

Fatores associados à qualidade de vida percebida em adultos mais velhos: ELSI-Brasil

Anita Liberalesso Neri^I, Flávia Silva Arbex Borim^I, Arlete Portella Fontes^I, Dóris Firmino Rabello^{II}, Meire Cachioni^{III}, Samila Sathler Tavares Batistoni^{III}, Mônica Sanches Yassuda^{III}, Paulo Roberto Borges de Souza-Junior^{IV}, Fabíola Bof de Andrade^{VVI}, Maria Fernanda Lima-Costa^{VVI}

^I Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Programa de Pós-graduação em Gerontologia. Campinas, SP, Brasil

^{II} Universidade do Recôncavo da Bahia. Centro de Ciências da Saúde. Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil

^{III} Universidade de São Paulo. Escola de Ciências, Artes e Humanidades. Curso de Gerontologia. São Paulo, SP, Brasil

^{IV} Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Ministério da Saúde. Belo Horizonte, MG, Brasil

^V Fundação Oswaldo Cruz. Instituto René Rachou. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{VVI} Fundação Oswaldo Cruz. Instituto René Rachou. Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento. Belo Horizonte, MG, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Identificar fatores associados à qualidade de vida percebida em amostra nacional representativa da população com 50 anos ou mais.

MÉTODOS: Foram utilizados dados de 7.651 participantes da linha de base do ELSI-Brasil, conduzida entre 2015 e 2016. A qualidade de vida percebida foi aferida pela escala CASP-19, considerando-se como boa qualidade de vida percebida o tercil mais alto. As variáveis independentes incluíram características sociodemográficas, mobilidade, solidão, redes sociais, apoio social e participação social. As associações foram testadas por meio de regressão de Poisson multivariada.

RESULTADOS: A melhor qualidade de vida percebida apresentou associação positiva e independente com a frequência de encontros com amigos (RP = 1,25 para pelo menos uma vez a cada 2–3 meses e RP = 1,36 para pelo menos uma vez por semana), suporte instrumental dentro de casa, de cônjuge ou companheiro (RP = 1,69) e suporte emocional de outros parentes (RP = 1,45), de filho, nora ou genro (RP = 1,41) e do cônjuge ou companheiro(a) (RP = 1,33). Associações negativas foram observadas para idade igual ou superior a 80 anos (RP = 0,77), escolaridade igual a 4–7 e 8 anos ou mais (RP = 0,78 e 0,75, respectivamente) e dificuldade na mobilidade (RP = 0,83).

CONCLUSÕES: Além da idade e da escolaridade, a mobilidade, a sociabilidade e o suporte instrumental e emocional estão associados à qualidade de vida percebida entre adultos mais velhos brasileiros. Essas características devem ser consideradas nas ações visando à promoção da qualidade de vida dessa população.

DESCRITORES: Idoso. Qualidade de Vida. Autoavaliação. Fatores Socioeconômicos. Redes Comunitárias. Inquéritos Epidemiológicos.

Correspondência:

Anita Liberalesso Neri
Av. Tessália Vieira de Camargo, 120
13083-887 Campinas, SP, Brasil
E-mail: anitalbn@uol.com.br

Recebido: 12 dez 2017

Aprovado: 30 abr 2018

Como citar: Neri AL, Borim FSA, Fontes AP, Rabello DF, Cachioni M, Batistoni SST, et al. Fatores associados à qualidade de vida percebida em adultos mais velhos: ELSI-Brasil. Rev Saude Publica. 2018;52 Supl 2:16s

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

Os modelos mais utilizados em pesquisa na velhice utilizam medidas de condições de saúde, como morbidade, fragilidade, mortalidade e incapacidade, e de situação socioeconômica, como renda, escolaridade e arranjos de moradia¹⁻⁵. Isso é compreensível, uma vez que essas medidas servem para orientar a tomada de decisões sobre políticas públicas para a velhice, que é associada com declínio da saúde e da funcionalidade, com altos custos sociais. Considerando a importância da família e dos grupos de amigos, conhecidos e voluntários para a proteção e o cuidado de idosos, mesmo em países com bons sistemas de apoio formal, um segundo importante foco da investigação diz respeito à estrutura e à funcionalidade das redes informais de relacionamentos, que tanto podem proteger a saúde e o bem-estar dos idosos dos efeitos das perdas e adversidades quanto promover a continuidade do seu desenvolvimento⁶. No aspecto das relações sociais, incluem-se o tamanho das redes, os tipos de vínculo, a frequência de interações, a disponibilidade de apoios e os níveis de participação social exibidos pelos idosos que, por sua vez, se associam consistentemente com padrões de morbidade, mortalidade e funcionalidade física e cognitiva^{1,6-9}.

À medida que pesquisas revelam que variáveis subjetivas são capazes de predições comparáveis ou mais robustas de desfechos em saúde do que indicadores objetivos de bem-estar físico, econômico e social¹⁰⁻¹⁵, elas têm sido cada vez mais integradas à avaliação de qualidade de vida em adultos e idosos. Além disso, sugere-se que sejam consideradas como focos de políticas públicas voltadas para esses grupos¹⁶. Integram a categoria de indicadores subjetivos de qualidade de vida, por exemplo, a solidão^{4,10-12}; a percepção de suficiência da renda para suprir as necessidades pessoais e familiares¹⁵; o julgamento dos apoios advindos dos membros das redes informais^{6,17,18}; e o bem-estar psicológico, identificado com uma definição eudaimônica de felicidade, como busca de aperfeiçoamento pessoal e senso de valor, propósito e ajustamento pessoal^{19,20}.

A operacionalização do conceito de qualidade de vida em termos eudaimônicos é feita pela CASP-19, escala com 19 itens designados pelo acrônimo formado pelas iniciais dos nomes de seus fatores: *control, autonomy, self-realization e pleasure*^{1,21}. Para Hyde et al.²¹, uma medida de qualidade de vida deve distinguir-se dos fenômenos contextuais e individuais capazes de influenciá-la, como saúde, redes sociais e circunstâncias materiais. A CASP-19 é baseada na noção de que controle, autonomia, autorrealização e prazer são necessidades básicas, ontológicas ou inerentes à natureza humana. Controle é definido como a capacidade de intervir ativamente no ambiente, e autonomia é compreendida como o direito de um indivíduo idoso ser livre de interferências indesejáveis por parte de outrem^{1,21}. Autorrealização e prazer dizem respeito ao processo ativo e reflexivo de as pessoas se perceberem como agentes ativos da própria vida^{1,21}.

A literatura consultada não mostra estudos brasileiros de abrangência nacional sobre a qualidade de vida de adultos mais velhos. Tampouco existem estudos populacionais que tenham adotado um enfoque psicológico de qualidade de vida percebida (QVP) utilizando a CASP-19. O presente trabalho teve por objetivo descrever as variações da qualidade de vida em amostra nacional representativa de adultos mais velhos, considerando características sociodemográficas, mobilidade e sociabilidade.

MÉTODOS

Fonte de Dados

Para esta análise foram utilizados dados da linha de base do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), conduzida entre 2015 e 2016. A amostra foi composta por 8.424 adultos mais velhos selecionados dentre os 9.412 participantes da linha de base ELSI-Brasil, por terem respondido aos itens de interesse deste estudo (módulo psicossocial), sem a ajuda de um respondente substituto. A amostra do ELSI-Brasil foi delineada para representar a população brasileira não institucionalizada de 50 anos ou mais, residente em 70 municípios localizados nas cinco regiões geográficas do país. Para a seleção da amostra, foi utilizado um

delineamento com seleção por estágios, que combinou a estratificação dos municípios, dos setores censitários e dos domicílios. Todos os residentes de 50 anos ou mais dos domicílios selecionados foram elegíveis para a entrevista individual. Informações detalhadas sobre a amostragem, as variáveis e os instrumentos, e a coleta de dados do ELSI-Brasil são encontradas no sítio eletrônico da pesquisa^a e em publicação anterior de Lima-Costa et al.²²

Variáveis

A variável dependente do estudo foi QVP, avaliada por meio da CASP-19, escala com 19 itens tipo *Likert* (de nunca = 0 a sempre = 3) referenciada aos domínios controle, autonomia, autorrealização e prazer, de cujo acrônimo deriva o seu nome. Sua pontuação varia de zero a 57. Por meio desse instrumento, convidam-se os participantes a avaliar em que extensão cada item descreve seus sentimentos a respeito da própria vida^{1,21,23}. Os que pontuaram no tercil superior (48 pontos ou mais) foram considerados detentores de melhor QVP.

As variáveis independentes do estudo incluíram: características sociodemográficas (idade, sexo e escolaridade), mobilidade, sentimento de solidão, interações sociais e participação social. Para avaliar a mobilidade, foram utilizados quatro itens sobre o grau de dificuldade para caminhar 100 metros, subir um lance de escada ou subir vários lances de escada sem parar ou descansar, e andar 1 km de forma contínua. A dificuldade na mobilidade foi atribuída àqueles que responderam ter qualquer dificuldade (alguma, muita ou não consegue) para realizar uma ou mais das atividades mencionadas¹⁶. A solidão foi definida pela experiência emocional de estar só, socialmente isolado ou privado de relações ou interações esperadas ou significativas¹⁰⁻¹². A solidão teve sua avaliação realizada mediante o item da *Center for Epidemiological Scale – Depression* (CES-D)²⁴: “Com que frequência o(a) senhor(a) se sente sozinho ou solitário?” (nunca, algumas vezes ou sempre). As interações sociais foram aferidas pela frequência de interações face a face com filhos, outros parentes e amigos, nos últimos 12 meses¹⁶.

Os níveis de participação social foram indicados pelo envolvimento em oito tipos de atividades sociais selecionadas de um inventário contendo 14 atividades avançadas de vida diária (AAVD), definidas como atividades sociais e de lazer de natureza discricionária, que espelham preferências, motivações e habilidades individuais, influenciadas por fatores psicossociais²⁵. As atividades foram categorizadas de acordo com as exigências do ambiente (de pequenas, impostas por ambientes mais restritos, a grandes, impostas pelos mais abertos) e com o grau de complexidade das atividades (com menor ou maior exigência de independência e autonomia)²⁶. No nível proximal, ficaram as AAVD: (1) convidar outras pessoas para virem à própria casa; (2) visitar amigos ou familiares em suas respectivas casas; e (3) manter contato com outras pessoas por meio de cartas, telefone, *e-mail*, redes sociais e internet; no nível intermediário: (4) reunir-se com amigos para jogar jogos de mesa; e (5) sair com outras pessoas para ir a lugares públicos, como restaurantes, clubes e praças; e no distal: (6) participar de atividades sociais organizadas ou de grupos comunitários; (7) realizar trabalho voluntário; e (8) participar de associações civis, partidos políticos, conselhos ou diretorias. Os itens eram dicotômicos e referiam-se aos 12 meses precedentes. Foram somadas as respostas positivas em cada nível. Nessa análise, as participações nos níveis proximal, intermediário e distal foram categorizadas como “sim” (tem pelo menos uma atividade) e “não”.

As fontes de apoio foram determinadas pelas expectativas dos participantes sobre quem, em caso de necessidade, lhes ofereceria ajuda para cuidar da casa, para realizar tarefas fora de casa, para ouvir suas confidências e emprestar-lhes dinheiro ou objetos. As respostas foram categorizadas em cônjuge ou companheiro, filho, nora ou genro, outros parentes, outros (amigos, empregada doméstica, outro empregado remunerado, vizinhos) e ninguém.

Análise Estatística

As análises das associações das variáveis independentes com a variável dependente foram examinadas por meio de razões de prevalência e respectivos intervalos de confiança estimados pela regressão de Poisson. Inicialmente, foi examinada a associação entre cada variável independente e a QVP (uma variável dicotômica categorizada como tercil

^a Fundação Oswaldo Cruz. Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros. Rio de Janeiro; c2015 [citado 28 nov 2017]. Disponível em: <http://elsi.cqqr.fiocruz.br>

superior *versus* mais baixo) ajustada por idade e sexo. A seguir, foi desenvolvido o modelo de regressão múltipla final. O modelo final foi simultaneamente ajustado por todas as variáveis independentes, uma vez que não foi identificada colinearidade entre elas (média do *variance inflation factor* = 1,22). A análise dos dados foi realizada com os comandos *svy* do *software* Stata, versão 14.0 (Stata Corp., *College Station*, Estados Unidos), que incorpora as ponderações decorrentes do delineamento amostral.

Aspectos Éticos

O ELSI-Brasil foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz, Minas Gerais, Brasil (CAAE 34649814.3.0000.5091). Todos os entrevistados assinaram termo de consentimento livre e esclarecido para participação no estudo.

RESULTADOS

Dentre os 8.424 participantes que responderam sem a ajuda de um informante substituto ao módulo psicossocial, 7.651 tinham informações completas para todas as variáveis, motivo pelo qual foram incluídos na análise. Destes, 2.227 foram classificados como tendo boa QVP. Entre os participantes do estudo, a média de idade foi de 61,0 anos, 53,2% eram mulheres e 38,3% tinham menos de quatro anos de escolaridade. Outras características dos participantes da amostra estão indicadas na Tabela 1.

Na Tabela 2, estão representados os resultados da análise ajustada por idade e sexo da associação entre QVP e características sociodemográficas, mobilidade e sentimento de solidão. Os homens, em comparação com as mulheres, apresentaram melhor avaliação da QVP. Pior avaliação foi observada para idade igual ou superior a 80 anos, escolaridade igual a 4–7 e 8 anos ou mais e dificuldade na mobilidade.

Entre as interações sociais, somente a frequência de encontros com amigos apresentou associação estatisticamente significativa com a melhor QVP após ajustamentos por idade e sexo. A melhor QVP também foi associada à participação em atividades sociais no nível distal (Tabela 3).

Exceto a expectativa de suporte instrumental fora de casa, todas as demais expectativas apresentaram associações com a QVP, independentemente do sexo e da idade. São elas: suporte instrumental dentro de casa (por outras pessoas, filho, nora ou genro e por cônjuge

Tabela 1. Características dos 7.651 participantes da amostra. Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), 2015–2016.

Característica	Porcentagem ou média	IC95%
Sexo feminino	46,8	43,6–49,4
Média da idade	61,9	61,2–62,6
Escolaridade < 4 anos	38,3	35,5–41,2
Dificuldade na mobilidade	53,8	51,1–56,5
Sente-se solitário sempre	14,9	13,5–16,5
Não tem filhos ou os encontra < 1 vez ao ano	29,0	27,0–31,1
Não tem outros parentes ou os encontra < 1 vez ao ano	17,2	15,7–18,9
Não tem amigos ou os encontra < 1 vez ao ano	12,0	10,7–13,4
Participa de atividades sociais: nível proximal	89,6	87,4–91,4
Participa de atividades sociais: nível intermediário	52,1	48,4–55,8
Participa de atividades sociais: nível distal	55,3	52,3–58,3
Principal suporte instrumental dentro de casa: filhos/ nora ou genro	42,8	40,8–44,8
Principal suporte instrumental fora de casa: filhos/ nora ou genro	49,7	47,6–51,8
Principal suporte emocional: filhos/ nora ou genro	34,3	32,2–36,5
Principal suporte material: filhos/ nora ou genro	35,1	33,1–37,1

Todos os dados são expressos em porcentagens, exceto quando especificado. Todas as estimativas consideram o peso dos indivíduos e os parâmetros amostrais.

Tabela 2. Prevalência e razão de prevalência (RP) da melhor qualidade de vida percebida (QVP)^a, segundo variáveis sociodemográficas, mobilidade e solidão. Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), 2015–2016.

Variável	Prevalência da melhor QVP ^a	RP ajustada por sexo e idade ^b	IC95%
Sexo			
Feminino	26,0	1	
Masculino	30,3	1,16	1,04–1,28 ^c
Faixa etária (anos)			
50–59	28,7	1	
60–69	27,6	0,96	0,86–1,07
70–79	27,9	0,98	0,84–1,14
80 ou mais	23,0	0,80	0,68–0,95 ^d
Escolaridade (anos)			
< 4	32,9	1	
4–7	26,1	0,77	0,69–0,86
8 ou mais	25,8	0,75	0,68–0,83
Dificuldade na mobilidade			
Não	31,0	1	
Sim	25,5	0,84	0,74–0,95
Sentimento de solidão			
Nunca/ Às vezes	28,0	1	
Sempre	28,4	1,05	0,93–1,19

^a Definida por pontuação no tercil superior da CASP-19.

^b Razão de prevalência estimada pela regressão de Poisson.

^c Ajustada por faixa etária.

^d Ajustada por sexo.

Tabela 3. Prevalência e razão de prevalência (RP) da melhor qualidade de vida percebida (QVP)^a, segundo a frequência de interações sociais face a face com familiares e amigos precedentes e participação social nos últimos 12 meses. Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), 2015–2016.

Variável	Prevalência da melhor QVP ^a	RP ajustada por sexo e idade ^b	IC95%
Encontro com filhos			
Não tem filhos ou os encontra menos de 1 vez ao ano	27,7	1	
1–2 vezes ao ano	31,1	1,13	0,96–1,33
Pelo menos 1 vez a cada 2–3 meses	29,0	1,06	0,91–1,23
1 ou mais vezes por semana	27,4	1,01	0,89–1,14
Encontro com outros parentes			
Não tem parentes ou menos de 1 vez ao ano	27,7	1	
1–2 vezes ao ano	29,4	1,05	0,93–1,19
Pelo menos 1 vez a cada 2–3 meses	27,2	0,97	0,85–1,10
1 ou mais vezes por semana	28,1	1,00	0,90–1,11
Frequência com que encontra algum amigo			
Não tem amigos ou menos de 1 vez ao ano	21,1	1	
1 ou 2 vezes ao ano	22,9	1,10	0,77–1,57
Pelo menos 1 vez a cada 2–3 meses	26,6	1,25	1,01–1,55
1 ou mais vezes por semana	29,7	1,39	1,18–1,63
Participação em atividades sociais: nível proximal			
Não	27,6	1	
Sim	28,1	1,07	0,87–1,34
Participação em atividades sociais: nível intermediário			
Não	28,2	1	
Sim	27,9	1,06	0,94–1,18
Participação em atividades sociais: nível distal			
Não	27,0	1	
Sim	28,9	1,11	1,01–1,22

^a Definida por pontuação no tercil superior da CASP-19.

^b Razão de prevalência estimada pela regressão de Poisson.

ou companheiro); suporte emocional (de outros parentes, filho, nora ou genro e cônjuge ou companheiro) e suporte material (de filho, nora ou genro) (Tabela 4).

Tabela 4. Prevalência e razão de prevalência (RP) da melhor qualidade de vida percebida (QVP)^a, segundo as fontes de suporte instrumental, emocional e material. Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), 2015–2016.

Variável	Prevalência da melhor QVP ^a	RP ajustada por sexo e idade ^b	IC95%
Suporte instrumental dentro de casa			
Ninguém	15,9	1	
Outros	26,9	1,67	1,10–2,53
Outros parentes	25,2	1,54	0,99–2,39
Filho/ Nora ou genro	28,0	1,77	1,16–2,69
Cônjuge ou companheiro(a)	31,4	1,86	1,23–2,81
Suporte instrumental fora de casa			
Ninguém	19,4	1	
Outros	26,0	1,34	0,86–2,09
Outros parentes	27,2	1,39	0,94–2,07
Filho/ Nora ou genro	28,1	1,47	0,99–2,19
Cônjuge ou companheiro	29,1	1,45	0,95–2,21
Suporte emocional			
Ninguém	18,9	1	
Outros	24,6	1,31	0,99–1,74
Outros parentes	27,7	1,46	1,14–1,87
Filho/ Nora ou genro	29,3	1,59	1,26–2,02
Cônjuge ou companheiro(a)	30,2	1,51	1,18–1,92
Suporte material			
Ninguém	24,8	1	
Outros	27,7	1,09	0,89–1,34
Outros parentes	26,2	1,04	0,86–1,25
Filho/ Nora ou genro	29,1	1,21	1,01–1,44
Cônjuge ou companheiro(a)	30,5	1,21	0,96–1,52

^a Definida por pontuação no tercil superior da CASP-19.

^b Razão de prevalência estimada pela regressão de Poisson.

Tabela 5. Variáveis que apresentaram associações estatisticamente significativas ($p < 0,05$) com a qualidade de vida percebida (QVP)^a na análise final multivariada. Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), 2015–2016.

Variável	RP ajustada*	IC95%
Faixa etária (<i>versus</i> 50–59 anos)		
60–69	0,92	0,83–1,03
70–79	0,91	0,78–1,08
80 ou mais	0,77	0,65–0,92
Escolaridade (<i>versus</i> < 4 anos)		
4–7	0,78	0,69–0,88
8 ou mais	0,75	0,66–0,85
Dificuldade na mobilidade (<i>versus</i> não)		
	0,83	0,73–0,93
Frequência com que encontra algum amigo (<i>versus</i> não tem amigos ou menos de 1 vez ao ano)		
1 ou 2 vezes ao ano	1,08	0,77–1,51
Pelo menos 1 vez a cada 2–3 meses	1,25	1,03–1,52
1 ou mais vezes por semana	1,36	1,17–1,58
Suporte instrumental dentro de casa (<i>versus</i> ninguém)		
Outros	1,48	0,97–2,23
Outros parentes	1,36	0,85–2,17
Filho/ Nora ou genro	1,51	0,99–2,31
Cônjuge ou companheiro(a)	1,69	1,10–2,59
Suporte emocional (<i>versus</i> ninguém)		
Outros	1,22	0,92–1,62
Outros parentes	1,45	1,13–1,85
Filho/ Nora ou genro	1,41	1,10–1,80
Cônjuge ou companheiro(a)	1,33	1,03–1,71

* Estimada por meio da regressão de Poisson e ajustadas por todas as variáveis do estudo.

Na Tabela 5, estão exibidas as variáveis que apresentaram associações estatisticamente significativas ($p < 0,05$) com a QVP na análise multivariada final. A melhor QVP mostrou associação positiva e independente com a frequência de encontros com amigos (RP = 1,25 para pelo menos uma vez a cada 2–3 meses e RP = 1,36 para pelo menos uma vez por semana), suporte instrumental dentro de casa de cônjuge ou companheiro (RP = 1,69) e suporte emocional de outros parentes (RP = 1,45), de filho, nora ou genro (RP = 1,41) e do cônjuge ou companheiro(a) (RP = 1,33). Associações negativas foram observadas para idade igual ou superior a 80 anos (RP = 0,77), escolaridade igual a 4–7 e 8 anos ou mais (RP = 0,78 e 0,75, respectivamente) e dificuldade na mobilidade (RP = 0,83).

DISCUSSÃO

Neste estudo, foi observada pior QVP entre os mais idosos, entre aqueles com nível mais alto de escolaridade e entre os participantes com dificuldade na mobilidade. Por outro lado, a melhor QVP foi observada entre os grupos que encontravam os amigos com mais frequência; que contavam com apoio instrumental de cônjuges e apoio emocional de outros parentes, de descendentes da primeira geração e outros e de cônjuges. Essas associações persistiram após ajustamentos mútuos e por outras características relevantes.

A menor prevalência de melhor QVP entre os participantes de 80 anos ou mais é dado corrente na literatura^{1,2,9}. Pode ser atribuída ao fato de estarem mais expostos a terem incapacidades associadas a doenças crônicas, dor crônica e depressão^{1–5} e, assim, mais prejuízos aos sentidos de controle e autonomia do que pessoas de menos de 60 anos.

Pior QVP entre aqueles com escolaridade mais alta é informação que contraria os dados dominantes^{4,5}. Uma possível explicação é o baixo nível socioeconômico e o baixo capital social dessas pessoas permitirem apenas a satisfação das necessidades humanas mais básicas, o que lhes impossibilitaria aspirar à satisfação de necessidades de ordem superior. Pessoas com essa história podem julgar a própria renda insuficiente e, ao mesmo tempo, atribuir alta pontuação a sua qualidade de vida. Essa avaliação positiva possivelmente funciona como elemento protetor em face dos efeitos negativos da sua insatisfação com a qualidade da própria vida, ao passo que a pontuação baixa em QVP pode funcionar como um estressor, minando os recursos pessoais de resiliência. Outra possibilidade de manejo da situação seria assumir um estilo de vida incongruente com os rendimentos, o que poderia acarretar aumento do estresse psicossocial¹⁵.

Mais da metade dos idosos declararam ter algum grau de limitação quanto à mobilidade. A mobilidade reduzida associa-se com desfechos negativos em saúde, como estilo de vida sedentário, obesidade, incapacidade física, pior qualidade de vida e mortalidade prematura²⁷; é, pois, um elemento crítico ao bem-estar dos idosos. A associação entre ausência de dificuldade em mobilidade e melhor QVP observada nesta análise é, portanto, consistente com a literatura.

Segundo a teoria de seletividade socioemocional, a rede de relações sociais sofre redução na velhice⁸. Longe de refletir algum imperativo social de afastamento prejudicial ou indesejado para os idosos, essa redução tem caráter adaptativo. Em face da diminuição da perspectiva de tempo futuro, os idosos tendem a manter as relações que lhes trazem conforto emocional e a descartar as que não se encaixam nessa descrição, geralmente as mais periféricas. A mesma teoria ajuda a explicar por que o contato com amigos é mais importante para o bem-estar dos adultos mais velhos e dos idosos do que o contato com familiares. Enquanto os primeiros são relacionamentos de livre escolha, podendo ser selecionados com base em afinidades, além de não serem estressantes, os segundos são de caráter obrigatório e podem impor situações de intercâmbio social desagradáveis, intrusivas, desgastantes e dificilmente evitáveis^{8–12}. Atividades realizadas com a família provocam aumento nos afetos positivos e negativos, mas não aumentam a satisfação, ao passo que as realizadas com os amigos aumentam os afetos positivos e diminuem os negativos, originando aumento na satisfação⁷.

A aceitabilidade dos apoios sociais é um tema complexo, sujeito a influências da idade, do sexo e das condições de saúde e da capacidade funcional dos receptores de cuidado, dos estereótipos vigentes sobre o envelhecimento, das expectativas sociais e da disponibilidade dos membros da rede para ofertar apoios. De modo geral, os idosos tendem a aceitar mais os apoios emocionais provenientes de amigos do que de filhos e outros parentes, e tendem a aceitar mais os apoios instrumentais e materiais provenientes do cônjuge e dos filhos do que de pessoas de fora da família⁷. Neste estudo, confirmando o importante lugar ocupado pela família como núcleo relacional e locus de apoio social aos mais velhos, foi observada maior razão de prevalência de alta QVP entre os participantes que esperavam contar com apoio material proveniente dos descendentes da primeira geração, possivelmente por validar suas expectativas sociais de respeito e retribuição e de fortalecer o senso de autorrealização como pais. Receber apoios instrumentais e emocionais de quaisquer fontes mostrou-se mais importante para a determinação da QVP do que não os receber de ninguém. No entanto, as maiores razões de prevalência associadas à recepção de apoios instrumentais de cônjuges e familiares mais próximos confirmam a importância dada à família como fonte desses apoios. Apesar das contradições e dos conflitos familiares, parece ser melhor para o bem-estar dos idosos aceitar ajuda de familiares do que expor a própria dependência a pessoas de fora da família.

Idosos insatisfeitos com o apoio recebido da família têm grande chance de conviver com depressão, afetos negativos e sentimentos de solidão¹⁵. Se encarada como algo indesejável e permanente, motivada por isolamento social e por falta dos apoios esperados, a solidão tende a relacionar-se com aumento de morbidades, mortalidade e baixa QVP^{9,11-13}. Se focalizada como experiência afetiva modificável por apoio emocional, produto de processo de seletividade socioemocional ou experiência necessária ao crescimento pessoal, a solidão assume uma feição positiva. Nesta pesquisa, o sentimento de solidão não apresentou associação estatisticamente significativa com a QVP.

Não foi observada associação independente entre a QVP dentre os adultos mais velhos e os diferentes níveis de participação social, contrariando expectativas geradas por dados que mostram a participação em atividades sociais mais complexas como elemento favorecedor das avaliações de QVP, graças à associação com maior independência e autonomia, com melhor saúde mental, com menor risco de solidão^{12,13}, e com mais habilidades interpessoais refinadas e de resolução de problemas²⁷. No entanto, lembrar que o envolvimento em AAVD é, também, uma questão de motivação e de seletividade socioemocional, e que o engajamento em atividades sociais mais complexas depende do nível educacional e do capital social das pessoas ajuda a interpretar dados de aparência inicialmente contraintuitiva.

Estudos que focalizaram relações entre posição socioeconômica e QVP em pessoas com 60 anos ou mais registraram forte associação entre baixa posição socioeconômica e baixa QVP. No entanto, essas associações mostram-se fracas quando ajustadas por suporte social. Ou seja, mesmo que prejudicados por baixa condição objetiva ou subjetiva de saúde, por pobreza e por falta de oportunidades, os idosos podem desfrutar dos benefícios protetores dos apoios sociais informais sobre a visão global do próprio ajustamento e da vida como um todo^{28,29}. Redes de amigos mais amplas, ter um(a) companheiro(a), ter um confidente e não pontuar negativamente na avaliação dos relacionamentos próximos favorecem a QVP²⁸. Tamanho da rede social e frequência de contatos com a rede relacionam-se positivamente com a QVP, depois de controlados fatores de confusão, como características sociodemográficas, fatores socioeconômicos e doenças crônicas¹⁸.

Em pesquisas futuras, será interessante estudar o desempenho de cada um dos fatores da CASP-19 em relação às variáveis psicossociais consideradas na presente investigação. A inclusão de doenças crônicas e de incapacidades físicas a elas associadas, assim como das variáveis raça e arranjos de moradia, poderá acrescentar explicações às variações em QVP e seus fatores, conforme as variáveis: idade e sexo, escolaridade e renda percebida. Finalmente, a utilização de análises multivariadas avançadas poderá permitir melhor discriminação das relações entre as variáveis e a proposição de explicações teóricas mais satisfatórias para os dados.

A exemplo do que vem acontecendo em outros países, o aumento da longevidade da população exigirá cada vez mais que os pesquisadores brasileiros gerem conhecimentos que permitam conciliar as condições e os conceitos de boa qualidade de vida, fragilidade e cuidado³⁰. Concepções multidimensionais de saúde e de bem-estar, com um lugar reservado para o bem-estar psicológico, como variável protetora e como variável promotora do desenvolvimento, poderão ser um bom ponto de partida de novas políticas e práticas sociais afinadas com essas novas necessidades. Nossos resultados mostraram que, além da idade e da escolaridade, a mobilidade, a sociabilidade e o suporte instrumental e emocional estão associados à QVP entre adultos mais velhos. Essas características devem ser consideradas nas ações visando à promoção da qualidade de vida dessa população.

REFERÊNCIAS

1. Wiggins RD, Higgs PFD, Hyde M, Blane DB. Quality of life in the third age: key predictors of the CASP-19 measure. *Ageing Soc.* 2004;24(5):693-708. <https://doi.org/10.1017/SO144686X04.002284>
2. Demakakos P, McMunn A, Steptoe A. Well-being in older age: a multidimensional perspective. In: Banks J, Lessof C, Nazroo J, Rogers N, Stafford M, Steptoe A, editors. Financial circumstances, health and well-being of the older population in England. The 2008 English Longitudinal Study of Ageing (Wave 4). London: The Institute for Fiscal Studies; 2010. p.131-93.
3. Li CI, Lin CH, Lin WY, Liu CS, Chang CK, Meng NH, et al. Successful aging defined by health-related quality of life and its determinants in community-dwelling elders. *BMC Public Health.* 2014;14:1013. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1013>
4. Shankar A, McMunn A, Demakakos P, Hamer M, Steptoe A. Social isolation and loneliness: prospective associations with functional status in older adults. *Health Psychol.* 2017;36(2):179-87. <https://doi.org/10.1037/hea0000437>.
5. Conde-Sala JL, Portellano-Ortiz C, Calvó-Perxas L, Garre-Olmo J. Quality of life in people aged 65+ in Europe: associated factors and models of social welfare analysis of data from the SHARE project (Wave 5). *Qual Life Res.* 2017;26(4):1059-70. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1436-x>
6. Feeney BC, Collins NL. New look at social support: a theoretical perspective on thriving through relationships. *Pers Soc Psychol Rev.* 2015;19(2):113-47. <https://doi.org/10.1177/1088868314544222>
7. Huxhold O, Miche M, Schüz B. Benefits of having friends in older ages: differential effects of informal social activities on well-being in middle-aged and older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2013;69(3):366-75. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt029>
8. English T, Carstensen LL. Selective narrowing of social networks across adulthood is associated with improved emotional experience in daily life. *Int J Behav Dev.* 2014;38(2):195-202. <https://doi.org/10.1177/0165025413515404>
9. Hamren K, Chungkham HS, Hyde M. Religion, spirituality, social support and quality of life: measurement and predictors CASP-12 (v2) amongst older Ethiopians living in Addis Ababa. *Ageing Ment Health.* 2015;19(7):610-21. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.952709>
10. Li H, Ji Y, Chen T. The roles of different sources of social support on the emotional well-being among Chinese elderly. *PLoS One.* 9(3):e90051. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0090051>
11. Shankar A, Rafnsson SB, Steptoe A. Longitudinal associations between social connections and subjective well-being in the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychol Health.* 2015;30(6):686-98. <https://doi.org/10.1080/08870446.2014.979823>
12. Niedzwiedz CL, Richardson EA, Tunstall H, Shortt NK, Mitchell RJ, Pearce JR. The relationship between wealth and loneliness among older people across Europe: Is social participation protective? *Prev Med.* 2016;91:24-31. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.07.016>
13. Hornby-Turner YC, Peel NM, Hubbard RE. Health assets in older age: a systematic review. *BMJ Open.* 2017;7(5):e013226. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013226>
14. Gu D, Feng Q, Sautter JM, Yang F, Ma L, Zhen Z. Concordance and discordance of self-rated and researcher-measured successful aging: subtypes and associated factors. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2017;72(2):214-27. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw143>

15. Gildner TE, Liebert MA, Capistrant BD, D'Este C, Snodgrass JJ, Kowal P. Perceived income adequacy and well-being among older adults in six low and middle-income countries. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2016;gbw145. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw145>
16. Nagi SZ. An epidemiology of disability among adults in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*. 1976;54(4):439-67. <https://doi.org/10.2307/3349677>
17. Rafnsson SB, Shankar A, Steptoe A. Longitudinal influences of social network characteristics on subjective well-being of older adults: findings from the ELSA Study. *J Aging Health*. 2015;27(5):919-34. <https://doi.org/10.1177/0898264315572111>
18. Gouveia OMR, Matos AD, Schouten MJ. Social networks and quality of life of elderly persons: a review and critical analysis of literature. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(6):1030-40. <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160017>
19. Ryff CD. Psychological well-being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychother Psychosom*. 2014;83(1):10-28. <https://doi.org/10.1159/000353263>
20. Gale CR, Cooper C, Deary IJ, Aihie Sayer A. Psychological well-being and incident frailty in men and women: the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychol Med*. 2014;44(4):697-706. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001384>
21. Hyde M, Wiggins RD, Blane D, Higgs P. A measure of quality of life in early old age: the theory development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Aging Ment Health*. 2003;7(3):86-94. <https://doi.org/10.1080/1360786031000101157>
22. Lima-Costa MF, Andrade FB, Souza Jr PRB, Neri AL, Oliveira Duarte YA, Castro-Costa E, de Oliveira C. The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil): objectives and design. *Am J Epidemiol*. 2018;187(7):1345-53. <https://doi.org/10.1093/aje/kwx387>
23. Neri AL, Borim FSA, Batistoni SST, Cachioni M, Rabelo DF, Fontes AP, et al. Nova validação semântico-cultural e estudo psicométrico da CASP-19 em adultos e idosos brasileiros. *Cad Saude Publica* (No prelo).
24. Batistoni SST, Neri AL, Cupertino AP. Validade e confiabilidade da versão brasileira da *Center for Epidemiological Scale - Depression* (CES-D) em idosos brasileiros. *Psico USF*. 2010;15(1):13-22. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712010000100003>
25. Reuben DB, Laliberte L, Hiris J, Mor V. A hierarquical exercise scale to measure function at the advanced activities of daily living (AADL) level. *J Am Geriatr Soc*. 1990;38(8):855-61. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1990.tb05699.x>
26. Levasseur M, Richard L, Gauvin L, Raymond E. Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: proposed taxonomy of social activities. *Soc Sci Med*. 2010;71(12):2141-9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.041>
27. Griffith LE, Raina P, Levasseur M, Sohel N, Payette H, Tuokko H, et al. Functional disability and social participation restriction associated with chronic conditions in middle-aged and older adults. *J Epidemiol Community Health*. 2017;71(4):381-9. <https://doi.org/10.1136/jech-2016-207982>
28. Liao J, Brunner EJ. Structural and functional measures of social relationships and quality of life among older adults: does chronic disease status matter? *Qual Life Res*. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1052-1>
29. Read S, Grundy E, Foverskov E. Socio-economic position and subjective health and well-being among older people in Europe: a systematic narrative review. *Aging Ment Health*. 2016;20(5):529-42. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1023766>
30. Tesch-Römer C, Wahl HW. Toward a more comprehensive concept of successful aging: disability and care needs. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2017;72(2):310-8. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw162>

Financiamento: A linha de base do ELSI-Brasil foi financiada pelo Ministério da Saúde (DECIT/SCTIE – Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (Processo 404965/2012-1); COSAPI/DAPES/SAS – Coordenação da Saúde da Pessoa Idosa, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde (Processos 20836, 22566 e 23700); e Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovação e Comunicação.

Contribuição dos Autores: Concepção, análise e interpretação dos resultados, preparação e redação do manuscrito e revisão crítica do conteúdo: ALN, FSAB, APF, DFR, MC, SSTB, MSY, PRBSJr, FBA e MFLC. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.