

# Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos

Renata Junqueira Pereira\*  
Rosângela Minardi Mitre Cotta\*\*  
Sylvia do Carmo Castro Franceschini\*\*\*  
Rita de Cássia Lanes Ribeiro\*\*\*\*  
Rosana Ferreira Sampaio†  
Sílvia Eloiza Priore\*\*\*  
Paulo Roberto Cecon††

## INTRODUÇÃO

Nos países em desenvolvimento, observa-se um envelhecimento populacional acelerado, com um incremento da população idosa maior do que nos países desenvolvidos<sup>1</sup>.

Este artigo é parte da dissertação de mestrado intitulada "Qualidade de vida de idosos – Município de Teixeiras – MG", defendida por Renata Junqueira Pereira (bolsista da Capes) e orientada pela Profa. Dra. Rosângela Minardi Mitre Cotta no Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição, Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa, MG. Este trabalho foi apoiado parcialmente pelo Ministério da Saúde (convênio nº 539/2003).

\* Mestre em Ciência da Nutrição, Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG.

\*\* Doutora em Saúde Pública, Universidade de Valência, Espanha. Professora adjunta, Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG.

\*\*\* Doutora em Ciência, Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, São Paulo, SP. Professora adjunta, Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG.

\*\*\*\* Doutora em Epidemiologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG. Professora adjunta, Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG.

† Doutora em Saúde Pública, Universidade Autônoma de Barcelona, Espanha. Professora adjunta, Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

†† Doutor em Estatística, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP. Professor, Departamento de Informática, Setor de Estatística, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG.

Atualmente, no Brasil, os idosos representam cerca de 10% da população geral. O censo de 2000 informou que, dos 169,5 milhões de brasileiros, 15,5 milhões têm 60 anos ou mais, sendo que projeções apontam um crescimento desse grupo populacional para 18 milhões até 2010 e 25 milhões até 2025<sup>2,3</sup>.

O processo de envelhecimento, que nos países desenvolvidos ocorre de forma gradual, acompanhado de melhorias na cobertura do sistema de saúde, nas condições de habitação, saneamento básico, trabalho e alimentação, no Brasil ocorre rapidamente e num contexto de desigualdades sociais, economia frágil, crescentes níveis de pobreza, com precário acesso aos serviços de saúde e reduzidos recursos financeiros, sem as modificações estruturais que respondam às demandas do novo grupo etário emergente<sup>4,5</sup>.

A tendência ao envelhecimento populacional está acarretando mudanças profundas em todos os setores da sociedade. De acordo com Cotta et al.<sup>6</sup>, a transição demográfica tem um crescente e profundo impacto em todos os âmbitos da sociedade,

mas é na saúde que tem maior transcendência, tanto por sua repercussão nos diversos níveis assistenciais como pela demanda por novos recursos e estruturas.

Assim, destaca-se a relevância científica e social de se investigar as condições que interferem no bem-estar na senescência e os fatores associados à qualidade de vida de idosos, no intuito de criar alternativas de intervenção e propor ações e políticas na área da saúde, buscando atender às demandas da população que envelhece<sup>7</sup>.

A avaliação do estado de saúde está diretamente relacionada à qualidade de vida, influenciada pelo sexo, escolaridade, idade, condição econômica e presença de incapacidades<sup>8</sup>.

Quando se investiga a qualidade de vida relacionada à saúde em sua multidimensionalidade, identificam-se os principais aspectos a serem considerados em relação às potencialidades e peculiaridades de saúde e vida do idoso, interferindo no seu processo saúde-doença<sup>9</sup>.

Dessa forma, avaliar as condições de vida e saúde do idoso permite a implementação de propostas de intervenção, tanto em programas geriátricos quanto em políticas sociais gerais, no intuito de promover o bem-estar dos que envelhecem<sup>9,10</sup>.

A expressão “qualidade de vida” tem várias vertentes, que compreendem desde um conceito popular, amplamente utilizado na atualidade – em relação a sentimentos e emoções, relações pessoais, eventos profissionais, propagandas da mídia, política, sistemas de saúde, atividades de apoio social, dentre outros –, até a perspectiva científica, com vários significados na literatura médica<sup>11</sup>.

Em relação a seu emprego na literatura médica, o termo qualidade de vida vem sendo associado a diversos significados, como condições de saúde e funcionamento social. Qualidade de vida relacionada à saúde (*health-related quality of life*) e estado subjetivo de saúde (*subjective health status*) são conceitos relacionados à avaliação subjetiva do paciente e ao impacto do estado de saúde na capacidade de se viver plenamente<sup>12</sup>.

O grupo de estudiosos em qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS), *The WHOQOL Group*<sup>13</sup>, propõe um conceito para qualidade de vida subjetivo, multidimensional e que inclui elementos positivos e negativos: “qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida,

no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. É um conceito amplo e complexo, que engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características do meio ambiente<sup>14</sup>.

Nesse sentido, a qualidade de vida reflete a percepção que têm os indivíduos de que suas necessidades estão sendo satisfeitas ou, ainda, que lhes estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a auto-realização, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas<sup>14</sup>.

Diferentes conceitos têm sido estabelecidos, dos mais gerais aos mais específicos. Distinção tem sido feita entre a qualidade de vida global, as distintas dimensões da qualidade de vida (domínios) e os componentes que compõem cada dimensão<sup>15</sup>.

De acordo com Arnold et al.<sup>15</sup> e Suurmeijer et al.<sup>16</sup>, o modelo de qualidade de vida de Spilker inclui a qualidade de vida global e os diferentes domínios, bem como os diferentes aspectos que compõem cada domínio. A avaliação da qualidade de vida global, definida como a satisfação geral do indivíduo com a vida e a percepção geral do bem-estar, compõe o primeiro nível do modelo de Spilker. Os domínios da qualidade de vida, separadamente, compõem o segundo nível, e os mais utilizados são o psicológico, o social e o físico, que refletem a qualidade de vida satisfatoriamente, embora alguns estudos incluam também outros domínios, como produtividade, ambiente, cognição, ocupação e situação financeira. E, finalmente, o terceiro nível do modelo de Spilker é composto pelos aspectos específicos de cada domínio.

Sendo o principal propósito avaliar a influência dos domínios da qualidade de vida (físico, psicológico, social e ambiental) no domínio da qualidade de vida global, neste estudo, serão analisados os dois primeiros níveis do modelo de Spilker, uma vez que a literatura é consensual a respeito do estudo destes níveis de qualidade de vida<sup>15</sup>.

Os objetivos do presente estudo foram analisar se existe contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental na qualidade de vida global e investigar em que extensão esses domínios explicam a qualidade de vida global de indivíduos idosos residentes no município de Teixeira (MG), pertencente à Região Sudeste do Brasil.

## MÉTODOS

### *Características do município em estudo*

O município de Teixeira possui uma área territorial de 167 km<sup>2</sup>, densidade demográfica de 66,8 hab/km<sup>2</sup>, atingindo uma altitude de 648 m. Geograficamente, pertence à microrregião de Viçosa e à mesorregião da Zona da Mata do estado de Minas Gerais, situado na Região Sudeste do Brasil<sup>17</sup>. Segundo o censo demográfico realizado em 2000, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>2</sup>, Teixeira possui uma população total de 11.149 habitantes, distribuída em 6.949 habitantes na zona urbana (62,33%) e 4.200 (37,67%) na zona rural, apresentando uma taxa de urbanização de 62,33% e uma taxa média de crescimento anual de 1,23%. Em relação ao contingente de idosos, do total de habitantes, 1.374 têm 60 anos ou mais, o que representa 12,32%<sup>2</sup>.

As principais atividades econômicas desenvolvidas no município são: agricultura (café, arroz, feijão, mandioca, milho, abacaxi, tomate, cana de açúcar, batata doce), pecuária (bovinocultura e suinocultura), silvicultura e exploração florestal<sup>17</sup>.

No período de 1991 a 2000, o acesso a serviços básicos e bens de consumo aumentou, e o nível de analfabetismo diminuiu de 28,3% (1991) para 17,4% (2000)<sup>17</sup>.

Ainda no período 1991-2000, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Teixeira cresceu 17,11%, passando de 0,608 em 1991 para 0,712 em 2000. A dimensão que mais contribuiu para este crescimento foi a educação, com 42,4%, seguida pela longevidade, com 30,5%, e pela renda, com 27%. Neste período, o hiato de desenvolvimento humano (a distância entre o IDH do município e o limite máximo do IDH, ou seja, 1 – IDH) foi reduzido em 26,5%<sup>17</sup>.

### *Sujeitos*

Foram envolvidos no estudo, indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, residentes no município de Teixeira. Realizou-se um cadastro prévio de todos os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos até a data prevista para o início do estudo, agosto de 2004. Esse cadastro foi realizado com o auxílio dos agentes comunitários de saúde (ACS) que compõem as equipes do Programa Saúde da Família (PSF) do município.

O PSF foi criado pelo Ministério da Saúde do Brasil, destacando-se como porta de

entrada do sistema, que propõe a reorganização da atenção primária em ações de promoção da saúde, prevenção e riscos de doenças, resolutividade na assistência e recuperação com qualidade, o que favorece a maior aproximação dos serviços à população. Dessa forma, destaca-se como estratégia inovadora e reestruturadora das ações e serviços de saúde, ao transpor a visão fragmentada do ser humano para uma compreensão integral na dimensão individual, familiar e coletiva, ou seja, o resgate da prática generalista, onde a compreensão do processo saúde/doença passa a ser pensada de uma forma mais ampla, segundo as realidades locais, comunitárias e familiares<sup>18</sup>. O ano de referência para a implantação do PSF no município de Teixeira é 1997, sendo a cobertura total da população alcançada em 1999. Atualmente, estão em funcionamento três equipes de saúde da família, compostas por 18 microáreas de saúde.

Cada ACS preencheu uma ficha informando o nome, o endereço, a data de nascimento, a idade, o sexo, as condições de acamado e/ou inconsciente e a condição de usuário ou não do PSF de todos os indivíduos com idade e/ou 60 anos residentes no município. Por meio deste cadastro, obteve-se a relação de todos os idosos residentes em Teixeira, já que o PSF cobre 100% da população do município. Este cadastro foi incluído no banco de dados do PSF local.

Como resultado deste levantamento, tem-se que a população idosa do município é composta por um total de 1.478 indivíduos. Destes, 965 (65,29%) se encontram residindo na zona urbana, e 513 (34,7%), na zona rural; 775 (52,43%) são do sexo feminino, e 703 (47,56%), do sexo masculino; 964 (65,22%) são usuários do PSF, e 514 (34,77%) não o são; 101 (6,83%) se encontram acamados, 56 (3,78%), inconscientes, e 20 (1,35%), institucionalizados. A partir destes dados, procedeu-se à seleção da amostra.

### *Seleção da amostra*

A amostragem do estudo foi aleatória, estratificada por sexo, uso do PSF e microárea de saúde.

Dadas as características do estudo, com o auxílio dos profissionais de saúde do PSF, foram excluídos os indivíduos que se encontravam acamados, inconscientes, com problemas mentais e aqueles institucionalizados, totalizando 1.301 idosos.

Após a aplicação dos critérios de exclusão, foram calculados 15% do total de indivíduos cadastrados em cada microárea de saúde, e o número representativo desta porcentagem foi dividido proporcionalmente entre os sexos e usuários e não-usuários do PSF na microárea. Esse procedimento foi feito considerando-se que cada microárea de saúde representa uma região geográfica do município, e assim se garantiria que os indivíduos de todas as localidades estivessem representados equitativamente no estudo.

Após a estratificação e a determinação do número de indivíduos de cada microárea, foi feito um sorteio da amostra. A amostra foi composta por 211 idosos, representando, portanto, 14,28% da população de idosos do município.

#### *Desenho do estudo*

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal, no qual foram realizadas entrevistas em visitas domiciliares, que ocorreram entre os meses de agosto e dezembro de 2004. As entrevistas diretas foram realizadas por um único entrevistador, devidamente treinado. Realizou-se, previamente, um estudo-piloto em população com características semelhantes às da população de Teixeira, porém, em município distinto do estudado.

Utilizaram-se dois instrumentos para a coleta de dados. Para caracterizar os aspectos sociodemográficos (sexo, idade, situação conjugal, renda e escolaridade), foi criado um instrumento especificamente para este estudo.

Para avaliar a qualidade de vida, foi utilizado o instrumento proposto pela OMS para adulto, o *Word Health Organization Quality of Life Instrument Bref* (WHOQOL-Bref). Este instrumento tem sido utilizado para mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde em grupos de indivíduos enfermos, sadios e idosos<sup>19</sup>.

O WHOQOL-Bref é uma versão reduzida do *Word Health Organization Quality of Life Instrument 100* (WHOQOL-100) e é composto de 26 questões, sendo duas delas gerais de qualidade de vida e 24 representantes de cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original, o WHOQOL-100. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos de testes de campo em 20 centros de 18 países<sup>20</sup>. A versão brasileira do WHOQOL-Bref, traduzida e validada pelo grupo de estudos em qualidade de vida da OMS no Brasil, foi a utilizada neste estudo.

O WHOQOL-Bref é composto por quatro domínios da qualidade de vida, sendo que cada domínio tem por objetivo analisar, respectivamente: a capacidade física, o bem-estar psicológico, as relações sociais e o meio ambiente onde o indivíduo está inserido. Além destes quatro domínios, o WHOQOL-Bref é composto também por um domínio que analisa a qualidade de vida global<sup>19,20</sup>. Cada domínio é composto por questões, cujas pontuações das respostas variam entre 1 e 5.

Os escores finais de cada domínio são calculados por uma sintaxe, que considera as respostas de cada questão que compõe o domínio, resultando em escores finais numa escala de 4 a 20, comparáveis aos do WHOQOL-100, que podem ser transformados em escala de 0 a 100.

O instrumento em questão é auto-aplicável, mas, neste estudo, optou-se pela entrevista direta, dada a dificuldade de leitura, os problemas visuais e o analfabetismo, comuns em idosos.

A utilização do WHOQOL-Bref neste estudo é justificada pela literatura, que mostra boa resposta do instrumento à qualidade de vida dos idosos<sup>19</sup>, e pela ausência de um instrumento validado para idosos e traduzido para o português com características tão abrangentes e de simples aplicabilidade.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, Brasil. Todos os indivíduos que aceitaram participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

#### *Análise dos dados*

Os dados foram analisados utilizando-se o teste *t* de Student para comparações de médias entre dois grupos (feminino e masculino). O coeficiente de correlação de Pearson foi calculado entre os domínios (físico, ambiental, social e psicológico) e a qualidade de vida global. Modelos de análises de regressão linear múltipla foram construídos para verificar a influência das variáveis sociodemográficas nos domínios de qualidade de vida e para analisar a contribuição desses domínios na qualidade de vida global. Utilizou-se o procedimento *stepwise*, no qual se empregam critérios de inclusão estatísticos. O nível de significância utilizado foi de 5%.

Contemplou-se uma abordagem quantitativa com a utilização do software SPSS for Windows, versão 10.0<sup>21</sup>.

RESULTADOS

*Características sociodemográficas*

Como descrito na tabela 1, dos 211 idosos estudados, 109 (51,7%) são do sexo feminino e 102 (48,3%) do masculino. A idade do grupo variou de 60 a 93 anos, com média de 71,09 ( $\pm$  8,09).

Em relação à situação conjugal, 62,6% vivem com companheiros, e os demais, sem companheiros. No que se refere à escolaridade e renda, 71,1% têm menos de 4 anos de estudos formais, e 61,1% têm renda mensal igual ou inferior a 1 salário mínimo (SM), equivalente a € 83,33.

Todas as características sociodemográficas foram colocadas em modelos de regressão linear múltipla, para se estudar o efeito delas em cada um dos domínios de qualidade de vida do WHOQOL-Bref (global, físico, psicológico, social e ambiental) (tabela 2). Foram construídos cinco modelos de regressão, e, em cada modelo, um domínio era colocado como variável dependente.

Nos domínios global e social, nenhuma das variáveis sociodemográficas interferiu significativamente ( $p > 0,05$ ). Embora, para a seleção da amostra, tenha se optado por realizar a diferenciação entre área urbana e rural, não foram observadas diferenciações significativas entre os sujeitos urbanos e rurais nos determinantes de qualidade de vida.

Nos domínios físico, psicológico e ambiental, somente a variável sexo mostrou contribuição significativa, porém, pequena. O

**Tabela 1** - Características sociodemográficas dos idosos estudados, Teixeira (MG), 2004

Característica	n	%
Sexo	109	51,7
Feminino		
Masculino	102	48,3
Faixa etária	51	24,2
60-64 anos		
65-69 anos	53	25,1
70-74 anos	39	18,5
75-79 anos	30	14,2
80-84 anos	22	10,4
85-89 anos	11	5,2
90 anos ou mais	5	2,4
Situação conjugal	132	62,6
Com companheiro		
Sem companheiro	79	37,4
Escolaridade (anos de estudo)	84	39,8
Sem instrução a menos de 1 ano		
1-3 anos	66	31,3
4-7 anos	53	25,2
8-10 anos	2	0,9
11-14 anos ou mais	6	2,8
Renda mensal	18	8,5
Sem rendimento		
Até 1/2 SM	3	1,4
De 1/2 a 1 SM	126	59,7
Mais de 1 a 2 SM	38	18,1
Mais de 2 a 3 SM	14	6,7
Mais de 3 a 5 SM	6	2,8
Mais de 5 a 10 SM	6	2,8

SM = salário mínimo; n = 211.

**Tabela 2** - Contribuição das variáveis sociodemográficas em cada domínio de qualidade de vida do WHOQOL-Bref

Variáveis sociodemográficas (independentes)	Domínios (variáveis dependentes)														
	Global			Físico			Psicológico			Social			Ambiental		
	$\beta$	R <sup>2</sup> (%)	p	$\beta$	R <sup>2</sup> (%)	p	$\beta$	R <sup>2</sup> (%)	p	$\beta$	R <sup>2</sup> (%)	p	$\beta$	R <sup>2</sup> (%)	p
	14,87			15,70			14,55			18,24			13,54		
Gênero	0,09	0,8	0,21	0,18	2,0	0,02*	0,19	3,3	0,01**	0,00	0,0	0,95	0,19	2,8	0,00***
Idade (anos)	0,05	0,2	0,47	0,11	0,7	0,26	-0,08	0,6	0,26	-0,07	0,4	0,31	0,06	0,3	0,44
Situação conjugal	-0,13	1,4	0,07	-0,13	0,7	0,09	-0,03	0,1	0,71	-0,02	0,0	0,79	-0,06	0,5	0,43
Escolaridade	0,07	0,6	0,32	0,01	0,0	0,87	0,37	0,4	0,36	-0,07	0,6	0,31	0,00	0,0	0,99
Renda (SM)	0,04	0,2	0,56	0,05	0,3	0,50	-0,07	0,0	0,94	-0,05	0,3	0,47	0,09	0,6	0,19
R <sup>2</sup> total (%)		3,2			3,7			4,4			1,3			4,2	

SM = salário mínimo.

\*Significativo a 5% de probabilidade pelo teste *t* de Student.

\*\*Significativo a 1% de probabilidade pelo teste *t* de Student.

\*\*\*Significativo a 0,1% de probabilidade pelo teste *t* de Student.

sexo interfere em 2% no domínio físico, 3,3% no psicológico e 2,8% no ambiental.

Dessa forma, realizou-se o teste *t* de Student para comparar as médias dos escores dos domínios da qualidade de vida entre os sexos feminino e masculino (tabela 3).

Observa-se que houve diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos domínios físico, psicológico e ambiental para os grupos feminino e masculino, sendo os escores médios de qualidade de vida desses domínios maiores entre os homens.

#### *Domínios da qualidade de vida e o domínio global*

Inicialmente, foi feita a correlação de Pearson entre os domínios (físico, psicológico, social e ambiental) e o domínio global da qualidade de vida. Todos os domínios se correlacionaram positiva e significativamente com o domínio global, apesar de as correlações serem de baixa magnitude (tabela 4).

Assim, procedeu-se à análise de regressão linear múltipla para se verificar a contribuição de cada domínio na qualidade de vida global (variável dependente). As variáveis sociodemográficas não foram incluídas neste modelo, por não mostrarem interferências significativas no domínio global da qualidade de vida, quando analisadas anteriormente.

Os quatro domínios (físico, psicológico, ambiental e social) juntos explicam 36,1% da qualidade de vida global. O domínio social tem pequena contribuição (0,4%), porém, não-significativa ( $p > 0,05$ ). O domínio que mais contribui na qualidade de vida global é o físico (28,2%), seguido do ambiental (6,2%) e do psicológico (1,3%). Os resultados são sumarizados na tabela 4.

#### DISCUSSÃO

Sprangers et al.<sup>22</sup> mostraram que fatores como idade avançada, sexo feminino, baixo nível de escolaridade e não ter companheiro estão relacionados a baixos níveis de qualidade de vida. Além disso, outros estudos também controlaram a influência destas variáveis sociodemográficas<sup>15,16</sup>.

Assim, no presente estudo, optou-se por analisar as variáveis sociodemográficas sexo, idade, situação conjugal (com ou sem companheiro), escolaridade e renda. A renda foi incluída por ser considerada também um importante indicador socioeconômico.

**Tabela 3** - Comparação entre as médias dos domínios de qualidade de vida entre os grupos masculino e feminino

Domínios	Masculino (média ± DP)	Feminino (média ± DP)	p
Global	15,33 ± 2,29	15,04 ± 2,65	0,401
Físico	16,20 ± 2,38	15,51 ± 2,50	0,042*
Psicológico	16,14 ± 2,21	15,22 ± 2,73	0,008**
Ambiental	15,20 ± 2,12	14,50 ± 1,98	0,015*
Social	17,28 ± 2,15	17,29 ± 2,19	0,959

\*Significativo a 5% de probabilidade pelo teste *t* de Student.

\*\*Significativo a 1% de probabilidade pelo teste *t* de Student.

**Tabela 4** - Estimativa dos coeficientes de correlação de Pearson e da análise de regressão linear entre os domínios e a qualidade de vida global

Domínios	Qualidade de vida global (dependente)		
	Correlação (r)	Regressão	
		R <sup>2</sup> (%)	β
			3,49
Físico	0,531*	28,2	0,321*
Ambiental	0,499*	6,2	0,246*
Psicológico	0,443*	1,3	0,144**
Social	0,336*	0,4	0,072 <sup>NS</sup>
R <sup>2</sup> total (%)		36,1	

NS = não-significativo a 5% de probabilidade pelo teste *t* de Student.

\* Significativo a 0,1% de probabilidade pelo teste *t* de Student.

\*\* Significativo a 5% de probabilidade pelo teste *t* de Student.

Os idosos estudados são, na maioria, de baixa renda e de baixa escolaridade. Observa-se que 71,1% têm menos de 4 anos de estudo e podem ser considerados, segundo o IBGE<sup>23</sup>, como analfabetos funcionais. Esta porcentagem é maior que a da população brasileira, que, em 2003, possuía 57,9% de idosos com menos de 4 anos de escolaridade<sup>23</sup>.

Em relação ao rendimento mensal, 61,1% têm renda mensal igual ou inferior a 1 SM. Na população brasileira, em 2003, 43,8% dos idosos tinham rendimento inferior a 1 SM<sup>23</sup>. É consenso que a produtividade e a empregabilidade declinam com a idade. A partir dos 60 anos, os indivíduos passam a depender cada vez mais dos rendimentos dos demais

moradores do domicílio para sobreviver e manter seu padrão de vida. Além disso, a aposentadoria também passa a desempenhar papel fundamental na renda do idoso<sup>24</sup>. Daí encontrarmos grande percentual de idosos vivendo com 1 SM, que é o valor de aposentadoria mais freqüentemente pago aos idosos no Brasil.

Segundo Jakobsson et al.<sup>25</sup>, os rendimentos estão freqüentemente diminuídos entre os idosos, sendo os fatores socioeconômicos importantes na vida diária e na qualidade de vida deste grupo populacional. Ainda segundo estes autores, uma boa situação socioeconômica mostra-se associada a melhor qualidade de vida. Sherbourne et al.<sup>26</sup> também encontraram que problemas financeiros reduzem o bem-estar em idosos. Porém, em nosso estudo, não encontramos influência significativa da variável renda em nenhum dos domínios da qualidade de vida, o que pode ser atribuído ao fato de que o município estudado é de pequeno porte, com baixo custo de vida, predominando as atividades agrícolas familiares e de subsistência. Além disso, o PSF presta assistência sanitária gratuita, incluindo visitas domiciliares dos profissionais de saúde e distribuição de medicamentos.

No que se refere aos escores de qualidade de vida, eles são uma escala positiva (quanto maior o escore, melhor a qualidade de vida), e não existem pontos de corte que determinem um escore abaixo ou acima do qual se possa avaliar a qualidade de vida como “ruim” ou “boa”<sup>27</sup>.

Não obstante, os resultados deste estudo indicam que os idosos de Teixeira apresentaram bons escores de qualidade de vida para todos os domínios do WHOQOL-Bref, quando comparados à pontuação máxima dos escores para cada domínio e às médias encontradas para os diferentes domínios da qualidade de vida na população estudada.

Quando se estudou a influência das variáveis sociodemográficas sexo, idade, situação conjugal, escolaridade e renda nos diferentes domínios da qualidade de vida, observou-se que estas não tiveram influência na qualidade de vida global dos idosos estudados; somente a variável sexo teve influência significativa, porém, pequena, nos domínios físico, psicológico e ambiental, sendo os escores médios desses domínios significativamente maiores entre os homens.

Outros autores também observaram o efeito do sexo na qualidade de vida. Segundo

Castellón & Pino<sup>28</sup>, a qualidade de vida subjetiva é melhor para os homens do que para as mulheres idosas, talvez porque o envelhecimento seja percebido pela mulher como mais negativo. De acordo com Avis et al.<sup>29</sup>, estudando a qualidade de vida em mulheres idosas, o esquecimento e o sentimento de que mulheres mais velhas são menos atraentes foram associados a pior qualidade de vida. Além disso, estes autores também encontraram que a atividade física, o estresse, a percepção e aceitação em relação ao envelhecimento estavam fortemente associados à qualidade de vida nas mulheres. Thomé et al.<sup>30</sup> encontraram que os idosos do sexo masculino apresentaram melhores escores no domínio físico da qualidade de vida do que os do feminino. E segundo Jakobsson et al.<sup>25</sup>, as mulheres estão mais expostas do que os homens aos problemas físicos e mentais, o que poderia explicar menores escores no domínio psicológico.

Embora este estudo não tenha evidenciado influência da idade nos escores de qualidade de vida, é importante considerar as diferenças de idade e sexo em estudos da qualidade de vida em idosos. Segundo García et al.<sup>31</sup>, a idade avançada esteve associada a piores níveis de qualidade de vida relacionada à saúde. Além disso, muitos outros estudos mostram o efeito da idade na qualidade de vida de idosos<sup>32-34</sup>. Em nosso estudo, uma possível hipótese explicativa para o fato de não se observar influência da idade na qualidade de vida pode ser o fato de que apenas 7,6% dos idosos amostrados tinham idade superior a 85 anos, ou seja, uma pequena parcela tinha idades mais avançadas; outra hipótese explicativa pode ser o fato de que os idosos de Teixeira preservam uma atividade física regular, ainda que associada às atividades de trabalho agrícola e/ou de locomoção.

Nesse sentido, destaca-se a importância de se reconhecer a heterogeneidade da população idosa no que diz respeito às faixas etárias e ao sexo, além da variância individual, quando se avalia a qualidade de vida.

Ao se analisar a contribuição dos diferentes domínios na qualidade de vida global, observou-se que a contribuição dos quatro domínios juntos foi de 36,1%, e que os domínios diferiram a respeito da contribuição individual na qualidade de vida global: o domínio que mais contribuiu na qualidade de vida global foi o físico, seguido do ambiental e do psicológico; o social não teve contribuição estatisticamente significativa.

Dessa forma, os domínios explicam limitadamente a qualidade de vida global; mas alterações em um ou mais domínios podem implicar em alterações na qualidade de vida global.

A maior influência do domínio físico na qualidade de vida global desses idosos ressalta a importância de se considerar a capacidade funcional como importante fator de impacto na qualidade de vida em idosos. Ramos<sup>35</sup> destaca que a capacidade funcional, atualmente, surge como um novo paradigma de saúde para os indivíduos idosos, e o envelhecimento saudável passa a ser visto como uma interação multidimensional entre saúde física e mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica.

Além disso, a qualidade de vida na velhice tem sido associada a questões de independência e autonomia, e a dependência do idoso resulta das alterações biológicas (incapacidades) e de mudanças nas exigências sociais<sup>36</sup>.

De acordo com Covinsky et al.<sup>37</sup> e Fassino et al.<sup>38</sup>, o domínio funcional assume grande relevância no conceito multidimensional de qualidade de vida, devendo ser medido juntamente com o estado de saúde quando se deseja avaliar a qualidade de vida em idosos.

Dessa forma, o bem-estar do idoso seria resultado do equilíbrio entre as diversas dimensões da capacidade funcional, sem significar ausência de problemas em todas as dimensões, tendo em vista que o bem-estar pode ser atingido por muitos, independentemente da presença ou não de enfermidades<sup>39</sup>.

Neste trabalho, o município estudado tem atividade predominantemente agrícola, e 34,1% dos idosos estudados residem na zona rural. Em comunidades onde as atividades rurais e domésticas predominam, os indivíduos têm maior oportunidade de continuarem exercendo sua atividade laboral também na velhice, e essa continuidade de papéis ocupacionais proporciona maior satisfação com a vida<sup>39</sup>.

Outra dimensão a ser considerada deve ser o ambiente físico em que o idoso está inserido, uma vez que o domínio ambiental foi o que apresentou a segunda maior influência na qualidade de vida global.

Segundo a OMS<sup>40</sup>, o ambiente físico em que o idoso está inserido pode determinar a dependência ou não do indivíduo. Dessa forma, é mais provável que um idoso esteja física e

socialmente ativo se puder ir andando com segurança à casa de seus vizinhos, ao parque ou tomar o transporte local. Idosos que vivem em ambientes inseguros são menos propensos a saírem sozinhos e, portanto, estão mais susceptíveis ao isolamento e à depressão, bem como a ter mais problemas de mobilidade e pior estado físico, o que vem a influenciar a qualidade de vida. Castellón & Pino<sup>28</sup> ressaltam que os idosos com limitações em seu ambiente físico têm cinco vezes mais chances de sofrer depressão, e, de acordo com O'Shea<sup>41</sup>, a moradia e o ambiente físico adequados têm influência positiva na qualidade de vida do idoso.

Como destaca Néri<sup>42</sup>, quanto mais ativo o idoso, maior sua satisfação com a vida e, conseqüentemente, melhor sua qualidade de vida. Isso é especialmente importante em comunidades como a estudada, em que o trabalho é predominantemente agrícola e doméstico, podendo ser exercido ao longo de toda a vida.

Deve-se destacar também a inserção familiar do idoso em domicílios multigeracionais: a convivência com familiares pode tanto oferecer benefícios, no sentido do apoio familiar nas condições debilitantes e de dependência, reduzindo o isolamento, como gerar conflitos intergeracionais, que acabam por diminuir a auto-estima e deteriorar o estado emocional do idoso, afetando de forma marcante a qualidade de vida<sup>43</sup>.

Embora o domínio psicológico tenha sido o de menor contribuição significativa na qualidade de vida dos idosos estudados, e o social não tenha mostrado contribuição significativa, há que se considerar as alterações psicológicas e de inserção social pelas quais passam os indivíduos idosos, de forma a minimizar os efeitos dessas transformações decorrentes da idade na qualidade de vida desses sujeitos<sup>5,7,8,40</sup>.

De acordo com Pereira<sup>44</sup>, as avaliações subjetivas da qualidade de vida em idosos devem preocupar-se com o que acontece ao indivíduo nas diferentes etapas do envelhecimento, desde mudanças físicas até a desvalorização social conseqüente da aposentadoria, considerando qual seu sentimento e entendimento dessas situações, seus ganhos e perdas psicológicas, suas frustrações e aspirações.

Nesse sentido, segundo Santos et al.<sup>9</sup>, a qualidade de vida do idoso compreende a consideração de diversos critérios de natureza biológica, psicológica e socioestrutural, pois



vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, eficácia cognitiva, *status* social, continuidade de papéis familiares e ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos.

Embora a literatura confirme a relevância dos domínios social e psicológico na qualidade de vida de idosos, em nosso estudo, esses domínios não se mostraram fortes influentes na qualidade de vida global. E isso pode ser decorrente do fato de que o grupo estudado talvez passe pelas alterações psicossociais do envelhecimento de forma mais branda, pois, nos trabalhos doméstico e rural, a perda de papéis funcionais pode não ocorrer com a aposentadoria; e, além disso, no município estudado, a pequena distância entre as localidades torna a locomoção e o convívio entre os indivíduos mais fácil. Como exemplos, podem ser citados o contato com a vizinhança que se tem, a locomoção que se dá por meio de carroças e bicicletas, mesmo pela população idosa, e a participação no grupo de terceira idade promovido pelo PSF.

Convém destacar como fator de limitação em nosso estudo o fato de que a contribuição dos quatro domínios no domínio global de qualidade de vida mostrou-se moderada (36,1%). Isso pode ser explicado pelo fato de terem sido usadas medidas simples. Por exemplo, o domínio global foi avaliado por apenas duas questões; e, ainda, foram medidos apenas os dois primeiros níveis do modelo de Spilker, o que significa que os fatores que compõem cada domínio (terceiro nível) não foram discriminados. Além disso, outros fatores importantes podem estar também contribuindo para o domínio global da qualidade de vida, o que também foi evidenciado em outros estudos encontrados na literatura<sup>15,16</sup>.

De acordo com Arnold et al.<sup>15</sup>, o julgamento que cada indivíduo faz de sua qualidade de vida global deve ser considerado. Teoricamente, espera-se que o indivíduo combine diferentes aspectos de sua vida e os resuma em uma avaliação global de sua qualidade de vida; a questão é se os indivíduos realmente fazem um resumo de tudo, ou se incluem apenas aspectos que os preocupam recentemente, ou se excluem esses aspectos da avaliação.

No idoso, a qualidade de vida pode ser percebida como boa ou ruim de acordo com a forma como cada indivíduo vivencia a

velhice, podendo variar entre os dois extremos (muito bom e péssimo). Nesse sentido, a qualidade de vida depende, então, da interpretação emocional que cada indivíduo faz dos fatos e eventos e está intimamente relacionada à percepção subjetiva dos acontecimentos e condições de vida. A diminuição da visão, por exemplo, pode não significar o mesmo para dois indivíduos diferentes; a perda funcional tem importâncias emocionais e sociais diferentes para cada indivíduo<sup>39</sup>.

Como destaca Rogerson<sup>45</sup>, a interpretação da avaliação global da qualidade de vida é um tanto difícil, uma vez que resultados semelhantes podem ser explicados por diferentes fatores. Para cada indivíduo, há uma forma de operacionalizar sua avaliação, e a avaliação de um mesmo indivíduo pode variar com o tempo, com a variação de prioridades ao longo da vida e com as circunstâncias pelas quais a vida pode se modificar.

Assim, a qualidade de vida global e os domínios da qualidade de vida parecem ser duas maneiras diferentes de se avaliar a qualidade de vida de idosos. Isso é especialmente importante no delineamento de pesquisas, uma vez que a medida a ser utilizada irá depender dos objetivos da pesquisa: avaliar a qualidade de vida com um todo (domínio global) ou apenas alguns aspectos da qualidade de vida (domínios físico, psicológico, social e ambiental).

Dessa forma, o presente estudo mostrou que os quatro domínios analisados não explicam totalmente a variância do domínio global da qualidade de vida. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de realização de novos estudos, com o intuito de verificar que outros fatores podem interferir na qualidade de vida global do idoso. Além disso, estudos longitudinais seriam importantes para investigar se a contribuição dos domínios na qualidade de vida global pode se modificar ao longo do tempo e/ou em relação ao estado de saúde do indivíduo.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos o apoio da Prefeitura Municipal de Teixeira e do PSF. Dedicamos este estudo aos profissionais do PSF e aos idosos que aceitaram participar, pois, sem eles, este trabalho não seria possível. Agradecemos especiais a José Antônio Brilhante, pelos valiosos ensinamentos sobre o programa estatístico.

## REFERÊNCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. Washington: OPS; 1994.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dados preliminares do censo 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acessado mar 2006.
3. Garrido R, Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24 Supp1:3-6.
4. Palloni A, Peláez M. Histórico e natureza do estudo. In: Lebrão ML, Duarte YAO. SABE: saúde, bem-estar e envelhecimento: o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p. 13-32.
5. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saude Publica*. 1997;31(2):184-200.
6. Cotta RMM, Suarez-Varela MM, Cotta Filho JS, Llopis Gonzalez A, Dias Ricós JA, Real ER. La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;11(4):253-61.
7. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2003;37(6):793-9.
8. Lebrão ML, Laurenti R. Condições de saúde. In: Lebrão ML, Duarte YAO. SABE: saúde, bem-estar e envelhecimento: o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p. 73-91.
9. Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MERM. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2002;10(6):757-64.
10. Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/EDUERJ; 1994.
11. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA*. 1994;272(8):619-26.
12. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21(1):19-28.
13. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W. Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p. 41-60.
14. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud: glosario. Ginebra: OMS; 1998.
15. Arnold R, Ranchor AV, Sanderman R, Kempen GI, Ormel J, Suurmeijer TP. The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. *Qual Life Res*. 2004;13(5):883-96.
16. Suurmeijer TP, Reuvekamp MF, Aldenkamp BP. Social functioning, psychological functioning, and quality of life in epilepsy. *Epilepsia*. 2001;42(9):1160-8.
17. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Fundação João Pinheiro (FJP). Atlas do desenvolvimento humano no Brasil: índice de desenvolvimento humano municipal. Brasília: PNUD/IPEA/FJP; 2003. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/>. Acessado mar 2006.
18. Fernandes AS, Seclen-Palacin J, org. Experiências e desafios da atenção básica e saúde da família: caso Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2004.
19. Hwang HF, Liang WM, Chiu YN, Lin MR. Suitability of the WHOQOL-Bref for community-dwelling older people in Taiwan. *Age Ageing*. 2003;32(6):593-600.
20. 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 Saude Publica*. 2000;34(2):178-83.
21. Norusis JM/SPSS Inc. SPSS for Windows-based system user's guide release 9.0. Chicago: SPSS Inc.; 1992.
22. Sprangers MA, de Regt EB, Andries F, van Agt HM, Bijl RV, de Boer JB, et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *J Clin Epidemiol*. 2000;53(9):895-907.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais 2004. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.
24. Paes de Barros R, Mendonça R, Santos D. Incidência e natureza da pobreza entre idosos no Brasil. Rio de Janeiro: IPEA; 1999.
25. Jakobsson U, Hallberg IR, Westergren A. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. *Qual Life Res*. 2004;13(1):125-36.
26. Sherbourne CD, Meredith LS, Rogers W, Ware JE Jr. Social support and stressful life events: age differences in their effects on health related quality of life among chronically ill. *Qual Life Res*. 1992;1(4):235-46.
27. Lima AFBS. Qualidade de vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.
28. del Pino ACS. Calidad de vida en la atención al mayor. *Rev Mult Gerontol*. 2003;13(3):188-92.
29. Avis NE, Assmann SF, Kravitz HM, Ganz PA, Ory M. Quality of life in diverse groups of midlife women: assessing the influence of menopause, health status and psychosocial and demographic factors. *Qual Life Res*. 2004;13(5):933-46.
30. Thome B, Dykes AK, Hallberg IR. Quality of life in old people with and without cancer. *Qual Life Res*. 2004;13(6):1067-80.
31. Garcia EL, Banegas JR, Perez-Regadera AG, Cabrera RH, Rodriguez-Artalejo F. Social network and health related quality of life in older adults: a population-based study in Spain. *Qual Life Res*. 2005;14(2):511-20.
32. Michelson H, Bolund C, Brandberg Y. Multiple chronic health problems are negatively associated with health-related quality of life (HRQoL) irrespective of age. *Qual Life Res*. 2001;9(10):1093-104.
33. Osborne RH, Hawthorne G, Lew EA, Gray LC. Quality of life assessment in the community-dwelling elderly: validation of the Assessment of Quality of Life (AQOL) instrument and comparison with the SF-36. *J Clin Epidemiol*. 2003;56(2):138-47.
34. Heinonen H, Aro AR, Aalto AM, Uutela A. Is the evaluation of the global quality of life determined by emotional status? *Qual Life Res*. 2004;13(8):1347-56.
35. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):793-8.
36. Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev Saude Publica*. 2003;37(3):364-71.

37. Covinsky KE, Wu AW, Landefeld CS, Connors AF Jr, Phillips RS, Tsevat J, et al. Health status versus quality of life in older patients: does the distinction matter? *Am J Med.* 1999;106(4):435-40.
38. Fassino S, Leombruni P, Abbate Daga G, Brustolin A, Rovera GG, Fabris F. Quality of life in dependent older adults living at home. *Arch Gerontol Geriatr.* 2002;35(1):9-20.
39. Xavier FM, Ferraz MP, Marc N, Escosteguy NU, Moriguchi EH. Elderly people's definition of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr.* 2003;25(1):31-9.
40. Organización Mundial de la Salud. Salud y envejecimiento: un documento para el debate: versión preliminar. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 2001.
41. O'Shea E. La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 2003.
42. Neri AL. Qualidade de vida e idade madura. Campinas: Papirus; 1993.
43. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad Saude Publica.* 2003;19(3):773-81.
44. Pereira DEC. Qualidade de vida na terceira idade e sua relação com o trabalho no grupo de terceira idade "Amor e Carinho" de Santa Terezinha de Itaipu – PR [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
45. Rogerson RJ. Environmental and health related quality of life: conceptual and methodological similarities. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1373-82.

#### RESUMO

*Este estudo investigou a contribuição de cada domínio da qualidade de vida (físico, social, psicológico e ambiental) na qualidade de vida global e em que extensão esses domínios explicam a qualidade de vida global de idosos residentes no município de Teixeira, na Região Sudeste do Brasil. Trata-se de um estudo observacional de corte transversal, sendo a amostragem aleatória estratificada por sexo, uso do Programa Saúde da Família e microárea de saúde (n = 211, indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos), representando 14,28% do total de idosos do município em estudo. O instrumento utilizado foi o Word Health Organization Quality of Life Instrument Bref (WHOQOL-Bref), proposto pela Organização Mundial de Saúde, aplicado por um único entrevistador, devidamente treinado. As análises de regressão linear mostraram que nenhuma das variáveis sociodemográficas interferiu significativamente no domínio global da qualidade de vida, e, entre os quatro domínios, o que mais explicou a qualidade de vida global foi o físico, seguido do ambiental e do psicológico. O domínio social não mostrou contribuição significativa na qualidade de vida global. As possíveis explicações para os resultados encontrados foram discutidas.*

Descritores: *Envelhecimento, saúde do idoso, qualidade de vida, Word Health Organization Quality of Life Instrument Bref.*

#### ABSTRACT

*This study investigated the contribution of each quality of life domain (physical, social, psychological and environmental) in the overall quality of life and how these domains explain the overall quality of life of elderly people resident in the city of Teixeira, Southeastern Brazil. It is a cross-sectional observational study, random sampling stratified by gender, Family Health Program use and health micro-region (n = 211 individuals aged 60 or over), representing 14.28% of elderly people in the total municipality in study. The World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-Bref) was used to assess the quality of life; it was applied by only one well trained interviewer. Linear regression analyses showed that none of the sociodemographic variables interfered significantly in the overall quality of life domain and, among the four domains, physical was the one that best explained the overall quality of life, followed by the environmental and psychological domains. The social domain did not show significant contribution to the overall quality of life. The possible explanations for the results were discussed.*

Keywords: *Ageing, elderly people's health, quality of life, WHOQOL-Bref.*

Title: *Contribution of quality of life domains to overall quality of life of the elderly*

#### RESUMEN

*Este estudio investigó el aporte de cada dominio de la calidad de vida (físico, social, psicológico y ambiental) en la calidad de vida global y en qué extensión esos dominios explican la calidad de vida global de mayores residentes en el municipio de Teixeira, en la Región Sudeste de Brasil. Se trata de un estudio observacional de corte transversal, siendo la muestra aleatoria estratificada por sexo, uso del Programa Salud de la Familia y microárea de salud (n = 211, individuos con edad igual o superior a 60 años), representando 14,28% del total de mayores del municipio estudiado. El instrumento utilizado fue el Word Health Organization Quality of Life Instrument Bref (WHOQOL-Bref), propuesto por la Organización Mundial de la Salud, aplicado por un único entrevistador, debidamente entrenado. Los análisis de regresión lineal mostraron que ninguna de las variables sociodemográficas interfirió significativamente en el dominio global de la calidad de vida y, entre los cuatro dominios, el que más explicó la calidad de vida global fue el físico, seguido por el ambiental y el psicológico. El dominio social no mostró aporte significativo en la calidad de vida global. Las posibles explicaciones para los resultados encontrados fueron discutidas.*

*Palabras clave:* Envejecimiento, salud del mayor, calidad de vida, *Word Health Organization Quality of Life Instrument Bref.*

*Título:* Aporte de los dominios físicos, social, psicológico y ambiental para la calidad de vida global de mayores

Correspondência:  
Rosângela Minardi Mitre Cotta  
Universidade Federal de Viçosa  
Departamento de Nutrição e Saúde  
Avenida P. H. Rolfs s/nº – Campus Universitário  
CEP 36570-000 – Viçosa – MG  
Tel./Fax: (31) 3899.1278, (31) 3899.2541  
E-mail: rmmitre@ufv.br