

Avaliação da qualidade de vida de acordo com as características sociodemográficas de idosos

Evaluation of quality of life according to sociodemographic characteristics of older adults

Luana Ferreira¹✉



RBCEH

Revista Brasileira de Ciências
do Envelhecimento Humano

Esta pesquisa buscou investigar a qualidade de vida de idosos residentes do município de Juiz de Fora/MG e compará-la de acordo com características sociodemográficas. Participaram 383 idosos com mais de 60 anos. Foi aplicado o Medical Outcome Study 36 - item Short Form (SF-36), um questionário sociodemográfico e outro socioeconômico. Em seguida, foram realizadas análises descritivas e comparativas. Os homens apresentaram melhores médias de qualidade de vida do que as mulheres. A prática de exercícios e a ingestão de bebidas alcoólicas, também demonstraram estar relacionadas à melhores médias de qualidade de vida. Por outro lado, o IMC elevado, o maior número de doenças diagnosticadas, a situação socioeconômica e o avanço da idade pareceram afetar negativamente a avaliação da qualidade de vida dessa população. Espera-se que estudos futuros possam realizar intervenções e investigações longitudinais a fim de se compreender melhor a relação entre estilo e qualidade de vida.

Envelhecimento. Qualidade de vida. Estilo de vida. Idoso.

This research aimed to investigate the quality of life of elderly residents of the city of Juiz de Fora - MG and compare it according to sociodemographic characteristics. Method: Participated in 383 elderly over 60 years. The Medical Outcome Study 36-item Short Form (SF-36), a sociodemographic questionnaire, and another socioeconomic questionnaire were applied. Then, descriptive and comparative analyzes were performed. Men had a better quality of life on average than women. Exercise and alcohol intake have also been shown to be related to better quality of life averages. On the other hand, BMI, the higher number of diagnosed diseases, socioeconomic status, and advancing age seemed to negatively affect the assessment of the quality of life of this population. It is hoped that future studies may perform interventions and longitudinal investigations to better understand the relationship between style and quality of life.

Aging. Quality of life. Lifestyle. Elderly.

Introdução

No Brasil, a população com 60 anos ou mais atinge 19,6 milhões de pessoas, podendo chegar a 41,5 milhões em 2030 (IBGE, 2010). O envelhecimento populacional aumentou o interesse nas pesquisas relacionadas à qualidade de vida de idosos. Essas pesquisas possuem grande relevância científica e social, contribui para a compreensão do envelhecimento e, também, auxilia na geração de alternativas válidas de intervenção visando à qualidade de vida de pessoas idosas (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). Na cidade de Juiz de Fora o cenário não é diferente. De acordo com o último censo, este município já havia alcançado 516.247 habitantes. Destes, 70.288 se encontravam acima dos 60 anos, fazendo do município o terceiro do estado de Minas Gerais com a maior concentração de idosos (IBGE, 2010).

A qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, resultado do grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social, ambiental e existencial. É baseada na capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos esses elementos que determinada sociedade considera como padrão de conforto e bem-estar. Desse modo, esse termo tem muitos significados e reflete conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades de variadas épocas, espaços e histórias distintas (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Esse construto possui como característica a multidimensionalidade, ou seja, sua observação pode se dar por abordagens distintas como a dimensão física, psicológica ou social (WHOQOL, 1995). Estudos realizados em outros países sugerem que a qualidade de vida pode ser influenciada por fatores como sexo, idade, capacidade física, acometimento por doenças, renda, situação de trabalho, dentre outros (FERREIRA; MEIRELES; FERREIRA, 2018). No entanto, na população brasileira, estudos que abordam fatores relacionados ao estilo de vida, características socioeconômicas e sociodemográficas, ainda são escassos. A maioria dos estudos realizados no país aborda apenas variáveis relacionadas à prática de exercícios físicos, como pode ser visto em revisão recente (FERREIRA *et al.*, 2018). Esse cenário demonstra a necessidade de mais pesquisas que busquem verificar a influência de outras variáveis na qualidade de vida do idosos para que se possa gerar informações relevantes para a elaboração de intervenções e políticas públicas mais próximas à realidade dos idosos brasileiros.

Esta investigação teve como objetivo avaliar a qualidade de vida de uma amostra de idosos representativa da cidade de Juiz de Fora/MG, e relacioná-la ao sexo, faixa etária, situações de trabalho e moradia, estado civil, IMC, comorbidades, consumo de álcool, tabagismo, prática de exercícios físicos e nível socioeconômico.

Materiais e métodos

Foi realizado um estudo de delineamento transversal com idosos residentes na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais. Foram incluídos aqueles com mais de 60 anos e excluídas pessoas que, por algum motivo, deixaram de responder a algum dos instrumentos da pesquisa ou não os preencheram na íntegra. A pesquisa foi realizada entre o período de janeiro e julho do ano de 2018.

Foi aplicado utilizado o *36-Item Short Form Survey* (SF-36) adaptado transculturalmente por Ciconelli *et al.* (1999). O questionário é composto por 36 itens, divididos em oito

domínios: capacidade funcional (dez itens), aspectos físicos (quatro itens), dor (dois itens), estado geral da saúde (cinco itens), vitalidade (quatro itens), aspectos sociais (dois itens), aspectos emocionais (três itens) e saúde mental (cinco itens). O escore de cada domínio pode variar de zero a 100, sendo que os escores mais próximos de zero representam uma pior percepção de qualidade de vida, enquanto aqueles mais próximos de 100, uma melhor percepção de qualidade de vida.

Aplicou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2015). Este instrumento utiliza o levantamento de características domiciliares para diferenciar a população. O questionário atribui pontos em função de cada característica e a soma das pontuações variando de 0 a 100. A classificação é dada por: A1 – 45 a 100 pontos; B1 – 38 a 44; B2 – 29 a 37; C1 – 23 a 28; C2 – 17 a 22; D e E – 0 a 16. As características sociodemográficas foram analisadas quanto à idade, estado civil, etnia, arranjo familiar, doenças diagnosticadas, uso de cigarros e/ou bebidas alcóolicas e prática de exercícios físicos. Classificou-se o IMC de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1995); idosos que obtiveram valores abaixo de 18,49 kg/m² foram considerados abaixo do peso; entre 18,5 e 24,9 kg/m² eutróficos; entre 25 e 29,9 kg/m² com sobrepeso; acima dos 30 kg/m² com obesidade.

As coletas foram realizadas em locais públicos conhecidos pela frequência de idosos, tais como: a principal praça central do município, eventos religiosos em bairros diversos, idosos atendidos por organizações não governamentais localizadas em bairros periféricos, dentre outros. O tamanho estimado da amostra foi de 383 idosos baseando o cálculo em uma amostra finita, adotando-se um percentual mínimo de 50%. Ademais, considerou-se 95% de intervalo de confiança e 5% de erro amostral. Os idosos foram abordados, convidados a participarem da pesquisa e informados a respeito dos procedimentos. Aqueles que aceitaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os questionários foram aplicados em forma de entrevista pelas próprias pesquisadoras e/ou por colaboradores devidamente treinados. Todos os instrumentos foram preenchidos em um único momento e não houve limite de tempo para o preenchimento deles.

Os dados foram analisados por meio *software* SPSS 21.0 e o nível de significância adotado foi de $p < 0,05$. Para cada dimensão do SF-36 foram calculados a média, a mediana, o desvio padrão e os valores de mínimo e máximo. Todas as variáveis categóricas foram analisadas através de frequência absoluta e relativa. Para averiguar a consistência interna do SF-36 para a amostra em questão foi calculado o alpha de Cronbach, o qual apresentou uma boa consistência ($\alpha = 0,904$). Em seguida, foi aplicado o teste de normalidade *Kolmogorov Smirnov*. As variáveis investigadas foram consideradas não paramétricas. Foi utilizado o teste U de *Mann Whitney* para comparar os grupos quanto ao sexo, situação de moradia, prática de exercícios, ingestão e álcool e tabagismo, e o teste *Kruskal-Wallis* com comparações múltiplas em formas de pares para comparar os grupos quanto às faixas etárias, estado civil, IMC, número de comorbidades, situação de trabalho, frequência de atividade física, ingestão de bebidas alcóolicas e tabagismo e classificação socioeconômica.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), parecer 2.250.480.

Resultados

Participaram da presente pesquisa 383 idosos com idades entre 60 e 92 anos, apresentando uma média de 70,26 (DP = 7,51). A amostra foi composta por 49,1% de mulheres (n=188) e 50,9% de homens (n = 195). A Tabela 1 traz a análise descritiva da amostra por sexo, seguida de frequência absoluta e relativa.

Em relação à qualidade de vida, a dimensão aspectos sociais apresentou maior média (Média = 80,38; DP = 24,06). Nessa perspectiva, a vitalidade foi a dimensão que apresentou a menor média entre os entrevistados (Média = 64,92; DP = 21,29). Na Tabela 2 encontra-se a análise descritiva das dimensões do SF-36.

No que diz respeito ao sexo, os homens apresentaram maior pontuação na dimensão de capacidade funcional ($p < 0,001$), menores limitações por aspectos físicos ($p = 0,004$) e melhores aspectos sociais ($p = 0,009$) e emocionais ($p = 0,024$) quando comparados às mulheres. Em contrapartida, as mulheres apresentaram melhor saúde mental em relação aos homens ($p = 0,004$).

Em relação à prática de exercícios, aqueles que declararam praticar alguma modalidade obtiveram as melhores médias nas dimensões estado geral de saúde ($p = 0,017$), vitalidade ($p = 0,019$) e saúde mental ($p = 0,004$) quando comparados àqueles idosos que não praticavam nenhum exercício. Quanto à ingestão de bebidas alcoólicas, aqueles que declararam não consumir álcool obtiveram médias menores na capacidade funcional ($p = 0,002$), maiores limitações relacionadas aos aspectos físicos ($p = 0,005$) e a dor ($p = 0,039$), pior estado geral de saúde ($p = 0,001$) e uma pior percepção em relação aos aspectos sociais ($p = 0,041$) e emocionais ($p = 0,001$) do que aqueles que ingeriam bebidas alcoólicas. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre aqueles idosos que declararam morar sozinhos e os que moravam com familiares. Ademais, diferenças estatísticas não foram encontradas nas dimensões da qualidade de vida entre os tabagistas e os não tabagistas.

Em relação às faixas etárias ($\chi^2 = 25,763$, $p < 0,001$), o grupo de idosos com idades entre 60 e 65 anos obteve melhores médias na capacidade funcional do que o dos idosos com idades entre 76 e 80 ($p = 0,005$) e 80 anos ou mais ($p < 0,001$). Os idosos que se encontravam com idades entre 71 e 75 anos também obtiveram médias maiores do que aqueles com mais de 80 anos ($p = 0,019$). Na dimensão vitalidade ($\chi^2 = 10,992$, $p = 0,027$), o grupo entre 71 e 75 anos novamente obteve resultados melhores do que o grupo com mais de 80 anos ($p = 0,040$).

A respeito do estado civil, ocorreu diferença estatisticamente significativa na dimensão de estado geral de saúde ($\chi^2 = 8,578$, $p = 0,035$). Assim, aqueles idosos que se declararam casados ou em uma união de fato apresentaram um melhor estado geral de saúde do que os solteiros ($p = 0,035$). No caso do IMC ($\chi^2 = 9,320$, $p = 0,025$) foram identificadas diferenças na dimensão capacidade funcional ($\chi^2 = 9,320$, $p = 0,025$) e dor ($\chi^2 = 0,044$, $p = 0,044$) entre aqueles classificados como obesos e eutróficos. Desse modo, o grupo de idosos eutróficos apresentou uma melhor capacidade funcional ($p = 0,023$) e menores limitações em relação à dor ($p = 0,027$) do que o grupo de obesos.

Na análise de comorbidades, verificou-se diferenças entre todas as dimensões do SF-36. Os idosos que declararam ausência de doenças obtiveram maiores médias na capacidade

funcional ($\chi^2 = 52,411$, $p \leq 0,001$) em relação àqueles com uma ($p = 0,041$), duas ($p < 0,001$) ou três ou mais doenças ($p < 0,001$). Outras dimensões do SF-36 também apresentaram resultados semelhantes uma vez que, o grupo que não declarou nenhuma doença obteve melhores médias do que aqueles que declararam duas ($p = 0,039$) e três ou mais doenças ($p < 0,001$) na dimensão de limitações por aspectos físicos ($\chi^2 = 26,242$, $p \leq 0,01$). O mesmo aconteceu na dimensão de dor ($\chi^2 = 7,428$, $p \leq 0,001$) e estado geral de saúde ($\chi^2 = 31,583$, $p \leq 0,001$), ou seja, mais uma vez, o grupo que não declarou nenhuma doença obteve melhores médias do que aqueles que declararam duas e três ou mais doenças (ambos com $p = 0,001$; $p < 0,001$, respectivamente). Ainda na dimensão comorbidades, é importante ressaltar que também foi identificado que aqueles idosos que declararam não ter nenhuma doença também obtiveram melhores resultados nas dimensões de vitalidade ($\chi^2 = 39,084$, $p < 0,001$), de aspecto social ($\chi^2 = 25,185$, $p < 0,01$), emocional ($\chi^2 = 15,211$, $p = 0,002$) e saúde mental ($\chi^2 = 10,087$, $p = 0,018$) do que aqueles com mais de três doenças diagnosticadas ($p < 0,001$, $p < 0,001$, $p = 0,001$, $p = 0,010$, respectivamente).

Ao que confere a situação de trabalho, aqueles idosos que declararam trabalhar apresentaram uma melhor capacidade funcional ($\chi^2 = 6,121$, $p = 0,047$) do que aqueles que não trabalhavam e que ainda não eram aposentados ($p = 0,044$). O mesmo aconteceu em relação às limitações por aspectos físicos ($\chi^2 = 7,942$, $p = 0,019$), ou seja, aqueles idosos que trabalhavam declararam menor número de limitações do que aqueles que não trabalhavam ($p = 0,017$). Vale ressaltar que, em relação aos aspectos emocionais ($\chi^2 = 6,630$, $p = 0,036$), os idosos que se declararam aposentados, obtiveram menores escores do que aqueles que trabalham ($p = 0,036$).

Concernente à ingestão de bebidas alcoólicas, apesar do seu consumo ter sido associado a melhores médias em diversas dimensões do SF-36, não houve diferenças estatisticamente significativas em relação à frequência do seu consumo. Não obstante, quanto à frequência da prática de exercícios, aqueles idosos que relataram praticar algum exercício três vezes por semana ou mais apresentaram melhor estado geral de saúde ($\chi^2 = 6,879$, $p = 0,032$) do que aqueles que diziam praticar apenas duas vezes na semana ($p = 0,032$).

Por fim, encontrou-se diferenças nas médias da dimensão de capacidade funcional ($\chi^2 = 12,501$, $p = 0,014$) em relação aos aspectos socioeconômicos avaliados pelo ABEP. Aqueles idosos que obtiveram classificação socioeconômica A demonstraram uma melhor percepção em relação à capacidade funcional do que aqueles classificados como C1 ($p = 0,020$) e C2 ($p = 0,019$).

Discussão

Com os achados dessa investigação, constatou-se que a qualidade de vida de indivíduos idosos varia de acordo com o sexo, faixa etária, prática de exercícios, ingestão de bebidas, consumo de bebidas alcoólicas, IMC, comorbidades, estado civil, situação de trabalho e classificação socioeconômica. Ademais, as únicas variáveis que não apresentaram diferenças estatisticamente significantes foram a situação de moradia e o tabagismo.

O aumento da expectativa de vida trouxe a necessidade de se compreender melhor os fatores que podem influenciar na

Tabela 1 | Características sociodemográficas e clínicas de um grupo de idosos (N=383) residentes em Juiz de Fora/MG.

Medidas	Total (n = 383)	Mulheres (n = 188; 49,1%)	Homens (n = 195; 50,9%)
Faixa etária			
60 – 65	127 (33,2%)	55 (14,4%)	72 (18,8%)
66 – 70	82 (21,4 %)	38 (9,9%)	44 (11,5%)
71 – 75	74 (19,3 %)	40 (10,4%)	34 (8,9%)
76 – 80	60 (15,7 %)	35 (9,1%)	25 (6,6%)
> 80	40 (10,4%)	20 (5,2%)	20 (5,2%)
Estado civil			
Solteiro(a)	46 (12%)	24 (6,3%)	22 (5,7%)
Viúvo(a)	103 (26,9%)	72 (18,8%)	31 (8,1%)
Casado(a)/União de fato	176 (46%)	68 (17,8%)	108 (28,2%)
Divorciado(a)	58 (15,1%)	24 (6,2%)	34 (8,9%)
IMC			
< 18,49 kg/m ²	33 (8,6%)	15 (3,9%)	16 (4,2%)
18,5 – 24,9 kg/m ²	146 (38,2%)	68 (17,8%)	78 (20,4%)
25 – 29,9 kg/m ²	128 (33,4%)	63 (16,4%)	65 (17%)
> 30 kg/m ²	76 (19,8%)	40 (10,4%)	36 (9,4%)
Moradia			
Sozinho	109 (28,5%)	61 (15,9%)	48 (12,5%)
Com familiares ou amigos	274 (71,5%)	127(33,1%)	147(38,4%)
Trabalha?			
Sim	36 (9,4%)	9 (2,3%)	27 (7,1%)
Não	41 (10,7%)	35 (9,1%)	6 (1,6%)
Aposentado (a)	306 (79,9%)	144 (37,6%)	162(42,3%)
Número de comorbidades			
0	75 (19,6%)	25 (6,5%)	50 (13,1%)
1	129 (33,7%)	67 (17,5%)	62 (16,2%)
2	92 (24%)	42 (10,9%)	50 (13,1%)
3 ou mais	87 (22,7%)	54 (14,1%)	33 (8,6%)
Ingestão de bebidas alcoólicas			
Sim	122 (31,8%)	40 (10,4%)	82 (21,4%)
Não	261 (68,2%)	148(38,6%)	113(29,6%)
Tabagismo			
Sim	51 (13,3%)	13 (3,4%)	38 (9,9%)
Não	332 (86,7%)	175 (45,7%)	157 (41%)
Prática de exercícios físicos			
Sim	200 (52,2%)	132 (34,5%)	68 (17,7%)
Não	183 (47,8%)	56 (14,6%)	127 (33,2%)
Frequência semanal			
1 vez	7 (3,5%)	6 (1,6%)	1 (0,2%)
2 vezes	52 (26%)	41 (10,7%)	11 (2,9%)
3 vezes ou mais	141 (70,5%)	85 (22,2%)	56 (14,6%)
Classificação socioeconômica			
A	27 (7%)	9 (2,3%)	18 (4,7%)
B1	47 (12,2%)	30 (7,8%)	17 (4,4%)
B2	94 (24,6%)	57 (14,9%)	37 (9,7%)
C1	93 (24,3%)	46 (12%)	47 (12,3%)
C2	81 (21,1%)	38 (9,9%)	43 (11,2%)
D-E	41 (10,7%)	8 (2,1%)	33 (8,6%)

Fonte: autoria própria.

Tabela 2 | Escores obtidos no instrumento SF-36 de um grupo de idosos (n = 383) residentes de Juiz de Fora/MG.

Medidas	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	DP
Capacidade funcional	0	100,0	80,0	73,6	25,2
Limitações por aspectos físicos	0	100,0	100,0	77,0	37,2
Dor	0	100,0	72,0	69,0	25,1
Estado geral de saúde	10,00	100,0	72,0	70,2	19,9
Vitalidade	0	100,0	65,0	64,9	21,3
Aspectos sociais	0	100,0	87,5	80,4	24,1
Aspectos emocionais	0	100,0	100,0	76,0	38,1
Saúde mental	12,0	100,0	76,0	73,0	19,1

Nota: DP = Desvio-padrão. Fonte: autoria própria.

percepção da qualidade de vida de idosos. No presente estudo, os homens apresentaram os maiores escores nas dimensões de capacidade funcional, aspectos sociais e emocionais. Além de relatarem menores limitações por questões físicas, enquanto as mulheres obtiveram melhores médias de saúde mental. É improvável que a diferença na percepção da qualidade de vida de idosos seja apenas pelo sexo, ou seja, existe um conjunto de fatores que levam a esse resultado. Essa ideia está de acordo com achados de outros estudos onde os homens também obtiveram melhores resultados, inclusive, nos aspectos sociais, emocionais e de saúde mental (CAMELO; GIATTI; BARRETO, 2016; BAYÁN-BRAVO *et al.* 2017; GOUVEIA *et al.* 2017).

O grupo de idosos com idades entre 60 e 65 anos obteve melhor média no SF-36 em relação àqueles que estavam acima dos 75 anos. Além disso, os idosos com idades entre 71 e 75 anos também apresentaram melhor vitalidade em relação àqueles com mais de 80 anos. A capacidade funcional é um aspecto central da qualidade de vida do idoso e já é esperada sua alteração de acordo com o aumento da idade (LIMA; ARAÚJO; SCATOLIN, 2016). Vale ressaltar que, a maioria dos estudos que buscam avaliar a qualidade de vida de idosos utilizando o SF-36, não estratificam suas amostras pela faixa etária a fim de identificar diferenças para cada dimensão (FERREIRA *et al.*, 2018). No entanto, os resultados do presente estudo sugerem que idosos acima dos 80 anos podem ter pior percepção a respeito do seu vigor comparado aos mais jovens, o que pode estar relacionado à perda da autonomia e avanço da velhice, uma vez que a capacidade funcional desse grupo vai se reduzindo progressivamente.

Uma meta-análise (WINDLE *et al.*, 2010) constatou que a prática de exercícios influencia positivamente o bem-estar mental de idosos. Esse fato ocorre pela interação social e/ou comunitária que esse tipo de atividade pode proporcionar a esse público. Embora estudos demonstrem a influência dos exercícios nos domínios físicos do SF-36 (BAYÁN-BRAVO *et al.*, 2017) não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nessas dimensões (limitações por aspectos físico e capacidade funcional). Isso pode ocorrer pelo fato de a capacidade funcional não ser influenciada apenas pela prática de exercícios físicos em uma época específica, mas também por quão ativo indivíduo foi ao decorrer de sua vida (PEREIRA; PAULO, 2015). Quanto a frequência da prática de exercícios, diversos estudos têm demonstrado que quanto mais ativos forem os idosos melhor a sua qualidade de vida (PERALES e al., 2014; GONÇALVES *et al.*, 2015). Para Perales *et al.* (2014), a prática de exercícios influencia tanto nos aspectos físicos quanto nos aspectos psicológicos dos idosos e, por esse motivo, esse público, quando fisicamente ativo, tende a demonstrar uma melhor percepção da qualidade de vida e da saúde. Sendo assim, a prática de exercício físico regular é altamente recomendada para idosos.

O fato dos idosos que declararam consumo de bebidas alcoólicas terem melhores médias na avaliação da qualidade de vida em todas as dimensões do SF-36, com exceção da dimensão de saúde mental, reforçam resultados encontrados na literatura (LIMA *et al.*, 2018; GONZÁLES-RUBIO *et al.*, 2016). Tem-se demonstrado que o consumo de álcool pode influenciar positivamente na percepção de qualidade de vida de pessoas acima dos 60 anos. Na pesquisa conduzida por Lima *et al.* (2018), idosos que declararam ingerir bebidas alcoólicas pelo menos uma vez por semana obtiveram

resultados melhores nas dimensões de capacidade funcional, limitações por aspectos físicos, dor, vitalidade, estado geral de saúde e saúde mental. No estudo de Gonzáles-Rubio *et al.* (2016), o consumo moderado de bebidas alcoólicas foi associado a um estilo de vida mais ativo e a uma melhor percepção da própria saúde. Acredita-se que a principal justificativa é que, este hábito estaria associado a outros comportamentos. Assim, à medida que um adulto mais velho ingere álcool, ele está aumentando o seu número de contatos sociais. Esses idosos têm uma maior probabilidade de ter apoio social, ou seja, uma maior rede de contatos e, conseqüentemente, de apoio, fatores importantes para a qualidade de vida desse público (GONZÁLES-RUBIO *et al.*, 2016).

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos tabagistas e não tabagistas quanto à percepção de qualidade de vida. No entanto, é importante ressaltar que estudos anteriores verificaram que o tabagismo principalmente quando associado a outros comportamentos do estilo de vida também são deletérios à saúde (BAYÁN-BRAVO *et al.* 2017; ZARAGOZA-MARTÍ *et al.*, 2018). Aponta-se a necessidade de mais estudos que busquem averiguar as particularidades envolvidas na influência do tabagismo na qualidade de vida de idosos.

Diversos estudos têm relatado a influência do excesso de peso nas dores e nos aspectos físicos dos idosos (VAGGETI *et al.*, 2017). Viggeti *et al.* (2017) avaliaram a aptidão funcional de 1806 idosas e aquelas que se encontravam obesas, apresentaram maior dificuldade de executar atividade como sentar, levantar, andar 6 minutos, dentre outros. Desse modo, a obesidade parece não só aumentar as limitações relacionadas à dor e à capacidade funcional, mas também aumenta as chances do desenvolvimento de outras doenças crônicas, influenciando na qualidade de vida dos idosos.

Nesta investigação, todos os domínios do SF-36 apresentaram diferenças em relação às comorbidades, principalmente nas dimensões de capacidade funcional e de limitação por aspectos físicos (CAMELO *et al.*, 2016; PAKIZ *et al.*, 2015). Segundo Tavares e Dias (2012), o maior número de doenças aumenta a dor, o desconforto e o uso de medicamentos, aumentando assim, o nível de dependência e reduzindo a mobilidade do idoso. Os aspectos sociais, emocionais e psicológicos também sofrem alterações no envelhecimento de acordo com o número de comorbidades. Com a capacidade funcional afetada, os idosos sofrem alterações na sua autoestima, imagem corporal e pensamentos positivos. Além disso, esses idosos acabam tendo uma maior dificuldade de se adaptarem ao meio familiar e comunitário e de desempenhar suas atividades cotidianas, tendo também seus relacionamentos sociais afetados (TAVARES; DIAS, 2012).

Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões do SF-36 tendo em vista a situação de moradia. É provável que morar sozinho não afete a avaliação da qualidade de vida do indivíduo isoladamente e, sim, quando acompanhado de baixo apoio social. No entanto, os resultados relacionados ao estado civil, estão de acordo com o de outros estudos que foram realizados previamente. Segundo a meta-análise realizada por Robles *et al.* (2014), o casamento pode exercer um efeito protetor na saúde indivíduos refletindo assim na sua qualidade de vida. Os mecanismos envolvidos nessa proteção ainda não estão totalmente estabelecidos na literatura, mas acredita-se que o

casamento possa refletir em maior apoio familiar além de influenciar na adoção de comportamentos promotores de saúde. Nessa perspectiva, ao mesmo tempo que a moradia não influenciou a percepção de qualidade de vida de idosos, o estado civil, por sua vez, demonstra influência (ROBLES *et al.*, 2014).

Outro fator que parece afetar a qualidade de vida dessa população é a saída do mercado de trabalho. No que diz respeito à capacidade funcional e à limitação pelos aspectos físicos, os que estavam no mercado de trabalho apresentaram melhor pontuação em relação àqueles que relataram não trabalhar, o que pode indicar que idosos ainda ativos podem não apresentar limitações funcionais típicas da idade. Na dimensão relacionada aos aspectos emocionais, os aposentados apresentaram menores pontuações do que aqueles que declararam trabalhar. Tendo em vista esses resultados, é importante lembrar que a aposentadoria é um marco na vida do idoso. Nessa fase da vida é necessário que o indivíduo reorganize o seu tempo e se adapte a novas experiências na vida familiar e comunitária. No entanto, quando o idoso não se planeja, esse momento pode vir acompanhado do sentimento de angústia, solidão e uma extrema dificuldade de satisfação pessoal. Para Marques *et al.* (2016), a volta ou permanência para o mercado de trabalho pode demonstrar o desejo de permanecer ativo e de se sentir socialmente importante. O trabalho significa maior contato com os amigos e está associado à sensação de prazer, uma vez que o indivíduo se sente pertencente a um ambiente social, impactando positivamente na percepção da própria qualidade de vida.

Quanto à variável socioeconômica, na presente amostra, os indivíduos que apresentaram uma classificação socioeconômica mais baixa (C1 e C2) obtiveram menores pontuações em relação aos de classificação mais alta (A), na capacidade funcional, o que vem sendo relatado também, em alguns estudos (CAMELO *et al.*, 2016) No estudo de Camelo *et al.* (2016), idosos com renda abaixo de quatro salários-mínimos também apresentaram os piores escores nos componentes físicos no SF-36. e constataram que idosos com menor nível socioeconômico tendem a ter apoio social reduzido e maiores problemas relacionados a saúde.

O presente trabalho apresenta características relevantes uma vez que evidenciou fatores significativos na qualidade de vida de idosos. Estudos que investigam a qualidade de vida em relação às faixas etárias e comorbidades em idosos, ainda são pouco exploradas na literatura (FERREIRA *et al.*, 2018). Apesar dos avanços e contribuições da pesquisa, é preciso mencionar algumas limitações. O público encontrado em praças, restaurantes, igrejas e arredores de clínicas trata-se de idosos com relativa capacidade funcional e convívio social. Esse fato pode, inclusive, explicar o baixo número amostral de idosos com mais de 80 anos. Todavia, essa é uma característica de estudos com a população de idosos. Ademais os dados devem ser interpretados com cautela, uma vez que, se trata de um grupo de idosos de uma cidade específica. No entanto, os resultados encontrados, são semelhantes e equiparáveis aos de estudos que abordam outras comunidades de idosos.

Conclusão

Os achados do presente estudo sugerem que a qualidade de vida dos idosos pode ser influenciada pelo sexo, faixa etária, prática de exercícios, ingestão de bebidas alcoólicas, IMC, comorbidades, estado civil, situação de trabalho e classificação

socioeconômica. Esses resultados demonstram a necessidade do desenvolvimento de medidas que permitam à população ter boa qualidade de vida na velhice como aquelas relacionadas à prevenção de doenças crônicas, investimento nas relações sociais, prática de exercícios físicos e melhora das condições socioeconômicas. Uma vez que o mundo está em processo de constante envelhecimento populacional é necessário que a população seja conscientizada sobre esta fase da vida e se preocupe em desenvolver estratégias para melhor vivenciá-la. No entanto, para que a conscientização seja possível, é importante também que o poder público cumpra o seu papel, por meio do investimento em questões estruturais e na formulação de políticas públicas condizentes com as necessidades dos idosos para que os mesmo tenham possibilidade de acesso às ferramentas indispensáveis para uma melhor qualidade de vida.

Referências

- ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (2015). *Critério de Classificação Econômica Brasil*. Disponível em: <http://p.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em: xx
- BAYÁN-BRAVO A.; PÉREZ-TASIGCHANA R.F.; SAYÓN-OREA C.; MARTÍNEZ-GÓMEZ D.; LÓPEZ-GARCÍA E.; RODRÍGUEZ-ARTALEJO F.; GUALLAR-CASTILLÓN P. Combined Impact of Traditional and Non-Traditional Healthy Behaviors on Health-Related Quality of Life: A Prospective Study in Older Adults. *Plos One*, San Francisco, v.12, n.1, p. e0170513, 2017.
- CAMELO L.V.; GIATTI L.; BARRETO S. M. Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos residentes em região de alta vulnerabilidade para saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 9, n. (2), p. 280-93, 2016.
- CICONELLI R.M.; FERRAZ M. B.; SANTOS P.; MINEIRÃO I.; QUARESMA M. R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de Qualidade de Vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, Campinas, v. 39, n.3, p. 143-150, 1999.
- FERREIRA L.K.; MEIRELES J.F.F.; FERREIRA M.E.C. Avaliação do estilo e qualidade de vida em idosos: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, vol. 21, n.5, p. 639-651, 2018.
- GOUVEIA B.R.; GOUVEIA B.R.; IHLE A.; KLIEGEL M.; MAIA J.; BADIA S.B.; FREITAS D. Correlates of health-related quality of life in young-old and old-old community-dwelling older adults. *Quality of Life Research*, Oxford, v.26, n. 6, p.1561-1569, 2017.
- GONÇALVES S.B.; ARAÚJO A.P.S.; NASCIMENTO JÚNIOR J.B.A.; OLIVEIRA D.V. qualidade de vida e indicativos de depressão em idosas praticantes de exercícios físicos em academias da terceira idade da cidade de Maringá (PR). *Revista Saúde e Pesquisa*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 557-567, 2015.

- GONZÁLEZ-RUBIO E.; SAN MAURO I.; LÓPEZ-RUIZ C.; DÍAZ-PRIETO L.E.; MARCOS A.; NOVA E. Relationship of moderate alcohol intake and type of beverage with health behaviors and quality of life in elderly subjects. *Quality of Life Research*, Oxford v. 25, n. 8, p. 1931–1942, 2016.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico*, 2010. Recuperado de: <https://censo2010.ibge.gov.br/>.
- LIMA B.M.; ARAÚJO F.A.; SCALTOLIN F.A.A. Qualidade de vida e independência funcional de idosos frequentadores do clube do idoso do município de Sorocaba. *ABCS Health Sci.*, Santo André, v. 41, n.3, p.168-175, 2011.
- LIMA M.G.; BARROS M.B.; CÉSAR L.G.; GOLDBAUM M.; CARANDIN L.; ALVES M.C.G.P. Health-related behavior and quality of life among the elderly: a population-based study. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.45, n. 3, p. 485–493, 2011.
- MARQUES L.P.; SCHNEIDER I.J.C.; D’ORSI E. Quality of life and its association with work, the Internet, participation in groups and physical activity among the elderly from the EpiFloripa survey, Florianópolis, Santa Catarina State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, 2016.
- MINAYO M.C.S.; HARTZ Z.M.A.; BUSS P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 7-18, 2000.
- MIRANDA G.M.D.; MENDES A.C.G.; SILVA A.L.A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3 p. 507-519, 2016.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Geneva: WHO, 1995. Disponível em: http://p.unu.edu/unupress/food/FNBv27n4_suppl_2_final.pdf
- PAKIZ, B *et al.* Correlates of quality of life in overweight or obese breast cancer survivors at enrollment into a weight loss trial. *Psycho-Oncology*, New Jersey, v. 25, n. 2, p. 142–149, 2015.
- PERALES F.; DEL POZO-CRUZ J.; DEL POZO-CRUZ J.; DEL POZO-CRUZ B. On the associations between physical activity and quality of life: findings from an Australian nationally representative panel survey. *Quality of Life Research*, Oxford, v.23, n. 7, p. 1921–1933, 2014.
- PEREIRA A.M.G.; PAULO T.R.S.; SANTOS S.F.S. Efeito do exercício físico na capacidade funcional e atividade da vida diária em idosos: revisão sistemática. *Rev. Acta Brasileira do Movimento Humano*, São Paulo, v.5, n. 5, p. 79-95, 2015.
- ROBLES T.F.; SLATHER R.B.; TROBELLO J.M. McGinn MM. Marital quality and health: A meta-analytic review. *Psychol Bull*, Washington, v.140, n.1, p. 140-187, 2014.
- TAVARES D.M.S.; DIAS F. A. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. *Texto & Contexto - Enfermagem*, São Paulo, v. 21, n.1, p.112–120, 2012.
- VAGGETI G.C.; OLIVEIRA V.; SILVA M.P.; PACÍFICO A.B.; COSTA T.R.A.; CAMPOS P. Associação do índice de massa corporal com a aptidão funcional de idosas participantes de um programa de atividade física. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p. 216-227, 2017.
- WHOQOL, The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science Medicine*, v. 10, n. 41, p.1403-9, 1995.
- WINDLE G.; HUGHES D.; LINCK P.; RUSSELL I.; WOODS B. Is exercise effective in promoting mental well-being in older age? A systematic review. *Aging & Mental Health*, Abingdon, v. 14, n. 6, p. 652–669, 2010.
- ZARAGOZA-MARTÍ A.; FERRER-CASCALES R.; HURTADO-SÁNCHEZ J.A.; LAGUNA-PÉREZ A.; CABAÑERO-MARTÍNEZ M.J. Relationship Between Adherence to the Mediterranean Diet and Health-Related Quality of Life and Life Satisfaction Among Older Adults. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, New York, v. 22, n.1, p. 89–96, 2018.

Apêndice

Reimpressões e permissões

Informações sobre reimpressões e permissões estão disponíveis no site da RBCEH.

Informações da revisão por pares

A RBCEH agradece ao(s) revisor(es) anônimo(s) por sua contribuição na revisão por pares deste trabalho. Relatórios de revisores por pares estão disponíveis no site da RBCEH.

Resumo do relatório

Mais informações sobre o desenho da pesquisa estão disponíveis no site da RBCEH, vinculado a este artigo.

Conflitos de interesses

Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

Correspondência

A correspondência e os pedidos de materiais devem ser endereçados a L.F. I luanak.ferreira@gmail.com.

Vínculo institucional

¹Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora/MG, Brasil.