

Vulnerabilidade e qualidade de vida de pessoas idosas em diferentes situações de atenção familiar

Vulnerability and quality of life of older persons in the community in different situations of family care

Vulnerabilidad y calidad de vida de los mayores en la comunidad em diferentes situaciones de cuidado familiar

Marcelo Geovane Perseguino¹

ORCID: 0000-0002-1100-4934

Meiry Fernanda Pinto Okuno¹

ORCID: 0000-0003-4200-1186

Ana Lúcia de Moraes Horta¹

ORCID: 0000-0001-5643-3321

¹Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

Como citar este artigo:

Perseguino MG, Okuno MFP, Horta ALM. Vulnerability and quality of life of older persons in the community in different situations of family care. Rev Bras Enferm. 2022;75(Suppl 4):e20210034. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0034>

Autor Correspondente:

Marcelo Geovane Perseguino
E-mail: marcelop@yahoo.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Ana Fátima Fernandes

Submissão: 18-01-2021

Aprovação: 10-05-2021

RESUMO

Objetivo: correlacionar aspectos sociocontextuais, vulnerabilidade física e a qualidade de vida de pessoas idosas na comunidade em diferentes situações de atenção familiar. **Métodos:** estudo epidemiológico, transversal e analítico, com pessoas idosas na comunidade (n=769), com aplicação dos instrumentos: *Vulnerable Elders Survey-13* (VES-13), *World Health Organization Quality of Life for Older Persons* (WHOQOL-OLD) e o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-BREF); e questionário de dados sóciocontextual. **Resultados:** a população avaliada apresentou média de regular qualidade de vida tanto no WHOQOL-BREF quanto no WHOQOL-OLD. Pessoas idosas não vulneráveis (62,2%) e com contato familiar próximo (82,6%) apresentam melhor qualidade de vida do que os vulneráveis (p<0,0001). **Conclusão:** menores escores de qualidade de vida e famílias mais distantes estão relacionados a pessoas idosas vulneráveis; assim, a avaliação da proximidade familiar e vulnerabilidade física da pessoa idosa se mostra como um fator importante de melhora na qualidade de vida. **Descritores:** Idoso; Enfermagem Geriátrica; Qualidade de Vida; Família; Vulnerabilidade em Saúde.

ABSTRACT

Objective: to correlate socio-contextual aspects, physical vulnerability and quality of life of older persons in the community in different situations of family care. **Methods:** epidemiological, a cross-sectional and analytical study, with elderly people in the community (n=769), with application of the instruments: *Vulnerable Elders Survey-13* (VES-13), *World Health Organization Quality of Life for Older Persons* (WHOQOL-OLD) and the *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-BREF); and socio-contextual data questionnaire. **Results:** the population assessed presented an average of regular quality of life in both the WHOQOL-BREF and the WHOQOL-OLD. Older non-vulnerable persons (62.2%) and those with close family contact (82.6%) have a better quality of life than the vulnerable (p<0.0001). **Conclusion:** lower quality of life scores and more distant families are related to vulnerable elderly people; thus, the assessment of family proximity and physical vulnerability of older persons is shown to be an important factor in improving quality of life. **Descriptors:** Aged; Geriatric Nursing; Quality of Life; Family; Health Vulnerability.

RESUMEN

Objetivo: correlacionar aspectos socio-contextuales, vulnerabilidad física y calidad de vida de las personas mayores de la comunidad en diferentes situaciones de cuidado familiar. **Métodos:** estudio epidemiológico, transversal y analítico, con personas mayores de la comunidad (n=769), con aplicación de los instrumentos: *Vulnerable Elders Survey-13* (VES-13), *World Health Organization Quality of Life for Older Persons* (WHOQOL-OLD) y *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-BREF); y cuestionario de datos socio-contextuales. **Resultados:** la población evaluada presentó un promedio de calidad de vida regular tanto en WHOQOL-BREF como en WHOQOL-OLD. Los ancianos no vulnerables (62,2%) y aquellos con contacto familiar cercano (82,6%) tienen una mejor calidad de vida que los vulnerables (p<0,0001). **Conclusión:** los puntajes de calidad de vida más bajos y las familias más distantes se relacionan con las personas mayores vulnerables; así, la evaluación de la proximidad familiar y la vulnerabilidad física del anciano se muestra como un factor importante en la mejora de la calidad de vida. **Descriptor:** Anciano; Enfermería Geriátrica; Calidad de Vida; Familia; Vulnerabilidad en Salud.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento e o desenvolvimento econômico são uma realidade vivenciada, progressivamente, pelos países desenvolvidos, na Europa e América do Norte, acentuado após a segunda guerra mundial. Atualmente, essa realidade também se estende para os países em desenvolvimento, porém sem reflexo na melhora econômica e na qualidade de vida da população, como é o caso do Brasil, onde o processo acelerado do envelhecimento populacional ocorre paralelamente ao lento desenvolvimento econômico e melhora da qualidade de vida da população⁽¹⁻²⁾.

O envelhecimento populacional vem acompanhado pela longevidade e, com ela, a necessidade de cuidado. Assim, os governos e sociedade necessitarão rever as estratégias de resolução de problemas frente a população envelhecida mundialmente, especialmente as relacionadas à atenção primária como a promoção à saúde, prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e transmissíveis. Mudanças rápidas e significativas nos sistemas de saúde e serviços de assistência social são necessárias para garantir a melhoria na qualidade de vida desta população e o bem-estar e cuidado⁽³⁻⁵⁾.

Com a longevidade, a dependência e a vulnerabilidade física se tornam cada vez mais presentes na vida das pessoas idosas e de suas famílias. O conceito de vulnerabilidade física se refere estar em risco, que pessoas idosas estão vinculadas às limitações funcionais fisiológicas do envelhecimento, relacionado à perda progressiva da capacidade e controle das capacidades funcionais básicas, como humor, cognição, mobilidade e comunicação. Fatores sociocontextuais, como renda familiar, apoio familiar e psicológico, acesso ao conhecimento e educação, inclusão social e apoio familiar, são fatores de forte influência na classificação da vulnerabilidade física e qualidade de vida⁽⁶⁻⁸⁾.

A manutenção da qualidade de vida deste novo perfil populacional é fundamental para a garantia de uma população saudável e participativa socialmente. Aspectos essenciais, como a manutenção da independência e autonomia, boa funcionalidade familiar, preservação do papel social e atividade produtiva, autopercepção positiva de saúde, manutenção dos relacionamentos, acesso, conforto emocional, espiritualidade, habitação e segurança financeira, devem ser garantidos e associados para que a pessoa idosa possa manter sua qualidade de vida. O conceito de qualidade de vida para a pessoa idosa deve ser visto como uma rede dinâmica de necessidades entrelaçadas⁽⁹⁻¹³⁾.

Deste modo, surge o questionamento quanto à relação entre a vulnerabilidade física e a qualidade de vida de pessoas idosas em diferentes situações de proximidade familiar e quais as estratégias de cuidado que podem ser tomadas para uma melhor atenção à saúde desta população, visto a lacuna identificada na produção de literaturas, relacionando a influência da proximidade familiar sobre a vulnerabilidade e a qualidade de vida de pessoas idosas. Esta pesquisa poderá subsidiar as equipes de enfermagem e de saúde interprofissionais na elaboração de planos de cuidados mais eficazes para a manutenção da qualidade de vida e diminuição da vulnerabilidade física.

OBJETIVO

Correlacionar aspectos sociocontextuais, vulnerabilidade e a qualidade de vida de pessoas idosas na comunidade em diferentes situações de atenção familiar.

MÉTODOS

Aspectos éticos

A pesquisa foi desenvolvida, atendendo às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução 466/12, após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição responsável.

Desenho, período e local de estudo

Estudo epidemiológico, transversal e analítico, realizado nos Ambulatórios Integrados de Saúde de uma universidade privada no município de São Paulo, no período de junho de 2017 a março de 2018.

A coleta de dados ocorreu em três ambulatórios escola interprofissionais, de atendimento gratuito à população nas áreas de enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social, composto por três unidades em diferentes regiões da cidade de São Paulo (Vila Maria, Vergueiro e Barra Funda), atendendo uma média anual de 15.000 pacientes, dentre eles 8.000 pessoas idosas, em atendimentos de promoção e prevenção à saúde, atenção primária, secundária e reabilitação.

População ou amostra, critérios de inclusão e exclusão

Foram elencadas pessoas com idade acima de 65 anos, que residiam com seus familiares, ou em domicílio unipessoal, ou com o cônjuge idoso, residentes na cidade de São Paulo, cadastrados no Ambulatório Integrado de Saúde universitário. O critério de idade superior a 65 anos foi estabelecido, pois, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), este grupo apresenta características que aumentam o risco de vulnerabilidade física e fragilidade, embora no Brasil sejam consideradas idosas aquelas com idade superior a 60 anos. Foram excluídas do estudo aqueles que apresentaram diagnóstico médico de distúrbios cognitivos ou resultado de avaliação pela Escala de Depressão Geriátrica, mostrando risco de depressão e diagnóstico médico que pudesse impedir o preenchimento dos instrumentos de coleta de dados.

Todos as pessoas idosas atendidas pelo local de estudo são avaliados, em consulta inicial, por meio dos instrumentos Mini Exame do Estado Mental (MEEM), que consiste em 30 perguntas pontuadas com 1 ponto cada, em um total de 30 pontos, porém, dependendo da escolaridade do avaliado (29 para pessoas com pelo menos nove anos de escolaridade, 26 para aqueles com cinco a oito anos de escolaridade e 22 para os com zero a quatro anos de escolaridade); valores menores podem indicar alteração cognitiva, e pelo instrumento Escala de Depressão Geriátrica GDS, composto por 15 perguntas, com respostas objetivas, com valor de um ponto cada resposta com sinais depressivos, sendo valores totais superiores a 6 pontos indicativos de sinais de depressão.

Protocolo do estudo

O cálculo do tamanho amostral foi realizado pelo método de amostragem probabilística estratificada proporcional ao número médio de pessoas idosas a partir de 65 anos atendidos no ano que antecedeu a pesquisa, tendo em conta o total aproximado de

8.000 pacientes atendidos nos ambulatórios escola, considerando um grau de confiança $\geq 95\%$ e alfa de 5%, com base nos fatores de inclusão e exclusão do estudo analisados em prontuários. Após análise dos prontuários de pessoas idosas atendidas nos Ambulatório Integrados de Saúde, realizada pelo próprio pesquisador, foram elencadas 1.234 pessoas idosas que atendiam aos critérios de elegibilidade. Posteriormente, foram contactadas por meio de ligação telefônica, sendo agendada entrevista para as 769 pessoas que aceitaram ao convite para participar da coleta de dados. As entrevistas tiveram duração média de 45 minutos.

Dentre as 465 pessoas idosas que não aceitaram participar do estudo, 236 referiram ter dificuldade de comparecer ao serviço por limitações físicas parciais ou totais que impediam a locomoção e deslocamento até o local de entrevista; as demais 229 pessoas idosas referiram não terem interesse na participação.

Foram aplicados três instrumentos de coleta de dados, pelos próprios autores, conhecidos como *Vulnerable Elders Survey-13* (VES-13), *World Health Organization Quality of Life for Older Persons* (WHOQOL-OLD) e *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-BREF). Também foi aplicado um questionário estruturado para coleta de dados sociocontextual: sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda familiar, tipo de residência e número de pessoas com quem coabita e atividade profissional⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Não foi realizado teste piloto, visto que os instrumentos utilizados no processo de coleta de dados serem amplamente empregues em trabalhos de pesquisas em território nacional e outros países e apresentarem resultados significativos em literatura.

OVES-13 é um instrumento simples e confiável para a identificação e rastreamento de pessoas idosas vulneráveis com idade acima de 65 anos ou mais que apresentem risco de declínio funcional ou morte em dois anos, valorizando fatores, como a idade, a autopercepção da saúde, a presença de limitação física e de incapacidades⁽¹⁶⁾ and a formal assessment of the general and referential meanings was performed in order to obtain a synthesis version. Understanding of the synthesis version was evaluated in a pretest applied to 33 patients in an oncologic hospital of the Brazilian Unified National Health System (SUS). É uma escala de avaliação composta por dez pontos, sendo que cada questão possui a sua pontuação específica, possibilitando, assim, a avaliação do declínio funcional caso a pontuação seja superior a 3 pontos, sem relação com o sexo e multimorbidades⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ and a formal assessment of the general and referential meanings was performed in order to obtain a synthesis version. Understanding of the synthesis version was evaluated in a pretest applied to 33 patients in an oncologic hospital of the Brazilian Unified National Health System (SUS).

O instrumento de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-BREF consiste na versão simplificada do instrumento WHOQOL-100, utilizados mundialmente na avaliação da qualidade de vida de pessoas adultas, sendo instrumentos validados no Brasil que apresentam boa confiabilidade para a nossa população. O WHOQOL-OLD consiste em um módulo complementar ao WHOQOL-BREF, com 24 perguntas referentes a habilidades sensoriais, autonomia, participação social, morte e intimidade, sendo bastante eficaz na

avaliação da qualidade de vida de pessoas idosas, incluindo aspectos relevantes à pessoa idosa não abordados no WHOQOL-BREF. Os instrumentos possuem um escore máximo de cinco pontos, sendo que cinco equivale à qualidade de vida muito boa e um, à ruim⁽¹⁴⁾.

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram armazenados em uma planilha MS-Excel*. As análises estatísticas que envolvem teste de hipótese foram processadas no *software Statistical Package for Social Sciences*, versão 22.0.

Para a análise descritiva das variáveis contínuas, calculou-se a média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo. Para as variáveis categóricas, calculou-se frequência e percentual. Para avaliar a influência dos aspectos sociocontextuais sobre a vulnerabilidade física, foi utilizado o Teste Qui-Quadrado. Quando necessário, utilizou-se o Teste da Razão de Verossimilhança.

Para avaliar a influência dos aspectos sociocontextuais sobre o escore de qualidade de vida, foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney (2 categorias) ou de Kruskal-Wallis (3 ou mais categorias). Para avaliar a influência da idade e número de filhos sobre a vulnerabilidade física, foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney (2 categorias) ou o teste de Kruskal-Wallis (3 ou mais categorias).

Para avaliar a influência da idade e número de filhos sobre o escore de qualidade de vida, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. Para comparar a qualidade de vida das pessoas idosas com a vulnerabilidade, em diferentes situações de atenção e dinâmica familiar, foi utilizado o Modelo Linear Geral. Foi utilizado um nível de significância de 5% (valor de $p < 0,05$).

RESULTADOS

Da amostra de 769 avaliados, a média de idade foi de 71,91 anos. A maioria era mulher (61,4%), casada (50,3%), com média de 3,3 filhos, aposentada (51,7%), morava com até três pessoas (36,3%), com ensino fundamental incompleto (46,6%), considerava sua renda familiar suficiente (57,9%), possuía contato familiar próximo (86,2%), não recebia auxílio familiar (49%), possuía residência própria (86%) e não trabalha atualmente (72,7%).

Com relação à vulnerabilidade, 62,2% das pessoas idosas não apresentavam vulnerabilidade, porém 37,8% foram avaliados com vulnerabilidade. Quando comparado com a variável sexo, os resultados mostram que pessoas idosas do sexo feminino apresentam maior percentual de vulnerabilidade, quando comparado ao sexo masculino ($p=0,0001$).

Tabela 1 - Escores dos domínios do World Health Organization Quality of Life-BREF e do World Health Organization Quality of Life for Older Persons de pessoas idosas na comunidade (N=769), São Paulo, São Paulo, Brasil, 2017-2018

Domínios do WHOQOL-BREF	Média (DP)*	Domínios do WHOQOL-OLD	Média (DP)**
Físico	3,64 (0,65)	Funcionamento do sensorio	3,89 (0,91)
Psicológico	3,84 (0,63)	Autonomia	3,52 (0,81)
Relações sociais	3,68 (0,71)	Atividades passadas, presentes e futuras	3,66 (0,71)
Meio ambiente	3,4 (0,61)	Participação social	3,52 (0,72)
		Morte e morrer	3,67 (1,11)
		Intimidade	3,62 (0,97)

*DP= Desvio Padrão; ** Notas de corte: 1 a 2,9 (necessita melhorar), 3 a 3,9 (regular), 4 a 4,9 (boa), 5 (muito boa).

Tabela 2 - Correlação entre os domínios do World Health Organization Quality of Life for Older Persons e World Health Organization Quality of Life-BREF com a vulnerabilidade física de pessoas idosas na comunidade (N=769), São Paulo, São Paulo, Brasil, 2017-2018

	VES-13		Valor de p
	Não Vulnerável Média (DP)**	Vulnerável Média (DP)**	
WHOQOL-OLD			
Funcionamento sensorio	4,13 (0,76)	3,5 (1)	<0,0001
Autonomia	3,74 (0,74)	3,14 (0,79)	<0,0001
Atividades passadas, presentes e futuras	3,78 (0,65)	3,45 (0,75)	0,0001
Participação social	3,66 (0,68)	3,29 (0,72)	<0,0001
Morte e morrer	3,78 (1,07)	3,48 (1,14)	0,0243
Intimidade	3,76 (0,92)	3,39 (1,01)	0,0010
WHOQOL-BREF			
Físico	3,87 (0,54)	3,26 (0,64)	<0,0001
Psicológico	3,99 (0,55)	3,59 (0,66)	<0,0001
Relações sociais	3,79 (0,7)	3,49 (0,68)	0,0001
Meio ambiente	3,48 (0,59)	3,25 (0,63)	0,0015
Número de avaliados	469	300	769

*DP=Desvio Padrão. Modelo Linear Geral; **Notas de corte: 1 a 2,9 (necessita melhorar), 3 a 3,9 (regular), 4 a 4,9 (boa), 5 (muito boa).

Tabela 3 - Correlação entre os domínios do World Health Organization Quality of Life for Older Persons e a vulnerabilidade física com o contato familiar de pessoas idosas na comunidade (N=769), São Paulo, São Paulo, Brasil, 2017-2018

	VES-13		Total
	Não vulnerável	Vulnerável	
WHOQOL-OLD - Próximo			
Média (DP)	3,85 (0,53)	3,43 (0,57)	3,69 (0,58)
Mediana	3,9	3,4	3,8
Mínimo-Máximo	1,9-5	2-4,9	1,9-5
WHOQOL-OLD - Distante/não tem contato			
Média (DP)	3,55 (0,54)	3,04 (0,59)	3,35 (0,61)
Mediana	3,5	3,0	3,3
Mínimo-Máximo	2,2-4,7	2,1-4,1	2,1-4,7
Número de avaliados	469	300	769
valor de p (Contato familiar)	<0,0001		
valor de p (VES-13)	<0,0001		
valor de p (Contato familiar x VES-13)	0,8420		

Modelo Linear Geral; **Notas de corte: 1 a 2,9 (necessita melhorar), 3 a 3,9 (regular), 4 a 4,9 (boa), 5 (muito boa).

Tabela 4 - Correlação entre os domínios do World Health Organization Quality of Life-BREF e a vulnerabilidade física com o contato familiar de pessoas idosas na comunidade (N=769), São Paulo, São Paulo, Brasil, 2017-2018

WHOQOL- BREF/Contato familiar	VES-13		Total
	Não vulnerável	Vulnerável	
W-BREF - Próximo			
Média (DP)	3,84 (0,47)	3,46 (0,54)	3,7 (0,53)
Mediana	3,9	3,5	3,8
Mínimo-Máximo	2-4,9	1,8-4,8	1,8-4,9
W-BREF - Distante/não tem contato			
Média (DP)	3,39 (0,54)	3 (0,52)	3,24 (0,56)
Mediana	3,4	3,0	3,2
Mínimo-Máximo	2,1-4,5	1,8-4	1,8-4,5
Número de avaliados	469	300	769
valor de p (Contato familiar)	<0,0001		
valor de p (VES-13)	<0,0001		
valor de p (Contato familiar x VES-13)	0,5231		

Modelo Linear Geral; **Notas de corte: 1 a 2,9 (necessita melhorar), 3 a 3,9 (regular), 4 a 4,9 (boa), 5 (muito boa).

Viúvos apresentam maior percentual de vulnerabilidade do que as pessoas idosas de outros estados civis (p=0,0000). Pessoas idosas que trabalham também apresentam menor percentual de

vulnerabilidade, quando comparados aos aposentados e aos que não trabalham (p=0,0000). Pessoas idosas com ensino superior incompleto apresentam maior percentual de não vulnerabilidade do que as com escolaridade menor (p<0,0001).

Os dados sobre a qualidade de vida mostram que pessoas idosas do sexo masculino apresentam maior escore total de WHOQOL-OLD (p=0,0001) e WHOQOL-BREF (p=0,0002), com maior escores relacionados ao domínio morte e morrer (p=0,0000) e ao domínio físico (p=0,0001). Os casados apresentam maior escore de WHOQOL-OLD do que os solteiros e viúvos (p=0,0000), com maior escore no domínio intimidade (p=0,0000) e maior escore de WHOQOL-BREF do que os viúvos (p=0,0015), com maior escore relacionado ao domínio físico (p=0,0007). Aqueles que ainda trabalham apresentam maior escore de funcionamento do sensorio (p=0,0338) e autonomia (p=0,0369) do que os que não trabalham.

A renda familiar suficiente e possuir uma casa própria proporcionaram um maior escore total de WHOQOL-OLD e WHOQOL-BREF (p=0,0000), com escores maiores nos domínios presente-passado e futuro, participação social, psicológico e ambiente (p=0,0000). Aqueles com contato familiar próximo apresentam melhor escore total tanto no WHOQOL-OLD quanto no WHOQOL-BREF (p=0,0000), com exceção no domínio morte e morrer (p=0,0594). Pessoas idosas com ensino superior completo apresentaram melhor escore total tanto no WHOQOL-OLD quanto no WHOQOL-BREF (p<0,0001). Pessoas não alfabetizadas apresentaram menores escores totais de WHOQOL-OLD e WHOQOL-BREF, com exceção do domínio morte e morrer (p=0,0148) e do domínio social (p=0,0001).

Há correlação negativa significativa entre idade e escore total de WHOQOL-OLD e WHOQOL-BREF, quanto maior a idade, menor o escore. O mesmo ocorre quando correlacionamos a quantidade de filhos e o escore de domínio físico, quanto maior a quantidade de filhos, menor o escore.

Pessoas idosas não vulneráveis apresentam maior escore em todos os domínios do WHOQOL-OLD e WHOQOL-BREF, quando comparadas as avaliadas como vulneráveis.

Pessoas idosas não vulneráveis apresentam maior escore de WHOQOL-OLD do que aqueles avaliados como vulneráveis. Aqueles que referiram contato familiar próximo apresentaram maior escore de WHOQOL-OLD do que outros.

Pessoas idosas com contato familiar próximo apresentam maior escore de WHOQOL-BREF do que os demais. Os avaliados como não vulneráveis apresentam maior escore de WHOQOL-BREF do que os vulneráveis.

DISCUSSÃO

As características sociocontextuais das pessoas idosas na comunidade reforçam os dados encontrados em pesquisas nacionais e internacionais⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ quanto ao perfil populacional, em que a idade varia entre 65 e 101 anos, com predominância em pessoas do sexo feminino, casadas, com pouca escolaridade (fundamental incompleto), aposentadas, com renda familiar considerada suficiente, morando com até duas pessoas e recebendo algum auxílio familiar. Os dados reforçam que a feminilização da velhice é uma realidade vivenciada mundialmente e que a maioria dessas mulheres possui suporte social suficiente para a manutenção de sua saúde e qualidade de vida.

Estudos em três estados no Brasil identificam o perfil de vulnerabilidade física de pessoas idosas em diferentes situações sociocontextuais, descrevendo um número significativo desta população com características de vulnerabilidade física e dificuldade de realização das atividades de vida diária. Quando comparada a vulnerabilidade com os dados sociocontextuais, verifica-se que as do sexo feminino apresentam maior percentual de vulnerabilidade física. Menor suporte e cuidado familiar e a viuvez são fatores que aumentam o índice de vulnerabilidade física, porém pessoas que ainda trabalham são menos vulneráveis⁽¹⁹⁻²²⁾ Brasil. Método: estudo descritivo, correlacional e de abordagem quantitativa. Foi realizada entrevista individual com a aplicação de um instrumento de caracterização sociodemográfica, a Escala de Fragilidade de Edmonton, Whoqol-bref e o Whoqol-old, no período entre 2012 e 2016. Os dados foram submetidos à análise descritiva e de correlação com testes de Kruskal-Wallis e Levin e Fox. Resultados: participaram do estudo 217 idosos, com média de idade de 68,5 ($\pm 7,35$).

A maior vulnerabilidade física de pessoas idosas do sexo feminino relacionada a fatores, como baixa escolaridade e remuneração, solidão, isolamento social e afastamento familiar, é descrita em literatura^(21,23). O suporte do cuidado familiar, a proximidade de pessoas com a manutenção das redes sociais e o acesso a informações podem proporcionar uma melhor manutenção das capacidades funcionais, bem como fornecer maior garantia de suporte frente as necessidades físicas, psicológicas e sociais⁽²⁴⁻²⁵⁾.

A análise da qualidade de vida demonstrou que as pessoas idosas apresentaram avaliação regular com percentual de WHOQOL-OLD (54,8%) e WHOQOL-BREF (57,4%), sendo que as menores avaliações ocorreram para os domínios físico, social, ambiente, autonomia, passado, presente e futuro e participação social. Os resultados deste estudo são semelhantes, quando comparados a estudos que analisaram pessoas idosas em diferentes situações sociocontextuais e de saúde, o que nos leva a repensar as ações de saúde e políticas relacionadas à promoção da saúde da pessoa idosa relacionadas ao envelhecimento ativo^(19,26-28).

Pessoas idosas do sexo masculino apresentaram maiores escores totais de qualidade de vida, com especial atenção para os domínios morte e morrer e físico. Quanto ao estado civil, os casados apresentaram melhores escores totais de qualidade de vida, com maiores escores relacionados aos domínios intimidade e físico, e os que ainda trabalham melhores escores nos domínios sensórios e autonomia, aqueles que possuíam escolaridade com nível superior apresentaram escores superiores em todos os domínios de qualidade de vida. Os dados corroboram os resultados

de trabalhos que analisaram a relação da qualidade de vida com fatores socio contextuais, internacionais⁽²⁸⁾ e no Brasil⁽²⁹⁻³⁰⁾.

Os resultados dos dados referentes ao sexo, estado civil, escolaridade e trabalho reforçam o conceito de saúde apresentado pela OMS, no qual a manutenção da autonomia e independência garante à pessoa idosa uma maior percepção de estar saudável e ter qualidade de vida. Assim, a avaliação de saúde da pessoa idosa deve abordar a avaliação capacidade funcionais básicas, objetivando a identificação de perda de funcionalidade e conseqüente dependência.

Os participantes com renda familiar suficiente e que possuíam uma casa própria apresentaram escores significativamente maiores em todos os domínios do WHOQOL-OLD e WHOQOL-BREF, com maiores escores nos domínios presente-passado e futuro, participação social, psicológico e ambiente. Fatores de vulnerabilidade social, como baixa renda familiar e baixa qualidade habitacional, têm demonstrado impacto negativo importante sobre a percepção de qualidade de vida de pessoas idosas, com especial atenção aos domínios físico, psicológico e meio ambiente, os quais apresentam associações de maior magnitude com a percepção de saúde⁽³¹⁾. Assim, a atenção quanto ao suporte social da pessoa idosa é um fator que pode proporcionar às equipes de saúde interprofissionais um suporte mais adequado para a elaboração de planos assistenciais de suporte social e familiar a esta população⁽³²⁾.

O cuidado familiar próximo foi um fator que demonstrou forte influência sobre os resultados de avaliação positiva de qualidade de vida. Os escores totais do WHOQOL-OLD e do WHOQOL-BREF foram significativamente maiores em pessoas idosas que referiram contato familiar próximo, com exceção do domínio morte e morrer. Dados podem mostrar que a proximidade das relações sociais são um fator importante para a melhora da qualidade de vida. A família como o principal responsável pelo cuidado de seus membros deve proporcionar à pessoa idosa a manutenção de relações de proximidade para melhorar a sua avaliação de qualidade de vida. Redes sociais de maior dimensão, com relações mais espontâneas, maior proximidade geográfica, contato frequente e proximidade emocional, são fatores que melhoram a avaliação da qualidade de vida por pessoas idosas^(9,33) Scopus, Scholar Google, Science Direct and Online Knowledge Library (b-on).

A análise dos dados identificou que existe uma correlação negativa significativa entre idade e escore total do WHOQOL-OLD e do WHOQOL-BREF, sendo que, quanto maior a idade, menor o escore de qualidade de vida em todos os domínios avaliados, o que corrobora os dados apresentados pela OMS, que mostram que a longevidade é acompanhada de limitações e doenças crônicas não transmissíveis que tendem a afetar diretamente a avaliação da qualidade de vida das pessoas idosas⁽¹⁾. A mesma relação negativa é identificada quando correlacionamos a quantidade de filhos e o escore de domínio físico, quanto maior a quantidade de filhos menor o escore, o que pode indicar a possibilidade de proteção como um caráter familiar extremo, minimizando a participação, a independência e a capacidade de resposta da pessoa idosa⁽²³⁾.

Cada vez mais frequente, podemos observar a sobrecarga gerada pela demanda de cuidado ocasionado pelo retorno dos filhos às casas dos pais idosos com seus cônjuges e netos. Questões sociais, como desemprego, baixos salários e alto custo de vida, têm levado o retorno dos filhos e suas famílias às casas

dos pais, levando à necessidade do apoio financeiro e cuidados de manutenção do lar e dos netos pela pessoa idosa. Assim, para que a família seja uma fonte de apoio efetivo para o estímulo da qualidade de vida, é preciso que exista um equilíbrio entre o cuidado, o estímulo e a autonomia da pessoa idosa^(23,34).

Neste estudo, pessoas classificadas como não vulneráveis, quando comparadas às avaliadas como vulneráveis, apresentam um maior escore em todos os domínios do WHOQOL-OLD e WHOQOL-BREF, o que é confirmado pela descrição dos demais dados neste estudo quando comparada a estudos relacionados à temática. Dados relacionados à avaliação da vulnerabilidade física de pessoas idosas podem corroborar a elaboração de planos de cuidados mais eficazes para a melhora na qualidade de vida desta população^(19,35).

Limitações do estudo

Este estudo tem como limitação o fato de ter abordado somente as pessoas idosas que compareceram ao serviço para a entrevista, desconsiderando aquelas impossibilitadas, como as acamadas, o que pode caracterizar um possível viés de não-respondentes, visto que a situação poderia alterar negativamente a média dos resultados. Portanto, sugerimos mais estudos com esta população em específico.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

O estudo pode contribuir para o direcionamento da avaliação interprofissional da pessoa idosa, objetivando a maior eficácia na elaboração de planos de cuidados que visem à melhor avaliação

da vulnerabilidade física e conseqüente melhoria na qualidade de vida de pessoas idosas. Conhecer a relação entre a vulnerabilidade, qualidade de vida e a importância de sua avaliação possibilita a elaboração de condutas, tratamentos e políticas mais eficazes aos profissionais que trabalham com a população idosa.

CONCLUSÃO

Neste estudo, fatores como sexo feminino, baixa escolaridade, viuvez e não realizar atividades relacionadas a trabalho estão relacionados a pessoas avaliadas como vulneráveis. Os melhores escores de qualidade de vida foram relacionados a pessoas idosas mais novas, sexo masculino, casados, com ensino superior, com renda suficiente e casa própria, que ainda realizam atividades relacionadas ao trabalho e possuem contato familiar próximo.

O contato familiar demonstrou ser um fator de proteção para a manutenção da qualidade de vida e da não vulnerabilidade física de pessoas idosas, porém a quantidade de filhos pode ser um fator que interfere negativamente sobre a qualidade de vida de pessoas idosas. A avaliação da qualidade de vida e a análise da dinâmica familiar de pessoas idosas que vivem com mais de cinco familiares podem identificar fatores que interferiram diretamente sobre a qualidade de vida e auxiliar as equipes de saúde interprofissionais a criarem estratégias de promoção e proteção da qualidade de vida desta população.

Existe relação direta entre a não vulnerabilidade física e melhores escores de qualidade de vida em todos os domínios avaliados pelo WHOQOL-OLD e WHOQOL-BREF. Assim, estratégias de avaliação e manutenção da qualidade de vida pelas equipes de saúde interprofissionais podem proporcionar um menor risco de vulnerabilidade física para pessoas idosas.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Health situation and trend assessment - Elderly population [Internet]. 2019 [cited 2015 May 13]; Available from: http://www.searo.who.int/entity/health_situation_trends/data/chi/elderly-population/en/
2. United Nations (UN). World Population Ageing [Internet]. 2015 [cited 2015 May 13];1(1):164. Available from: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf%5Cnwww.un.org/.../population/.../WPA2009/WPA2009
3. World Health Organization (WHO). Ten threats to global health in 2019 [Internet]. 2019 [cited 2015 May 14]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019>
4. Lionis C, Midlöv P. Prevention in the elderly: A necessary priority for general practitioners. *Eur J Gen Pract.* 2017;23(1):202–7. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1350646>
5. García Lizana F. European innovation partnership on active and healthy aging: moving from policy to action. *Gac Sanit.* 2013;27(5):459–62. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.09.005>
6. Pivetta NRS, Marincolo JCS, Neri AL, Aprahamian I, Yassuda MS, Borim FSA. Multimorbidity, frailty and functional disability in octogenarians: a structural equation analysis of relationship. *Arch Gerontol Geriatr.* 2020;86:103931. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.103931>
7. Hoogendijk EO, Romero L, Sánchez-Jurado PM, Flores Ruano T, Viña J, Rodríguez-Mañas L, et al. A new functional classification based on frailty and disability stratifies the risk for mortality among older adults: the FRADEA Study. *J Am Med Dir Assoc.* 2019;20(9):1105–10. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.01.129>
8. Moraes E. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. *Organ Panam Saúde* [Internet]. 2012 [cited 2014 Sep 24];1:98. Available from: <https://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>
9. Van Leeuwen KM, Van Loon MS, Van Nes FA, Bosmans JE, Vet HCW, Ket JCF, et al. What does quality of life mean to older adults? a thematic synthesis. *PLoS One.* 2019;14(3):e0213263. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213263>
10. Yang Y, Lin M, Wang C, Lu F, Wu J, Cheng H, et al. Geriatric syndromes and quality of life in older adults with diabetes. *Geriatr Gerontol Int.* 2019;19(6):518–24. <https://doi.org/10.1111/ggi.13654>

11. Uchmanowicz I, Lisiak M, Wleklík M, Gurowiec P, Kaluźna-Oleksy M. The relationship between frailty syndrome and quality of life in older patients following acute coronary syndrome. *Clin Interv Aging*. 2019;14:805–16. <https://doi.org/10.2147/CIA.S204121>
12. Paiva ATG, Bessa MEP, Moraes GLA, Silva MJ, Oliveira RDP, Soares AMG. Evaluation of functionality in families with elderly members. *Cogitare Enferm*. 2011;16(1):22–8. <https://doi.org/10.5380/ce.v16i1.21107>
13. Wright LM. Older adults and their families: an interactional intervention that brings forth love and softens suffering. *J Fam Nurs*. 2019;25(4):610–626. <https://doi.org/10.1177/1074840719864093>
14. Fleck Marcelo P, Chachamovich Eduardo, Trentini Clarissa. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(5):785–91. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000600007>
15. Maia FOM, Duarte YAO, Secoli SR, Santos JLF, Lebrão ML. Cross-Cultural Adaptation of the Vulnerable Elders Survey-13(VES-13): helping in the identification of vulnerable older people. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(spe):116–22. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000700017>
16. Luz LL, Santiago LM, Silva JFS, Mattos IE. First stage of the cross-cultural adaptation of the instrument The Vulnerable Elders Survey (VES-13) to Portuguese. *Cad Saude Publica*. 2013;29(3):621–8. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000300019>
17. Tavares DS, Gomes NC, Rodrigues LR, Tavares DMS, Tavares DS, Gomes NC, et al. Profile of elderly persons with metabolic syndrome and factors associated with possible drug interactions. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(2):164–75. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170154>
18. Henchoz Y, Abolhassani N, Büla C, Guessous I, Goy R, Santos-Eggimann B. Change in quality of life among community-dwelling older adults: population-based longitudinal study. *Qual Life Res*. 2019;28(5):1305–14. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02108-w>
19. Jesus ITM, Diniz MAA, Lanzotti RB, Orlandi FS, Pavarini SCI, Zazzetta MS. Frailty and quality of elderly living in a context of social vulnerability. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(4). <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004300016>
20. Amancio TG, Oliveira MLC, Amancio VS. Factors influencing the condition of vulnerability among the elderly. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2019;22(2). <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180159>
21. Cruz RR, Beltrame V, Dallacosta FM. Aging and vulnerability: an analysis of 1,062 elderly persons. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2019;22(3). <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180212>
22. Cabral JF, Silva AMC, Mattos IE, Neves ÁQ, Luz LL, Ferreira DB, et al. Vulnerability and associated factors among older people using the Family Health Strategy. *Cienc Saude Coletiva*. 2019;24(9):3227–36. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.22962017>
23. Inouye K, Barham EJ, Pedrazzani ES, Pavarini SCI. Relations between social vulnerability and perceptions of family Support and quality of life among elderly people. *Psicol Reflex Crit*. 2010;23(3):582–92. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722010000300019>
24. Montayre J, Thaggard S, Carney M. Views on the use of the term ‘elder orphans’: a qualitative study. *Health Soc Care Community*. 2019;28(2):341–6. <https://doi.org/10.1111/hsc.12865>
25. Gonçalves LTH, Leite MT, Hildebrandt LM, Bisogno SC, Biasuz S, Falcade BL. Living together and family care at the fourth age: quality of life for seniors and their caregivers. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013;16(2):315–25. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000200011>
26. Hunt C, Zahid S, Ennis N, Michalak A, Masanic C, Vaidyanath C, et al. Quality of life measures in older adults after traumatic brain injury: a systematic review. *Qual Life Res*. 2019;28:3137–51. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02297-4>
27. Okuno MFP, Rosa AS, Lopes MCBT, Campanharo CRV, Batista REA, Belasco AGS. Quality of life of hospitalized octogenarians. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(2):43–8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0781>
28. Ko H, Park YH, Cho B, Lim KC, Chang SJ, Yi YM, et al. Gender differences in health status, quality of life, and community service needs of older adults living alone. *Arch Gerontol Geriatr*. 2019;83:239–45. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.05.009>
29. Lima ALB, Espelt A, Lima KC, Bosque-Prous M, Lima ALB, Espelt A, et al. Activity limitation in elderly people in the European context of gender inequality: a multilevel approach. *Cienc Saude Coletiva*. 2018;23(9):2991–3000. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.20662016>
30. Almeida-Brasil CC, Silveira MR, Silva KR, Lima MG, Faria CDCM, Cardoso CL, et al. Quality of life and associated characteristics: application of WHOQOL-BREF in the context of Primary Health Care. *Cienc Saude Coletiva*. 2017;22(5):1705–16. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.20362015>
31. Ferreira LK, Meireles JFF, Ferreira MEC. Evaluation of lifestyle and quality of life in the elderly: a literature review. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(5):616–27. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180028>
32. Vagetti GC, Moreira NB, Barbosa Filho VC, Oliveira V, Cancian CF, Mazzardo O, et al. Aspects of quality of life associated with self-rated health: a study of elderly women from a physical activity program in low-income neighborhoods in Curitiba in the state of Paraná, Brazil. *Cienc Saude Coletiva*. 2013;18(12):3483–93. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001200005>
33. 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>
34. Fernandes MGM, Garcia LG. The meaning of old age for elderly men and women. *Saúde Soc*. 2010;19(4):771–83. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000400005>
35. Martín-Fernández J, Ariza-Cardiel G, Polentinos-Castro E, Sanz-Cuesta T, Sarria-Santamera A, del Cura-González I. Explaining differences in perceived health-related quality of life: a study within the Spanish population. *Gac Sanit*. 2018;32(5):447–53. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.05.016>