

## **Avaliação das características sociodemográficas, de saúde e da qualidade de vida de pessoas idosas**

**Assessment of sociodemographic, health, and quality of life characteristics of elderly individual**

**Evaluación de las características sociodemográficas, de salud y de la calidad de vida de personas**

**mayores**

Recebido: 29/04/2025 | Revisado: 06/05/2025 | Aceitado: 06/05/2025 | Publicado: 09/05/2025

**Bárbara Silva Vieira**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-0781-1399>

Faculdade de Medicina de Itajubá, Brasil

E-mail: [barbarasvieira09@gmail.com](mailto:barbarasvieira09@gmail.com)

**Amábile Christinne Santos de Andrade**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-0471-9108>

Faculdade de Medicina de Itajubá, Brasil

E-mail: [amabilesantos16@gmail.com](mailto:amabilesantos16@gmail.com)

**Rogério Donizeti Reis**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3457-2133>

Faculdade de Medicina de Itajubá, Brasil

E-mail: [rogerio.reis@fmit.edu.br](mailto:rogerio.reis@fmit.edu.br)

### **Resumo**

**Introdução:** O interesse pelo estudo do envelhecimento e da longevidade tem crescido devido às necessidades de saúde específicas da população idosa, especialmente em relação às doenças crônicas que afetam a qualidade de vida e a autonomia. O envelhecimento é um processo de declínio funcional, que compromete a qualidade de vida, e a promoção de um envelhecimento saudável visa a otimizar a funcionalidade, retardando condições patológicas. **Objetivo:** Avaliar as características sociodemográficas, de saúde e a qualidade de vida de pessoas idosas. **Metodologia:** Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, do tipo descritivo, analítico e transversal. Participaram dele 301 pessoas idosas, de ambos os sexos, de uma cidade do interior de Minas Gerais. Utilizou-se um questionário de características sociodemográficas e de saúde, e a Escala de Qualidade de Vida de Pessoa Idosa. **Resultados:** 45,18% tinham entre 70 e 79 anos, 54,15% eram do sexo masculino, 54,15% viviam com um companheiro, 60,13% seguiam a religião católica/cristã, 50,83% possuíam escolaridade superior a 5 anos, 64,11% possuíam renda mensal entre 1 e 2 salários mínimos, 69,76% foram diagnosticados com Doenças Crônicas Não Transmissíveis, 50,49% faziam uso de polifarmácia e 52,82% possuíam comorbidades. Em relação à Escala de Qualidade de Vida de Pessoa Idosa, obteve-se conceitos regular, bom e muito bom. **Conclusão:** Os resultados encontrados reforçam a necessidade de estratégias de promoção de um envelhecimento saudável que, por conseguinte, minimizarão os efeitos fisiológicos da senescência.

**Palavras-chave:** Idoso; Saúde; Qualidade de Vida; Envelhecimento.

### **Abstract**

**Introduction:** Interest in the study of aging and longevity has grown due to the specific health needs of the elderly population, especially concerning chronic diseases that affect quality of life and autonomy. Aging is a process of functional decline that compromises quality of life, and promoting healthy aging aims to optimize functionality by delaying pathological conditions. **Objective:** To assess the sociodemographic and health characteristics, as well as the quality of life, of elderly individuals. **Methodology:** This is a quantitative, descriptive, analytical, and cross-sectional study. A total of 301 elderly individuals, of both sexes, from a city in the interior of Minas Gerais, participated. A questionnaire on sociodemographic and health characteristics and the Elderly Quality of Life Scale were used. **Results:** 45.18% were between 70 and 79 years old, 54.15% were male, 54.15% lived with a partner, 60.13% followed the Catholic/Christian religion, 50.83% had more than five years of education, 64.11% had a monthly income between one and two minimum wages, 69.76% were diagnosed with Non-Communicable Chronic Diseases, 50.49% used polypharmacy, and 52.82% had comorbidities. Regarding the Elderly Quality of Life Scale, the classifications obtained were regular, good, and very good. **Conclusion:** The findings reinforce the need for strategies to promote healthy aging, aiming to minimize the physiological effects of senescence.

**Keywords:** Elderly; Health; Quality of Life; Aging.

## Resumen

**Introducción:** El interés por el estudio del envejecimiento y la longevidad ha aumentado debido a las necesidades de salud específicas de la población anciana, especialmente en relación con las enfermedades crónicas que afectan la calidad de vida y la autonomía. El envejecimiento es un proceso de declive funcional que compromete la calidad de vida, y la promoción de un envejecimiento saludable busca optimizar la funcionalidad, retrasando las condiciones patológicas. **Objetivo:** Evaluar las características sociodemográficas, de salud y la calidad de vida de personas mayores. **Metodología:** Se trata de un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, analítico y transversal. Participaron 301 personas mayores, de ambos sexos, de una ciudad del interior de Minas Gerais. Se utilizó un cuestionario de características sociodemográficas y de salud, así como la Escala de Calidad de Vida de Personas Mayores. **Resultados:** El 45,18% tenía entre 70 y 79 años, el 54,15% eran hombres, el 54,15% vivía con pareja, el 60,13% seguía la religión católica/cristiana, el 50,83% tenía más de cinco años de escolaridad, el 64,11% tenía ingresos mensuales entre uno y dos salarios mínimos, el 69,76% había sido diagnosticado con Enfermedades Crónicas No Transmisibles, el 50,49% utilizaba polifarmacia y el 52,82% presentaba comorbilidades. En cuanto a la Escala de Calidad de Vida de Personas Mayores, se obtuvieron clasificaciones regular, buena y muy buena. **Conclusión:** Los resultados encontrados refuerzan la necesidad de estrategias de promoción de un envejecimiento saludable que minimicen los efectos fisiológicos de la senescencia.

**Palabras clave:** Anciano; Salud; Calidad de Vida; Envejecimiento.

## 1. Introdução

O interesse por temas relacionados à longevidade e ao processo de envelhecimento tem crescido, principalmente porque a população idosa apresenta necessidades de saúde específicas. Isso se deve ao aumento na frequência e na gravidade de doenças, especialmente as crônicas, que podem comprometer a qualidade de vida (QV) e a autonomia desse grupo populacional (Torres et al., 2020).

Evidentemente, para Leidal, Levine e Debnath (2018) o envelhecimento é um processo complexo do declínio funcional humano, que depende do tempo, resultando na redução da QV. Dessa forma, é nítida a importância da promoção de um envelhecimento saudável à pessoa idosa, caracterizado pela otimização da funcionalidade. Assim, busca-se melhorar a saúde física e mental, durante a senescência, e retardar a progressão de condições patológicas relacionadas à idade (Lópes-Otín & Kroemer, 2021).

Sousa et al. (2024) ao se aprofundarem no estudo sobre o construto QV, constataram que este não desfruta de consenso. Na verdade, o tema “qualidade de vida” é alvo de discussões, nas últimas décadas, e apresenta significativa evolução. Desse modo, QV pode ser compreendida, na contemporaneidade, como um tema multidisciplinar, por ser estudada em diferentes áreas e sob diferentes enfoques, a exemplo de Sociologia, de Medicina, de Enfermagem e de Economia.

O tema QV possui diversas abordagens e conceitos, entretanto, o mais difundido é o proposto pela Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde [WHOQOL] (1995). Tal definição aborda a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura, do sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Para Ruidiaz-Gómez e Cacante-Caballero (2021), a QV é um construto subjetivo e multidimensional que compreende a percepção e a compreensão da realidade. Assim, perante os domínios da vida que as pessoas idosas valorizam, a satisfação é uma teoria individual e relaciona-se ao nível de personalidade, de expectativa e de cultura.

A QV, segundo Souza Junior et al. (2021), é composta pela análise de um conjunto de fatores que influenciam, diretamente, a maneira como o indivíduo sente-se em relação a sua forma de viver. Dessa forma, características sociodemográficas, como aspectos financeiros, saúde física, produtividade e condições crônicas, compõem os parâmetros que caracterizam o nível de QV. Estes indicadores podem influenciar, negativamente, na QV de pessoas idosas com indícios de vulnerabilidade, causando mudanças significativas no desempenho de atividades corriqueiras.

Assim, diante dessa contextualização, o presente estudo objetiva avaliar as características sociodemográficas, de saúde e a QV de pessoas idosas.

## 2. Metodologia

Realizou-se um estudo de abordagem quantitativa, do tipo descritivo, analítico e transversal (Pereira, Shitsuka, Parreira & Shitsuka, 2018), com apoio de estatística (Vieira, 2021). Participaram do estudo 301 pessoas idosas, de ambos os sexos, residentes em uma cidade do interior de Minas Gerais. A amostragem foi não probabilística dos tipos “Snowball” e por conveniência. O critério de inclusão foi idosos com capacidade de cognição preservadas, analisadas pelo questionário de avaliação mental. O critério de exclusão foi pessoas idosas com sinais clínicos comprometidos.

A estrutura do presente trabalho seguiu as diretrizes presentes na iniciativa Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) (Vandenbroucke et al., 2014).

Para a coleta de dados, no critério de inclusão, foi utilizado o Questionário de Avaliação Mental. Esse instrumento foi proposto por Khan, Goldfarb, Pollack e Peck (1960) e, posteriormente, adaptado à cultura brasileira por Ventura e Bottino (2007), sendo de domínio público. O referido questionário é composto por dez perguntas que focam na orientação temporoespacial e na memória para fatos tardios. Desse modo, é possível fazer uma análise da pessoa idosa, verificando se ela sofre ou não de uma síndrome mental orgânica. É necessário que o entrevistado acerte, pelo menos, sete das dez perguntas, para que seja considerado isento de alguma síndrome (Ventura & Bottino, 2002). Como cada questão tem o valor de um ponto, é preciso que o idoso obtenha, no mínimo, sete pontos, independentemente da ordem e do tipo de questão acertada. Salienta-se que este questionário foi utilizado apenas como critério de inclusão das pessoas idosas na pesquisa.

Recorreu-se, também, a um questionário de caracterização sociodemográfica e de saúde das pessoas idosas, contendo dados sobre idade, sexo, situação conjugal, religião, escolaridade, renda mensal, quedas no último mês, doença crônica não transmissível (DCNT), polifarmácia e comorbidade. Em relação à QV, aplicou-se a Escala de Qualidade de Vida de Pessoa Idosa, a qual foi elaborada e validada por Silva e Baptista (2016). Essa Escala é composta por cinco domínios: saúde, social, autonomia e psicológico, independência física e família. A interpretação do instrumento é realizada de modo que os Domínios Saúde, Social e Família tenham a seguinte pontuação e conceito: 3-5,9 pontos - Ruim; 6-9,9 pontos - Regular; 10-11,9 pontos - Bom e 12-15 pontos - Muito bom. O Domínio Independência Física tem, como pontuação e conceito, 4-7,9 pontos - Ruim; 8-10,9 pontos - Regular; 11-15,9 pontos - Bom e 16-20 pontos - Muito bom. Já o Domínio Autonomia e Psicológico, 7-13,9 pontos - Ruim; 14-20,9 pontos - Regular; 21-27,9 pontos - Bom e 28-35 pontos - Muito bom. A Escala total tem pontuação que varia entre 20 e 100 pontos, sendo 20-40 pontos - Ruim; 41-60 pontos - Regular; 61-80 pontos - Bom e 81-100 pontos - Muito bom.

Para as análises dos dados, foi utilizada a estatística descritiva e inferencial. Quanto à estatística descritiva, empregaram-se as frequências absoluta e relativa, para as variáveis qualitativas ou categóricas. No que se refere às variáveis contínuas, envolvendo a Escala de Qualidade de Vida, usaram-se as medidas de tendência central e desvio (média, mediana, valor mínimo, valor máximo e desvio padrão). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Itajubá, sob o parecer nº 5.974.421, o qual seguiu todos os preceitos estabelecidos na resolução nº 466/12 do Ministério da Saúde (Conselho Nacional de Saúde, 2013).

## 3. Resultados

Os resultados abaixo mostram o perfil sociodemográfico e de saúde de pessoas idosas, provenientes de uma cidade do interior de Minas Gerais. Além disso, estão evidenciadas as análises da Escala de Qualidade de Vida de Pessoas Idosas, por meio dos domínios saúde, social, autonomia e psicológico, independência física e família.

A seguir, apresenta-se a Tabela 1, que mostra dados da qualidade de vida:

**Tabela 1** - Qualidade de vida.

<b>DOMÍNIO SAÚDE</b>							
	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Mediana</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Amplitude</b>
<b>Idade</b>							
60 a 69 anos	107	11.59	12	3.23	3	15	12
70 a 79 anos	136	10.10	10	3.36	3	15	12
Acima de 80 anos	58	9.14	9	3.19	3	15	12
<b>Sexo</b>							
Feminino	138	10.50	10	3.24	3	15	12
Masculino	163	10.40	11	3.53	3	15	12
<b>Situação Conjugal</b>							
Com companheiro	163	10.63	11	3.41	3	15	12
Sem companheiro	138	10.23	10	3.38	3	15	12
<b>Religião</b>							
Católico/cristão	181	10.91	12	3.28	3	15	12
Evangélico	99	9.58	9	3.35	3	15	12
Sem religião	21	10.52	10	3.92	3	15	12
<b>Escolaridade</b>							
Acima de 5 anos	153	10.99	12	3.38	3	15	12
Até 4 anos de estudo	148	9.88	9.5	3.33	3	15	12
<b>Renda Mensal</b>							
Menos de 1 salário	34	8.62	8	3.27	3	15	12
1 a 2 salários	193	10.72	12	3.19	3	15	12
Acima de 2 salários	74	10.58	11	3.75	3	15	12
<b>Arranjo Domiciliar</b>							
Mora sozinho	79	10.08	9	3.37	3	15	12
Não mora sozinho	222	10.58	11	3.41	3	15	12
<b>Quedas no último mês</b>							
Não	241	11.14	12	3.13	3	15	12
Sim	60	7.67	8	3.00	3	15	12
<b>DCNT</b>							
Não	91	12.84	13	2.57	3	15	12
Sim	210	9.41	9	3.19	3	15	12
<b>Polifarmácia</b>							
Não	149	12.27	12	2.77	5	15	10
Sim	152	8.66	8	2.98	3	15	12
<b>Comorbidade</b>							
Não	142	12.06	12	2.98	4	15	11
Sim	159	9.01	8	3.09	3	15	12
<b>Percepção de Saúde</b>							
Ruim	23	5.61	6	1.83	3	8	5
Regular	78	8.05	8	2.51	3	15	12
Boa	114	10.96	12	2.66	5	15	10
Ótima	86	13.23	14	2.23	6	15	9

**DOMÍNIO SOCIAL**

	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Amplitude
<b>Idade</b>							
60 a 69 anos	107	13.30	15	2.46	4	15	11
70 a 79 anos	136	12.40	14	3.22	3	15	12
Acima de 80 anos	58	12.72	13	2.65	6	15	9
<b>Sexo</b>							
Feminino	138	12.56	14	3.03	3	15	12
Masculino	163	12.97	15	2.74	4	15	11
<b>Situação Conjugal</b>							
Com companheiro	163	12.75	15	2.94	4	15	11
Sem companheiro	138	12.81	15	2.82	3	15	12
<b>Religião</b>							
Católico/cristão	181	13.20	15	2.62	3	15	12
Evangélico	99	11.86	12	3.23	3	15	12
Sem religião	21	13.52	15	2.27	8	15	7
<b>Escolaridade</b>							
Acima de 5 anos	153	13.45	15	2.32	5	15	10
Até 4 anos de estudo	148	12.09	12	3.23	3	15	12
<b>Renda Mensal</b>							
Menos de 1 salário	34	12.12	14.5	3.47	4	15	11
1 a 2 salários	193	12.74	14	2.85	3	15	12
Acima de 2 salários	74	13.20	15	2.63	3	15	12
<b>Arranjo Domiciliar</b>							
Mora sozinho	79	12.43	13	3.09	3	15	12
Não mora sozinho	222	12.91	15	2.80	4	15	11
<b>Quedas no último mês</b>							
Não	241	13.24	15	2.49	3	15	12
Sim	60	10.92	12	3.53	3	15	12
<b>DCNT</b>							
Não	91	13.96	15	1.88	6	15	9
Sim	210	12.27	12.5	3.09	3	15	12
<b>Polifarmácia</b>							
Não	149	13.56	15	2.25	6	15	9
Sim	152	12.01	12	3.21	3	15	12
<b>Comorbidade</b>							
Não	142	13.75	15	2.11	5	15	10
Sim	159	11.91	12	3.19	3	15	12
<b>Percepção de Saúde</b>							
Ruim	23	10.65	12	3.35	5	15	10
Regular	78	11.28	12	3.41	3	15	12
Boa	114	12.97	14	2.40	5	15	10
Ótima	86	14.45	15	1.40	6	15	9

DOMÍNIO AUTONOMIA E PSICOLÓGICO

	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Amplitude
<b>Idade</b>							
60 a 69 anos	107	30.08	32	5.62	13	35	22
70 a 79 anos	136	27.04	28	7.12	10	35	25
Acima de 80 anos	58	26.00	26.5	7.83	7	35	28
<b>Sexo</b>							
Feminino	138	27.86	28.5	7.12	7	35	28
Masculino	163	27.98	28	6.83	10	35	25
<b>Situação Conjugal</b>							
Com companheiro	163	28.71	30	6.53	13	35	22
Sem companheiro	138	26.99	28	7.34	7	35	28
<b>Religião</b>							
Católico/cristão	181	29.31	32	6.53	10	35	25
Evangélico	99	25.36	25	7.12	7	35	28
Sem religião	21	27.95	30	6.63	13	35	22
<b>Escolaridade</b>							
Acima de 5 anos	153	29.25	32	6.64	10	35	25
Até 4 anos de estudo	148	26.55	28	7.03	7	35	28
<b>Renda Mensal</b>							
Menos de 1 salário	34	25.03	24.5	6.72	13	35	22
1 a 2 salários	193	28.19	28	7.00	7	35	28
Acima de 2 salários	74	28.55	30	6.70	10	35	25
<b>Arranjo Domiciliar</b>							
Mora sozinho	79	26.62	26	6.79	10	35	25
Não mora sozinho	222	28.38	30	6.97	7	35	28
<b>Quedas no último mês</b>							
Não	241	29.41	31	6.02	7	35	28
Sim	60	21.93	20.5	7.28	10	35	25
<b>DCNT</b>							
Não	91	31.33	35	5.71	7	35	28
Sim	210	26.44	27	6.94	10	35	25
<b>Polifarmácia</b>							
Não	149	30.81	34	5.59	7	35	28
Sim	152	25.09	25	7.01	10	35	25
<b>Comorbidade</b>							
Não	142	30.82	34	5.43	14	35	21
Sim	159	25.33	25	7.15	7	35	28
<b>Percepção de Saúde</b>							
Ruim	23	17.87	17	4.83	10	28	18
Regular	78	22.94	21	6.56	7	35	28
Boa	114	29.10	28	5.11	14	35	21
Ótima	86	33.57	35	2.57	25	35	10

**DOMÍNIO INDEPENDÊNCIA FÍSICA**

	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Amplitude
<b>Idade</b>							
60 a 69 anos	107	16.88	20	4.17	4	20	16
70 a 79 anos	136	14.68	16	4.77	4	20	16
Acima de 80 anos	58	13.62	14	5.36	4	20	16
<b>Sexo</b>							
Feminino	138	15.30	16	4.98	4	20	16
Masculino	163	15.22	16	4.74	4	20	16
<b>Situação Conjugal</b>							
Com companheiro	163	15.69	16	4.70	4	20	16
Sem companheiro	138	14.75	16	4.97	4	20	16
<b>Religião</b>							
Católico/cristão	181	16.22	16	4.31	4	20	16
Evangélico	99	13.40	13	5.24	4	20	16
Sem religião	21	15.67	17	4.98	4	20	16
<b>Escolaridade</b>							
Acima de 5 anos	153	16.03	18	4.70	4	20	16
Até 4 anos de estudo	148	14.45	16	4.88	4	20	16
<b>Renda Mensal</b>							
Menos de 1 salário	34	12.62	12.5	5.22	4	20	16
1 a 2 salários	193	15.65	16	4.57	4	20	16
Acima de 2 salários	74	15.45	16	5.06	4	20	16
<b>Arranjo Domiciliar</b>							
Mora sozinho	79	14.61	16	4.66	4	20	16
Não mora sozinho	222	15.49	16	4.90	4	20	16
<b>Quedas no último mês</b>							
Não	241	16.34	17	4.12	4	20	16
Sim	60	10.90	11	5.10	4	20	16
<b>DCNT</b>							
Não	91	17.92	20	3.46	4	20	16
Sim	210	14.10	15	4.91	4	20	16
<b>Polifarmácia</b>							
Não	149	17.68	20	3.40	4	20	16
Sim	152	12.88	12	4.88	4	20	16
<b>Comorbidade</b>							
Não	142	17.12	20	3.77	6	20	14
Sim	159	13.59	14	5.10	4	20	16
<b>Percepção de Saúde</b>							
Ruim	23	8.13	8	3.39	4	15	11
Regular	78	11.90	11	4.52	4	20	16
Boa	114	16.42	16	3.65	4	20	16
Ótima	86	18.66	20	2.44	9	20	11

**DOMÍNIO FAMÍLIA**

	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Amplitude
<b>Idade</b>							
60 a 69 anos	107	12.68	14	2.86	3	15	12
70 a 79 anos	136	12.13	13	3.12	5	15	10
Acima de 80 anos	58	11.72	12	3.21	3	15	12
<b>Sexo</b>							
Feminino	138	12.22	13	3.08	3	15	12
Masculino	163	12.28	13	3.04	3	15	12
<b>Situação Conjugal</b>							
Com companheiro	163	12.72	15	2.99	3	15	12
Sem companheiro	138	11.69	12	3.05	3	15	12
<b>Religião</b>							
Católico/cristão	181	13.01	15	2.64	3	15	12
Evangélico	99	11.08	12	3.39	3	15	12
Sem religião	21	11.19	10	2.79	7	15	8
<b>Escolaridade</b>							
Acima de 5 anos	153	13.12	15	2.63	3	15	12
Até 4 anos de estudo	148	11.35	12	3.22	3	15	12
<b>Renda Mensal</b>							
Menos de 1 salário	34	10.24	9	3.24	3	15	12
1 a 2 salários	193	12.18	13	3.01	3	15	12
Acima de 2 salários	74	13.36	15	2.59	3	15	12
<b>Arranjo Domiciliar</b>							
Mora sozinho	79	11.62	12	2.96	5	15	10
Não mora sozinho	222	12.47	14	3.07	3	15	12
<b>Quedas no último mês</b>							
Não	241	12.73	14	2.71	3	15	12
Sim	60	10.33	9	3.61	3	15	12
<b>DCNT</b>							
Não	91	13.05	15	3.01	3	15	12
Sim	210	11.90	12	3.02	5	15	10
<b>Polifarmácia</b>							
Não	149	13.09	15	2.83	3	15	12
Sim	152	11.43	12	3.05	3	15	12
<b>Comorbidade</b>							
Não	142	13.03	15	2.59	3	15	12
Sim	159	11.55	12	3.28	3	15	12
<b>Percepção de Saúde</b>							
Ruim	23	9.52	9	3.70	3	15	12
Regular	78	10.77	10	3.46	3	15	12
Boa	114	12.64	12	2.40	6	15	9
Ótima	86	13.80	15	2.06	8	15	7

Fonte: Elaborado pelos Autores.

#### 4. Discussão

Diante dos resultados, constatou-se que a faixa etária entre 70 e 79 anos (45,18%) obteve conceito bom nos domínios saúde, social, independência física, autonomia e psicológico. No domínio família, verificou-se o conceito muito bom. Diferentemente dos dados deste estudo, Nguyen et al. (2024) afirmam em seu artigo que o aumento da faixa etária nesse grupo populacional impacta, direta e negativamente, a QV dos anosos. De modo similar, Costa, Carrera e Marques (2021) referem em seu trabalho que, com o passar dos anos, as pessoas idosas tornam-se mais suscetíveis ao surgimento de doenças. Com base nos resultados obtidos, observou-se que a QV foi considerada um fator positivo no contexto analisado. No entanto, ao comparar com outros estudos, percebe-se uma divergência, já que, em algumas pesquisas, a QV foi apontada como insatisfatória ou comprometida. Essa discrepância pode estar relacionada a diferenças no perfil dos participantes.

Quanto às pessoas idosas do sexo masculino (54,15%), obteve-se conceito bom nos domínios saúde, autonomia e psicológico e independência física, enquanto os aspectos social e família foram avaliados como muito bons. Equivalentemente, Guimarães et al. (2025) afirmam que o sexo feminino está associado à diminuição da QV em detrimento aos homens. Isso porque as mulheres são mais propensas a terem pensamentos negativos e memórias intrusivas (Medhi et al., 2019). Além disso, segundo Sousa, Chaves, Botelho, Polaro e Oliveira (2019), o sexo feminino é portador de doenças crônicas com maior frequência, o que impacta, negativamente, a QV. Nesse sentido, Volčanšek, Lunder e Janež (2023) associam, ainda, a redução da QV das mulheres à pouca prática de exercícios físicos, em razão do tempo pessoal livre reduzido e da dupla jornada de trabalho.

Em relação à situação conjugal, anosos que vivem com um companheiro (54,15%) apresentaram conceito bom nos critérios saúde e independência física, e muito bom nos domínios social, autonomia e psicológico e família. Paralelamente ao estudo de Guimarães et al. (2025), indivíduos casados possuem uma QV superior em relação aos solteiros e aos viúvos, devido à percepção de maior autonomia. Nesse estudo, foi demonstrado que os viúvos, em comparação às pessoas idosas casadas, têm 80% de chance a mais de permitir que outros indivíduos realizem escolhas por eles. Assim, ressalta-se que uma melhor QV é obtida, também, por meio de relações conjugais e de apoio social.

No que se refere às pessoas idosas que seguem a religião católica/cristã (60,13%), observou-se conceito bom no domínio saúde e muito bom nos aspectos social, autonomia e psicológico, independência física e família. Analogamente, Silva et al. (2021) relacionam o apoio espiritual ao sentimento de bem-estar, sendo este um auxílio na manutenção da QV. O estudo de Dias e Pais-Ribeiro (2018), de modo similar, demonstra que a fé proporciona uma sensação de proteção e de acolhimento divino, auxiliando na superação de situações adversas do cotidiano. Há, ainda, uma pesquisa de Silva et al. (2018) que evidenciam uma correlação positiva entre a espiritualidade e a melhora nos indicadores de saúde. Nesse contexto, o suporte, por meio de práticas e de recursos direcionados às necessidades espirituais, pode representar uma estratégia eficaz para dirimir estressores, bem como promover o reequilíbrio do sistema energético.

Entre os anosos com escolaridade superior a 5 anos (50,83%), constatou-se conceito bom no critério saúde, e muito bom nos domínios social, autonomia e psicológico, independência física e família. Em concordância com Sousa, Lima e Barros (2021), as pessoas idosas, que possuem recursos educacionais e financeiros estáveis, têm mais acesso às atividades associadas à saúde e ao bem-estar. Ademais, em outros estudos (Galenkamp et al., 2016; Ilinca, Rodrigues, Schmidt & Zólyomi, 2016), foi identificada uma associação entre o melhor nível socioeconômico e a maior participação social. Uma possível explicação para essa relação é que níveis socioeconômicos mais elevados oferecem uma variedade de recursos, entre eles conhecimento e poder, os quais favorecem a promoção da saúde, a manutenção de uma vida ativa e uma melhor QV.

No que diz respeito às pessoas idosas com renda mensal entre 1 e 2 salários mínimos (64,11%), registrou-se conceito bom nos domínios saúde e independência física, enquanto os domínios social, autonomia e psicológico e família foram classificados como muito bons. Em conformidade com o estudo de Valdés-Badilla et al. (2022), uma renda consistente determina

o bem-estar psicológico e assegura uma QV. Além disso, uma pesquisa recente apontou que uma baixa renda pode afetar as despesas e as atividades de lazer das pessoas idosas, uma vez que a renda é diretamente proporcional ao acesso a esses recursos (Silva, Cunha & Reis, 2024).

Para as pessoas idosas diagnosticadas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (69,76%), foi atribuído conceito regular ao domínio saúde, bom em autonomia e psicológico, independência física e família, e muito bom no social. É fato que o crescimento da população idosa implica em aumento da prevalência de DCNT, elevando a procura por assistência em saúde e a polifarmácia. Oliveira et al. (2021) reafirmam a necessidade de elaborar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para controlar as DCNT. Isso pode ser realizado por meio de ações de promoção da prescrição otimizada e do uso racional de medicamentos.

Indo ao encontro dos resultados da pesquisa em questão, o estudo de Francisco et al. (2022) evidenciam que as DCNT são responsáveis por 70% das principais causas de morte no mundo, gerando impactos funcionais que comprometem a QV e causam limitações significativas. Com o aumento da incidência de DCNT entre pessoas idosas, observa-se a necessidade de um uso mais frequente e simultâneo de vários medicamentos (McGrath, Makela, DeMeo & Louis, 2017). Nesse contexto, quando um paciente faz uso regular de quatro ou mais medicamentos, prescritos ou não, configura-se a polifarmácia (Muniz, Goulart, Lazarini & Marin, 2017). Essa condição está frequentemente relacionada a impactos deletérios à saúde, culminando em vulnerabilidade, quedas, desnutrição, sarcopenia, internações e mortalidade (Castro et al., 2022). Assim, o tratamento das DCNT visa a evitar eventos adversos, a prevenir internações desnecessárias, bem como incapacitação e perda da autonomia (Oliveira et al., 2021; Ramos et al., 2016).

No grupo de idosos que fazem uso de polifarmácia (50,49%), constatou-se conceito regular no domínio saúde, bom em autonomia e psicológico, independência física e família, e muito bom no social. Indo de encontro a esse estudo, Aires, Silva, Frota, Dewulf e Lopes (2020) afirmam que a polifarmácia e o uso de medicamentos potencialmente inapropriados (MPIs) foram associados a maiores níveis de vulnerabilidade. Além disso, uma pesquisa realizada com uma população idosa institucionalizada em uma residência geriátrica da Espanha, constatou que a polifarmácia com MPI foi prevalente em 92% das pessoas idosas vulneráveis (Vivanco, Formiga, Riera, Laporte & Prieto, 2019). Impreterivelmente, Sezko, Alves, Kwiatkoski, Martins e Luchesi (2024) associam, de fato, a polifarmácia ao impacto negativo ou à diminuição da QV entre as pessoas idosas.

Por fim, entre idosos com comorbidades (52,82%), registrou-se conceito regular no domínio saúde e bom nos domínios social, autonomia e psicológico, independência física e família. De forma análoga, em concordância a esse estudo, Nascimento et al. (2017) abordam que o processo de envelhecimento predispõe a maiores riscos de comorbidades, declínio funcional e afecções à saúde. Ademais, é sabido que este grupo possui, também, alto risco para prescrição de MPIs e está propenso aos erros de administração de medicamentos. Posto isso, esses fatores comprometem a adesão das pessoas idosas ao tratamento, influenciando, dessa forma, a piora na QV (Cadogan, Ryan & Hughes, 2016; Mukete & Ferdinand, 2016).

## 5. Conclusão

Ao verificar a avaliação das características sociodemográficas, de saúde e da QV das pessoas idosas, os resultados demonstraram que idosos entre 70 e 79 anos, do sexo masculino, com companheiro, católicos/cristãos, com escolaridade superior a 5 anos, com renda mensal entre 1 e 2 salários mínimos, com DCNT, em uso de polifarmácia e com comorbidades apresentaram conceitos regular, bom ou muito bom referentes à Escala de Qualidade de Vida de Pessoas Idosas.

Nesse contexto, as pessoas idosas deste estudo tiveram um conceito regular frente às DCNT, à polifarmácia e às comorbidades. Posto isso, torna-se evidente a importância de fortalecer as estratégias de promoção de um envelhecimento saudável que, por conseguinte, minimizarão os efeitos fisiológicos da senescência. Por fim, é fundamental destacar que, para

minimizar os impactos negativos na QV, é essencial que as pessoas idosas assumam o protagonismo de suas próprias trajetórias e, com orientações adequadas, encontrem mecanismos para enfrentar essa etapa da vida com bem-estar.

## Referências

- Aires, J. M. P., Silva, L. T., Frota, D. do L., Dewulf, N. de L. S., & Lopes, F. M. (2020). Medicamentos potencialmente inapropriados prescritos a pacientes de um Centro de Referência em Atenção à Saúde da Pessoa Idosa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 23(4), e200144. <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200144>
- Cadogan, C. A., Ryan, C., & Hughes, C. M. (2016). Appropriate Polypharmacy and Medicine Safety: When Many is not Too Many. *Drug Safety*, 39(2), 109–116. <https://doi.org/10.1007/s40264-015-0378-5>
- Castro, N. F. de, Figueiredo, B. Q. de, Vieira, G. G., Nogueira, J. F., Lima, L. R., Queiroz, L. G. de, & Tolentino, V. P. (2022). Polypharmacy in the health of the elderly: integrative literature review. *Research, Society and Development*, 11(8), e31711830968. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i8.30968>
- Conselho Nacional de Saúde. (2013). Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasil: Autor.
- Costa, R., Carrera, M., & Marques, A. P. (2021). Fatores que influenciam a qualidade de vida global de idosos longevos. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, 15, e0210002. <https://doi.org/10.5327/Z2447-212320211900078>
- Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2018). Espiritualidade e qualidade de vida de pessoas idosas: um estudo relacional. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 19(3), 591–604. <https://doi.org/10.15309/18psd190310>
- Francisco, P. M. S. B., Assumpção, D. de., Bacurau, A. G. de M., Neri, A. L., Malta, D. C., & Borim, F. S. A. (2022). Prevalência de doenças crônicas em octogenários: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(7), 2655–2665. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022277.22482021>
- Galenkamp, H., Gagliardi, C., Principi, A., Golinowska, S., Moreira, A., Schmidt, A. E., Winkelmann, J., Sowa, A., van der Pas, S., & Deeg, D. J. (2016). Predictors of social leisure activities in older Europeans with and without multimorbidity. *European Journal of Ageing*, 13(2), 129–143.
- Grupo Whoqol. (1995). Avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL): Documento de posicionamento da Organização Mundial da Saúde. *Ciências Sociais e Medicina*, 41(10), 1403–1409.
- Guimarães, A. B. G., Ferreira, A. S., Minéo, M. E. S., Oliveira, V. R. J., Oliveira, D. V., Santos, N. Q., & Santos, A. L. (2025). Avaliação e fatores associados à qualidade de vida de pessoas idosas. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 25, e19376. <https://doi.org/10.25248/REAS.e19376.2025>
- Ilinca, S., Rodrigues, R., Schmidt, A., & Zólyomi, E. (2016). Gender and social class inequalities in active ageing: Policy meets theory. *European Centre for Social Welfare Policy and Research*.
- Kahn, R. L., Goldfarb, A. I., Pollack, M., & Peck, A. (1960). Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. *American Journal of Psychiatry*, 117, 326–328. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13750753/>
- Leidal, A. M., Levine, B., & Debnath, J. (2018). Autophagy and the cell biology of age-related disease. *Nature Cell Biology*, 20(12), 1338–1348. <https://doi.org/10.1038/s41556-018-0235-8>
- López-Otín, C., & Kroemer, G. (2021). Hallmarks of health. *Cell*, 184(7), 1929–1939. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2021.03.033>
- McGrath, K., Makela, E., DeMeo, D., & Louis, D. Z. (2017). Deprescribing: A simple method for reducing polypharmacy. *The Journal of Family Practice*, 66(7), 436–445.
- Medhi, G. K., Sarma, J., Pala, S., Bhattacharya, H., Bora, P. J., & Visi, V. (2019). Association between health-related quality of life (HRQOL) and activity of daily living (ADL) among elderly in an urban setting of Assam, India. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(5), 1760–1764. [https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc\\_270\\_19](https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_270_19)
- Mukete, B. N., & Ferdinand, K. C. (2016). Polypharmacy in Older Adults With Hypertension: A Comprehensive Review. *Journal of Clinical Hypertension (Greenwich, Conn.)*, 18(1), 10–18. <https://doi.org/10.1111/jch.12624>
- Muniz, E. C. S., Goulart, F. C., Lazarini, C. A., & Marin, M. J. S. (2017). Analysis of medication use by elderly persons with supplemental health insurance plans. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(3), 374–386. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160111>
- Nascimento, R. C. R. M., Álvares, J., Guerra Junior, A. A., Gomes, I. C., Silveira, M. R., Costa, E. A., & Acurcio, F. A. (2017). Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 51(Suppl. 2), 19s.
- Nguyen, T. X., Nguyen, A. H. P., Nguyen, H. T. T., Nguyen, T. T. H., Nguyen, H. L., Goldberg, R. J., ... Nguyen, A. T. (2024). Qualidade de vida relacionada à saúde entre idosos com demência que vivem em lares de idosos vietnamitas. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(2), 135. <https://doi.org/10.3390/ijerph21020135>
- Oliveira, P. C., Silveira, M. R., Ceccato, M. D., Reis, A. M., Pinto, I. V., & Reis, E. A. (2021). Prevalence and factors associated with polypharmacy among the elderly treated in primary healthcare in Belo Horizonte, state of Minas Gerais, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(4), 1553–1564. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.08472>
- Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., & Shitsuka, R. (2018). Metodologia da pesquisa científica. Universidade Federal de Santa Maria.

- Ramos, L. R., Tavares, N. U. L., Bertoldi, A. D., Farias, M. R., Oliveira, M. A., Luiza, V. L., ... Mengue, S. S. (2016). Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. *Revista de Saúde Pública*, 50(Supl. 2), 9s. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.201605000>
- Ruidiaz-Gómez, K. S., & Cacante-Caballero, J. V. (2021). Desenvolvimento histórico do conceito de Qualidade de Vida: uma revisão da literatura. *Revista Ciencia y Cuidado*, 18(3), 96–109. <https://doi.org/10.22463/17949831.2539>
- Sezko, R. B., Alves, A. M., Kwiatkoski, M., Martins, T. C. R., & Luchesi, B. M. (2024). Relação entre fragilidade autorreferida e autocuidado em adultos de meia-idade e pessoas idosas cadastradas em Unidades de Saúde da Família. *Acta Fisiátrica*, 31(2), 66–72. <https://doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v31i2a222455>
- Silva, J. V., & Baptista, M. N. (2016). Vitor quality of life scale for the elderly: Evidence of validity and reliability. *SpringerPlus*, 5, 2–13. <https://doi.org/10.1186/s40064-016-3130-4>
- Silva, L. B., Soares, S. M., Silva, P. A. B., Santos, J. F. G., Miranda, L. C. V., & Santos, R. M. (2018). Assessment of the quality of primary care for the elderly according to the Chronic Care Model. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e2987. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2331.2987>
- Silva, M. A. P. da Cunha, E. C., & Reis, R. D. (2024). Association between positive social interaction and quality of life of elderly people in the community. *Research, Society and Development*, 13(11), e19131147270. <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i11.47270>
- Silva, T. L., Motta, V. V., Garcia, W. J., Arreguy-Sena, C., Pinto, P. F., Parreira, P. M. S. D., & Paiva, E. P. (2021). Quality of life and falls in elderly people: A mixed methods study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(Suppl 2), e20200400. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0400>
- Sousa, M. P. de, Kamimura, Q. P., Oliveira, A. L. de, Cornetta, V. K., Postigo, S., & Cerveny, C. M. de O. (2024). Envelhecimento e qualidade de vida. *Caderno Pedagógico*, 21(6), e4855. <https://doi.org/10.54033/cadpedv21n6-091>
- Sousa, N. F. da S., Lima, M. G., & Barros, M. B. de A. (2021). Desigualdades sociais em indicadores de envelhecimento ativo: Estudo de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(Suppl 3), 5069–5080. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.24432019>
- Sousa, V. U., Chaves, L. L., Botelho, E. P., Polaro, S. H. I., & Oliveira, M. F. V. (2019). Fatores associados a sintomas depressivos e capacidade funcional em idosos. *Cogitare Enfermagem*, 24, e60868. <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.60868>
- Souza Júnior, E. V. de, Cruz, D. P., Silva, C. dos S., Rosa, R. S., Siqueira, L. R., & Sawada, N. O. (2021). Implications of self-reported fragility on the quality of life of older adults: A cross-sectional study. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55, e20210040. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0040>
- Torres, K. R. B. de O., Campos, M. R., Luiza, V. L., & Caldas, C. P. (2020). Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30(1), 1–22. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300113>
- Valdés-Badilla, P., Alarcón-Rivera, M., Hernandez-Martinez, J., Herrera-Valenzuela, T., Branco, B. H. M., Núñez-Espinosa, C., & Guzmán-Muñoz, E. (2022). Factors Associated with Poor Health-Related Quality of Life in Physically Active Older People. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), 13799. <https://doi.org/10.3390/ijerph192113799>
- Vandenbroucke, J. P., von Elm, E., Altman, D. G., Gøtzsche, P. C., Mulrow, C. D., Pocock, S. J., Poole, C., Schlesselman, J. J., Egger, M., & STROBE Initiative. (2014). Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. *International Journal of Surgery (London, England)*, 12(12), 1500–1524. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2014.07.014>
- Ventura, M. D. M., & Bottino, C. M. D. C. (2002). Avaliação cognitiva em pacientes idosos. In *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 174–189).
- Vieira, S. (2021). *Introdução à bioestatística*. Editora Guanabara Koogan.
- Vivanco, M. V., Formiga, F., Riera, I. M., Laporte, A. S., & Prieto, D. C. (2019). Población muy anciana institucionalizada de Barcelona: valoración de la fragilidad según el índice frágil-VIG e análisis de la adecuación terapéutica según los criterios STOPP-frail. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 54(6), 334–338. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2019.06.004>
- Volčanšek, Š., Lunder, M., & Janež, A. (2023). Health-related quality of life assessment in older patients with type 1 and type 2 diabetes. *Healthcare*, 11(15), 2154. <https://doi.org/10.3390/healthcare11152154>