas públicas voltadas para o cuidado e suporte social. Por fim, sugere-se que novos estudos investiguem quais tipos e intensidades de cuidados estão sendo ofertados aos idosos para garantir que envelheçam com QVRS.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

MTA: Investigação, Metodologia, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição; JMA: Análise Formal, Investigação, Metodologia, Supervisão, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição; YAOD: Investigação, Metodologia, Escrita – Revisão e Edição; FBA: Investigação, Metodologia, Supervisão, Escrita – Revisão e Edição.

REFERÊNCIAS

1. United Nations. World Population Ageing 2019: Highlights. United Nations; 2019.
2. Nações Unidas. Observatorio Demográfico 2019. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); 2020.
3. World Health Organization. Decade of healthy ageing: baseline report. Geneva: World Health Organization; 2020.
4. Seidl EMF, Zannon CMLC. Quality of life and health: Conceptual and methodological issues. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):580-8. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200027>
5. Brown DS, Thompson WW, Zack MM, Arnold SE, Barile JP. Associations between health-related quality of life and mortality in older adults. *Prev Sci Off J Soc Prev Res*. 2015;16(1):21-30. <https://doi.org/10.1007/s11121-013-0437-z>
6. Arrospide A, Machón M, Ramos-Goñi JM, Ibarrondo O, Mar J. Inequalities in health-related quality of life according to age, gender, educational level, social class, body mass index and chronic diseases using the Spanish value set for Euroqol 5D-5L questionnaire. *Health Qual Life Outcomes*. 2019;17(1):69. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1134-9>
7. Camelo L do V, Giatti L, Barreto SM. Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos residentes em região de alta vulnerabilidade para saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(2):280-93. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600020006>
8. Sarla E, Lambrinou E, Galanis P, Kalokairinou A, Sourtzi P. Factors that influence the relationship between social support and health-related quality of life of older people living in the community. *Gerontol Geriatr Med*. 2020;6:2333721420911474. <https://doi.org/10.1177/2333721420911474>
9. Andrade JM, Drumond Andrade FC, de Oliveira Duarte YA, Bof de Andrade F. Association between frailty and family functionality on health-related quality of life in older adults. *Qual Life Res*. 2020;29(6):1665-74. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02433-5>
10. Silva DM da, Vilela ABA, Nery AA, Duarte ACS, Alves M dos R, Meira SS. Dinâmica das relações familiares intergeracionais na ótica de idosos residentes no Município de Jequié (Bahia), Brasil. *Cienc Saúde Coletiva*. 2015;20(7):2183-91. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015207.17972014>
11. Duarte Y, Domingues M. Família, rede de suporte social e idosos: instrumentos de avaliação. São Paulo: Blucher; 2020.
12. Wrzus C, Hanel M, Wagner J, Neyer FJ. Social network changes and life events across the life span: a meta-analysis. *Psychol Bull*. 2013;139(1):53-80. <https://doi.org/10.1037/a0028601>
13. Souza Júnior EV, Viana ER, Cruz DP, Silva CDS, Rosa RS, Siqueira LR, et al. Relationship between family functionality and the quality of life of the elderly. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(2):e20210106. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0106>
14. Neri AL, Borim FSA, Fontes AP, Rabello DF, Cachioni M, Batistoni SST, et al. Factors associated with perceived quality of life in older adults: ELSI-Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2018;52(Supl. 2):16s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000613>
15. Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Silva NN. 10 Anos do Estudo SABE: antecedentes, metodologia e organização do estudo. *Rev Bras Epidemiol*. 2018;21(Supl. 2):e180002. <https://doi.org/10.1590/1980-549720180002.supl.2>

16. Ware J, Kosinski M, Keller S. A 12-item short-form health survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*. 1996;34(3):220-33. <https://doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003>
17. De 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. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-348>
18. Baladón L, Rubio-Valera M, Serrano-Blanco A, Palao DJ, Fernández A. Gender differences in the impact of mental disorders and chronic physical conditions on health-related quality of life among non-demented primary care elderly patients. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil*. 2016;25(6):1461-74. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1182-5>
19. Ribeiro KT. Fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde de idosos residentes no município de São Paulo - Estudo SABE: Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011.
20. Selzer ML. The Michigan alcoholism screening test: the quest for a new diagnostic instrument. *Am J Psychiatry*. 1971;127(12):1653-8. <https://doi.org/10.1176/ajp.127.12.1653>
21. Blow FC, et al. The Michigan Alcoholism Screening test-geriatric version (MAST-G): A new elderly-specific screening instrument. *Alcohol Clin Exp Res*. 1992;16:372.
22. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract*. 1978;6(6):1231-9.
23. Duarte YA de O. Família: rede de suporte ou fator estressor: a ótica de idosos e cuidadores familiares [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2001.
24. Rhee TG, Marottoli RA, Monin JK. Diversity of social networks versus quality of social support: Which is more protective for health-related quality of life among older adults? *Prev Med*. 2021;145:106440. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106440>
25. Chen C, Liu GG, Shi QL, Sun Y, Zhang H, Wang MJ, et al. Health-related quality of life and associated factors among oldest-old in China. *Nutr Health Aging*. 2020;24(3):330-8. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1327-2>
26. Gianfredi V, Beran M, Koster A, Eussen SJ, Odone A, Signorelli C, et al. Association between social network characteristics and prevalent and incident depression: The Maastricht Study. *J Affect Disord*. 2021;293:338-46. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.046>
27. Gouveia ÉRQ, Gouveia BR, Ihle A, Kliegel M, Maia JA, I Badia SB, et al. Correlates of health-related quality of life in young-old and old-old community-dwelling older adults. *Qual Life Res*. 2017;26(6):1561-9. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1502-z>
28. Zhang X, Tan SS, Franse CB, Alhambra-Borrás T, Verma A, Williams G, et al. Longitudinal association between physical activity and health-related quality of life among community-dwelling older adults: a longitudinal study of Urban Health Centres Europe (UHCE). *BMC Geriatr*. 2021;21(1):521. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02452-y>
29. Matias TS, Lopes MVV, Costa BGG, Silva KS, Schuch FB. Relationship between types of physical activity and depression among 88,522 adults. *J Affect Disord*. 2022;297:415-20. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.051>
30. Schuch FB, Vancampfort D, Firth J, Rosenbaum S, Ward PB, Silva ES, et al. Physical activity and incident depression: a meta-analysis of prospective cohort studies. *J Psychiatry*. 2018;175(7):631-48. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17111194>
31. Brady S, D'Ambrosio LA, Felts A, Rula EY, Kell KP, Coughlin JF. Reducing isolation and loneliness through membership in a fitness program for older adults: implications for health. *J Appl Gerontol*. 2020;39(3):301-10. <https://doi.org/10.1177/0733464818807820>
32. Robins L, Jansons P, Haines TJR. The impact of physical activity interventions on social isolation among community-dwelling older adults: a systematic review. *Aging Ment Health*. 2016;2(1):6271.
33. Gyasi RM, Phillips DR, Asante F, Boateng S. Physical activity and predictors of loneliness in community-dwelling older adults: The role of social connectedness. *Geriatr Nurs*. 2021;42(2):592-8. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.11.004>
34. Jaramillo AM, Montes F, Sarmiento OL, Ríos AP, Rosas LG, Hunter R, et al. Social cohesion emerging from a community-based physical activity program: A temporal network analysis. *Netw Sci*. 2021;9(1):35-48. <https://doi.org/10.1017/nws.2020.31>

35. Cunningham C, O'Sullivan R, Caserotti P, Tully MA. Consequences of physical inactivity in older adults: A systematic review of reviews and meta-analyses. *Scand J Med Sci Sports*. 2020;30(5):816-27. <https://doi.org/10.1111/sms.13616>
36. Etzeberria I, Urdaneta E, Galdona N. Factors associated with health-related quality of life (HRQoL): differential patterns depending on age. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil*. 2019;28(8):2221-31. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02182-0>
37. Andrade JM, Andrade FCD, Oliveira EJP, Duarte YA de O, de Andrade FB. Life expectancy with poor health-related quality of life among Brazilian older adults. *Arch Gerontol Geriatr*. 2021;94:104346. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2021.104346>
38. Rendas-Baum R, White MK, Kosinski M, Vietri J, Bjorner JB. A cross-national comparison of the effect of age and gender on health-related quality of life (Hrql). *Value Health*. 2016;19(7):A471.
39. Paiva MM de, Lima MG, Barros MB de A. Desigualdades sociais do impacto das quedas de idosos na qualidade de vida relacionada à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020;25(5):1887-96. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34102019>
40. Almeida APSC, Nunes BP, Duro SMS, Facchini LA. Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:50. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006661>
41. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Silva AG, Szwarcwald CL, Barros MBA. Desigualdades socioeconômicas relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis e suas limitações: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. *Rev Bras Epidemiol*. 2021;24(Supl. 2):E210011.SUPL.2. <https://doi.org/10.1590/1980-549720210011.supl.2>
42. Nunes JD, Saes MO, Nunes BP, Siqueira FCV, Soares DC, Gastal Fassa ME, et al. Indicadores de incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(2):295-304. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000200007>