

Fatores associados à qualidade de vida de idosos comunitários da macrorregião do Triângulo do Sul, Minas Gerais, Brasil

Factors associated with quality of life among the elderly in the community of the southern triangle macro-region, Minas Gerais, Brazil

Michelle Helena Pereira de Paiva¹
Maycon Sousa Pegorari²
Janaína Santos Nascimento³
Álvaro da Silva Santos¹

Abstract *This study sought to establish the socioeconomic and health factors associated with quality of life among the elderly in the community. An analytical study with a cross-sectional and quantitative approach was conducted in 2012 and 2013 with 3430 senior citizens in 24 municipalities in the Southern Triangle Macro-region of the State of Minas Gerais in Brazil. A structured questionnaire was used for socioeconomic and health variables, as well as the Katz scale, 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, bivariate statistical analysis was performed and a multiple linear regression model ($p < 0.05$) was created. Lower quality of life (QoL) scores were found in the environment and autonomy domains associated with advanced age, lack of schooling and income, a negative perception of health and functional disability. The salient key factor was negative health perception. The conclusion drawn was that socioeconomic and health factors were associated with the quality of life of the elderly, highlighting the lowest scores in the environmental domain and from the aspect of autonomy, a key influencing factor being negative health perception.*

Key words *Quality of life, Elderly, Health of the Elderly, Health status, Socioeconomic factors*

Resumo *Objetivou-se verificar os fatores socioeconômicos e de saúde associados à qualidade de vida de idosos comunitários. Estudo analítico de corte transversal e quantitativo conduzido entre os anos de 2012 e 2013 com amostra de 3430 idosos residentes em 24 municípios da Macrorregião do Triângulo Sul, MG. Foi utilizado questionário estruturado para variáveis socioeconômicas e de saúde, Escala de Katz e os instrumentos World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF), World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults (WHOQOL-OLD). Procederam-se às análises estatísticas descritiva, bivariada e modelo de regressão linear múltipla ($p < 0,05$). Constatou-se menores escores de qualidade de vida no domínio meio ambiente associados à ausência de escolaridade e renda, percepção de saúde negativa e incapacidade funcional; e na faceta autonomia à maior idade, ausência de escolaridade, percepção de saúde negativa e incapacidade funcional. O preditor que exerceu maior influência foi a percepção de saúde negativa. Conclui-se que os fatores socioeconômicos e de saúde foram associados à qualidade de vida de idosos, com destaque para os menores escores no domínio meio ambiente e na faceta autonomia e maior influência do preditor percepção de saúde negativa.*

Palavras-chave *Qualidade de vida, Idoso, Saúde do idoso, Nível de saúde, Fatores socioeconômicos.*

¹ Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro. R. Frei Paulino, 30, NS Abadia. 38025-180 Uberaba MG Brasil.

mhppaiva@gmail.com
² Curso de Fisioterapia, Universidade Federal do Amapá. Macapá AP Brasil.

³ Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

Apesar do aumento de pessoas idosas ser uma conquista da humanidade, isso não garante às mesmas a dignidade para se viver bem¹, ou seja, a qualidade de vida (QV) não acompanha a evolução ocorrida no perfil demográfico e epidemiológico.

Diante disso, o maior desafio tem sido cuidar de uma grande população idosa cuja maioria apresenta nível socioeconômico e educacional baixo e uma alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes², o que tem exigido um maior investimento em pesquisas sobre QV na velhice.

A QV pode ser entendida como sendo³:

“A percepção individual de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores em que a pessoa vive, em relação aos seus alvos, expectativas, padrões e interesses. É um conceito de ampla abrangência, afetado de modos complexos pela saúde física da pessoa, seu estado psicológico, nível de dependência, relacionamentos sociais, e relacionamentos com os mais importantes aspectos dentro do seu ambiente”.

Estudos que visam avaliar a saúde, QV e fatores associados ainda são insuficientes⁴ para se estabelecer um corpo sólido de conhecimento. Portanto, conseguir uma melhor compreensão dos fatores envolvidos na QV é uma preocupação crescente na literatura brasileira e internacional⁵.

Os estudos revelam divergências quanto aos fatores associados à QV de idosos. Além disso, diferenças regionais e culturais podem influenciar na associação entre QV e seus potenciais fatores⁶. Um estudo mostrou que a faixa etária com melhor QV foi a de 60 a 69 anos, e esta reduz a cada década de vida, de modo que menos da metade dos idosos com 80 ou mais anos apresentam índice de QV considerado adequado⁷. Diferente de outra pesquisa⁸ que mostrou que a QV não diminui com a idade quando comparado a um grupo jovem e muito idoso.

Outros resultados apontam que idosos do sexo masculino apresentaram melhores índices de QV em todas as facetas, exceto na intimidade. Além disso, os maiores escores de QV estiveram associados aos idosos casados, de cor branca, que seguem uma religião, residem com a família, não aposentados, que exercem uma atividade remunerada e renda entre um a três salários mínimos⁷.

Acredita-se que investigações pautadas na QV de idosos são relevantes para o futuro da saúde, principalmente no caso do Brasil, cuja população está envelhecendo rapidamente e que sofre grandes desigualdades⁴.

Além disso, pesquisas como estas podem favorecer o aprofundamento e a compreensão dos aspectos relacionados ao envelhecimento, além do planejamento, organização dos serviços de saúde e implementação de ações a partir do contexto populacional observado. Dessa forma, o presente estudo teve por objetivo verificar os fatores socioeconômicos e de saúde associados à QV de idosos comunitários.

Métodos

Trata-se de um estudo analítico de corte transversal e quantitativo, baseado na população de 79.924 pessoas com 60 anos ou mais⁹, é parte integrante do projeto de pesquisa “Perfil de Saúde da População Idosa dos Municípios da Superintendência Regional de Saúde – Uberaba/Minas Gerais”. A região estudada está localizada no Triângulo Mineiro, no Estado de Minas Gerais, sudeste do Brasil. Para o presente estudo, foram analisados os idosos residentes em 24 municípios, a saber: Água Comprida, Araxá, Campo Florido, Campos Altos, Carneirinho, Comendador Gomes, Conceição das Alagoas, Conquista, Fronteira, Frutal, Ibiá, Itapagipe, Iturama, Limeira do Oeste, Pedrinópolis, Perdizes, Pirajuba, Planura, Pratinha, Sacramento, Tapira, Uberaba, União de Minas e Veríssimo. No total, os municípios analisados representam uma área territorial de 33.594,041Km² e com índice de desenvolvimento humano médio de 0,717¹⁰.

Para o cálculo amostral, considerou-se como referencial a população de idosos de cada município⁹ e os parâmetros: erro amostral de 0,05; intervalo de confiança de 95% e proporção populacional de cada município (população idosa do município dividida pela população total do município). Desta forma, o cálculo da amostra mínima resultou em 3.198 idosos, sendo o processo de amostragem aleatório simples.

Os critérios para inclusão dos idosos foram: concordar em participar do estudo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido; atingir a pontuação mínima de acordo com o grau de escolaridade no Mini Exame do Estado Mental¹¹ e ter capacidade de andar, mesmo com auxílio de bengala ou andador. Os critérios de exclusão foram: ser dependente de cadeira de rodas, possuir déficit grave de audição ou de visão, dificultando consideravelmente a comunicação e estar acamado provisória ou definitivamente. Participaram deste estudo 3.430 idosos.

Os dados foram coletados no período de maio de 2012 a abril de 2013 em locais públicos

ofertados pelas prefeituras dos municípios supracitados, por alunos de graduação e pós-graduação. Foram utilizados: questionário estruturado para variáveis socioeconômicas e de saúde, Mini Exame do Estado Mental, Escala de Katz e os instrumentos *World Health Organization Quality of Life-Bref* (WHOQOL-BREF), *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults* (WHOQOL-OLD).

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM), elaborado por Folstein e McHugh em 1975 e traduzido por Bertolucci et al.¹¹, é composto por questões que avaliam as seguintes funções cognitivas: concentração, linguagem, práxis, orientação, memória e atenção¹². Essas questões são agrupadas em sete categorias, sendo: orientação para tempo (5 pontos), orientação para local (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MEEM pode variar de um mínimo de 0 até um total máximo de 30 pontos¹³. O ponto de corte para declínio cognitivo considera o nível de escolaridade, sendo 13 pontos para analfabetos, 18 pontos ou menos para aqueles com 1 a 11 anos de escolaridade e 26 pontos para escolaridade superior a 11 anos¹¹.

O questionário estruturado foi elaborado pelos pesquisadores do presente estudo, este abordou as características socioeconômicas e demográficas dos idosos pesquisados tais como: idade, sexo, situação conjugal, escolaridade e renda familiar e perguntas referentes ao estado de saúde do idoso como: autoavaliação do estado de saúde, doenças autorreferidas (quantidade e tipos de doença) e consumo medicamentoso (quantidade de medicamentos e classes).

Para avaliação da capacidade funcional foi utilizado o Índice de Independência em Atividades da Vida Diária (Índice de Katz) elaborado por Katz (1963) e adaptado à realidade brasileira por Lino et al. Tal escala consta de seis itens que medem o desempenho da pessoa nas atividades de autocuidado¹⁴. Foi considerado independente quando o idoso não apresentava dificuldade para a realização de nenhuma das atividades básicas de vida diária (ABVD) e dependente quando tinha dificuldade para realizar uma ou mais atividades.

A QV dos idosos foi avaliada por meio dos instrumentos WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. O WHOQOL-BREF foi traduzido e validado no Brasil por Fleck et al.¹⁵, é composto por 26 itens, sendo dois relacionados à QV global e saúde em geral, e os 24 demais dispostos em

quatro domínios (físico, psicológico, meio ambiente e relações sociais)¹⁵. O WHOQOL-OLD foi validado para a população idosa brasileira por Chachamovich et al.¹⁶ e é composto por 24 itens distribuídos em seis facetas: funcionamento dos sentidos; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer e intimidade. Trata-se de um instrumento específico para a avaliação da QV em idosos¹⁶, devendo o mesmo ser aplicado conjuntamente com o WHOQOL-BREF. Em ambos os instrumentos, os domínios e as facetas são compostos por questões cujas pontuações, em escala *Likert*, variam de 1 a 5, conforme o grau de satisfação. Os escores finais variam de 0 a 100 e são calculados por uma sintaxe, sendo que o maior número corresponde à melhor QV.

Foi constituída uma planilha eletrônica para o armazenamento dos dados, por meio do programa Microsoft Office 2007 Excel®. Os dados coletados foram digitados por duas pessoas, com dupla entrada, para posterior verificação da existência de inconsistências. Na ocorrência de divergências, os pesquisadores retomavam a entrevista original para a realização das correções pertinentes.

O banco de dados foi importado para o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 17.0. Cada domínio do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD foi ponderado isoladamente com as suas respectivas sintaxes. As variáveis categóricas foram analisadas por meio de frequências absolutas e percentuais e para as numéricas utilizou-se média e desvio padrão. Para verificar os fatores associados à QV, procedeu-se à análise bivariada preliminar, empregando-se o teste *t*-student para a comparação entre as médias dos escores dos domínios do WHOQOL-BREF e as facetas do WHOQOL-OLD com as variáveis categóricas: sexo, estado conjugal, escolaridade, renda e percepção de saúde. Utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson para a correlação entre os escores dos domínios do WHOQOL-BREF e as facetas do WHOQOL-OLD e as variáveis idade, número de medicamentos e de morbidades; e incapacidade funcional para ABVD. Os testes foram considerados significativos quando $p < 0,10$.

As variáveis de interesse de acordo com o critério de inclusão estabelecido ($p < 0,10$) foram introduzidas no modelo de regressão multivariável. As variáveis idade, número de morbidades autorreferidas, medicamentos e incapacidade funcional para ABVD foram consideradas quantitativas. Os fatores associados à QV foram iden-

tificados por meio da análise multivariável no modelo de regressão linear múltipla (método enter), considerando um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Foram considerados os pré-requisitos mínimos necessários incluindo-se as análises de resíduos (normalidade, linearidade e homocedasticidade) e de multicolinearidade.

Esse trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Após anuência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a entrevista foi conduzida.

Resultados

Foram entrevistados 3430 idosos com 60 anos ou mais dos 24 municípios que compõe a Macrorregião do Triângulo do Sul. A maioria dos idosos apresentou 60 a 69 anos (52,6% - $n = 1805$), era do sexo feminino (61,5% - $n = 2111$), vivia com parceiro (56,2% - $n = 1920$) e possuía um a quatro anos de estudos (54,2% - $n = 1859$). Os idosos referiram cor da pele branca (60,1% - $n = 2058$) e o maior percentual recebia entre um a três salários mínimos (48,6% - $n = 1658$), Tabela 1. Apresentaram percepção de saúde regular (39,2% - $n = 1342$), presença de uma a quatro morbidades (73,7% - $n = 2527$), uso de um a quatro medicamentos (79,3% - $n = 2721$) e independência para as ABVD (85,2% - $n = 2923$), Tabela 2. Um percentual expressivo de idosos apresentou hipertensão arterial (65,8% - $n = 2256$), seguido de doenças osteomusculares (35,8% - $n = 1227$), hiperlipidemia (30,9% - $n = 1060$), doenças reumáticas (30,5% - $n = 1045$), cardiopatias (24,5% - $n = 839$) e diabetes (19,9% - $n = 682$). Fazem uso de anti-hipertensivos (64,7% - $n = 2218$), seguido de analgésicos (39,2% - $n = 1346$), diuréticos (32,1% - $n = 1102$), antidepressivos (16,4% - $n = 562$) e hipoglicemiantes (14,5% - $n = 497$).

O domínio relações sociais e a faceta morte e morrer apresentam os maiores escores médios (73,54 e 72,36 respectivamente). Os menores escores médios foram observados no domínio meio ambiente e na faceta autonomia (62,00 e 66,82 respectivamente), Tabela 3.

Em relação aos fatores associados, as variáveis da análise bivariada preliminar foram submetidas à análise multivariável, de acordo com o critério de inclusão estabelecido ($p < 0,10$). As Tabelas 4 e 5 apresentam os modelos de regressão linear para os escores de QV dos domínios do WHO-QOL-BREF e facetas do WHOQOL-OLD entre os idosos. Os pré-requisitos mínimos necessários

Tabela 1. Distribuição das variáveis socioeconômicas e demográficas dos idosos. Macrorregião do Triângulo do Sul, Minas Gerais, Brasil, 2013.

| Variáveis | n | (%) |
|-------------------|------|------|
| Faixa etária | | |
| 60 a 69 | 1805 | 52,6 |
| 70 a 79 | 1219 | 35,5 |
| 80 e mais | 406 | 11,8 |
| Sexo | | |
| Masculino | 1319 | 38,5 |
| Feminino | 2111 | 61,5 |
| Estado conjugal | | |
| Vive com parceiro | 1920 | 56,2 |
| Vive sem parceiro | 1497 | 43,8 |
| Escolaridade | | |
| Analfabetos | 1036 | 30,2 |
| 1 a 4 anos | 1859 | 54,2 |
| 5 a 8 anos | 334 | 9,7 |
| 9 e mais | 201 | 5,9 |
| Cor da pele | | |
| Branca | 2058 | 60,1 |
| Negra | 459 | 13,4 |
| Parda | 834 | 24,4 |
| Amarela | 74 | 2,2 |
| Renda | | |
| Ausência de renda | 51 | 1,5 |
| Até 1 salário | 549 | 16,1 |
| 1 salário | 755 | 22,1 |
| 1 a 3 salários | 1658 | 48,6 |
| 4 a 7 salários | 342 | 10,0 |
| 7 salários e mais | 58 | 1,7 |

* Salário mínimo referente ao período no Brasil (2012-2013): R\$ 678,00.

Tabela 2. Distribuição das variáveis clínicas, capacidade funcional e morbidades dos idosos. Macrorregião do Triângulo do Sul, Minas Gerais, Brasil, 2013.

| Variáveis | n | (%) |
|-----------------------------------|------|------|
| Percepção de saúde | | |
| Ótimo | 377 | 11,0 |
| Bom | 1268 | 37,1 |
| Regular | 1342 | 39,2 |
| Ruim | 435 | 12,7 |
| Morbidades | | |
| 0 | 345 | 10,1 |
| 1 a 4 | 2527 | 73,7 |
| 5 e mais | 558 | 16,3 |
| Uso de medicamentos | | |
| 0 | 507 | 14,8 |
| 1 a 4 | 2721 | 79,3 |
| 5 e mais | 202 | 5,9 |
| Atividades Básicas de Vida Diária | | |
| Independente | 2923 | 85,2 |
| Dependente | 507 | 14,8 |

considerados foram atendidos e os coeficientes de determinação variaram de 0,036 a 0,293. Verificou-se que o preditor que mais contribuiu para os menores escores em todos os domínios e facetas de QV foi a percepção de saúde negativa.

Todas as variáveis estudadas apresentaram associação com pelo menos um domínio ou uma faceta. Houve associação entre sexo feminino e menores escores de QV no domínio psicológico e na faceta morte e morrer. A variável idade avançada esteve associada com os baixos escores

no domínio físico e facetas funcionamento dos sentidos e autonomia; exceto para morte e morrer em que foram observados maiores escores de QV. A ausência de companheiro (a) associou-se com menores escores no domínio relações sociais e faceta intimidade. A ausência de escolaridade esteve associada aos baixos escores nos domínios físico, psicológico, meio ambiente; e facetas funcionamento dos sentidos, autonomia e participação social. Ausência de renda esteve associada aos baixos escores de QV nos domínios físico, psicológico, meio ambiente e faceta intimidade. A percepção de saúde negativa e incapacidade funcional associaram-se aos menores escores em todos os domínios e facetas. O maior número de morbidades autorreferidas associou-se aos baixos escores no domínio físico e facetas funcionamento dos sentidos e morte e morrer; enquanto que o maior número de classes de medicamentos aos baixos escores no domínio físico, Tabelas 4 e 5.

Tabela 3. Distribuição dos escores de QV dos domínios do WHOQOL-BREF e facetas do WHOQOL-OLD. Macrorregião do Triângulo do Sul, Minas Gerais, Brasil, 2013.

| Variáveis | Média | Desvio padrão |
|--|-------|---------------|
| WHOQOL-BREF | | |
| Físico | 63,53 | 16,45 |
| Psicológico | 67,41 | 14,76 |
| Relações sociais | 73,54 | 14,10 |
| Meio ambiente | 62,00 | 13,23 |
| WHOQOL-OLD | | |
| Funcionamento dos sentidos | 70,83 | 22,35 |
| Autonomia | 66,82 | 16,36 |
| Atividades passadas, presentes e futuras | 70,45 | 14,70 |
| Participação social | 68,12 | 14,82 |
| Morte e morrer | 72,36 | 25,03 |
| Intimidade | 69,65 | 19,11 |

Discussão

Em relação aos domínios da QV, obteve maior escore para o domínio relações sociais e menor para o meio ambiente. Resultado divergente foi encontrado em pesquisa com 2.052 idosos em Sete Lagoas – MG, em que o maior escore foi no psicológico (80,30) e o menor no domínio físico (41,00)⁴. O menor escore no domínio meio ambiente sugere que os idosos deste estudo podem encontrar dificuldades para adaptar-se ao local em que vivem. Estes aspectos podem favorecer a

Tabela 4. Modelos de regressão linear multivariável para os escores de QV do WHOQOL-BREF em relação às variáveis estudadas. Macrorregião do Triângulo do Sul, Minas Gerais, Brasil, 2013.

| Variáveis | WHOQOL-BREF | | | | | | | |
|------------------------|------------------------|---------|------------------------|---------|------------------------|---------|------------------------|---------|
| | F | | P | | RS | | MA | |
| | R ² = 0,293 | | R ² = 0,178 | | R ² = 0,042 | | R ² = 0,127 | |
| | β^* | p** | β^* | p** | β^* | p** | β^* | p** |
| Idade | -0,065 | < 0,001 | -0,006 | 0,70 | - | - | - | - |
| Sexo | -0,017 | 0,26 | -0,091 | < 0,001 | - | - | -0,005 | 0,77 |
| Estado Conjugal | 0,011 | 0,46 | -0,030 | 0,06 | -0,058 | < 0,001 | -0,008 | 0,64 |
| Escolaridade | 0,090 | < 0,001 | 0,094 | < 0,001 | - | - | 0,091 | < 0,001 |
| Renda | 0,033 | 0,02 | 0,035 | 0,02 | - | - | 0,057 | < 0,001 |
| Percepção de saúde | 0,423 | < 0,001 | 0,340 | < 0,001 | 0,166 | < 0,001 | 0,304 | < 0,001 |
| Medicação | -0,061 | < 0,001 | -0,022 | 0,23 | -0,019 | 0,32 | 0,014 | 0,45 |
| Morbidades | -0,099 | < 0,001 | -0,027 | 0,12 | -0,013 | 0,49 | -0,015 | 0,41 |
| Incapacidade Funcional | -0,146 | < 0,001 | -0,096 | < 0,001 | -0,064 | < 0,001 | -0,093 | < 0,001 |

R² = Coeficiente de determinação; * Coeficientes de regressão linear padronizado; F: Físico; P: Psicológico; RS: Relações sociais; MA: Meio ambiente; **p < 0,05.

Tabela 5. Modelos de regressão linear multivariável para os escores de QV do WHOQOL-OLD em relação às variáveis estudadas. Macrorregião do Triângulo do Sul, Minas Gerais, Brasil, 2013.

| Variáveis | WHOQOL-BREF | | | | | |
|------------------------|------------------------|-----------------|------------------------|-----------------|------------------------|-----------------|
| | FS | | A | | APPF | |
| | R ² = 0,108 | | R ² = 0,087 | | R ² = 0,080 | |
| | β^* | p ^{**} | β^* | p ^{**} | β^* | p ^{**} |
| Idade | -0,101 | < 0,001 | -0,059 | < 0,001 | -0,022 | 0,18 |
| Sexo | -0,017 | 0,30 | -0,008 | 0,63 | - | - |
| Estado Conjugal | - | - | - | - | - | - |
| Escolaridade | 0,074 | < 0,001 | 0,048 | 0,004 | - | - |
| Renda | 0,041 | 0,01 | - | - | - | - |
| Percepção de saúde | 0,242 | < 0,001 | 0,209 | < 0,001 | 0,247 | < 0,001 |
| Medicação | -0,010 | 0,58 | -0,009 | 0,64 | -0,029 | 0,12 |
| Morbidades | -0,040 | 0,03 | -0,029 | 0,12 | 0,004 | 0,83 |
| Incapacidade Funcional | -0,087 | < 0,001 | -0,137 | < 0,001 | -0,091 | < 0,001 |

| Variáveis | WHOQOL-BREF | | | | | |
|------------------------|------------------------|-----------------|------------------------|-----------------|------------------------|-----------------|
| | PS | | MM | | I | |
| | R ² = 0,104 | | R ² = 0,036 | | R ² = 0,071 | |
| | β^* | p ^{**} | β^* | p ^{**} | β^* | p ^{**} |
| Idade | -0,024 | 0,15 | 0,059 | < 0,001 | -0,008 | 0,64 |
| Sexo | - | - | -0,090 | < 0,001 | 0,021 | 0,24 |
| Estado Conjugal | - | - | - | - | -0,192 | < 0,001 |
| Escolaridade | 0,035 | 0,03 | - | - | 0,024 | 0,16 |
| Renda | - | - | - | - | 0,057 | < 0,001 |
| Percepção de saúde | 0,272 | < 0,001 | 0,081 | < 0,001 | 0,142 | < 0,001 |
| Medicação | -0,014 | 0,45 | -0,038 | 0,05 | -0,011 | 0,55 |
| Morbidades | -0,018 | 0,34 | -0,041 | 0,03 | 0,013 | 0,50 |
| Incapacidade Funcional | -0,113 | < 0,001 | -0,065 | < 0,001 | -0,059 | < 0,001 |

R² = Coeficiente de determinação; * Coeficientes de regressão linear padronizado; FS: Funcionamento dos sentidos; A: Autonomia; APPF: Atividades passadas, presentes e futuras; PS: Participação social; MM: Morte e morrer; I: Intimidade; ** p < 0,05.

dependência, a falta de autonomia e o isolamento social¹⁷.

Além disso, o menor escore no domínio meio ambiente pode ter sido influenciado pelo maior percentual de idosos do presente estudo que vivem com renda de 1 a 3 salários mínimos (48,6%). Essa situação pode comprometer o atendimento das necessidades dos idosos e consequentemente aumentar o risco de adoecimento e ocasionar repercussões negativas em sua QV¹⁸.

Estudo realizado na cidade de Barra Bonita – SP obteve menor escore na faceta autonomia quando comparado às outras, resultado condizente ao da presente pesquisa¹⁷. Esta condição pode estar relacionada com a dificuldade dos idosos em tomarem as suas próprias decisões; agir com liberdade e de acordo com os seus desejos¹⁹. Ademais, no presente estudo, este resultado pode ter sido influenciado pelo menor escore no domínio meio ambiente. Diante disso, os profis-

sionais de saúde devem planejar, organizar e coordenar as suas ações nos diferentes espaços em que os idosos estão inseridos e de forma que vise estimular a autonomia deles na tomada de decisões e suas preferências.

O alto escore na faceta morte e morrer aponta que os idosos estão enfrentando de forma favorável as preocupações, as inquietações e os temores relacionados ao final da vida²⁰. Para os mais idosos, a consciência da própria idade e a expectativa de um futuro mais curto os leva a uma maior aproximação com a ideia de morte, aceitando-a como etapa inevitável²¹.

Além dos domínios e facetas que estão sendo mais impactados negativamente entre os idosos, torna-se fundamental conhecer os fatores associados aos mesmos, tendo em vista que eles podem afetar a saúde dos mesmos⁴. Ademais, contribuir para nortear a criação de políticas de apoio e ações sistemáticas nos serviços de saúde.

Como visto nesta pesquisa, o avanço da idade associou-se ao baixo escore de QV, corroborando com dados encontrados em investigações nacionais^{4,22} e internacional²³. Embora o envelhecimento não seja sinônimo de doenças, com o aumento da idade, os idosos tornam mais susceptíveis ao aparecimento de uma ou mais doenças, principalmente as crônico-degenerativas²⁴; assim como ao declínio progressivo da capacidade funcional²², o que pode interferir negativamente na QV dos idosos. Desse modo, os profissionais de saúde devem ter uma visão integral do idoso e estar atentos às possíveis demandas com o avançar da idade.

Pesquisa realizada com idosos que vivem na Polônia verificou que uma elevada QV depende de uma boa educação (OR = 2,31; $p < 0,05$) e de uma renda que seja suficiente para viver (OR = 1,63; $p < 0,05$)²⁵, divergindo com os achados da presente pesquisa. Destaca-se que os determinantes sociais, como a escolaridade e a renda, devem ser considerados na prática dos profissionais de saúde, de forma a manter a equidade em saúde e por interferir no bem-estar, na independência funcional e na QV dos idosos¹⁸.

A percepção de saúde negativa associou-se aos menores escores em todos os domínios e facetas. Pesquisa realizada em Curitiba – PR verificou que a percepção de saúde negativa pode influenciar a QV dos idosos²⁶. Outra investigação conduzida com idosos moradores em Sete Lagoas – MG obteve, após o ajuste para as variáveis sociodemográficas, que a percepção de saúde positiva esteve entre os principais determinantes para uma boa QV⁴.

Estudo apontou ainda que os idosos que avaliaram melhor sua saúde e que relataram não ter doenças apresentaram escores médios maiores no domínio físico e meio ambiente²⁷. Além disso, que aqueles idosos que apresentam uma percepção de saúde negativa, os sentimentos relacionados à morte e morrer estão mais presentes que para aqueles que avaliam a saúde como boa ou muito boa²⁷. Entende-se, assim, a necessidade dos profissionais de saúde avaliarem a percepção de saúde e que intervenções sejam traçadas considerando este indicador de saúde.

Outra associação encontrada foi entre os idosos sem parceiro(a) e menor escore na faceta intimidade, corroborando com o resultado encontrado em estudo conduzido com idosos que vivem na região Sul do Brasil²⁷. A ausência de um parceiro pode ocasionar dificuldades na capacidade do idoso de ter outras relações pessoais e íntimas, podendo, assim, ter um maior impacto na faceta intimidade¹⁵.

O suporte social inadequado e o insuficiente atendimento à saúde, alcançar a maior longevidade associada à QV satisfatória é um dos maiores desafios relacionados às políticas públicas, com aumento da alocação de recursos para o atendimento às demandas socioeconômicas e sanitárias²⁸. Além disso, estes aspectos podem contribuir para favorecer a incapacidade funcional ou impor novas limitações no estilo de vida do idoso¹⁸.

Diante disso, faz-se necessário que os profissionais de saúde considerem a estrutura de rede de apoio deste idoso, em especial daquele que não possui parceiro(a), sistematizando as suas abordagens e de forma a estimular e fortalecer a interação e os contatos afetivos com a sua família e a comunidade^{18,29}.

Observou-se associação entre o maior número de classes de medicamentos com os baixos escores no domínio físico. O uso de múltiplos medicamentos por idosos pode afetar a morbimortalidade e a QV dos mesmos. As reações adversas aos medicamentos são associadas a desfechos negativos da terapia, podem influenciar a relação médico-paciente, uma vez que a confiança no profissional pode ser abalada; retardar o tratamento, limitar a autonomia do idoso e afetar a QV; além disso, em muitos casos o tratamento das reações adversas envolve a inclusão de novos medicamentos aumentando o risco da cascata iatrogênica³⁰.

Tem destaque o uso de vários medicamentos que podem gerar dependência de mediação de terceiros ou tratamentos, aspecto avaliado no domínio físico¹⁵ tendo em vista que o idoso possa ter dificuldades em relação ao horário e à forma adequada no uso do medicamento.

O maior número de morbidades autorreferidas associou-se aos baixos escores no domínio físico e facetas funcionamento dos sentidos e morte e morrer. Estudo realizado com idosos que moram na cidade de Jyväskylä, Finlândia, verificou que o aumento no número de morbidades influenciou de forma negativa na QV dos idosos³¹. Diante disso, verifica-se a necessidade dos profissionais de saúde estarem envolvidos no manejo e controle dos fatores de risco; das morbidades e das complicações já instaladas.

A incapacidade funcional associou-se aos menores escores em todos os domínios e facetas, corroborando com achado de outras investigações^{22,24}. A capacidade funcional configura um sentido mais amplo do que manter a saúde para os idosos, no intuito de dar ênfase uma vida com autonomia e independência, mesmo com a presença de uma ou mais doenças^{32,33}.

Desta forma, a capacidade funcional é um aspecto central para se obter uma boa QV na velhice²² e os resultados da sua avaliação devem ser considerados para traçar estratégias de promoção da saúde para os idosos e intervenções para as dificuldades já instaladas.

O estudo apresentou algumas limitações como o delineamento transversal, que não permite estabelecer relações de causalidade, não ter avaliado as atividades instrumentais de vida diária e morbidades e medicações autorreferidas o que pode subestimar ou superestimar algumas informações encontradas. Além disso, há escassez de estudos utilizando o WHOQOL-OLD.

Os fatores socioeconômicos e de saúde foram associados à QV de idosos, com destaque para os menores escores de QV no domínio meio ambiente associados à ausência de escolaridade e renda, percepção de saúde negativa e incapacidade funcional; e na faceta autonomia à maior idade, ausência de escolaridade, percepção de saúde negativa e incapacidade funcional. O preditor que exerceu maior influência foi a percepção de saúde negativa.

Os resultados aqui evidenciados reforçam a necessidade da avaliação da QV como um relevante indicador de saúde entre os idosos e para que intervenções adequadas sejam planejadas a partir dos fatores que estão impactando de forma negativa na mesma.

Colaboradores

MHP Paiva contribuiu no delineamento, redação do artigo, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada. MS Pegorari contribuiu na concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada. JS Nascimento contribuiu no delineamento, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada. AS Santos contribuiu no delineamento, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento*. Brasília: MS; 2010.
2. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saude Publica* 2003; 19(3):793-798.
3. World Health Organization Quality Of Life Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41(10):1403-1409.
4. Campos ACV, Ferreira EF, Vargas AMD, Abdala C. Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. *Health Qual Life Outcomes* 2014 12:166.
5. Oliveira SES, Hohendorff JV, Müller JL, Bandeira DR, Koller SH, Fleck MPA, Trentini CM. Associations between self-perceived quality of life and socio-demographic, psychosocial, and health variables in a group of elderly. *Cad Saude Publica* 2013; 29(7):1436-1448.
6. Molzahn AE, Kalfoss M, Marakoff KS, Skevington SM. Comparing the importance of different aspects of quality of life to older adults across diverse cultures. *Age Ageing* 2011; 40(2):192-199.
7. Faller JW, Melo WA, Versa GLGS, Marcon SS. Qualidade de Vida de Idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Foz do Iguaçu-PR. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 2010; 14(4):803-810.
8. Maués CR, Paschoal SMP, Jaluul O, França CC, Filho WJ. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. *Revista Brasileira de Clínica Médica* 2010; 8(5):405-410.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Resultados Preliminares do Censo Demográfico 2010*. [acessado 2014 out 10]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_preliminares/preliminar_tab_zip.shtm.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Informações sobre os municípios brasileiros 2010*. [acessado 2014 out 10]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?coduf=31&search=minas-gerais.&lang=>
11. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini- exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivo Neuropsiquiatria* 1994; 52(1):1-7.
12. Valle EA, Castro-Costa E, Firmo JOA, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad Saude Publica* 2009; 25(4):918-926.
13. Converso ME, Iartelli I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. *Journal Brasileiro de Psiquiatria* 2007; 56(4):267-272.
14. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Filho STR, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad Saude Publica* 2008; 24(1):103-112.
15. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saude Publica* 2000; 34(2):178-183.
16. Chachamovich E, Trentini C, Fleck, MP. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saude Publica* 2006; 40(5):185-191.
17. Dias DSG, Carvalho CS, Araújo CV. Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem estar de idosos que vivem sozinhos, coma a família e institucionalizados. *Rev bras geriatr geront* 2013; 16(1):127-138.
18. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Cien Saude Colet* 2012; 17(1):123-33.
19. Fonseca MGUP, Firmo JOA, Filho AIL, Uchoa E. Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. *Rev Saude Publica* 2010; 44(1):159-165.
20. Tavares DMS, Bolina AF, Dias FA, Santos NMF. Qualidade de vida de idosos com incontinência urinária. *Rev. Eletr. Enf.* 2011; 13(4):695-702.
21. Barbosa CG, Melchiori LE, Neme CMB. O significado da morte para adolescentes, adultos e idosos. *Paidéia* 2011; 21(49):175-185.
22. Campolina AG, Dini PS, Ciconelli RM. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). *Cien Saude Colet* 2011; 16(6):2919-2925.
23. Kumar SG, Majumdar AGP, Pavithra G. Quality of Life (QOL) and Its Associated Factors Using WHO-QOL-BREF Among Elderly in Urban Puducherry, India. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR* 2014; 8(1):54-57.
24. Tavares DMS, Dias FA. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. *Texto Contexto Enferm* 2012; 21(1):112-120.
25. Bryla M, Burzynska M, Maniecka-Bryła IM. Self-rated quality of life of city-dwelling elderly people benefiting from social help: results of a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes* 2013; 11(1):1-11.
26. Vagetti GC, Moreira NB, Barbosa Filho VC, Oliveira V, Cancian CF, Mazzardo O, Campos W. Domínios da qualidade de vida associados à percepção de saúde: um estudo com idosos de um programa de atividade física em bairros de baixa renda de Curitiba, Paraná, Brasil. *Cien Saude Colet* 2013; 18(12):3483-3493.
27. Grillo LP, Felipe MR, Callefí F, Canto FB, Tauil KC, Machado MR, Silva VS. Qualidade de vida, estado nutricional e hábitos alimentares de idosos pertencentes a uma equipe estratégia saúde da Família no sul do Brasil. *A terceira idade* 2014; 25(59):6-22.
28. Jóia LC, Ruiz T, Donalisio MR. Grau de satisfação com a saúde entre idosos do Município de Botucatu, Estado de São Paulo. *Epidemiol Serv Saúde* 2008; 17(3):187-194.
29. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Domingues MAR, Amendola F, Faccenda O. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2011; 16(5):2603-2611.
30. Secoli SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2010; 63(1):136-140.

31. Rantakokko M, Iwarsson S, Kauppinen M, Leinonen R, Heikkinen E, Rantanen T. Quality of Life and Barriers in the Urban Outdoor Environment in Old Age Merja. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58(11):2154-2159.
32. Cardoso JH, Costa JSD. Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. *Cien Saude Colet* 2010; 15(6):2871-2878.
33. Almeida MHM, Litvoc J, Perez MP. Dificuldades para atividades básicas e instrumentais de vida diária, referidas por usuários de um centro de saúde escola do município de São Paulo. *Rev. bras. geriatr. gerontol* 2011; 15(2):187-200.

Artigo apresentado em 30/11/2014

Aprovado em 11/09/2015

Versão final apresentada em 13/09/2015