



Análise da qualidade de vida e fatores associados em um grupo de idosos vinculados ao setor suplementar de saúde da cidade de São Paulo, Brasil

Analysis of quality of life and associated factors in a group of elderly persons with supplemental health plans in the city of São Paulo, Brazil

Maria Elisa Gonzalez Manso^{1,2} 
Leandro Tadeu Prazeres Maresti³ 
Henrique Souza Barros de Oliveira² 

Resumo

Objetivo: Mensurar a qualidade de vida (QV) e os fatores associados a um grupo de idosos assistidos por uma operadora de plano de saúde da cidade de São Paulo, Brasil. **Método:** Estudo transversal com 169 idosos vinculados a um plano de saúde e participantes de um programa de promoção à saúde e prevenção de riscos e doenças. Adotou-se os instrumentos *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)* versão Bref e Old para a avaliação da QV dos idosos. Após análise descritiva, realizou-se análise comparativa por meio do Teste t *Student* e ANOVA. O Teste de Brown-Forsythe foi aplicado para situações em que não foram encontradas homogeneidade e o Teste de Tukey para comparações múltiplas. **Resultados:** As maiores médias de QV foram encontradas nos domínios *Psicológico* [72,1 ($\pm 14,3$)] e *Meio Ambiente* [68,0 ($\pm 15,4$)] e na faceta *Intimidade* [72,5 ($\pm 20,8$)], enquanto que no domínio *Físico* [64,3 ($\pm 18,0$)] e na faceta *Morte e Morrer* [61,2 ($\pm 23,2$)] foram observadas as piores. Neste grupo, fatores como obesidade, neoplasia e internação hospitalar prévia foram associados negativamente a sua QV, enquanto que idosos jovens, do sexo feminino, viúvos, portadores de doenças crônicas não transmissíveis e limitadas a duas morbidades, praticar atividade física e ter assistência clínica prestada por um médico de referência influenciaram positivamente. **Conclusão:** Os achados desta pesquisa mostraram altos níveis de satisfação com a sua saúde e a QV, além de trazer relevantes discussões sobre preditores que influenciam na QV de idosos assistidos pelo setor suplementar. Ressalta ainda, a necessidade de novas estratégias de ação que assegurem melhorias de cuidados à saúde do idoso.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Qualidade de Vida. Dinâmica Populacional. Promoção da Saúde. Planos de Pré-Pagamento em Saúde.

¹ Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Coordenadoria Geral de Especialização, Aperfeiçoamento e Extensão. São Paulo, SP, Brasil.

² Centro Universitário São Camilo (CUSC-SP), Faculdade de Medicina. São Paulo, SP, Brasil.

³ Informar Saúde Teleorientações, Unidade de Pesquisa e Educação Continuada. São Paulo, SP, Brasil.

Os autores declaram não haver conflito na concepção desse trabalho.
Não houve financiamento na execução deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Maria Elisa Gonzalez Manso
mansomeg@hotmail.com

Recebido: 31/01/2019
Aprovado: 12/08/2019

Abstract

Objective: To measure the Quality of Life (QoL) and associated factors in a group of elderly persons receiving care through a health plan operator in the city of São Paulo, Brazil. **Method:** A cross-sectional study was carried out with 169 elderly persons enrolled in a health plan and who were participants in a program to promote health and prevent risks and diseases. The Bref and Old versions of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instruments were adopted for the evaluation of the QoL of the elderly. After descriptive analysis, a comparative analysis was performed through the Student's t-tests and ANOVA. The Brown-Forsythe test was applied for situations in which no homogeneity was found and the Tukey test for multiple comparisons was applied. **Results:** The highest mean QoL values were found in the *Psychological* [72.1 (\pm 14.3)] and *Environment* [68 (\pm 15.4)] and *Intimacy* [72.5 (\pm 20.8)] domains, while the worst results were found in the *Physical* [64.3 (\pm 18)] domain and in the *Death and Dying* facet [61.2 (\pm 23.2)]. In this group, factors such as obesity, neoplasia and previous hospitalizations were negatively associated with QoL, whereas young elderly, female, widows, carriers of chronic non-communicable diseases and those limited to two morbidities, who practiced physical activity and had clinical care provided by a reference physician had a positive influence. **Conclusion:** The findings of this research showed high levels of satisfaction with health and QoL, in addition to raising relevant discussions about predictors that influence the QoL of the elderly receiving care from the supplementary sector. It also emphasizes the need for new strategies of action to ensure improvements in the health care of the elderly.

Keywords: Health of the Elderly. Quality of Life. Population Dynamics. Health Promotion. Prepaid Health Plans.

INTRODUÇÃO

Segundo o censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população idosa e a expectativa de vida vêm crescendo significativamente no Brasil¹. Entretanto, o aumento da expectativa de vida não se associa, obrigatoriamente, a melhora na qualidade de vida (QV). Esta última, conceituada pela *World Health Organization* (WHO) como “a percepção do indivíduo quanto à sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive, levando em conta suas metas, expectativas, padrões e preocupações”. Trata-se de uma definição polissêmica, cujos componentes podem oscilar de pesquisador para pesquisador².

A avaliação da QV da pessoa idosa abrange diversos aspectos, tais como: capacidade funcional; nível socioeconômico; estado psicológico; interação social; atividade intelectual; autocuidado; apoio familiar; valores socioculturais, éticos e religiosos; processo de morte e morrer; estilo de vida; satisfação com o emprego e/ou atividades de vida diárias; o ambiente em que se vive e frequenta. Sabe-se que, as alterações ocasionadas pelo processo fisiológico e patológico do envelhecimento corroboram para uma

queda na QV desse grupo, justificando a relevância de estudos que suportem estratégias e ações voltadas à prevenção e manutenção do envelhecimento ativo³.

Atualmente, o setor suplementar de saúde brasileiro assiste, em suas necessidades de saúde, a, aproximadamente, 30% da população do país, sendo que desses cerca de 14% representam a população idosa e caracteriza-se por oferecer planos de saúde pré-pagos ou seguro saúde. Esses serviços oferecem a mesma cobertura que o setor público, mas com diferenças por possuírem redes próprias de clínicas, laboratórios e hospitais em todo o território nacional. Nota-se, também, que a população idosa assistida pelo setor suplementar de saúde apresenta condições demográficas e socioeconômicas diferenciadas em relação à renda, acesso, escolaridade e idade comparada à maioria da população idosa brasileira⁴.

Há poucos estudos no país voltados para esse setor, sendo que há alguns anos o governo brasileiro vem estimulando políticas públicas voltadas para esse segmento populacional e contribuindo com mudanças no modelo de prestação de serviço das operadoras de plano de saúde (OPS), as quais ainda centram a assistência à saúde fornecida por elas na

doença. Assim, desde 2005, o governo brasileiro vem discutindo com as empresas que comercializam planos de saúde no Brasil, programas que atendam as especificidades de saúde das pessoas idosas por eles atendidas. A intenção é a transformação desse modelo em outro, centrado na pessoa e na atenção integrada à saúde do indivíduo, com implementações progressivas de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças⁵⁻⁷.

Essas ações, realizadas na forma de programas, buscam estimular o autocuidado, enfatizando a educação em saúde, com o objetivo principal de prevenir, tanto o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), quanto o desencadeamento de agravos dessas. No entanto, há ainda pouco avanço neste campo, principalmente devido ao pouco conhecimento sobre a saúde das pessoas assistidas por OPS⁵⁻⁷.

Este estudo teve como objetivo mensurar a qualidade de vida e os principais fatores associados a essa em um grupo de idosos participantes de um programa de prevenção de doenças crônicas em uma operadora de planos de saúde, na cidade de São Paulo, Brasil.

MÉTODO

Estudo quantitativo, descritivo, exploratório e transversal realizado entre dezembro de 2017 e agosto de 2018 mediante aplicação dos instrumentos a pessoas a partir de 60 anos de idade, assistidas por uma OPS e participantes de um programa de prevenção de DCNT e suas complicações, da cidade de São Paulo, SP, Brasil.

O programa ao qual esse grupo de idosos participantes dessa pesquisa está vinculado é oferecido pela OPS com escopo em ações realizadas e coordenadas por uma equipe multiprofissional, garantindo-se o acompanhamento, avaliação e monitoramento contínuos dos participantes por meio de indicadores de saúde. O gerenciamento clínico dos idosos assistidos é realizado mediante monitoramentos telefônicos mensais e por visitas domiciliares, durante as quais o estado clínico dos idosos assistidos é avaliado^{6,7}.

Cabe salientar que, a entrada e adesão a esse programa são espontâneas, bastando ter diagnóstico de, pelo menos, uma DCNT por um médico, não existindo limite de tempo de permanência no programa.

Para essa pesquisa, calculou-se o tamanho da amostra dentro do total de 301 idosos participantes do programa. Por meio do Teorema do Limite Central, considerou-se erro amostral de 5% e intervalo de confiança de 95%, resultando uma amostra representativa de 169 idosos, sorteados aleatoriamente dentro dos participantes do programa descrito. O único critério de exclusão adotado foi o diagnóstico médico de doenças neuropsiquiátricas que poderiam impedir esses idosos de responder as perguntas dos instrumentos, já que os mesmos são autopreenchíveis.

Os instrumentos utilizados foram: questionário estruturado para coleta de variáveis sociodemográficas e estado de saúde e os instrumentos *World Health Organization Quality of Life-Bref* (WHOQOL-Bref) e o *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults* (WHOQOL-Old) para mensurar a QV dos idosos participantes^{8,9}.

O questionário estruturado foi elaborado pelos pesquisadores e abordou características sociodemográficas dos idosos pesquisados, tais como: idade; sexo; situação conjugal e ocupacional; e perguntas referentes ao estado de saúde do idoso como: sedentarismo, caracterizado pela ausência de atividade física supervisionada; obesidade mensurada por meio do índice de massa corporal (IMC), de acordo com padrão de corte para a idade¹⁰; presença de doenças crônicas degenerativas em tratamento até o momento da entrevista; data da realização da última consulta médica; se o idoso possuía médico específico de referência e a presença ou não de internações hospitalares no último ano.

A QV dos idosos foi mensurada por meio dos instrumentos WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old, ambos desenvolvidos pelo *The WHOQOL Group* em 1998 e adaptados transculturalmente para o Brasil em 2000^{8,11}. Esses instrumentos foram testados em estudos prévios e apresentaram propriedades psicométricas satisfatórias na investigação da QV em idosos brasileiros.

O WHOQOL-Bref, forma abreviada do WHOQOL-100, é composto por 26 questões, sendo duas gerais, relacionadas à QV e à saúde global e 24 que compõem os quatro domínios: a) Físico; b) Meio Ambiente; c) Psicológico; e d) Relações Sociais. Utilizado em conjunto com o módulo WHOQOL-Old, que consiste em 24 questões atribuídas a seis facetas: a) Funcionamento dos Sentidos; b) Autonomia; c) Atividades Passadas, d) Presentes e Futuras; e) Morte e Morrer; e f) Intimidade. O WHOQOL-Old é um instrumento específico para a avaliação da QV em idosos e deve ser aplicado em conjunto ao WHOQOL-Bref⁹.

A coleta dos dados ocorreu por meio de visitas em domicílio, previamente agendadas por telefone, os contatos dos participantes foram repassados pela OPS. Durante o contato, o objetivo da pesquisa foi explicitado aos idosos, deixando claro que sua participação era voluntária e que sua não aceitação não interferiria na atenção prestada pelo plano de saúde. A partir desta etapa, as informações obtidas por meio das visitas foram submetidas à revisão e à codificação. Os dados coletados foram armazenados em prontuários eletrônicos e, posteriormente, transferidos e armazenados em um banco de dados próprio do estudo. Caso fossem constatados dados inconsistentes entre os bancos de dados, procedia-se a correção por meio da consulta à entrevista original.

As respostas obtidas por meio dos instrumentos autoaplicáveis foram consolidadas com suas respectivas sintaxes, sendo os domínios do WHOQOL-Bref e as facetas do WHOQOL-Old analisadas separadamente. Os escores foram calculados utilizando uma sintaxe, elaborada e recomendada pelo *The WHOQOL Group*, para o *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®). De maneira geral, cada domínio/faceta foi representado em escores percentuais de zero a 100, sendo o maior valor correspondente a melhor percepção da QV¹².

A análise dos dados apropriou-se da estatística descritiva. Para a comparação entre os domínios/facetadas dos instrumentos WHOQOL e as variáveis com dois grupos, apresentadas acima, foi aplicado o Teste t *Student*. Na comparação entre variáveis com três ou mais grupos foi realizada a Análise de

Variância (ANOVA). Para situações em que não foram encontradas homogeneidade, realizou-se ajuste por meio do Teste de Brown-Forsythe. Em comparações múltiplas, o Teste de Tukey foi aplicado.

Todos os resultados foram analisados pelo *software* SPSS, sendo adotado o critério de determinação de significância estatística de 5% ($p < 0,05$).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), sob o parecer nº 2.284.626, seguindo as regras da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Somente após essa aprovação os idosos foram contatados.

RESULTADOS

A casuística desse estudo foi composta por 169 idosos, sendo a maioria do sexo masculino ($n=87$; 51,5%), com média de idade 71,6 ($\pm 8,0$) anos, casados e aposentados, como se apresenta na Tabela 1. Em relação às condições clínicas e hábitos de vida dos idosos, a DCNT de maior prevalência foi a hipertensão arterial sistêmica, seguida pelo diabetes *Mellitus* tipo 2. São idosos sedentários, com média de comorbidades de 2,4 ($\pm 1,2$) DCNT, variando entre um e cinco DCNT. Observou-se ainda que a maioria era assistida por médicos de referência fidelizado, com consultas em um tempo inferior a seis meses e que vários apresentavam história prévia de internação hospitalar, ultrapassando duas internações ao ano.

Na mensuração da QV, observou-se que os domínios do WHOQOL-Bref com maiores escores foram o *Psicológico* [$M=72,1$ ($\pm 14,3$)] e o *Meio Ambiente* [$M=68,0$ ($\pm 15,4$)], enquanto o com pior escore foi o *Físico* [$M=64,3$ ($\pm 18,0$)], como demonstrado na Tabela 2.

A avaliação das duas questões gerais e iniciais determinou que 75% ($n=127$) dos idosos avaliaram a sua QV como boa ou muito boa e 63,6% ($n=108$) declararam estar satisfeitos com a sua saúde.

Em relação ao WHOQOL-Old, como nota-se na Tabela 3, as facetas com melhores escores foram: *Intimidade* [$M=72,5$ ($\pm 20,8$)] e *Funcionamento do Sentido*

[M=70,3 (\pm 20,3)], enquanto a pior foi *Morte e Morrer* [M=61,2 (\pm 23,2)]. Quanto ao escore total de ambos os instrumentos, o WHOQOL-Bref apresentou pontuação superior ao WHOQOL-Old.

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas de grupo de idosos (N=169) assistidos por uma operadora de planos de saúde. São Paulo, SP, 2018.

Variáveis	n (%)
Sexo	
Masculino	87 (51,5)
Feminino	82 (48,5)
Idade (anos)	
60-70	82 (48,5)
\geq 71	87 (51,5)
Situação conjugal	
Casado	109 (64,5)
Viúvo	36 (21,3)
Solteiro	21 (12,4)
Outros	03 (1,8)
Situação ocupacional	
Aposentado	128 (75,7)
Ativo	25 (14,8)
Pensionista	14 (8,3)
Dependente econômico	02 (1,2)
Doenças Crônicas Não Transmissíveis	
Hipertensão arterial	119 (70,4)
Diabetes <i>mellitus</i>	63 (37,3)
Câncer	42 (24,9)
Depressão	13 (7,7)
Dor crônica	06 (3,6)
Obesidade	42 (24,9)
Sedentarismo	91 (53,8)
Comorbidades	
0-2	90 (53,2)
\geq 3	79 (46,7)
Possui médico de referência	159 (94,1)
Última consulta médica	
Em menos de seis meses	149 (88,2)
Entre seis meses e um ano	20 (11,8)
Internação hospitalar	
Nunca esteve internado	61 (36,1)
Já esteve internado	108 (63,9)
Internou até duas vezes no último ano	65 (38,5)
Internou mais de duas vezes no último ano	104 (61,5)

Tabela 2. Escores obtidos no instrumento WHOQOL-Bref no grupo de idosos (N=169) assistidos por uma operadora de planos de saúde. São Paulo, SP, 2018.

Domínios	Média (desvio-padrão)	Mediana	Mínimo-Máximo
Físico	64,3 (±18,0)	64,3	14,3-100
Psicológico	72,1 (±14,3)	75,0	25,0-100
Relações Sociais	67,4 (±18,8)	66,7	16,7-100
Meio Ambiente	68,0 (±15,4)	68,8	31,3-100
Q1*	75,0 (±18,4)	75,0	25,0-100
Q2 **	63,6 (±24,3)	75,0	0,0-100
Escore total	67,93 (±13,5)	70,19	37,50-98,08

*Q1= questão 1 do WHOQOL-Bref – *Como você avaliaria sua qualidade de vida?* **Q2= questão 2 do WHOQOL-Bref – *Quão satisfeito você está com a sua saúde?*

Tabela 3. Escores obtidos no instrumento WHOQOL-Old no grupo de idosos (N=169) assistidos por uma operadora de planos de saúde. São Paulo, SP, 2018.

Facetas	Média (desvio-padrão)	Mediana	Mínimo-Máximo
Funcionamento do Sentido	70,3 (±20,3)	75,0	25,0-100
Autonomia	65,1 (±17,7)	68,8	12,5-100
Atividades Passadas, Presentes e Futuras	66,4 (15,6)	68,8	25,0-100
Participação Social	63,8 (17,2)	68,8	18,8-100
Morte e Morrer	61,2 (23,2)	62,5	0,0-100
Intimidade	72,5 (20,8)	75,0	0,0-100
Escore total	66,5 (±11,1)	66,7	34,4-88,5

Observou-se que as menores pontuações situavam-se entre (a) idosos com neoplasia no domínio *Relações Sociais* ($p=0,042$); (b) obesos na faceta *Participação Social* ($p=0,025$) e (c) idosos com internação hospitalar prévia nos domínios *Físico* ($p=0,001$), *Psicológico* ($p=0,042$), *Relações Sociais* ($p=0,07$), escore total ($p=0,007$) e nas facetas *Autonomia* ($p=0,020$), *Atividades Passadas, Presentes e Futuras* ($p=0,001$), *Participação Social* ($p<0,001$), *Intimidade* ($p<0,001$) e escore total do WHOQOL-Old ($p<0,001$).

Em contraponto, alguns fatores foram encontrados com os maiores escores de alguns domínios/facetatas tais como: (a) sexo feminino e o domínio *Meio Ambiente* ($p=0,009$), facetas *Funcionamento do Sentido* ($p<0,001$) e *Intimidade* ($p=0,027$); (b) faixa etária até 70 anos e o domínio *Físico* ($p=0,001$); (c) viúvos e a faceta *Autonomia* ($p=0,040$); (d) não aposentados e faceta *Funcionamento do Sentido* ($p=0,010$); (e) idosos com menos de duas comorbidades e domínio *Físico* ($p=0,046$); (f) ter hipertensão e escore total do

WHOQOL-Old ($p=0,045$); (g) não ter depressão e os domínios *Psicológico* ($p<0,001$), *Relações Sociais* ($p<0,001$), *Meio Ambiente* ($p=0,005$), escore total do WHOQOL-Bref ($p<0,001$), facetas *Atividades Passadas, Presentes e Futuras* ($p<0,001$), *Participação Social* ($p=0,002$), *Intimidade* ($p=0,004$) e escore total do WHOQOL-Old ($p=0,020$); (h) prática de atividade física e o domínio *Físico* ($p=0,004$), faceta *Atividades Passadas, Presentes e Futuras* ($p=0,007$) e escore total do WHOQOL-Old ($p=0,026$); (i) ser assistido por um médico de referência e o domínio *Físico* ($p=0,002$).

DISCUSSÃO

O grupo de idosos pesquisados caracterizou-se pelo discreto predomínio de idosos do sexo masculino, o que difere da maioria dos grupos apresentados na literatura, onde há maioria de mulheres neste tipo de programa, principalmente na região Sudeste do Brasil. Com relação às características sociodemográficas dos idosos vinculados ao setor suplementar de saúde

brasileiro, as maiores coberturas concentram-se nos idosos casados, aposentados e com faixas etárias acima de 70 anos, com destaque para 80 e mais anos, dados que corroboram aos encontrados nessa pesquisa^{6,7,13,14}.

As doenças e agravos não transmissíveis (DANT) – que englobam as DCNT e as violências e acidentes – representam atualmente a maior causa de procura aos serviços de saúde, morbimortalidade, incapacidade e queda na QV da população idosa mundial, sendo responsáveis por 81,2% dos óbitos na cidade de São Paulo (SP), proporção esta que vem crescendo a cada ano¹⁵⁻¹⁷.

As DCNT ou doenças crônico-degenerativas representam um grupo de doenças com multiplicidade de fatores de risco, etiologia não totalmente elucidada, que cursam durante muitos anos, de modo assintomático, capazes de gerar lesões irreversíveis e complicações que determinam variáveis graus de incapacidade e até o óbito. Dentre as DCNT, responsáveis por até 75% das mortes paulistas, destacam-se condições como as doenças cardiocirculatórias, neoplásicas e metabólicas¹⁴. Nesse estudo, observou-se um predomínio de hipertensão arterial, seguida por diabetes *Mellitus*, neoplasias e obesidade, perfil semelhante com a distribuição exposta na literatura, em pesquisas com grupos semelhantes^{7,16,17}.

Sabe-se ainda que, quanto mais longo o idoso, maior o número de condições crônicas e a sua prevalência, dando espaço para a presença de comorbidades – ocorrência concomitante de duas ou mais doenças em um mesmo indivíduo – fator diretamente relacionado com maior incapacidade funcional^{18,19}. No grupo pesquisado, destaca-se a prevalência de múltiplas comorbidades, o que, aliado à elevada média etária, pode demonstrar maior risco de perda de autonomia e independência para essas pessoas, como destaca a literatura^{7,14,18}.

Ressalva-se a observância, entre esses idosos, de serem assistidos por um médico de referência, com predomínio de consultas a menos de seis meses anteriores à pesquisa, corroborando a importância de programas educacionais para melhoria da adesão ao tratamento. Mesmo assim, mais da metade do grupo já foi internado pelo menos uma vez ao longo da vida,

sendo que quase 62% dos idosos pesquisados já foram internados mais de duas vezes no último ano, mesmo realizando consultas médicas com periodicidade, dado preocupante aos pesquisadores e que se destaca em relação à literatura.

Em relação à QV, os domínios do WHOQOL-Bref no qual esses idosos apresentaram maior pontuação e, conseqüentemente, maior nível de satisfação, foram *Psicológico* seguido pelo *Meio Ambiente*, achado divergente a outros estudos com idosos brasileiros que encontraram maiores médias de pontuação no domínio *Relações Sociais*¹⁹⁻²³.

O desempenho desse grupo no domínio *Psicológico* evidencia o quão satisfeitos estão em relação às questões relacionadas aos sentimentos, autoestima, aparência, memória, concentração, espiritualidade e crenças pessoais, contrastando com outros grupos previamente estudado que sofrem com o processo de adaptação da senescência²¹.

O domínio *Meio Ambiente* é capaz de avaliar o ambiente em que o idoso está inserido, englobando aspectos referentes às condições de moradia; socialização; transporte; segurança física; lazer; recursos financeiros e a proteção. Ressalva-se que na maioria dos estudos brasileiros encontrados e realizados com idosos, esse domínio costuma ter menor pontuação, prejudicando a avaliação da QV dos idosos, achado contrário ao observado nesse estudo^{20,23,24}. O fato de os idosos pesquisados residirem em uma grande cidade e possuírem características diferenciadas de renda e acesso, como já citado, pode explicar o elevado desempenho desse grupo no domínio *Meio Ambiente*.

Por outro lado, o pior desempenho foi notado no domínio *Físico*, também em divergência à literatura. Acredita-se que o fato de ter idosos no grupo que, além de já ter uma DCNT, apresentem comorbidades com outras doenças e internações hospitalares anteriores em número elevado, pode explicar este achado, já que se tratam de condições que pode limitá-los na realização de atividades de vida diária com impacto na QV^{18,22}.

Quanto às duas questões gerais do WHOQOL-Bref, verificou-se que a maioria dos idosos estavam satisfeitos ou muito satisfeitos com a sua saúde,

apresentando também boa percepção de QV global. Esse resultado evidencia que grande parte dos idosos desse grupo tem uma percepção positiva de sua QV e de sua condição de saúde, até o momento da entrevista.

A análise das facetas do instrumento WHOQOL-Old constatou escore médio maior na faceta *Intimidade* e menor escore médio para *Morte e Morrer*. Ressalta-se que, apesar dos resultados encontrados nesse estudo serem compatíveis com os encontrados em outros estudos conduzidos com idosos portadores de DCNT, os escores médios obtidos pelos idosos desse grupo são superiores aos descritos na literatura^{21,23}. O alto desempenho na faceta *Intimidade* pode ser explicado pela satisfação com a convivência e as relações íntimas com os seus companheiros e aqueles que os cercam, tendo em vista o predomínio de idosos casados e que vivem com as suas famílias. Por outro lado, nota-se que existe uma dificuldade de aceitação do processo de morte e morrer nesse grupo.

Ao analisar quais aspectos sociodemográficos e clínicos estão associados, significativamente, à QV dos idosos desse estudo, observaram-se algumas diferenças em relação à outras pesquisas de cunho nacional voltadas para a mensuração deste construto na pessoa idosa^{2,3,18-20,24}.

Em relação ao sexo, as mulheres do grupo pesquisado apresentaram desempenho superior aos homens no domínio *Meio Ambiente*, facetas *Funcionamento do Sensório* e *Intimidade* e os idosos viúvos na faceta *Autonomia*. Ambos os achados divergem da literatura. A maioria das pesquisas encontra uma maior insatisfação das mulheres com sua QV nesses domínios, principalmente relacionada às influências de fatores psicossociais derivados do papel tradicional da mulher, muito presentes na coorte de pessoas hoje consideradas idosas^{18,24}. Ressalta-se que as mulheres do grupo pesquisado têm uma característica própria que as diferencia da maioria da população idosa feminina brasileira: 52 (63%) apresentam escolaridade elevada, com nível médio e superior completo, o que não é caracteristicamente observado em mulheres idosas brasileiras. Esta condição pode ter influenciado nestes resultados¹.

Os idosos que vivem sem companheiro e que tiveram perdas importantes durante a vida, tendem a ter menor contato com familiares, amigos, baixa

frequência de ajuda recebidas e prestadas, nem sempre observando resiliência no processo de perda e controle da sua autonomia, como encontrado nesse grupo^{18,24}.

A relação entre idosos jovens, abaixo de 70 anos, e o domínio *Físico*, mostrou-se dado não reportado por outros estudos^{3,20}. Esse achado pode ser atribuído ao menor número de comorbidades e certa preservação da autonomia entre estes idosos, quando comparados com os idosos mais velhos do grupo. O mesmo se aplica à relação não aposentadoria e a faceta *Funcionamento do Sensório*.

Pode-se depreender que, para esse grupo de idosos, o sexo feminino, a viuvez, a idade e o trabalho parecem ser fatores de proteção que influenciam positivamente a QV, assim como ter menos de duas comorbidades, não ter depressão e ser assistido por um médico de referência. A presença de condições crônicas, principalmente, as DCNT afetam significativamente a QV dos idosos, porém, quando essas são diagnosticadas precocemente, adequadamente tratadas e são instituídas medidas preventivas, com estímulo ao autocuidado e prevenção de complicações sistêmicas decorrentes dessas doenças, a independência e a autonomia dos idosos permanecem preservadas^{18-20,24}.

Destaca-se, ainda, o fato de que níveis mais altos de continuidade de cuidados, em qualquer ambiente, com qualquer grupo de pessoas, tanto de médicos que trabalham em atenção primária à saúde quanto de especialistas, encontram-se associados a menores taxas de mortalidade. A continuidade dos cuidados é associada pelas pessoas a um médico mais sensível, à individualização dos cuidados por elas recebidos e ao entendimento, por esse médico, de suas necessidades, o que pode explicar o achado nessa pesquisa²⁵.

Verificou-se ainda, nesse estudo, a influência positiva entre a prática regular de atividades físicas e QV. Assim como reportado em outros estudos, sabe-se que praticar atividade física são medidas capazes de retardar perdas funcionais e prevenir possíveis desfechos negativos e indesejados^{2,20}.

Nesse estudo, a presença de neoplasia e obesidade foram duas características associadas negativamente tanto às facetas quanto aos domínios relacionados com participação social, vínculos e afetos, evidenciando a

dificuldade desse grupo em participar de atividades de convívio social e a necessidade de suporte afetivo para essas pessoas.

A presença de história prévia de internação hospitalar foi outra associação que interferiu, sobremaneira e negativamente, na QV dessas pessoas idosas. Durante a internação hospitalar, os idosos podem evoluir com perda da funcionalidade, também conceituada como incapacidade associada à hospitalização (IAH), devido a inúmeros fatores: progressão da condição clínica; doenças prévias subjacentes; procedimentos a que é submetido; dificuldade de adaptação ao envelhecimento e a fragilidade²⁶. Mas, no ambiente hospitalar, a solidão, o medo da morte e outras questões psicossociais também influenciam a pessoa idosa, não só durante o ato, mas mesmo após a alta, como demonstram as respostas desse grupo.

Os resultados obtidos nesse estudo evidenciam fatores significativos na avaliação da QV de um grupo de idosos assistidos pelo setor suplementar de saúde brasileira, no município de São Paulo (SP), quanto aos aspectos sociodemográficos, clínicos e hábitos de vida. No entanto, esses resultados devem ser interpretados com cautela devido às particularidades do grupo estudado. Além disso, o delineamento transversal do estudo não permite estabelecer relações de causalidade. Outra limitação se refere às próprias características dos instrumentos WHOQOL utilizados, pois, são instrumentos de autorrelato, portanto, sujeitos a viés de resposta.

CONCLUSÃO

O grupo pesquisado apresentou melhor qualidade de vida nos domínios *Psicológico* e *Meio Ambiente* e nas facetas *Intimidade* e *Funcionamento do Sensorio*, sendo reportado pelo grupo um alto nível de satisfação com a sua saúde e a qualidade de vida global. Por outro lado, houve pior percepção dos idosos no domínio *Físico* e na faceta *Morte e Morrer*.

Notou-se ainda que, o sexo feminino, a viuvez, a idade, o trabalho, ter menos de duas comorbidades, não ter depressão, ser assistido por um médico de referência e praticar atividade física parecem ser fatores de proteção que influenciam positivamente a qualidade de vida desse grupo. Porém, internações hospitalares prévias e a presença de obesidade e câncer, geram fatores de desgaste, influenciando negativamente a qualidade de vida desse grupo de pessoas.

Cabe salientar que, os resultados desse estudo devem ser utilizados e interpretados com cautela, pois, retratam um grupo diferenciado quanto à renda, escolaridade, acesso a serviços de saúde, tratamento e ambiente mais acessíveis.

Os resultados dessa pesquisa trazem discussões importantes sobre preditores que influenciam na qualidade de vida de idosos assistidos pelo setor de saúde suplementar e indicam a necessidade de políticas e estratégias de ação que assegurem melhorias de cuidado aos idosos em todas as suas especificidades e diversidade.

Editado por: Ana Carolina Lima Cavaletti

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileira de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais (SIS): uma análise das condições de vida da população brasileira 2015. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
2. Vagetti GC, Moreira NB, Barbosa Filho VC, Oliveira V, Cancian, CF, Mazzardo O, et al. Domínios da qualidade de vida associados à percepção de saúde: um estudo com idosos de um programa de atividade física em bairros de baixa renda de Curitiba, Paraná, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2013;18(12):3483-93.
3. Dawalibi NW, Goulart RMM, Prearo LC. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. *Ciênc Saúde Colet*. 2014;19(8):3505-12.
4. Manso MEG, Maretti LTP, Osti AV. Program for prevention of falls among elders: experiences in a Brazilian health plan. *MOJ Gerontol Geriatr*. 2018;3(2):217-8.
5. Manso MEG. Envelhecimento, saúde do idoso e o setor de planos de saúde no Brasil. *Rev Kairós*. 2017;20(4):135-51.

6. Manso MEG, Câmara R, Souza SA, Maciel TD, Farina DBL. Programa de gerenciamento de doenças crônicas em um plano de saúde, São Paulo, Brasil. *Ciênc Cuid Saúde*. 2016;15(2):321-7.
7. Manso MEG, Osti AV, Maretti LTP, Borrozino NF. Análise do gerenciamento de doenças crônicas em uma operadora de planos de saúde na cidade de São Paulo. *Rev SODEBRAS*. 2018;13(151):77-82.
8. World Health Organization. WHOQOL: Measuring quality of life [Internet]. Genebra: WHO; 1997 [acesso em 30 dez. 2018]. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
9. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Development and validation of the portuguese version of the WHOQOL-Old module. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(5):785-91.
10. Pascali C, Peliello LC. Avaliação Nutricional. In: Manso MEG, organizador. *Geriatrics: Manual da Liga de Estudos do Processo de Envelhecimento*. São Paulo: Martinari; 2015. p 91-104.
11. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-Bref”. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):178-83.
12. Santos PM. Principais instrumentos de avaliação da qualidade de vida de idosos no Brasil: vantagens e desvantagens na utilização. *Corpoconsciência*. 2015;19(2):25-36.
13. Leite F. Envelhecimento populacional e a composição etária de beneficiários de planos de saúde. São Paulo: IESS; 2011.
14. Oliveira HSB, Sousa JRP, Donis ACG, Manso MEG. Utilização dos critérios de Beers para avaliação das prescrições em idosos portadores de doenças crônicas vinculadas a um plano de saúde. *Rev Bras Ciênc Envelhec Hum*. 2017;14(3):242-51.
15. Malta DC, Stopa SR, Szwarcwald CL, Gomes NL, Silva Júnior JB, Reis AAC. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(2):3-16.
16. Diniz MA, Tavares DMS. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos de um município do interior de Minas Gerais. *Texto & Contexto Enferm*. 2013;22(4):885-92.
17. Manso MEG, Sousa JRP, Oliveira HSB. Análise do perfil neurogeriátrico de um grupo de idosos pertencentes a um plano de saúde do município de São Paulo, Brasil. *Rev Kairós*. 2018;21(2):215-26.
18. Maciel NM, Conti MHS, Simeão SFAP, Corrente JE, Ruiz T, Vitta A. Morbidades referidas e qualidade de vida: estudo de base populacional. *Fisioter Pesqui*. 2016;23(1):91-7.
19. Amaral TLM, Amaral CA, Lima NS, Herculano PV, Prado PR, Monteiro GTR. Multimorbidade, depressão e qualidade de vida em idosos atendidos pela estratégia de saúde da família em Senador Guomard, Acre, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(9):3077-84.
20. Miranda LCV, Soares SM, Silva PAB. Qualidade de vida e fatores associados em idosos de um centro de referência à pessoa idosa. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(11):3533-44.
21. Pereira RMP, Batista MA, Meira AS, Oliveira MP, Kusumota L. Qualidade de vida de idosos com doença renal crônica em tratamento conservador. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(4):887-95.
22. Pilger C, Santos ROPS, Lentsck MH, Marques S, Kusumota L. Bem estar espiritual e qualidade de vida de idosos em tratamento hemodialítico. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(4):721-9.
23. Lima LR, Funghetto SS, Valpe CRG, Santos WS, Funez MI, Stival MM. Qualidade de vida e o tempo do diagnóstico do diabetes mellitus em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(2):180-90.
24. Almeida-Brasil CC, Silveira MR, Silva KR, Lima MG, Faria CDCM, Cardoso CL, et al. Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da atenção primária à saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(5):1705-16.
25. National Health Service [Internet]. Seeing same doctor every time “reduces risk of death”. U.K: NHS; 2018 [acesso em 20 ago. 2018]. Disponível em: <https://www.nhs.uk/news/medical-practice/seeing-same-doctor-every-time-reduces-risk-death/>.
26. Carvalho TC, Valle AP, Jacinto AF, Mayoral VFS, Boas PJFV. Impacto da hospitalização na funcionalidade de idosos: estudo de corte. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(2):134-42.