

# QUALIDADE DE VIDA ENTRE IDOSOS COMUNITÁRIOS: ESTUDO TRANSVERSAL

QUALITY OF LIFE AMONG COMMUNITY ELDERLY: CROSS-STUDY

CALIDAD DE VIDA ENTRE ANCIANOS COMUNITARIOS: ESTUDIO TRANSVERSAL

Bárbara Maria Lopes da Silva Brandão<sup>1</sup>

Gleicy Karine Nascimento de Araújo<sup>2</sup>

Rafaella Queiroga Souto<sup>2</sup>

Alice Maria Barbosa da Silva<sup>1</sup>

Renata Clemente dos Santos<sup>2</sup>

João Euclides Fernandes Braga<sup>2</sup>

(<https://orcid.org/0000-0002-6652-9615>)

(<https://orcid.org/0000-0002-4395-6518>)

(<https://orcid.org/0000-0002-7368-8497>)

(<https://orcid.org/0000-0001-7700-709X>)

(<https://orcid.org/0000-0003-2916-6832>)

(<https://orcid.org/0000-0003-3413-6072>)

## Descritores

Enfermagem geriátrica; Idoso;

Gerontologia; Qualidade de vida;

Atenção primária à saúde

## Descriptors

Geriatric nursing; Old; Gerontology;

Quality of life; Primary health care

## Descriptores

Enfermería geriátrica; Ancianos

gerontología; Calidad de vida;

Atención primaria de salud

## Recebido

8 de Maio de 2020

## Aceito

24 de Maio de 2021

## Conflitos de interesse:

nada a declarar.

## Autor correspondente

Rafaella Queiroga Souto

E-mail: rafaellaqueiroga7@gmail

com

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida de idosos, relacionando com condições gerais de saúde, satisfação com a vida, resiliência, apoio social e afetos positivos e negativos.

**Métodos:** Estudo transversal, desenvolvido com 159 idosos em Recife-PE. Para coleta de dados utilizou-se o *Brazil Old Age Schedule*, WHOQOL-OLD, e escalas de depressão geriátrica, resiliência, apoio social, satisfação com a vida e afetos positivos e negativos. A análise foi realizada por estatística descritiva e inferencial.

**Resultados:** Associou-se à baixa qualidade de vida a osteoporose ( $p=0,008$ ), sintomas depressivos ( $p<0,001$ ) e problemas dentários ( $p=0,015$ ). Houve correlação moderada entre a qualidade de vida e satisfação com a vida ( $r=0,464$ ;  $p<0,001$ ), afetos positivos ( $r=0,545$ ;  $p<0,001$ ) e negativos ( $r=-0,452$ ;  $p<0,001$ ).

**Conclusão:** A qualidade de vida obteve correlação com altos níveis de satisfação com a vida, resiliência, apoio social e afetos positivos, porém seus baixos níveis relacionaram-se com a presença de sintomas depressivos, osteoporose e problemas dentários.

## ABSTRACT

**Objective:** To assess the quality of life of the elderly, relating to general health conditions, satisfaction with life, resilience, social support and positive and negative affects.

**Methods:** Cross-sectional study, developed with 159 elderly people in Recife - PE. For data collection, Brazil Old Age Schedule, WHOQOL-OLD, and scales of geriatric depression, resilience, social support, life satisfaction and positive and negative affects were used. The analysis was performed using descriptive and inferential statistics.

**Results:** osteoporosis ( $p = 0.008$ ), depressive symptoms ( $p < 0.001$ ) and dental problems ( $p = 0.015$ ) were associated with low quality of life. There was a moderate correlation between quality of life and satisfaction with life ( $r = 0.464$ ;  $p < 0.001$ ), positive ( $r = 0.545$ ;  $p < 0.001$ ) and negative ( $r = -0.452$ ;  $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** Quality of life was correlated with high levels of satisfaction with life, resilience, social support and positive affects, but its low levels were related to the presence of depressive symptoms, osteoporosis and dental problems.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la calidad de vida de las personas mayores, en relación con las condiciones generales de salud, la satisfacción con la vida, la resiliencia, el apoyo social y los efectos positivos y negativos.

**Métodos:** Estudio transversal, desarrollado con 159 personas mayores en Recife - PE. Para la recopilación de datos, se utilizó el Programa de Vejez de Brasil, WHOQOL-OLD y escalas de depresión geriátrica, resiliencia, apoyo social, satisfacción con la vida y efectos positivos y negativos. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva e inferencial.

**Resultados:** La osteoporosis ( $p = 0.008$ ), los síntomas depresivos ( $p < 0.001$ ) y los problemas dentales ( $p = 0.015$ ) se asociaron con baja calidad de vida. Hubo una correlación moderada entre la calidad de vida y la satisfacción con la vida ( $r = 0.464$ ;  $p < 0.001$ ), positiva ( $r = 0.545$ ;  $p < 0.001$ ) y negativa ( $r = -0.452$ ;  $p < 0.001$ ).

**Conclusión:** La calidad de vida se correlacionó con altos niveles de satisfacción con la vida, resistencia, apoyo social y afetos positivos, pero sus bajos niveles se relacionaron con la presencia de síntomas depresivos, osteoporosis y problemas dentales.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

## Como citar:

Brandão BM, Araújo GK, Souto RO, Silva AM, Santos RC, Braga JE. Qualidade de vida entre idosos comunitários: estudo transversal. *Enferm Foco*. 2021;12(3):475-81.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.3743

## INTRODUÇÃO

Diante das modificações sociais, políticas e econômicas, evidenciadas nas últimas décadas, a transição demográfica consolida o aumento na proporção de pessoas idosas. No Brasil, esse processo evolui de forma rápida e em um contexto de desigualdades sociais, no qual 14,3% da população é composta por idosos e, de acordo com as estimativas, em 2030 estes irão corresponder a aproximadamente 30 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.<sup>(1,2)</sup>

O envelhecimento constitui-se como um fenômeno propenso a mudanças fisiológicas que proporcionam uma redução natural de determinadas habilidades e capacidades. Ademais, inclui outros tipos de alterações, que podem se configurar nas relações sociais, aposentadoria, condições de moradia e o processo de morte de amigos e parentes.<sup>(3)</sup> Deste modo, uma vez que o envelhecimento acelerado é uma realidade no Brasil, surge a necessidade de garantir atenção adequada a esses indivíduos a fim de promover um envelhecimento ativo e com qualidade de vida.<sup>(4)</sup>

No que diz respeito ao envelhecimento, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) correspondem aos maiores índices de morbimortalidade na população idosa, a exemplo da hipertensão arterial, insuficiência cardíaca congestiva e diabetes mellitus.<sup>(5)</sup> As condições de saúde do idoso e sua qualidade de vida pode conduzir a desfechos adversos, resultando em uma busca maior pelos serviços de saúde.<sup>(6)</sup>

A qualidade de vida é definida pela Organização Mundial da Saúde como “a compreensão do indivíduo acerca da sua introdução na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores em que ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.<sup>(7)</sup> Trata-se de um conceito amplo e que se relaciona a diversos aspectos, dentre os quais incluem-se a subjetividade e a multidimensionalidade.<sup>(8)</sup>

A satisfação com a saúde, autoestima, bem-estar, interações sociais, suporte familiar, controle cognitivo, capacidade funcional e autocuidado exemplificam domínios subjetivos que passam despercebidos na avaliação clínica, no entanto, são estes que apresentam a maior influência nos desfechos de saúde de pessoas idosas e, por isso, são imprescindíveis na avaliação entre os profissionais de saúde.<sup>(1)</sup>

Com a demanda crescente por serviços de saúde, a cobertura das ações para os idosos deve estar centrada na investigação da qualidade de vida e nos cuidados coordenados de forma longitudinal, ordenando as redes e com profissionais de saúde capacitados para atender as particularidades dessa população. À vista disso, é na Atenção Primária à Saúde (APS) que essas intervenções podem ser construídas em longo prazo, com menor custo e maior

efetividade, visto que irá proporcionar o bem-estar desse público e atingir longevidade com qualidade de vida.<sup>(9)</sup>

Nesse contexto, o estudo tem o objetivo de avaliar a qualidade de vida de idosos comunitários e relacioná-la com condições gerais de saúde, satisfação com a vida, resiliência, apoio social e afetos positivos e negativos.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, analítico, de caráter transversal. Para a construção do presente artigo foi utilizado o guia *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE).<sup>(10)</sup>

O estudo foi executado na área da Unidade de Saúde da Família (USF) Sítio Wanderley, localizada na Microárea III do Distrito de Saúde IV do município de Recife, Pernambuco, Brasil.

A população deste estudo foi constituída por idosos cadastrados na área de cobertura entre as três equipes da USF, totalizando 1209 indivíduos. Os critérios de inclusão foram: pessoas com 60 anos ou mais que eram cadastrados na USF, sendo excluídos aqueles em estágio terminal, portadores de redução grave da função auditiva e visual e com déficit cognitivo significativo. Os critérios para excluir os indivíduos da investigação foram detectados pelo entrevistador através da observação ou informação advinda dos cuidadores ou responsáveis, sendo excluídos 17 indivíduos.

O cálculo amostral foi realizado com a fórmula de população finita para estudos epidemiológicos, sendo utilizado um nível de confiança de 95%, totalizando assim, uma amostra final composta por 159 idosos. A amostragem foi aleatória, do tipo sistemática, de modo que a cada cinco idosos da lista de cada equipe, um era selecionado e convidado a participar da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu no município de Recife-PE, no período de 2016 a 2017. A coleta foi realizada por alunos do curso de enfermagem, nos quais receberam treinamento adequado e específico para esse fim. O local de coleta foi a residência dos idosos, após esclarecer os objetivos da pesquisa, sigilo dos dados e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta foi realizada em um ambiente isolado para não colocar em risco a privacidade do idoso.

Foram utilizados instrumentos já validados para a etapa de coleta de dados, a saber: *Brazil Old Age Schedule* (BOAS)<sup>(11)</sup> para caracterizar os entrevistados; WHOQOL-OLD para estudar a qualidade de vida;<sup>(12)</sup> um questionário construído para avaliar a presença de doenças crônicas e problemas de saúde (hipertensão, diabetes, osteoporose, problemas dentários); Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15)<sup>(13)</sup> para

estimar a sintomatologia depressiva; a Escala de Resiliência<sup>(14)</sup> para identificar o nível de capacidade dos idosos perante as adversidades da vida; Escala de Apoio Social,<sup>(15)</sup> Escala de Satisfação com a Vida (ESV)<sup>(16)</sup> e a Escala de Afetos Positivos e Negativos.<sup>(17)</sup>

O BOAS é um instrumento que avalia informações gerais, de saúde física, serviços médicos, saúde mental e capacidade funcional. Para este estudo, foram obtidas as perguntas de idade, sexo, estado civil, saber ler e escrever, renda, trabalho e arranjo de moradia.<sup>(11)</sup>

O WHOQOL-Old é uma versão do WHOQOL-100, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde, com a finalidade de avaliar a qualidade de vida de pessoas idosas. Consiste em um instrumento de fácil aplicação e que engloba a percepção subjetiva do idoso quanto à autonomia, participação social, funcionamento do sensorio, intimidade, morte e morrer e atividades passadas, presentes e futuras.<sup>(12)</sup> Para análise dos dados do presente estudo, a variável foi dicotomizada de acordo com a mediana, em que 85 pontos ou menos representava baixa qualidade de vida e acima dessa pontuação indicava alta.

A EDG-15 foi aplicada para verificar os sintomas depressivos, utilizando questões que avaliam como a pessoa se sentiu nos últimos sete dias. Os idosos classificados com sintomas tiveram um escore igual ou maior que cinco pontos.<sup>(13)</sup>

A escala de resiliência permite estimar o nível do enfrentamento do idoso perante os eventos da vida, sendo composta por 25 questões que têm como opção de resposta uma escala de um (discordo totalmente) a sete (concordo totalmente). As pontuações mais altas se referem a um nível alto de resiliência.<sup>(14)</sup>

A Escala de Apoio Social é constituída por 19 itens, em que aponta a frequência para cada tipo de apoio e é medida por valores do tipo *Likert* que varia de um a cinco pontos, podendo alcançar um total de 95 pontos. Quanto maior o escore total, maior é o apoio que o indivíduo recebe. Esse instrumento possui cinco opções de respostas, desde um para nunca e cinco para sempre. Foram classificados com baixo apoio o idoso que pontuou de 0-33 pontos e alto apoio acima de 34 pontos.<sup>(15)</sup>

A ESV é composta por cinco perguntas com respostas que vão de um (discordo totalmente) e sete (concordo totalmente), permitindo inferir o quanto satisfeito o participante se encontra e, quanto mais próximo de 35, melhor é o resultado.<sup>(16)</sup>

A escala de afetos positivos e negativos almeja identificar a frequência de sentimentos que o entrevistado apresentou nos últimos dias, variando de um (nada) e sete (extremamente). Os resultados são mais satisfatórios para os itens de afetos positivos quando a resposta é mais próxima

de sete e, para os itens de afetos negativos, quanto mais próximo do zero.<sup>(17)</sup> Os afetos positivos avaliados eram se sentir feliz, satisfeito, divertido, otimista e alegre, enquanto que os negativos eram representados por se sentir deprimido, frustrado, raivoso, preocupado e infeliz.

Foi estabelecida como variável dependente do estudo a qualidade de vida e as independentes foram as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, sabe ler e escrever, estado civil, renda, trabalho e arranjo de moradia), problemas de saúde (dentários, osteoporose, diabetes, hipertensão e sintomas depressivos), resiliência, satisfação com a vida, afetos positivos e negativos e apoio social.

Os dados foram tabulados e analisados no SPSS versão 21.0, sendo digitados em dupla entrada por digitadores independentes e as discrepâncias revisadas e corrigidas pela coordenadora da coleta de dados. A posteriori, foi utilizada a estatística descritiva (frequência absoluta e relativa, média, desvio padrão, mínimo, máximo, mediana) e inferencial (Qui Quadrado de Pearson; *Kolmogorou Smirnov*, Teste de correlação de *Spearman* e Regressão Logística Múltipla). Em todas as análises o nível de significância foi de 5% ( $p$ -valor $<0,05$ ).

A avaliação da força de correlação foi mediada pelo seguinte critério:  $r=1$ (perfeita);  $0,8 < r < 1$  (muito alta);  $0,6 < r < 0,8$  (alta);  $0,4 < r < 0,6$  (moderada);  $0,2 < r < 0,4$  (baixa); zero  $< r < 0,2$  (muito baixa);  $r=$  zero (nula), sendo explicado do mesmo modo para os valores negativos de coeficiente de correlação.

O critério de entrada na modelagem foi apresentar  $p$ -valor $<0,02$  nas análises bivariadas, almejando verificar a precisão dessa associação. O método utilizado no modelo foi o *Backward*.

O estudo atendeu a todos os pressupostos éticos, de acordo com a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, e iniciou-se mediante parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco sob número 1.413.599/16.

## RESULTADOS

A amostra do estudo apresentou uma hegemonia de idosos jovens com faixa etária de 60 a 70 anos (53,5%;  $n=85$ ), mulheres (76,7%;  $n=122$ ), que sabiam ler e escrever (66,7%;  $n=104$ ), nunca casaram ou são viúvos/divorciados (66,0%;  $n=105$ ), recebem até um salário mínimo (71,1%;  $n=113$ ) e que não trabalham (77,9%;  $n=124$ ). No tocante ao arranjo de moradia, verifica-se que o idoso divide espaço com uma a quatro pessoas (58,5%;  $n=93$ ). Ao avaliar a qualidade de vida, observou-se uma hegemonia da baixa qualidade entre os idosos (82,1%;  $n=128$ ). A tabela 1 exhibe os dados referentes à associação da qualidade de vida e os dados

sociodemográficos, em que as variáveis idade, estado civil e trabalho apresentaram associação estatística significativa. A baixa qualidade de vida predominou entre os idosos do sexo feminino, maiores de 70 anos, solteiros, não trabalham, moram sozinhos e com renda de até um salário.

**Tabela 1.** Distribuição da qualidade de vida dos idosos segundo as variáveis sociodemográficas

Variáveis	Qualidade de vida			Amostra válida/em falta
	Baixa n(%)	Alta n(%)	p-value*	
<b>Sexo</b>				
Masculino	16 (43,2)	21 (56,8)	0,50	156/3
Feminino	59 (49,6)	60 (50,4)		
<b>Idade</b>				
60 a 70 anos	34 (40,5)	50 (59,5)	0,04	156/3
> 70 anos	41 (56,9)	31 (43,1)		
<b>Sabem ler e escrever</b>				
Sim	50 (48,1)	54 (51,9)	1,00	156/3
Não	25 (48,1)	27 (51,9)		
<b>Estado civil</b>				
Casado/morando junto	19 (35,8)	34 (64,2)	0,02	156/3
Viúvo/divorciado/nunca casou	56 (54,4)	47 (45,6)		
<b>Trabalha</b>				
Sim	7 (26,9)	19 (73,1)	0,01	156/3
Não	65 (52,4)	59 (47,6)		
<b>Arranjo de moradia</b>				
Mora sozinho	11 (52,4)	10 (47,6)	0,67	156/3
Mora com alguém	64 (47,4)	71 (52,6)		
<b>Renda</b>				
Até 1 salário	14 (58,3)	10 (41,7)	0,89	156/3
Mais de 1 salário	34 (25,8)	98 (74,2)		

\*Teste de Qui-quadrado de Pearson

Ao analisar as variáveis referentes a problemas de saúde com a qualidade de vida, observou-se a supremacia de baixa qualidade de vida em idosos com osteoporose, diabetes, hipertensão, problemas nos dentes e com sintomas depressivos. Apenas diabetes e hipertensão não apresentaram associação significativa estatisticamente (Tabela 2).

No que se refere às médias dos domínios da WHOQOL, o domínio que diz respeito ao funcionamento do sensorio, o qual avalia o funcionamento cognitivo e as habilidades sensoriais, apresentou o menor escore (média: 9,1; desvio padrão: 2,8), enquanto o domínio participação social, que avalia a participação nas atividades da comunidade, os idosos obtiveram o maior escore (média: 14,3; desvio padrão: 3,1), seguido de atividades passadas, presentes e futuras (média: 14,0; desvio padrão: 3,1). A tabela 3 exibe os resultados referentes à análise de correlação de Spearman, verificando-se que todas as variáveis se apresentaram correlacionadas com o escore total da WHOQOL. O escore total da escala de satisfação com a vida, afetos positivos e negativos indicaram uma correlação moderada. Apenas o escore de afetos negativos apontou um coeficiente negativo, significando dizer que na medida em que a qualidade de

**Tabela 2.** Associação entre as variáveis da qualidade de vida e os problemas de saúde dos idosos estudados

Variáveis	Qualidade de vida			Amostra válida/em falta
	Baixa n(%)	Alta n(%)	p-value*	
<b>Problemas de saúde</b>				
<b>Osteoporose</b>				
Sim	26(65,0)	14(35,0)	0,008	153/6
Não	46(40,7)	67(59,3)		
<b>Diabetes</b>				
Sim	27(58,7)	19(41,3)	0,094	156/3
Não	47(43,9)	60(56,1)		
<b>Hipertensão</b>				
Sim	58(50,4)	57(49,6)	0,324	156/3
Não	17(41,5)	24(58,5)		
<b>Problemas nos dentes</b>				
Sim	33(61,1)	21(38,9)	0,015	155/4
Não	41(40,6)	60(59,4)		
<b>Sintomas depressivos</b>				
Com sintomas	52(69,3)	23(30,7)	<0,001	156/3
Sem sintomas	23(28,4)	58(71,6)		

\* Teste de Qui-quadrado de Pearson

**Tabela 3.** Correlação entre o escore total da WHOQOL e variáveis analisadas dos idosos

Variáveis	Escore total da WHOQOL	
	Coefficiente de correlação	p-value*
Escore total da escala de satisfação com a vida	0,464	<0,001
Escore total da escala de resiliência	0,304	<0,001
Escore total de afetos positivos	0,545	<0,001
Escore total de afetos negativos	-0,452	<0,001
Escore total da escala de apoio social	0,341	<0,001

\*Teste de Correlação de Spearman

vida aumenta os afetos negativos diminuem ou acontece o inverso.

As variáveis (trabalho, osteoporose, problemas nos dentes e sintomas depressivos) foram adicionadas no modelo de regressão logística da baixa qualidade de vida. Os dados permitem inferir que ter osteoporose, problemas nos dentes e sintomas depressivos aumentam 2,8, 3,0 e 5,4 vezes a chance de apresentar baixa qualidade de vida. A análise da área sob a curva Receiver Operating Characteristics (ROC) para o modelo foi 0,77 (IC 0,69-0,85; p<0,001) (Tabela 4).

**Tabela 4.** Variáveis associadas à baixa qualidade de vida dos idosos por meio de regressão logística

Variáveis	OR*	IC†	p-value ‡
<b>Teve osteoporose</b>			
Sim	2,75	[1,17-6,46]	0,010
Não	1,00	-	-
<b>Tem problemas nos dentes</b>			
Sim	3,00	[1,37-6,55]	0,006
Não	1,00	-	-
<b>Sintomas depressivos</b>			
Com sintomas	5,37	[2,59-11,14]	<0,001
Sem sintomas	1,00	-	-

\* Odds Ratio; †IC = Intervalo de confiança; ‡ Significância do teste; R<sup>2</sup> ajustado: 0,29%; Acurácia do teste: 0,342

## DISCUSSÃO

Em relação aos dados sociodemográficos, o estudo apontou que sua maioria corresponde a idosos jovens, convergindo com a literatura,<sup>(4,6)</sup> entretanto, sabe-se que o número de idosos longevos está aumentando com o passar dos anos, mostrando que a população idosa está envelhecendo.<sup>(18)</sup>

Quanto à escolaridade, a maioria consiste em idosos que sabem ler e escrever, o que é considerado fator positivo, visto que a escolaridade baixa pode prejudicar o alcance à informação e à educação em saúde, o que pode dificultar a adesão de hábitos saudáveis como também do tratamento e condutas recomendadas por profissionais de saúde.<sup>(19)</sup>

É predominante também idosos que não trabalham e têm como renda única um salário mínimo, corroborando com outros estudos.<sup>(19)</sup> Estes idosos moram ainda com uma a quatro pessoas, o que pode ser benéfico já que alguns idosos sentem a necessidade de um cuidador ou de um familiar na realização de atividades, em consequência da diminuição das funções físicas e cognitivas.<sup>(20)</sup>

No que diz respeito ao sexo, observou-se a predominância de mulheres, o que caracteriza a feminização da velhice, sendo constatado em outras pesquisas.<sup>(20,21)</sup> Apesar de melhor expectativa de vida em comparação com os homens,<sup>(20)</sup> dados demonstram que as mulheres apresentaram baixa qualidade de vida, o que pode justificar-se pela redução na autonomia à medida que o envelhecimento progride, reduzindo assim a qualidade de vida na terceira idade.<sup>(21)</sup>

As aposentadorias são as principais fontes de renda dos idosos e este rendimento comumente diminui quando estes se aposentam. Desta forma, fatores socioeconômicos podem influenciar na qualidade de vida, de modo que idosos com baixa renda apresentam maior grau de insatisfação.<sup>(21)</sup>

Os idosos viúvos, divorciados, que nunca casaram e que moram sozinhos podem apresentar baixa qualidade de vida. Por esse motivo, a literatura demonstra a relevância do convívio social nesta fase da vida, onde ocorre um maior isolamento social, já que esses aspectos são um importante fator de risco para morbimortalidade e déficits cognitivos.<sup>(21)</sup>

Com o avanço dos estudos sobre o envelhecimento, observa-se que essa fase surge acompanhada pela presença de DCNT. Dentre as diversas morbidades que acometem os idosos, a depressão destaca-se como o transtorno mental mais comum e, a prevalência atinge 33,3%, principalmente em mulheres idosas.<sup>(22)</sup>

Corroborando o presente estudo, a depressão demonstrou-se relevante e capaz de diminuir a qualidade de vida e isso pode ser justificado devido a fatores como sexo feminino, idade avançada, multimorbidades, isolamento social e sub diagnósticos por parte dos profissionais de saúde que

acreditam que os sintomas depressivos são intrínsecos do envelhecimento.<sup>(3,22)</sup>

Não obstante, no que se refere ao isolamento social, apesar de ser uma das principais variáveis presentes em idosos vulneráveis, os resultados deste estudo revelaram que o maior escore da avaliação da qualidade de vida ocorreu no domínio de participação social e, por isso, faz-se necessário o fortalecimento da rede de suporte social entre esses indivíduos.<sup>(23)</sup>

Quanto à participação social, tendo em vista que é um importante moderador de enfrentamento da senilidade, o estudo mostrou que esta variável se associa a de qualidade de vida. Apesar de serem, em sua maioria, viúvos/divorciados, o arranjo de moradia e a participação em grupos comunitários motivam a manutenção de práticas saudáveis e de autopercepção da qualidade de vida.<sup>(8)</sup>

Sobre a resiliência, foi constatada neste estudo uma associação significativa com os índices gerais da qualidade de vida. Envelhecer representa uma estratégia de enfrentamento, sendo assim, uma necessidade de superação das limitações que se estabelecem, especialmente, diante das condições das doenças crônicas.<sup>(1)</sup> De igual modo, a capacidade funcional, o suporte social, a religiosidade e a espiritualidade são condições que contribuem para elevar os níveis de resiliência, bem como reduzir os afetos negativos e dificuldades que surgem durante essa fase, possibilitando a reflexão sobre o sentido da vida e a busca pela estabilidade e bem-estar psicológico.<sup>(23)</sup>

Observou-se associação entre a osteoporose e a baixa qualidade de vida. A redução da massa óssea e corporal são características do processo de envelhecer, no entanto, a literatura aponta que idosos sedentários são mais propensos a desenvolverem fatores de riscos para doenças crônicas, incluindo a osteoporose. Além disso, indivíduos do sexo feminino apresentam maiores chances de desenvolver essa doença após a menopausa, por influência hormonal.<sup>(24)</sup> Desse modo, uma vez que a baixa densidade óssea pode resultar em fraturas e possíveis quedas, a prática de exercícios físicos surge como uma alternativa significativa para preservar o bem-estar físico e melhorar os níveis de qualidade de vida.<sup>(2)</sup>

Em relação aos problemas dentários relatados pelos idosos, a perda dos dentes e a periodontite são os principais problemas de saúde pública, tendo em vista que afetam não somente o organismo como também autoestima e a qualidade de vida. Essa associação pode ser explicada por um estudo nacional que apontou que o sexo feminino é considerado fator de risco para as perdas de dentes, a baixa escolaridade possui influência na percepção de

autocuidado e que o processo de fluoretação é um fator protetivo para estas perdas.<sup>(25)</sup>

De modo geral, haja vista que os idosos estavam satisfeitos com a qualidade de vida, permite-se inferir que afetos negativos como tristeza, raiva e frustração não possuem influência no modo de vida dessa população. Justifica-se estes achados pelos bons resultados de satisfação com a vida, resiliência e participação social, exibido no domínio do WHOQOL-OLD.

Com a realização desse estudo, identificou-se que existem diversas pesquisas disponíveis na literatura que avaliam a qualidade de vida de idosos, no entanto, é necessário compreender a particularidade de cada localidade e dispor na comunidade científica um amplo arcabouço teórico, para que posteriormente outras pesquisas realizem comparações.

A partir dos resultados apresentados sugere-se que estudos como este viabilizem estratégias para que os profissionais de saúde despertem interesse em avaliar a qualidade de vida da população idosa, direcionando os cuidados, particularmente, às doenças crônicas e suas consequências na qualidade de vida, e tornando-os protagonistas do cuidado durante o envelhecimento e processo de saúde-doença.

## CONCLUSÃO

É possível concluir que a maioria dos idosos apresentam baixo nível de qualidade de vida, sendo mais prevalente entre mulheres, idosos longevos e que vivem sozinhos. Os problemas de saúde são fatores que interferem na qualidade de vida do idoso comunitário e aspectos como satisfação com a vida, nível de resiliência, apoio social e afetos positivos e negativos estão correlacionados a essa qualidade. As características avaliadas no presente estudo intensificam as novas reflexões acerca da fragmentação de estereótipos interligados ao envelhecimento e subsidiam o planejamento de ações e medidas que enfatizam a promoção da qualidade de vida a esse público alvo.

## Contribuições

Concepção do estudo: Souto RQ. Coleta de dados: Brandão BMLS, Araújo GKN, Silva AMB. Análise e interpretação dos dados: Brandão BMLS, Araújo GKN, Souto RQ, Silva AMB, Santos RC. Discussão dos resultados: Brandão BMLS, Araújo GKN, Silva AMB, Santos RC. Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Brandão BMLS, Araújo GKN, Souto RQ, Silva AMB, Santos RC, Braga JEF. Aprovação final da versão final: Brandão BMLS, Araújo GKN, Souto RQ, Silva AMB, Santos RC, Braga JEF.

## REFERÊNCIAS

1. Coelho FF, Michel RB. Associação entre cognição, suporte social e qualidade de vida de idosos atendidos em uma unidade de saúde de Curitiba/PR. *Ciênc Cogn*. 2018;23(1):54-62.
2. Costa IP, Bezerra VP, Pontes ML, Moreira MA, Oliveira FB, Pimenta CJ, et al. Quality of life of elderly people and its association with work. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e2017-0213.
3. Amaral TL, Amaral CA, Lima NS, Herculano PV, Prado PR, Monteiro GT. Multimorbidity, depression and quality of life among elderly people assisted in the Family Health Strategy in Senador Guiomard, Acre, Brazil. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(9):3077-84.
4. Jesus IT, Diniz MA, Lanzotti RB, Orlandi FD, Pavarin SC, Zazzetta MS. Frailty and quality of elderly living in a context of social vulnerability. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(4):e4300016.
5. Leme DE, Thomaz RP, Borim FS, Brenelli SL, Oliveira DV, Fattori A. Study of the impact of frailty, multimorbidity and disability on survival of elderly outpatients. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(1):137-46.
6. Figueiredo EM, Corrente JE. Quality of life of elderly persons in Manaus measured by the Flanagan Scale. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(4):480-7.
7. World Health Organization. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41:1403-10.
8. Oliveira BC, Barbosa NM, Lima MS, Guerra HS, Neves CM, Avelar JB. Quality of life assessment in elderly from the community. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2017;30(3):1-10.
9. Veras RP, Oliveira M. Aging in Brazil: the building of a healthcare model. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(6):1929-36.
10. Cheng A, Kessler D, Mackinnon R, Chang TP, Nadkarni VM, Hunt EA, et al. Reporting guidelines for health care simulation research: extensions to the CONSORT and STROBE statements. *Simulation in Healthcare*. 2016;11(4):238-48.
11. Veras RP, Dutra S. Perfil do idoso brasileiro: questionário BOAS. Rio de Janeiro: UERJ/ UnATI; 2008.
12. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saude Publica*. 2006;40:785-91.
13. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999;57(2B):421-26.
14. Wagnild GM, Young HM. Development and Psychometric Evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs Meas*. 1993;1(2):165-78.
15. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med*. 1991;32(6):705-14.
16. Diener ED, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *J Pers Assess*. 1985;49(1):71-5.
17. Galinha IC, Pereira CR, Esteves F. Versão reduzida da escala portuguesa de afeto positivo e negativo-PANAS-VRP: Análise fatorial confirmatória e invariância temporal. *Psicologia*. 2014;28(1):50-62.

18. Buch A, Boker LK, Berner Y, Carmeli E, Goldsmith R, Stern N. Estimated frailty prevalence among Israeli elderly—results from a cross sectional national survey. *Isr J Health Policy Res.* 2018;7(1):18.
19. Machado WD, Gomes DF, Freitas CA, Brito MC, Moreira AC. Elderly with not transmitted chronic diseases: a group association study. *Rev. Ciênc. Saberes.* 2017;3(2):444-51.
20. Cardoso LK, Sampaio TS, Vilela AB. Caring services provided by relatives related to elderly interaction. *Rev Kairós.* 2017;20(1):353-67.
21. Esteves M, Vendramini SH, Santos ML, Brandão VZ, Soler ZA, Lourenção LG. Quality of life of hypertensive and diabetic elderly in an outpatient clinic. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2017;50(1):18-28.
22. Ribeiro VS, Rosa RS, Sanches GJ, Ribeiro IJ, Cassotti CA. Calidad de vida y depresión en idosos en el contexto domiciliar. *Revenf.* 2018;34:53-66.
23. Nery BL, Cruz KC, Faustino AM, Santos CT. Vulnerabilities, depression, and religiosity in the elderly hospitalised in an emergency unit. *Rev Gaúch Enferm.* 2018;39:e2017-0184.
24. Binda AC, Fréz AR, Daniel CR, Bertolini GR, Ruaro JA, Baroni MP. Functioning of active postmenopausal women with osteoporosis. *Fisioter Mov.* 2017;30(4):797-803.
25. Bomfim RA, Frias AC, Pannuti CM, Zilbovicius C, Pereira AC. Socio-economic factors associated with periodontal conditions among Brazilian elderly people - Multilevel analysis of the SBSP-15 study. *PLoS One.* 2018;13(11):e0206730.