

Patrícia Aparecida Barbosa Silva

**FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA DE
IDOSOS ADSCRITOS NO DISTRITO SANITÁRIO
NOROESTE DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS**

Belo Horizonte
Escola de Enfermagem da UFMG
2012

Patrícia Aparecida Barbosa Silva

**FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA DE
IDOSOS ADSCRITOS NO DISTRITO SANITÁRIO
NOROESTE DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sônia Maria Soares

Belo Horizonte
Escola de Enfermagem da UFMG
2012

Silva, Patrícia Aparecida Barbosa.
S586f Fatores associados à qualidade de vida de idosos adscritos no Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, Minas Gerais [manuscrito]. / Patrícia Aparecida Barbosa Silva. - - Belo Horizonte: 2012.
184f.: il.
Orientadora: Sônia Maria Soares.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Saúde do Idoso. 2. Qualidade de Vida. 3. Envelhecimento. 4. Idoso.
5. Dissertações Acadêmicas. I. Soares, Sônia Maria. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WT 100

Esta pesquisa é vinculada ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.



Universidade Federal de Minas Gerais

Escola de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação

Dissertação intitulada "**Fatores associados à qualidade de vida de idosos adscritos no Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, Minas Gerais**", de autoria da mestranda Patrícia Aparecida Barbosa Silva, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof^a. Dr^a. Sônia Maria Soares - Escola de Enfermagem da UFMG - Orientadora

Prof^a. Dr^a. Daclé Vilma Carvalho - Escola de Enfermagem da UFMG

Prof. Dr. Sérgio Viana Peixoto - Fundação Oswaldo Cruz e UFMG

Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana
Coordenador do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG

Belo Horizonte, 20 de setembro de 2012



In Memoriam,

À Aracy Cajulina do Nascimento Martins,

*Pela sua amizade, brigas e discussões
num único sentido de fazer-me chegar a uma definição de amizade.*

*Creio que somente após a sua passagem desse plano terreno
ficou mais claro o verdadeiro sentido de uma amiga.*

Saudades!

Obrigada, amiga!



Dedicatória Especial

À Prof.^a Dr.^a Sônia Maria Soares,

pelos cinco anos de convivência, ensinamentos, orientação e credibilidade. Como aluna e amiga tenho consciência de que te dei muito trabalho e algumas horas de sono perdido. Mas, porque iria me abdicar de minha teimosia, se é isto que me faz prosseguir e alcançar vitórias inimagináveis? Vibro viemente a cada superação, e com só um "olhar" posso dizer tudo.

Hoje, mais do que nunca, estou convicta que nossos caminhos se cruzaram não por acaso. Temos muito o que fazer e com esmero poderemos alcançar todos nossos objetivos. Para isso, precisaremos de alegria, humor e uma "boa noite de sono" para que os tropeços no caminho não nos façam cair. E, se cairmos novamente, levantaremos e prosseguiremos em frente. Isso porque os sonhos não morrem, apenas adormecem em nossas almas. Transformar a dor e a angústia num marco de superação é digno de nota. Obrigada pela compreensão, paciência e palavras incentivadoras nos momentos mais difíceis com minha família e por não ter desistido de mim. O distanciamento no final se fez necessário, pois o "luto" de um sonho postergado caberia a mim reacender a luz que eu tinha apagado. Mesmo com sua incansável insistência, já sabia que estava diante de uma pessoa de gênero forte e "cabeça dura". Já que "sobrevivi", agora você terá uma árdua missão de mantê-la acesa, e será nesse cenário que poderemos construir um novo capítulo em nossa jornada de pesquisadoras. Para grandes conquistas, uma vitória a ser festejada. Obrigada por tudo.



Dedico este trabalho

*A Deus,
pela oportunidade da vida. Nos momentos mais difíceis, sua presença Invisível nos acolhe e dá
forças para prosseguir e vencer nossos propósitos.*

*Ao Sr. Olinto e à Sr.^a. Teresinha,
que tamanha alegria em tê-los como pais. Passamos por momentos difíceis, mas a fé e a
persistência que move nossa família nos dá coragem para refazermos nossos caminhos.*

*Ao irmão Adriano,
pelo carinho e amizade. Sua confiança e apoio nos torna cada vez mais unidos.*

*Ao irmão Bruno,
nesse momento estou convencida de que sua excentricidade e "loucura" nada mais é do que a
vontade de vencer. Te admiro pela força de vontade de superar as dificuldades, ansiedade e
criatividade. Deixo aqui registrado o mais jovem ranicultor da cidade e que tão jovem, vem
conquistando elogios de pessoas conceituadas na área. Parabéns e nunca desista de seus sonhos.
Sempre estarei com você, em qualquer situação.*

*A minha irmã Lílham,
que desde a concepção nos tornamos inseparáveis. Juntas, conseguimos o impossível.
Essa vitória é nossa.*

*Ao Prof. Dr. Joseph Fabiano Guimarães Santos,
que trouxe esperança quando tudo se achava por terminado.
Sua contribuição tem um valor inestimável e o aprendizado foi fantástico.*



Agradecimentos

Meu reconhecimento e minha admiração a todos os participantes deste estudo que, dia após dia, enfrentam o paradoxo do passar dos anos. Como tudo na vida, a senescência é marcada por perdas e ganhos.

Aos familiares, pela torcida oficial e por compreenderem que, para todas as grandes conquistas, exigem-se lutas penosas. Desculpas pelas ausências. Foram necessárias.

Às amigas Aneilde, Gisele, Teresinha, Thabata e Vera, pelos anos de convivência, amizade e confiança. Obrigada pelo apoio moral e incentivo em não desistir.

Aos colegas de Mestrado, em especial à Adriana, Angélica, Amanda, Cleydson, Daniele, Delma, Helen, Izabel, Josiane, Raissa, Raquel e Tatiana pela amizade, opiniões e força pela finalização desta pesquisa.

Às amigas Fátima, Francielle, Magda e Thaís, pela ajuda na coleta de dados e confiança depositada em minha pessoa. Agora, com mais tranquilidade retomaremos o ponto de partida e a chegada contemplada.

Aos bolsistas de Iniciação Científica e integrantes do NEPCDH, em especial, Ana Luiza, Gisele, Graziela, Lirica e Dinamara, que aproveitem a oportunidade de crescimento profissional e intelectual. Ser pesquisadora não é fácil, mas vivenciada com toda intensidade pode se tornar agradável.

À Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, em especial, ao Distrito Sanitário Noroeste, por conceder espaço para a realização deste estudo.



Agradecimentos

*À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais,
pelo auxílio financeiro concedido.*

*À equipe e pacientes do setor de hemodiálise do Hospital Governador Israel Pinheiro,
pela acolhida. Cada um faz parte de minha história, construída com muitas alegrias, algumas
frustrações, mas sempre convicta que encontro-me no melhor local de se trabalhar.
Aqui me sinto à vontade, trabalhamos muito, mas também sempre arranjamos um momento
de descontração. As risadas, as bagunças e os cochichos fazem parte deste ambiente,
que traz no cerne um cuidado especial a nossos amigos pacientes,
amenizando as tristezas e recusas de estarem "presos" a uma máquina.*

*À Fada Marina, primeira pessoa a me "intimar" a fazer a prova do mestrado,
ciente de meu potencial. Lembro de nossa conversa como se fosse hoje. Obrigada por tudo.
Ao meu "chefe" Dr. José Gabriel, que apesar de não compartilharmos das mesmas ideias,
ainda persisto em te considerar uma pessoa "alta, barriguda, careca e feioso" risos. Só para te
lembrar, quero meus cinquenta centavos, quem manda torcer contra! Obrigada pela
oportunidade de integrar-me à sua equipe, sinto honrada em fazer parte desta.*

*À Andréia Lidiane, Maria José e Sheilla pelas trocas de plantão e apoio diante às
adversidades. Vocês, de forma particular, foram luzes que iluminaram meu caminho.
Às secretárias Joalice, Vanessa, Laina e Shirley, pela amizade, carinho, palavras amigas e
confiança que sempre demonstraram por mim.*

*Aos auxiliares e técnicos de Enfermagem e equipe médica, aqui daria uma lista de nomes
extensa, mas o "breve" anonimato se transforma em uma enorme admiração e apreço por
todos vocês. Salve os atleticanos "risos" e castigo para os "cruzeirenses".*

*Ao Bruno Ramos, Cristiane, Irene, Juliana, Rosa e Simone,
que dão um toque de alegria e vivacidade em nosso setor.*

À Andrea Maia, Lisa Paula e Tatiana, pela convicção de minha vitória e amizade.



O sentido da palavra envelhecer

*Envelheço, quando o novo me assusta e minha mente insiste em não aceitar.
Envelheço, quando me torno impaciente, intransigente e não consigo dialogar.
Envelheço, quando meu pensamento abandona sua casa e retorna sem nada a acrescentar.
Envelheço, quando muito me preocupo e depois me culpo porque
não tinha tantos motivos para me preocupar.
Envelheço, quando penso demasiadamente em mim mesmo
e conseqüentemente me esqueço dos outros.
Envelheço, quando penso em ousar e antevejo o preço que terei que pagar
pelo ato mesmo que os fatos insistam em me contrariar.
Envelheço, quando tenho a chance de amar e deixo o coração que se põe a pensar.
Será que vale a pena correr o risco de me dar? Será que vai compensar?
Envelheço, quando permito que o cansaço e o desalento tomem conta
da minha alma que se põe a lamentar.
Envelheço, enfim, quando paro de lutar!*

Conselho Municipal dos Idosos de Florianópolis - CM9

RESUMO

SILVA, P. A. B. **Fatores associados à qualidade de vida de idosos adscritos no Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, Minas Gerais.** 2012. 184 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

INTRODUÇÃO: Atualmente o mundo se depara com o envelhecimento global da população. Com isso surgem desafios relacionados à qualidade de vida dos idosos, devido ao declínio funcional, doenças crônicas, maior dependência, perda da autonomia e isolamento social. É de fundamental importância o estudo da qualidade de vida entre os idosos a fim de se conhecer os determinantes do envelhecimento bem-sucedido. **OBJETIVO:** Verificar a associação de fatores sociodemográficos, econômicos, clínicos e comportamentais com a qualidade de vida em idosos adscritos no Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, Minas Gerais. **METODOLOGIA:** Estudo analítico correlacional de corte transversal, envolvendo uma amostra de 401 idosos com 60 anos ou mais acompanhados nas 20 unidades básicas de saúde do Distrito Sanitário Noroeste, Belo Horizonte. Na coleta de dados, foram utilizados o instrumento WHOQOL-bref para avaliação da qualidade de vida e um questionário contendo informações sobre aspectos sociodemográficos, econômicos, clínicos e comportamentais. Os dados foram inseridos, digitados e analisados utilizando-se o programa SPSS versão 20.0. Foi realizada análise de regressão logística condicional stepwise backward para ajuste dos fatores de confusão e regressão logística multivariada, com modelos binomiais ditos "zeroinflated", para avaliação da probabilidade de associação da qualidade de vida com as variáveis de interesse. Os dados da análise multivariada final foram apresentados com os respectivos Odds Ratio (OR) e seus intervalos de confiança de 95% (IC 95%). Nesta análise, um $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo. Também foi construída uma curva ROC para avaliação da capacidade diagnóstica de diferentes pontos de corte do QVG obtidos pelo WHOQOL-bref e apontar o melhor valor crítico que prediz QV boa/satisfeito (grupo G5) ou QV ruim/insatisfeito (grupo G6). **RESULTADOS:** Os fatores que se associaram significativamente com boa percepção de qualidade de vida e satisfação com a saúde foram PHQ-total < 3 , prática atividade física, tempo de estudo $>$ cinco anos, sexo masculino, renda familiar $\geq$ R\$1.100,00, andar sem auxílio de acessório, aposentadoria por tempo de serviço, consumo de bebida alcoólica, domínios do WHOQOL-bref e QVG. Enquanto depressão, diabetes *mellitus* e aposentadoria por invalidez mantiveram-se inversamente associadas e independentes ao grupo G5. A análise da curva ROC indicou o valor crítico 60 como o melhor ponto de corte para avaliação da percepção de qualidade de vida e satisfação com a saúde. **Conclusão:** A população estudada apresentou uma percepção de qualidade de vida e satisfação com a saúde mediana nos diversos domínios da escala WHOQOL-bref. Dentre as variáveis mais fortemente associadas à qualidade de vida destacaram-se baixo escore para diagnóstico de depressão, prática de atividade física e maior nível de escolaridade. A interpretação diagnóstica da curva ROC permitiu dizer que para o ponto de corte QVG < 60 obteve ótima sensibilidade e valor preditivo negativo para rastreamento de idosos com provável QV ruim/insatisfeito com a saúde. A apropriação das percepções de qualidade de vida do idoso pode ser interpretada de forma distinta, de acordo com o campo estrutural e multidimensional desse processo. Desenvolver conceitos da qualidade de vida trazidos pelos idosos e contrapostos com suas percepções de forma dialógica permite fundamentar as concepções de um novo modelo de cuidado dispensado à terceira idade.

Palavras-chave: Envelhecimento. Idoso. Qualidade de Vida. Saúde do Idoso.

ABSTRACT

SILVA, P. A. B. **Factors associated with quality of life of elderly ascribed in the Northwest Sanitary District of Belo Horizonte, Minas Gerais.** 2012. 184 f. Dissertation (Master Degree in Nursing) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

BACKGROUND: Currently the world is faced with an global aging of the population. With that arise challenges related to the quality of life for seniors, due to functional decline, chronic diseases, greater dependency, loss of autonomy and social isolation. It is of fundamental importance the study of the quality of life among the elderly in order to understand the determinants of the successful aging. **OBJECTIVE:** To verify the association of sociodemographic, economic, clinical and behavioral factors with the quality of life in elderly ascribed in the Northwest Sanitary District of Belo Horizonte, Minas Gerais. **METHODS:** Analytical study correlational cross-sectional, involving a sample of 401 elderly with 60 aged or more accompanied in the 20 basic health units of the Northwest Sanitary District, Belo Horizonte. During data collection, we used the WHOQOL-bref to evaluate of the quality of life and a questionnaire containing information on sociodemographic, economic, clinical and behavioral aspects. Data were entered, typed and analyzed using SPSS version 20.0. Analysis was performed stepwise backward conditional logistic regression to adjust for confounding factors and multivariate logistic regression, with models binomial said "zeroinflated" to evaluate of the likelihood of association of the quality of life with variables of interest. The final multivariate analysis data were presented with their Odds Ratio (OR) and confidence intervals of 95% (95% CI). In this analysis, a $p < 0.05$ was considered statistically significant. Also a ROC curve was constructed to assess the diagnostic ability of different cutoffs do OQL obtained by WHOQOL-bref and point the best critical value that predicts good / satisfied QL (group G5) or bad / dissatisfied QL (group G6). **RESULTS:** The factors that significantly associated with good perception of quality of life and satisfaction with health were PHQ-total < 3 , practicing physical activity, study time $>$ five years, male, household income $\geq$ U.S. \$ 1,100.00, floor without aid of accessory, service time retirement, alcohol consumption, areas of the WHOQOL-bref and OQL. While depression, diabetes *mellitus* and disability retirement remained inversely associated and independent to group G5. The ROC curve analysis indicated the critical value 60 as the best cutoff point for assessing of the perceived of quality of life and satisfaction with health. **CONCLUSION:** The study population presents a perception of quality of life and satisfaction with health median in the various fields of scale WHOQOL-bref. Among the variables most strongly associated with quality of life stood out low score for diagnosing depression, practicing physical activity and higher level of education. The diagnostic interpretation of the ROC curve allowed to say that the cutoff point OQL < 60 obtained excellent sensitivity and negative predictive value for screening of elderly with probable QL bad / dissatisfied with health. The appropriation of the perceptions of quality of life of the elderly can be interpreted differently, according with the field structural and multidimensional of this process. Develop concepts of quality of life brought by the elderly and contrasted with their perceptions of dialogic form allows substantiate the concepts of a new model of care given to the elderly.

Key-words: Aging. Aged. Quality of Life. Health of the Elderly.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Os determinantes do envelhecimento ativo.....	31
Figura 2	- Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, Minas Gerais.....	49
Figura 3	- Mapa esquemático da localização das unidades básicas de saúde do Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, Minas Gerais.....	50
Gráfico 1	- Composição absoluta da população, por idade e sexo, Brasil, 1980, 2000, 2010 e 2050.....	34
Gráfico 2	- Boxplot dos domínios Físico, Psicológico, Relações sociais, Meio ambiente e Qualidade de Vida Geral. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011.....	92
Gráfico 3	- Boxplot dos valores do escore QVG segundo variáveis WHOQOL-1, WHOQOL-2 e grupos de QV/Satisfação. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011.....	94
Gráfico 4	- Gráficos de dispersão dos escores de Qualidade de Vida Geral entre os domínios Físico, Psicológico, Relações sociais e Meio ambiente. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011.....	97
Gráfico 5	- Gráficos de dispersão dos escores do grupo G5 entre os domínios Físico, Psicológico, Relações sociais e Meio ambiente. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011.....	97
Gráfico 6	- Gráficos de dispersão dos escores do grupo G6 entre os domínios Físico, Psicológico, Relações sociais e Meio ambiente. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011.....	98
Gráfico 7	- Curva ROC demonstrando a sensibilidade e especificidade de pontos de corte para prever QV boa/satisfeito ou QV ruim/insatisfeito, considerando os grupos G5 e G6, na amostra estudada.....	107
Quadro 1	- Domínios e facetas do WHOQOL-bref.....	45
Quadro 2	- Sintaxe SPSS para o cálculo dos escores do WHOQOL-bref.....	68
Quadro 3	- Síntese das variáveis independentes que se associaram ao grupo G5, por meio dos modelos univariado e multivariado. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011.....	105

LISTA DE TABELAS

1	- Distribuição da amostra por grupos de sexo e unidade básica de saúde. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010.....	53
2	- Grupos de idosos caracterizados segundo qualidade de vida e satisfação com a saúde. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011.....	67
3	- Síntese das características sociodemográficas, econômicas, clínicas e comportamentais da amostra estudada. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011.....	76
4	- Distribuição da amostra estudada segundo características sociodemográficas por sexo. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011.....	77
5	- Comparação de anos estudados segundo faixa etária por sexo. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011.....	78
6	- Distribuição da amostra estudada segundo condições econômicas por sexo. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011.....	79
7	- Distribuição da amostra estudada segundo características clínicas por sexo. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011.....	82
8	- Distribuição da amostra estudada segundo respostas do The Patient Health Questionnaire-2. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011.....	85
9	- Distribuição da amostra estudada segundo escore total do The Patient Health Questionnaire-2 por sexo. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011....	85
10	- Distribuição da amostra estudada segundo a variável Índice de Katz por sexo. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011.....	86
11	- Distribuição da amostra estudada segundo teste de mobilidade por sexo. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011.....	86
12	- Distribuição da população estudada segundo consumo de bebida alcoólica por sexo. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011.....	87
13	- Distribuição da população estudada segundo tabagismo por sexo. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011.....	88
14	- Distribuição da população estudada segundo prática de atividade física, por sexo. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011.....	89
15	- Frequência para as variáveis WHOQOL-1 e WHOQOL-2. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011.....	90
16	- Frequência para as variáveis WHOQOL-1 e WHOQOL-2 por grupos de QV/Satisfação. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011.....	91
17	- Análise descritiva dos domínios do WHOQOL-bref e da Qualidade de Vida Geral. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011.....	92

18	- Valores do escore QVG segundo variáveis WHOQOL-1, WHOQOL-2 e grupos de QV/Satisfação. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011.....	93
19	- Valores dos escores dos domínios do WHOQOL-bref segundo variáveis WHOQOL-1, WHOQOL-2 e grupos de QV/Satisfação. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011.....	95
20	- Correlação de Spearman's-Rho dos escores de Qualidade de Vida Geral e grupos de QV/Satisfação entre os domínios do WHOQOL-bref. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011.....	96
21	- Associações entre os domínios do WHOQOL-bref e grupos de QV/Satisfação. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011.....	99
22	- Medianas e intervalos interquartil dos domínios do WHOQOL-bref, da Qualidade de Vida Geral e dos grupos de QV/Satisfação. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011.....	99
23	- Análise univariada entre variáveis categóricas de interesse e grupos G5 e G6. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011.....	101
24	- Análise univariada entre variáveis contínuas de interesse e grupos G5 e G6. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011.....	102
25	- Variáveis de interesse diretamente associadas ao grupo G5 por meio da análise multivariada. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011.....	103
26	- Variáveis de interesse inversamente associadas ao grupo G5 (associadas ao G6) por meio da análise multivariada. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011.....	103
27	- Capacidade diagnóstica do QVG, utilizando ponto de corte ≥ 60 , em predizer QV boa/satisfeito no grupo G5.....	106
28	- Indicadores de capacidade diagnóstica do QVG segundo ponto de corte ≥ 60 para rastreamento de QV boa/satisfeito no grupo G5.....	106
29	- Capacidade diagnóstica do QVG, utilizando ponto de corte < 60 , em predizer QV ruim/insatisfação no grupo G6.....	106
30	- Indicadores de capacidade diagnóstica do QVG segundo ponto de corte < 60 para rastreamento de QV ruim/insatisfação no grupo G6.....	107

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	- Atenção Primária à Saúde
AIQ	- Amplitude Interquartil
AUDIT-C	- The Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption
AVE	- Acidente Vascular Encefálico
BH	- Belo Horizonte
DM	- Diabetes <i>Mellitus</i>
DP	- Desvio-padrão
E	- Especificidade ou conegatividade
EEUFMG	- Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
G5	- Grupo com qualidade de vida boa e satisfeito com a saúde ou QV boa/satisfeito
G5 e G6	- Grupos de QV/Satisfação
G6	- Grupo com qualidade de vida ruim e insatisfeito com a saúde ou QV ruim/insatisfeito
HAS	- Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC 95%	- Intervalo de Confiança de 95%
IQ	- Intervalo Interquartil
NEPCDH	- Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OR	- Odds Ratio
PA	- Pressão Arterial
PAD	- Pressão Arterial Diastólica
PAS	- Pressão Arterial Sistólica
PHQ-2	- The Patient Health Questionnaire-2
PNAD	- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
QV	- Qualidade de Vida
QVG	- Qualidade de Vida Geral
ROC	- Receiver-Operating Characteristic
S	- Sensibilidade ou copositividade

sm	- Salário Mínimo
SPSS	- Statistical Package for the Social Sciences
SUS	- Sistema Único de Saúde
WHO	- World Health Organization
WHOQOL	- World Health Organization Quality of Life
WHOQOL Group	- World Health Organization Quality of Life Group
WHOQOL-bref	- World Health Organization Quality of Life-bref

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
1.1	Contextualização do problema.....	20
1.2	Objetivos.....	25
1.2.1	Objetivo geral.....	25
1.2.2	Objetivos específicos.....	25
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	27
2.1	O processo de envelhecimento populacional.....	28
2.2	Transição demográfica e epidemiológica no Brasil.....	32
2.3	A atenção à saúde do idoso na Saúde da Família.....	36
2.4	Concepções teóricas sobre qualidade de vida.....	38
2.4.1	Qualidade de vida de idosos.....	41
2.4.2	Instrumentos de medida da qualidade de vida.....	43
3	METODOLOGIA.....	47
3.1	Delineamento do estudo.....	48
3.2	Local do estudo.....	48
3.3	Trabalho de campo.....	50
3.4	Amostra do estudo.....	51
3.4.1	Cálculo do tamanho amostral.....	51
3.4.2	Critérios de seleção.....	53
3.5	Coleta de dados.....	54
3.5.1	Instrumentos de coleta de dados.....	54
3.6	Variáveis.....	57
3.6.1	Variável dependente.....	57
3.6.2	Variáveis independentes.....	57
3.6.2.1	Variáveis sociodemográficas.....	57
3.6.2.2	Variáveis econômicas.....	59
3.6.2.3	Variáveis clínicas.....	60
3.6.2.4	Variáveis comportamentais.....	62

3.7	Análise dos dados.....	63
3.7.1	Descrição do cálculo estatístico.....	64
3.7.2	Definição dos grupos de QV/Satisfação.....	65
3.7.3	Cálculo dos escores do WHOQOL-bref por meio do software Statistical Package for the Social Sciences.....	67
3.7.4	Teste diagnóstico para definição de ponto de corte para o WHOQOL-bref.....	72
3.8	Aspectos ético-legais.....	73
4	RESULTADOS.....	74
4.1	Características gerais da amostra estudada.....	75
4.2	Qualidade de vida da amostra estudada por meio da aplicação do WHOQOL-bref...	90
4.2.1	Análise descritiva.....	90
4.3	Fatores associados à qualidade de vida na amostra estudada.....	100
4.3.1	Análise univariada.....	100
4.3.1.1	Variáveis categóricas.....	100
4.3.1.2	Variáveis contínuas.....	102
4.3.2	Análise multivariada.....	102
4.4	Proposta de ponto de corte para o instrumento WHOQOL-bref.....	106
5	DISCUSSÃO.....	109
5.1	Características sociodemográficas e econômicas.....	110
5.2	Características clínicas.....	119
5.3	Características comportamentais.....	123
5.4	Fatores associados à qualidade de vida na amostra estudada.....	129
6	CONCLUSÕES.....	143
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	146
	REFERÊNCIAS.....	152
	ANEXOS.....	175

Introdução



Primeiro, é necessário determinar se o objeto que desejamos conhecer, ou sobre o qual pretendemos instruir alguém, é simples ou multiforme.

Platão

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

O envelhecimento populacional é hoje um fenômeno natural, irreversível e mundial (BRASIL, 2010). Teve início nos países desenvolvidos, cujo envelhecimento ocorreu de forma lenta e progressiva, sendo acompanhado pelo crescimento socioeconômico, realidade não observada nos países em desenvolvimento. Nessas regiões, verifica-se o embate entre o rápido envelhecimento da população e o desafio do desenvolvimento, visto que tiveram menos tempo para se adaptar às consequências do súbito envelhecimento (UNITED NATIONS, 2002). Para ilustrar, enquanto a França levou 115 anos para duplicar a proporção de idosos de sete para 14,0%, a China levará apenas 27 anos para atingir o mesmo aumento (WORLD HEALTH ORGANIZATION/WHO, 2005).

Esta realidade é preocupante, pois projeções demográficas indicam que 64,0% de todas as pessoas mais velhas vivem em locais menos desenvolvidos, um número que deverá aproximar-se a 80,0% até 2050 (UNITED NATIONS, 2012).

No Brasil, o aumento do contingente de idosos vem ocorrendo desde o início da década de 60, quando a queda nas taxas de fecundidade começou a alterar a estrutura etária do país, estreitando progressivamente a base da pirâmide populacional (CHAIMOWICZ, 1997). Além disso, o país tem experimentado um importante aumento da longevidade (ALVES; RODRIGUES, 2005).

Segundo o Censo brasileiro, em 2010, o número de idosos ultrapassou os 20 milhões de pessoas, destacando-se o aumento proporcional e mais acelerado do grupo denominado "mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada" (a partir de 80 anos), que constitui o segmento populacional que mais cresce na atualidade, abrangendo hoje mais de 14,2% da população idosa (BRASIL, 2010; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/IBGE, 2010a).

Projeções demográficas estimam que a cada ano acrescenta-se 650 mil indivíduos maiores de 60 anos à população, a maior parte com doenças crônicas (CONSELHO ESTADUAL DO IDOSO - RIO GRANDE DO SUL/CEI-RS, 1997; RAMOS *et al.*, 1993) e alguns com limitações funcionais (VERAS, 2007). Em 2050, 22,7% da

população total pertencerá à terceira idade, deixando o país como a quinta nação em número de idosos, com um contingente superior a 64 milhões de pessoas (BRASIL, 2010; UNITED NATIONS, 2009).

Mediante a esse cenário, o desafio maior no século XXI será cuidar de uma grande população idosa, a maioria com nível socioeconômico e educacional baixo e uma alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes (RAMOS, 2003), o que tem exigido um maior investimento em pesquisas na área do envelhecimento. Como primeiros estudos populacionais, com avaliação multidimensional de idosos residentes no Brasil, pode-se citar os estudos Projeto Epidoso (RAMOS, 2003) e SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento) (LEBRÃO; DUARTE, 2003), ambos realizados em São Paulo, e o Projeto Bambuí (LIMA-COSTA *et al.*, 2002), em Minas Gerais.

Esses estudos evidenciaram que a problemática decorrente do envelhecimento, no que diz respeito à saúde, tende a ser a mesma verificada em países desenvolvidos, com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), associado às exigências significativas na economia, nos serviços de saúde e na estrutura familiar.

Na verdade, a redução da força de trabalho e o aumento dos gastos para cuidar dos idosos impõem um estresse brusco sobre os serviços públicos de saúde e sistemas de serviço social (AUCELLA, 2010). Este seguimento populacional tende a consumir mais serviços de saúde, apresentando taxas de internação hospitalar bem mais elevadas do que as observadas em outros grupos etários, assim como uma permanência hospitalar mais prolongada (AMARAL *et al.*, 2004).

A esse respeito, enfatiza-se que 75,4% dos idosos brasileiros apresentam pelo menos uma doença crônica não transmissível, predominando hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular encefálico e diabetes *mellitus* (DANILOW *et al.*, 2007; GIACOMIN *et al.*, 2005), os quais exigem acompanhamento de equipes multidisciplinares e internações frequentes.

No entanto, apesar de a maioria dos quadros de dependência desta população estar associada a condições crônicas, as mesmas podem ser adequadamente manejadas, muitas vezes, fora de instituições hospitalares ou asilares, destacando-se

os serviços prestados na Atenção Primária à Saúde¹ (APS).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece o papel crucial que esses serviços desempenham na manutenção da saúde das pessoas idosas em todo o mundo e a necessidade de serem adaptados e acessíveis às populações mais velhas. Lembra-se que a APS é a porta de entrada do indivíduo no nível local de um sistema de saúde do país, sendo responsável por aproximadamente 80,0% dos cuidados de saúde prestados à comunidade (WHO, 2004).

Particularmente, no Brasil, a Saúde da Família é uma estratégia que visa a reorganização da Atenção Básica, encontrando no envelhecimento da população um grande desafio. Sabe-se que o expressivo número de idosos traz um forte impacto sobre as demandas sociais, como as de educação e emprego, saúde e previdência social, exigindo mudanças radicais na APS (LEBRÃO; DUARTE, 2003).

Nesse intuito, em Minas Gerais, no ano de 2002, foi criada no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais a Coordenadoria de Atenção ao Idoso que tem por finalidade planejar, coordenar e implantar as políticas públicas de atenção à população da terceira idade. Ressalta-se que nesse Estado há aproximadamente 2,3 milhões de pessoas idosas, que corresponde a 8,4% da população geral (IBGE, 2010b).

Diante da realidade inquestionável da transição demográfica e suas consequências, evidencia-se a importância de garantir aos idosos uma sobrevida maior pautada em um envelhecimento ativo com a manutenção de boa qualidade de vida e melhorias no *status* de saúde desse segmento etário (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003).

Entretanto, é do conhecimento a existência de muitas ameaças à qualidade de vida da população idosa, tais como, riscos de queda, doenças crônicas não transmissíveis, dentre as quais destacam-se as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial, o diabetes *mellitus* e o câncer, abandono familiar, depressão e baixo poder aquisitivo. A prevenção deve ser amplamente implementada

¹ Devido à ambiguidade das definições, os termos Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica são utilizados como sinônimos no contexto brasileiro (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

considerando uma abordagem interdisciplinar e intersetorial do cuidado o que pode contribuir para a melhoria do *status* de saúde e qualidade de vida desta população.

Mediante o exposto, “parece imprescindível conhecer o que, para a maioria dos idosos, está relacionado ao bem-estar, à felicidade, à realização pessoal, enfim, à qualidade de vida nessa faixa etária” (VECCHIA *et al.*, 2005, p. 247).

A expressão “qualidade de vida” tem várias definições, refletindo tanto as influências macrossociais quanto sociodemográficas, sendo também subjetiva, igualmente dependente das interpretações e percepções de cada indivíduo (GABRIEL; BOWLING, 2004).

Para o grupo de estudiosos em qualidade de vida da OMS, a definição de qualidade de vida reflete a percepção individual da qualidade de vida própria, a qual é influenciada por uma gama de fatores, sejam físicos, psicológicos, sociais ou ambientais. Esse grupo define qualidade de vida como:

A percepção individual de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores em que a pessoa vive, em relação aos seus alvos, expectativas, padrões e interesses. É um conceito de ampla abrangência, afetado de modos complexos pela saúde física da pessoa, seu estado psicológico, nível de dependência, relacionamentos sociais, e relacionamentos com os mais importantes aspectos dentro do seu ambiente (WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE GROUP, 1995, p. 1405).

Alguns estudos têm abordado a qualidade de vida em idosos, chamando atenção para aspectos como grau de dependência (SOUSA; GALANTE; FIGUEIREDO, 2003), capacidade física funcional (KEMPEN *et al.*, 2006), depressão e ansiedade (VAN'T VEER-TAZELAAR *et al.*, 2006), recursos materiais (PRICE, 2006), dentre outros. Fatores como saúde e boa função física, bem-estar, autoestima, autoeficácia, autonomia, coerência, o próprio ambiente físico, social, econômico e espiritual têm sido considerados chaves para uma boa qualidade de vida entre os idosos (JOIA; RUIZ; DONALISIO, 2007; LOW; MOLZAHN; KALFOSS, 2008; MEIRELLES *et al.*, 2010; MORAES; SOUZA, 2005; PEREIRA *et al.*, 2011).

Dessa forma, ao almejar que a crescente população com mais de 60 anos continue ativa, participante e produtiva na sociedade, fica evidente a importância de atentar não apenas para os aspectos biológicos e psicológicos na assistência aos idosos, mas também sociais, ambientais e espirituais (LOW; MOLZAHN, 2007).

Mesmo com as variáveis sociodemográficas e epidemiológicas disponíveis no Censo BH Social da Rede Municipal de Informática e Gestão em Saúde observa-se escassez de estudos que utilizaram estas variáveis de forma conjunta na população de idosos para o desenvolvimento de pesquisas com análise multivariada em que se propõe associação e correlação entre as mesmas. A falta de evidências epidemiológicas sobre a magnitude desse problema acarreta importantes consequências econômicas e clínicas, limitando o planejamento de ações e avaliações da atenção aos idosos.

Desse modo, torna-se necessário produzir conhecimentos referentes à população da terceira idade a fim de avaliar sua problemática específica e enfrentar os desafios da pesquisa no campo do envelhecimento dentro das peculiaridades do país. Nessa perspectiva, o estudo enseja responder à seguinte questão: quais são os fatores sociodemográficos, econômicos, clínicos e comportamentais que influenciam na qualidade de vida dos idosos, acompanhados na Rede de Atenção Básica à Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Conforme ressalta Paskulin (2006), a premissa maior é ir além dos dados epidemiológicos, conhecendo a perspectiva subjetiva da população geriátrica acerca de sua qualidade de vida inserida dentro do contexto local, apoiando as intervenções dos serviços responsáveis pela prestação de cuidados aos idosos, bem como, promovendo novas possibilidades de ensino para os profissionais de saúde.

Diversos aspectos justificam o atual interesse em estudar e aprofundar sobre a temática, em especial, abordando a população idosa: a) conhecimento do impacto das transformações demográficas e epidemiológicas, marcadas pelo avanço da tecnologia em detrimento da melhoria das condições de vida e cogitadas para as próximas décadas, sobre a qualidade de vida; b) necessidade de avaliação contínua do estado de saúde desta população e qualificação da atenção à saúde e c) pesquisas sobre qualidade de vida em pessoas idosas ainda são incipientes.

À medida que estudos avançam na área da Saúde do Idoso e se aprofundam em conhecimentos sobre seu perfil, os gestores públicos poderão se valer das informações disponibilizadas para elaboração de estratégias específicas e indicadores de saúde, em prol da promoção de um envelhecimento ativo e saudável, fortalecendo inclusive, a Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999).

O delineamento de políticas específicas agregadas às linhas de ações para a atenção ao idoso vem sendo apontado como altamente necessário, respaldado em critérios científicos para o conhecimento de suas reais necessidades e condições de vida. Face ao aumento da longevidade das pessoas, a obtenção de dados de caracterização da qualidade de vida e bem-estar dos idosos é um dado que pode ser fundamental para dinamizar medidas adequadas a essa população, contribuindo para se alcançar um envelhecimento bem sucedido.

Autonomia, autossatisfação, cuidado, elaboração de novos significados para a vida na idade avançada, participação e possibilidade de atuar em variados contextos sociais são, atualmente, elementos chaves para qualquer política destinada aos idosos (VERAS, 2007).

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

- Analisar a associação de fatores sociodemográficos, econômicos, clínicos e comportamentais com a qualidade de vida em idosos adscritos no Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, Minas Gerais.

1.2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a amostra segundo variáveis sociodemográficas, econômicas, clínicas e comportamentais;
- Analisar a qualidade de vida percebida pela amostra estudada, a partir do instrumento World Health Organization Quality of Life-bref (WHOQOL-bref);

- Analisar a associação entre as variáveis de interesse e a qualidade de vida percebida, considerando os grupos definidos no estudo (G5 - qualidade de vida boa e satisfeito com a saúde e G6 - qualidade de vida ruim e insatisfeito com a saúde);
- Propor diferentes pontos de corte para indicação de melhor e pior qualidade de vida entre os idosos, considerando os grupos definidos no estudo (G5 e G6).

Referencial teórico



*É um paradoxo que a ideia de ter vida longa
agrade a todos, e a ideia de envelhecer
não agrade a ninguém.
Andy Rooney*

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O processo de envelhecimento populacional

Um dos fenômenos de maior impacto no início deste novo século é o envelhecimento da população mundial, que impõe mudanças profundas nos modos de pensar e viver a velhice na sociedade (ALEY, 2007; BRASIL, 2010).

Usualmente, o envelhecimento populacional é conceituado como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice (BRASIL, 2010).

Para a OMS, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, é considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais, enquanto que nas nações desenvolvidas idoso é aquele que possui 65 anos ou mais (BRASIL, 2010).

Entretanto, é importante lembrar que existem basicamente quatro tipos de idade: cronológica (mensura a passagem do tempo decorrido em dias, meses e anos desde o nascimento); biológica (considera as modificações corporais e mentais que ocorrem ao longo do processo de desenvolvimento, iniciando antes do nascimento), social (infere-se à obtenção de hábitos e *status* social pelo indivíduo para o preenchimento de muitos papéis sociais ou expectativas em relação às pessoas de sua idade, em sua cultura e em seu grupo social) e psicológica (relação que existe entre a idade cronológica e as capacidades psicológicas, tais como, percepção, aprendizagem e memória, as quais prenunciam o potencial de funcionamento futuro do indivíduo ou habilidades adaptativas dos indivíduos para se adequarem às exigências do meio) (HOYER; ROODIN, 2003; NERI, 2008; SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Mediante o exposto, Nunes (2004) alerta para o problema em conceituar quem é idoso a partir do marco cronológico, pois diferenças individuais dificultam, se não impedem, a associação do envelhecimento à idade cronológica. Esta fornece uma aproximação do processo de envelhecimento, mas o organismo humano nem sempre respeita essa idade, sendo comum encontrar pessoas “idasas” com físico e intelecto “mais jovem” e vice-versa. Para esse mesmo autor,

o envelhecimento é associado a um processo biológico de declínio das capacidades físicas, relacionado a novas fragilidades psicológicas e comportamentais. Então, o estar saudável deixa de ser relacionado com a idade cronológica e passa a ser entendido como a capacidade do organismo de responder às necessidades da vida cotidiana, a capacidade e motivação física e psicológica para continuar na busca de novos objetivos e conquistas pessoais e familiares (p. 428).

Dessa forma, pode-se dizer que a associação do envelhecimento à idade cronológica aproxima-se também do conceito de longevidade, entendida como o número de anos vividos por uma pessoa ou ao número de anos que, em média, os indivíduos de uma mesma geração ou coorte viverão, definindo-se como geração ou coorte o conjunto de recém-nascidos em um mesmo momento ou mesmo período de tempo (CARVALHO; GARCIA, 2003). Ademais, essa associação permite, somente, uma percepção grosseira do processo de envelhecimento, além de desconsiderar a sua feição social e a sua condicionante histórica, até mesmo porque o processo de envelhecimento individual assume diferentes particularidades (ALBUQUERQUE, 2005).

Figueiredo e Tonini (2006) fazem considerações semelhantes acerca do processo de envelhecimento, o qual é visto como delimitador de mudanças expressivas de ordem individual, familiar e social, cada uma com seus significados e relevâncias. Para essas autoras, ao envelhecer, tanto o idoso quanto sua família se modificam, adquirindo determinados direitos legais e perdendo outros pelas dificuldades orgânicas e mentais decorrentes do envelhecimento.

Na tentativa de classificar os indivíduos de idade mais avançada, considerando a complexidade que permeia o processo do envelhecer, outras expressões ganham destaque na atualidade como a do “envelhecimento ativo”, proposto pela OMS que define o envelhecimento como uma experiência positiva. “Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (WHO, 2005, p. 13).

Ressalta-se que, para a OMS, o termo “ativo” alude à participação continuada do idoso nas questões socioeconômicas, culturais, espirituais e civis, e não apenas à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. Portanto, o envelhecimento ativo visa elevar a esperança de uma vida saudável e a

qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados (WHO, 2005).

Posto isso, a OMS também delineou os principais fatores determinantes do “envelhecimento ativo” os quais se encontram esquematizados na FIG. 1 (WHO, 2005).

Ao analisar a FIG. 1, observa-se que o envelhecimento ativo depende de uma variedade de fatores “determinantes”, os quais têm em comum a convergência na cultura e no gênero, englobando indivíduos, famílias e países. A compreensão das evidências que se tem sobre esses fatores contribuem no delineamento de políticas e programas nessa área (WHO, 2005).

Destaca-se que não é possível atribuir uma causa direta a qualquer um dos fatores determinantes; no entanto, as evidências substanciais sobre o que determina saúde sugerem que todos estes fatores e a interação entre eles são bons indícios de como indivíduos e as populações envelhecem (WHO, 2005).

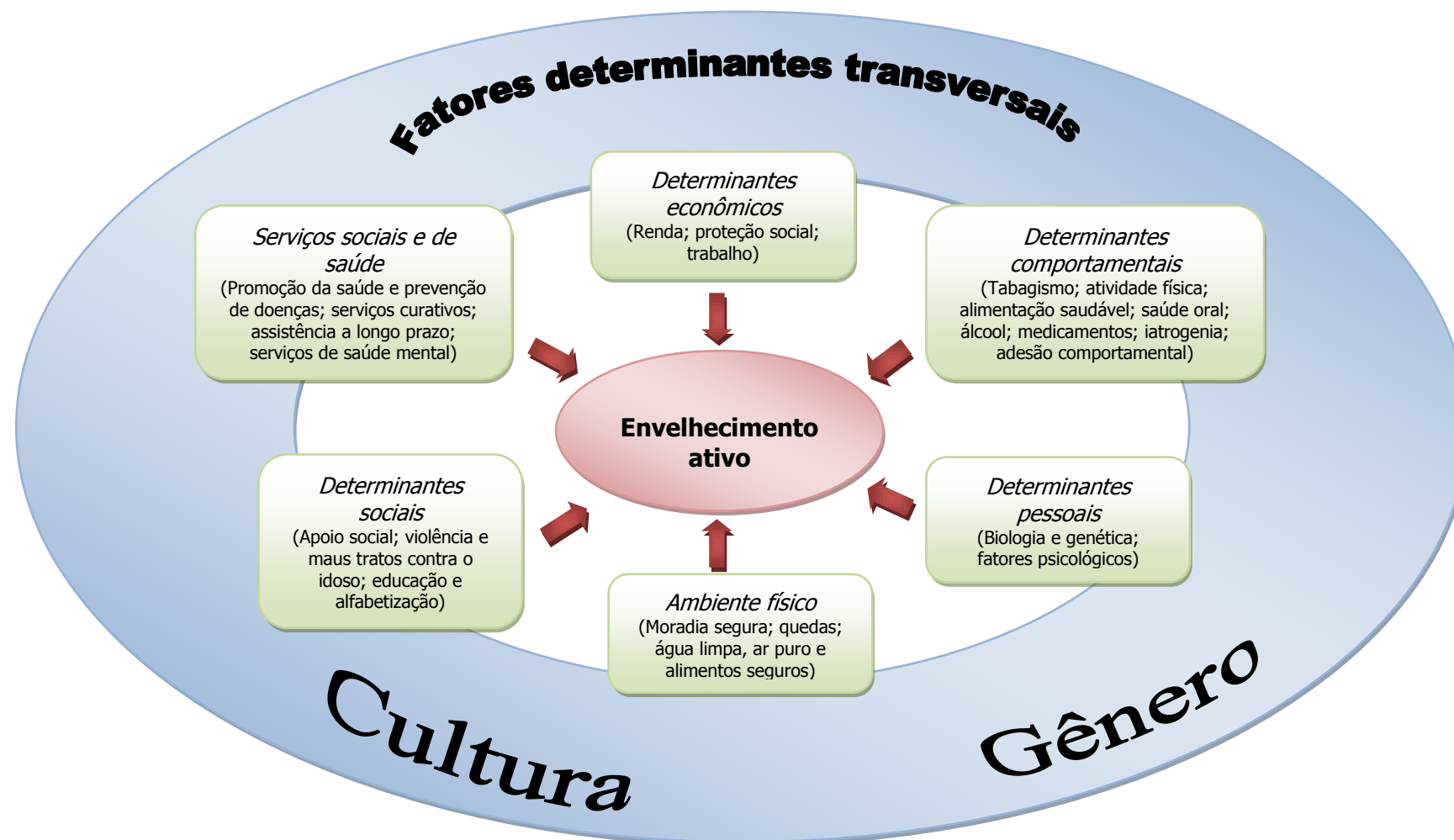


FIGURA 1 - Os determinantes do envelhecimento ativo
Fonte: WHO, 2005, adaptado pelas pesquisadoras.

2.2 Transição demográfica e epidemiológica no Brasil

Atualmente, o incremento da população idosa brasileira não é mais um discurso distante, mas algo muito contemporâneo decorrente da rápida transição demográfica que vem acompanhada por mudanças epidemiológicas.

Esse maior prolongamento da vida foi determinado principalmente pela ação médico-sanitária do Estado do que pelas transformações estruturais que se traduziriam em melhoria na qualidade de vida da população: nas primeiras décadas do século XX, por meio de políticas urbanas com ênfase em campanhas sanitárias como vacinação e higiene pública, e a partir da década de 1940 pela ampliação e desenvolvimento tecnológico da atenção médica na rede pública (CHAIMOWICZ, 1997).

A acelerada mudança na estrutura etária no país pode ser ilustrada em números. Enquanto em 1960 havia três milhões de idosos, em 2008, essa cifra passou para 20 milhões - um aumento de quase 700,0% em menos de 50 anos (VERAS, 2009).

Segundo Camarano (2002), a mudança no padrão etário da população é resultado da elevada taxa de fecundidade no período de 1950 a 1960 e da diminuição da taxa de mortalidade entre idosos, o que ocasionou também no aumento da expectativa média de vida ao nascer. Posteriormente, a taxa de fecundidade caiu de forma sistemática a partir de 1970, o que fez com que a maior proporção de pessoas idosas surgisse nas décadas seguintes, visto que a reposição de jovens foi diminuindo.

Em relação à vida média dos brasileiros, dados do IBGE mostram que é superior à média global. Enquanto no mundo, a esperança de vida ao nascer foi estimada, para 2008, em 67,2 anos e, para 2045-2050, em 75,4 anos, no Brasil, a expectativa de vida em 1940, foi projetada para 45,5 anos, chegando a 72,7 anos, em 2008 (27,2 anos de vida a mais). Em 2050, espera-se alcançar o patamar de 81,29 anos, o nível atual de expectativa de vida na Islândia (81,8), Hong Kong, China (82,2) e Japão (82,6) (IBGE, 2008a).

Outro aspecto importante a ser destacado diz respeito à diferenciação da expectativa de anos vividos segundo o sexo. Em 2008, a média de vida entre

mulheres e homens era de 76,6 e 69,0 anos, respectivamente, uma diferença de 7,6 anos (IBGE, 2008a).

Informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2002 a 2006 demonstraram taxa de crescimento populacional de 1,05% ao ano. Se continuar assim, a população do país deverá atingir o patamar de “crescimento zero” em 2039. A partir daí, serão registradas taxas de crescimento negativas e queda no contingente populacional (IBGE, 2008a).

O GRAF. 1 ilustra a transição da estrutura etária brasileira no período de 1980 a 2050, cujo formato tipicamente triangular da pirâmide populacional, com base alargada, cede lugar a uma pirâmide populacional com base mais estreita e alargamento do ápice característico de uma sociedade em pleno processo de envelhecimento (BRASIL, 2010).

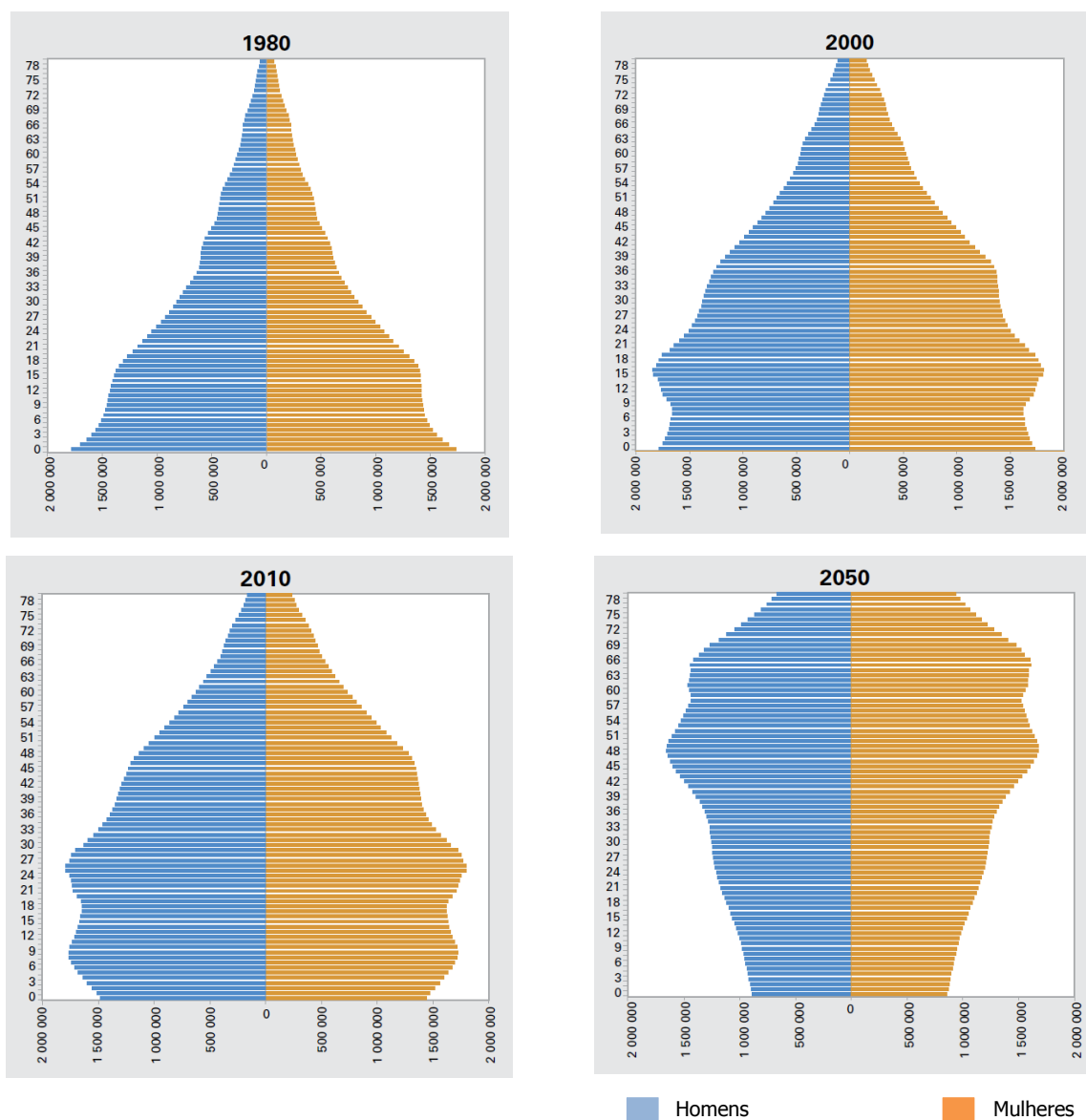


GRÁFICO 1 - Composição absoluta da população, por idade e sexo, Brasil, 1980, 2000, 2010 e 2050
Fonte: IBGE, 2008a.

A partir do GRAF. 1, constata-se a tendência de menor participação relativa de crianças e jovens, acompanhada do maior peso proporcional de adultos e, particularmente, de idosos, esta última com predomínio do sexo feminino, em função de sua maior sobrevivência (BRASIL, 2010; PINTO; SORANZ, 2004).

Além das transformações demográficas, o Brasil tem experimentado uma transição epidemiológica, com alterações relevantes no quadro de morbimortalidade. Observam-se complexas mudanças nos modelos de saúde-doença, que passou da predominância de doenças transmissíveis a uma maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (MENDES, 2012; TEIXEIRA, 2004).

A PNAD de 2008 demonstrou o aumento das doenças crônicas à medida que a idade avança, de tal modo que 79,1% dos brasileiros de 65 anos ou mais relataram ser portadores de algum tipo de doença crônica (MENDES, 2012). Inclusive, é comum entre os idosos a presença simultânea de uma ou mais condições crônicas, associadas ou não à limitações de desempenho decorrentes dessas ou de suas sequelas (RODRIGUES *et al.*, 2008).

Para alguns autores, doenças mais simples podem tornar-se mais complexas com o aumento da idade, visto que sintomas associados a essas doenças alteram com o envelhecer (FRIED; WALLACE, 1992), exigindo, portanto, o conhecimento do comportamento dos agravos que acometem este segmento populacional.

Em decorrência do aumento das condições crônicas de saúde, o perfil de mortalidade no país também mudou, como o previsto, e hoje acompanha a tendência mundial de morte por doenças crônicas não transmissíveis, principalmente de origem cardiovascular (CAMPOLIM, 2009).

Em 1930, as doenças infecciosas respondiam por 46% das mortes, decrescendo para um valor próximo a 5% em 2000; ao mesmo tempo, as doenças cardiovasculares que representavam em torno de 12% das mortes em 1930, responderam, em 2009, por quase 30% de todos os óbitos (MENDES, 2012).

Esse predomínio tende a aumentar em função da produção social de condições crônicas, a partir de uma prevalência significativa e, em geral, crescente, dos determinantes sociais da saúde ligados aos estilos de vida, como alimentação inadequada, tabagismo, sedentarismo, excesso de peso e consumo excessivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2008a).

Mediante a nova realidade social e epidemiológica que se impõe por meio da mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população há necessidade de mudanças no paradigma na atenção à saúde. Se de um lado, um país essencialmente jovem, caracterizado pelo predomínio de doenças infectocontagiosas, possui como modelo de resolução o dualismo cura/morte, por outro lado, uma nação longeva tem o predomínio de doenças crônicas, o que se deve considerar a possibilidade de compensação/não compensação. Lembra-se que o modelo de não compensação da doença crônica inclui maior disfunção, dependência e quedas (NASRI, 2008).

Dessa forma, fica evidente que “o prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade. No entanto, só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida” (VERAS, 2009, p. 549).

2.3 A atenção à saúde do idoso na Saúde da Família

A mudança na estrutura etária mundial suscitou às autoridades governamentais maior foco de atenção à saúde do idoso, exigindo, principalmente, o delineamento de estratégias de prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e suas complicações, no intuito de evitar incapacidades e perda de autonomia (CHAIMOWICZ, 1997).

Nesse contexto, o Brasil, nas últimas décadas, tem conquistado importantes avanços na área da atenção à saúde do idoso, coincidindo com a própria criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O processo de construção do SUS propõe uma reforma no modelo assistencial que vai de encontro ao modelo biomédico e hospitalocêntrico, voltando-se para a potencialização da Atenção Básica, complementada pela rede de serviços especializados e hospitalares (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

Visando reestruturar o primeiro nível de assistência no país, o Ministério da Saúde assumiu, a partir de 1994, a Saúde da Família que se fundamenta em uma nova ética social e cultural, com vistas à prevenção de doenças, à promoção da saúde e à qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades (BRASIL, 2001).

Os cuidados primários prestados pelas equipes de Saúde da Família buscam oferecer aos idosos de sua área de abrangência uma assistência integral, concernente às suas particularidades (LE MOS; SOUZA; MENDES, 2006).

Dessa forma, é necessário realizar inquéritos e diagnósticos de saúde populacionais, pois os mesmos poderão subsidiar o planejamento de ações que visem à eliminação de fatores de risco relacionados com a capacidade funcional da população atendida. Além disso, contribuirá para o estabelecimento de ações de promoção da saúde e de reabilitação que possam estar presentes em programas sociais que facilitem a formação de grupos de idosos, estimulando a autonomia e

manutenção do convívio familiar e social saudável (LEMOS; SOUZA; MENDES, 2006; PILGER, 2010; SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

Concomitante ao processo de criação e regulamentação do SUS, verificou-se gradativa reestruturação na concepção das políticas de previdência e saúde que visem especificamente a melhoria ou manutenção da qualidade de vida da população idosa (COSTA; CIOSAK, 2010; GARCIA; RODRIGUES; BOREGA, 2002; LITVOC; BRITO, 2004; NUNES, 2004; REIS, 2000).

Segundo o Ministério da Saúde, é função das políticas de saúde relacionadas ao envelhecimento contribuir para que mais pessoas alcancem idades avançadas com o melhor estado de saúde possível, sendo o envelhecimento ativo e saudável, o principal objetivo. Se considerar saúde de forma ampliada, torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para os idosos (BRASIL, 2010).

Para tanto, a partir de uma retrospectiva histórica, tem-se que a Política Nacional do Idoso promulgada pelo Projeto de Lei n. 8.842 em 1994 e regulamentada pelo Decreto n. 1.948 em 1996, foi o passo inicial no reconhecimento e importância desse segmento populacional. Esta Política foi criada devido às crescentes demandas que surgiram a partir do aumento da expectativa de vida das pessoas e teve como objetivo assegurar os direitos sociais dos idosos, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1994, 1996a).

Ainda, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria n. 1.395 em 1999, implantou a Política Nacional de Saúde do Idoso, que estabelece diretrizes primordiais para o direcionamento ou redirecionamento dos planos, projetos, programas e atividades pautadas de acordo com as normas nela estabelecida. Essa Política assumiu um dos principais problemas que impactam os idosos que consiste na perda de sua capacidade funcional (BRASIL, 1999).

No ano de 2003, foi aprovado o Estatuto do Idoso, que tem como objetivo regular os direitos assegurados aos idosos. O capítulo IV do Estatuto traça diretrizes para o cuidado e manutenção da saúde da pessoa idosa de forma integral (BRASIL, 2003).

Em 2006, por meio da Portaria n. 399, o Ministério da Saúde divulgou o Pacto pela Saúde que possui três eixos: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS. O eixo Pacto pela Vida tem como prioridades responsabilidades que abrangem a população idosa (BRASIL, 2006a).

Por sua vez, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) foi instituída pela Portaria n. 2.528 em 2006, como uma das prioridades do Pacto pela Vida e tem como finalidade promover, manter e recuperar a saúde e autonomia dos idosos pautados nos princípios que regem o SUS. Tal política reforça a Atenção Básica como porta de entrada para a atenção à saúde do idoso no SUS e a referência para a rede de serviços especializados de média e alta complexidade (BRASIL, 2006b).

Mediante os avanços políticos conquistados na área da saúde do idoso, é importante que os profissionais da Atenção Básica estejam capacitados em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes para elaborar e operar protocolos para ações programáticas específicas às necessidades dos idosos de maneira integrada com as demais práticas da rede de cuidado social (BRASIL, 1999).

Porém ainda há escassez de equipes multiprofissionais com formação específica nessa área (BRASIL, 2006c), sobressaindo a desinformação sobre a saúde do idoso e as particularidades e desafios do envelhecimento populacional para a saúde pública no contexto social, o que é confirmado por alguns estudos (BRAGA *et al.*, 2011).

Portanto, nos dizeres de Martins *et al.* (2007a), observa-se que o grande desafio da equipe de Saúde da Família passa a ser a construção do cuidado integral à pessoa idosa; um novo modo de ser e agir em saúde vislumbrando a multidimensionalidade do ser que envelhece e do processo de envelhecimento humano.

2.4 Concepções teóricas sobre qualidade de vida

A preocupação com a qualidade de vida tem se tornado crescente nas últimas décadas. Trata-se de um conceito complexo, que admite uma diversidade de

significados, com variadas abordagens teóricas e inúmeros métodos para medida do conceito (KIMURA; SILVA, 2009).

Sua terminologia varia segundo os diversos autores que utilizam sinônimos como "sentido da vida", "felicidade", "estado funcional", "ajustamento social", "satisfação", "saúde", "bem-estar", entre muitos outros que são tão abstratos quanto os anteriores e, portanto, geram imprecisão e falta de clareza (GUSMÃO, 2004).

Farquhar (1995) explica que é exatamente o uso multidisciplinar da expressão um dos principais fatores que determina a falta de consenso para defini-la.

Magri e Kluthcovsky (2007) traçam uma evolução histórica do constructo e relatam que, os conceitos propostos inicialmente sobre o tema priorizavam fatores externos (objetivos) na vida das pessoas, ou seja, preocupavam-se com questões materiais como salário, bens adquiridos e sucesso na área profissional. A seguir, foi enfatizado o quanto uma sociedade havia se desenvolvido economicamente, como medida e comparação da qualidade de vida. Alguns anos depois, o conceito se ampliou, de forma gradativa, significando, além do crescimento econômico, o desenvolvimento social, como educação, saúde, lazer, entre outros. Além destes aspectos objetivos, hoje, percebe-se uma abordagem diferenciada, apontando uma valorização de fatores subjetivos como satisfação, realização profissional e pessoal, bom relacionamento com a sociedade e acesso a cultura e ao lazer como exemplos reais de bem-estar.

Especificamente, na área da saúde, quando visto no sentido ampliado, o conceito de qualidade de vida se apoia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e possui no conceito de promoção da saúde seu maior foco. Quando vista de forma mais focalizada, qualidade de vida em saúde coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade. Isso porque, em geral, os profissionais atuam no âmbito em que podem influenciar diretamente, como por exemplo, ações que promovam o alívio da dor, do mal-estar e das doenças, intervindo sobre os agravos que geram dependências e desconfortos, seja para evitá-los, seja para amenizar consequências dos mesmos ou das intervenções realizadas para diagnosticá-los ou tratá-los (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Frente à necessidade de uma definição do conceito e do desenvolvimento de instrumentos de avaliação da qualidade de vida, com base científica, a OMS reuniu um conjunto de peritos (World Health Organization Quality of Life Group²/WHOQOL Group) para responder a esta necessidade numa perspectiva transcultural (CANAVARRO *et al.*, 2005).

Esse grupo compreende a qualidade de vida como sendo a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações. Tal conceito baseia-se na própria definição de saúde proposta pela OMS, compreendida como a percepção individual de um completo bem-estar, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença (WHO, 1958).

Segundo Fleck *et al.* (2008), a definição proposta pela OMS é a que melhor traduz a abrangência do constructo qualidade de vida e, portanto, é hoje uma das definições mais utilizadas.

Dessa forma, chegou-se a um conceito dinâmico e multidimensional, que está relacionado com uma variedade de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive (VECCHIA *et al.*, 2005).

No entanto, reforça-se que o termo em questão é subjetivo, pois as necessidades podem mudar de um indivíduo para outro, assim como as necessidades de hoje podem não ser as necessidades de amanhã (KURCGANT, 2010). Até mesmo porque esse conceito sofre variações segundo a bagagem histórica, cultural e socioeconômica de cada um: "A histórica, na qual em um determinado tempo de uma sociedade, existe um parâmetro de qualidade de vida, que pode ser diferente em outra época, da mesma sociedade"; a cultural, "[...] na qual os valores e necessidades são diferentes nos diferentes povos" e a socioeconômica, reconhecida

² Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde. (Tradução nossa).

a partir de “[...] padrões de bem-estar estratificados entre as classes sociais, com desigualdades muito fortes, onde a ideia de qualidade de vida relaciona-se ao bem-estar das camadas superiores” (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007, p. 14).

Mediante a polissemia que envolve o termo qualidade de vida, Minayo, Hartz e Buss (2000), ao refletirem esse termo na área da saúde, ampliam a discussão e afirmam que a questão da qualidade de vida diz respeito ao padrão que a própria sociedade define e se mobiliza para conquistar, consciente ou inconscientemente, e ao conjunto das políticas públicas e sociais que induzem e norteiam o desenvolvimento humano, as mudanças positivas no modo, nas condições e estilos de vida, cabendo parcela significativa da formulação e das responsabilidades ao denominado setor saúde.

Mediante o exposto, observa-se que o desenvolvimento do conceito de qualidade de vida é necessário, pois poderá resultar em mudanças nas práticas assistenciais e na consolidação de novos paradigmas do processo saúde-doença, o que pode ser fundamental para a superação de modelos de atendimento eminentemente biomédicos, que negligenciam aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais importantes nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde (SEIDL; ZANNON, 2004).

2.4.1 Qualidade de vida de idosos

Envelhecer é um processo natural que caracteriza uma etapa da vida do homem e dá-se por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de modo singular cada pessoa com prolongada sobrevida (MENDES, 2000).

Apesar de o envelhecimento ter sido uma grande conquista da humanidade no último século, somente o aumento de pessoas idosas não garante aos cidadãos a dignidade para se viver bem (BRASIL, 2010).

Na opinião de Mendes *et al.* (2005), a sociedade não está preparada para a nova realidade social e epidemiológica que se impõe por meio da mudança do perfil demográfico e epidemiológico no país. Mesmo que as pessoas vivem mais, a qualidade de vida não acompanha essa evolução.

Além disso, cabe ressaltar o fato do envelhecimento estar associado com estigmas negativos, os quais

têm como um de seus pilares o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de doenças e dificuldades funcionais com o avançar da idade. As representações sociais construídas em torno da velhice estão fortemente associadas à doença e à dependência, aceitas como características normais e inevitáveis desta fase (BRASIL, 2010, p. 7).

Mediante ao exposto, observa-se o surgimento de grandes desafios quanto à implementação de estratégias válidas de intervenção, em programas gerontogeriátricos, ou políticas sociais que tenham a meta de promover o bem-estar dos idosos garantindo, assim, não só uma sobrevida maior, mas também uma boa qualidade de vida (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003).

Sabe-se que esse segmento populacional constitui um grupo particular e, como tal, apresenta especificidades de importante relevância para se manter um envelhecimento saudável. Até mesmo porque os fatores relacionados à idade afetam a saúde, dimensão importantíssima para a qualidade de vida na velhice, e diversas situações sociais como aposentadoria, viuvez, dependência, perda de autonomia e de papéis sociais, dentre outras, que colocam obstáculos a uma vida de melhor qualidade (PASCHOAL, 2000). Assim, é necessário buscar alternativas possíveis, sempre respeitando as potencialidades e limitações de cada um.

Nessa perspectiva, Vieira (1996) comenta alguns fatores que contribuem para a promoção do bem-estar geral do idoso e conseqüentemente, influenciam diretamente numa melhor qualidade de vida como aceitar mudanças, prevenir doenças, estabelecer relações sociais e familiares positivas e consistentes, manter um senso de humor elevado, ter autonomia e um efetivo suporte social.

Mais recentemente, com destaque do constructo qualidade de vida, os pesquisadores passaram a demonstrar interesse por essa temática em idosos (XAVIER *et al.*, 2003). Após realizar uma revisão de literatura sobre o assunto, observou-se que, de modo geral, os estudos buscam avaliar a percepção de qualidade de vida nesse grupo etário e identificar fatores relacionados a ela. A seguir, descrevem-se dois desses estudos que ilustram a complexidade dos fatores que influenciam a qualidade de vida e a importância de considerar a heterogeneidade dos idosos nos serviços de saúde.

Braga *et al.* (2011), em um estudo observacional, de corte transversal, avaliaram a qualidade de vida de idosos por meio do instrumento WHOQOL-bref. Com uma amostra de 133 idosos, no município de Juiz de Fora/Minas Gerais, identificaram associação moderada com a qualidade de vida os domínios físicos, psicológico e ambiental, enquanto o social apresentou nível de satisfação alto. Nesse estudo, evidenciaram a necessidade de se investir em ações que visem à socialização, tais como, atividades sociais e de lazer, como estratégia para melhorar a assistência ao idoso da comunidade em questão.

Pereira *et al.* (2006) também realizaram um estudo observacional, de corte transversal para avaliarem a qualidade de vida de 211 idosos, residentes no município de Teixeiras, Minas Gerais, por meio do instrumento WHOQOL-bref. Esses autores verificaram que o domínio que mais explicou a qualidade de vida global foi o físico, seguido do ambiental e do psicológico.

A partir dos estudos apresentados, observa-se a necessidade de instrumentos multidimensionais, que possam captar a enorme variabilidade sociodemográfica, econômica, comportamental e outros que influenciam a percepção da qualidade de vida e de saúde nos diferentes grupos de idosos. Todos são fatores que aumentam a complexidade da mensuração da qualidade de vida, não podendo esquecer da advertência de Evans (1992) para quem o risco é avaliar, somente, como o idoso se adapta a ser velho.

2.4.2 Instrumentos de medida da qualidade de vida

O tema qualidade de vida, atualmente, tem sido tratado sob os mais distintos olhares, tanto na escolha do instrumento de avaliação como no público-alvo diversificado (BITTENCOURT; HOEHNE, 2009; GASPAR *et al.*, 2011).

No cenário brasileiro, pesquisas concernentes à avaliação da qualidade de vida em idosos vêm sendo realizada por meio da utilização de vários instrumentos o que dificulta a comparação dos resultados obtidos (FLORIANO; DALGALARRONDO, 2007; GAMPEL; KARSCH; FERREIRA, 2010; MARTINS *et al.*, 2009; NUNES; MENEZES; ALCHIERI, 2010).

Entre esses instrumentos destacam-se aqueles elaborados pelo grupo WHOQOL da OMS: o WHOQOL-100, o WHOQOL-bref e o WHOQOL-old. Os mesmos trazem consigo três aspectos essenciais quanto ao constructo da qualidade de vida: a subjetividade, a multidimensionalidade e a presença de dimensões positivas (por exemplo, mobilidade) e negativas (por exemplo, dor) (FLECK, 2000; FLECK *et al.*, 2000).

O WHOQOL-100 avalia a qualidade de vida de forma global e está estruturado em seis domínios: 1) Físico, 2) Psicológico, 3) Nível de independência, 4) Relações sociais, 5) Meio ambiente e 6) Aspectos espirituais/religião/crenças pessoais. Trata-se de um instrumento bem completo, possuindo 100 questões que abrangem 24 facetas. Entretanto, a necessidade de instrumentos mais práticos que demandem pouco tempo para seu preenchimento, e que não percam sensibilidade, fez com que o grupo desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, chamado de WHOQOL-bref (OMS, 1998a).

O instrumento abreviado de qualidade de vida da OMS, o WHOQOL-bref, possui 26 itens, sendo duas questões que avaliam a percepção da qualidade de vida geral (QVG) e das condições de saúde e as 24 restantes representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (WHOQOL-100), sendo divididas em quatro domínios: 1) Físico, 2) Psicológico, 3) Relações sociais e 4) Meio ambiente. Diferente do WHOQOL-100 em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de quatro questões, no WHOQOL-bref cada faceta é avaliada por apenas uma questão, aquela que mais altamente se correlacionou com o escore total, calculado pela média de todas as facetas (OMS, 1998a).

Como demonstrado no QUADRO 1, as facetas pertencentes ao domínio 3 Nível de independência do WHOQOL-100 foram incorporadas ao domínio Físico do WHOQOL-bref, assim como a faceta pertencente ao domínio 6 Aspectos espirituais/religião/crenças pessoais foi incorporada ao domínio Psicológico (OMS, 1998a).

Ressalta-se que as questões que compõem tanto o WHOQOL-100 quanto o WHOQOL-bref (ANEXO A) não estão dispostas no questionário seguindo uma sequência lógica por domínio ou faceta.

QUADRO 1
Domínios e facetas do WHOQOL-bref

Domínios	Facetas ¹
Domínio 1 Físico	Q3 Dor e desconforto Q10 Energia e fadiga Q16 Sono e repouso Q15 Mobilidade ² Q17 Atividades da vida cotidiana ² Q4 Dependência de medicação ou de tratamentos ² Q18 Capacidade de trabalho ²
Domínio 2 Psicológico	Q5 Sentimentos positivos Q7 Pensar, aprender, memória e concentração Q19 Autoestima Q11 Imagem corporal e aparência Q26 Sentimentos negativos Q6 Espiritualidade/religião/crenças pessoais ³
Domínio 3 Relações sociais	Q20 Relações pessoais Q22 Suporte (apoio) social Q21 Atividade sexual
Domínio 4 Meio ambiente	Q8 Segurança física e proteção Q23 Ambiente no lar Q12 Recursos financeiros Q24 Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade Q13 Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades Q14 Participação em, e oportunidades de recreação/lazer Q9 Ambiente físico: poluição/ruído/trânsito/clima Q25 Transporte

Fonte: FLECK *et al.*, 2000, adaptado pelas pesquisadoras.

Nota: ¹ Cada faceta encontra-se acompanhada pelo número da respectiva questão contida no instrumento WHOQOL-bref; ² Facetas pertencentes ao domínio 3 Nível de independência no WHOQOL-100; ³ Faceta pertencente ao domínio 6 Aspectos espirituais/religião/crenças pessoais no WHOQOL-100.

O WHOQOL-bref possui cinco escalas de respostas do tipo Likert, que variam de “muito ruim a muito bom” (escala de avaliação), “muito insatisfeito a muito satisfeito” (escala de avaliação), “nada a extremamente” (escala de intensidade), “nada a completamente” (escala de capacidade) e “nunca a sempre” (escala de frequência) (FLECK *et al.*, 1999). Cada domínio é composto por questões cujas pontuações das respostas variam entre 1 e 5.

O escore médio em cada um dos domínios indica a percepção do indivíduo quanto à sua satisfação em cada um dos aspectos em sua vida, relacionando-se com sua qualidade de vida. Quanto maior a pontuação melhor essa percepção.

As características psicométricas do WHOQOL-bref preencheram os critérios de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste. Esse instrumento alia um bom

desempenho psicométrico com praticidade de uso o que lhe coloca como uma alternativa útil para ser usado em estudos que se propõe avaliar qualidade de vida no Brasil (FLECK *et al.*, 2000).

Ressalta-se que a versão abreviada em português do WHOQOL-bref foi traduzido e validado no país por Fleck *et al.* (2000), a partir de um estudo com 250 pacientes do Hospital das Clínicas de Porto Alegre e em 50 voluntários saudáveis, desenvolvido pelo Grupo de Estudos em Qualidade de Vida da OMS no Brasil, pertencente ao Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a coordenação do Dr. Marcelo Pio de Almeida (OMS, 1998b, c).

Em relação ao instrumento WHOQOL-old, o mesmo também foi desenvolvido pela OMS a partir do WHOQOL-100. Esse instrumento busca analisar a qualidade de vida especificamente em idosos (POWER *et al.*, 2005) e, ainda, proporciona um estudo transcultural comparando envelhecimento doente com saudável (PASKULIN, 2006). Constitui-se por 24 itens cujas respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5) atribuídos a seis facetas: 1) Funcionamento do sensorio, 2) Autonomia, 3) Atividades passadas, presentes e futuras, 4) Participação social, 5) Morte e morrer e 6) Intimidade. Cada uma dessas facetas possui quatro itens, cujo escore dos valores oscila de 4 a 20, desde que todos os itens de uma faceta tenham sido preenchidos (FERRAZ *et al.*, 2002). Ressalta-se que dados preliminares obtidos desse instrumento por meio de grupos focais no centro brasileiro (Porto Alegre), apesar de ratificar os seis domínios do WHOQOL-100 como relevantes para avaliação da qualidade de vida do idoso, houve a sugestão de alteração em cinco facetas, no novo instrumento: imagem corporal e aparência, capacidade para o trabalho, sentimentos negativos, atividade sexual e dependência de medicação ou tratamento. Ainda foi sugerido o acréscimo de alguns itens, tais como funções sensoriais, comunicação, memória, relacionamento social, situação de moradia, questões financeiras, satisfação com o trabalho, enfrentamento de perdas, eventos significativos da vida, importância de comer bem, oportunidade de lazer/recreação e importância do reconhecimento pelas realizações (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003).

Metodologia



*Sabendo nós, enfim, que o que dá o verdadeiro
sentido ao encontro é a busca e que é preciso andar
muito para alcançar o que está perto.*

José Saramago

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo analítico correlacional de corte transversal.

No estudo correlacional, analisam-se as relações entre as variáveis, sem manipulá-las. Ainda, não permite fazer inferências sobre causalidade, mas das relações entre as variáveis (FORTIN; DUCHARME, 2003).

3.2 Local do estudo

Esta pesquisa foi realizada no Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, Minas Gerais, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde.

Segundo o Censo Demográfico realizado no ano de 2000, o município contava com uma população de 2.238.526 habitantes, sendo 204.573 idosos com idade igual ou superior a 60 anos (IBGE, 2002), distribuídos em uma área de 330,23 km² (BELO HORIZONTE, 2010a).

A organização territorial dos serviços de saúde desse município encontra-se subdividida em nove Distritos Sanitários, que correspondem às administrações regionais da Prefeitura de Belo Horizonte e têm definido limites geográficos, populacionais e administrativos das respectivas áreas de responsabilidade de cada nível organizacional (BELO HORIZONTE, 2010a).

Neste estudo, optou-se eleger o Distrito Sanitário Noroeste (FIG. 2) como cenário da pesquisa, por ser este o Distrito de maior número absoluto da população com 60 anos ou mais (44.801 idosos) residentes e cadastrados nas áreas adscritas das unidades básicas de saúde (BELO HORIZONTE, 2010b).

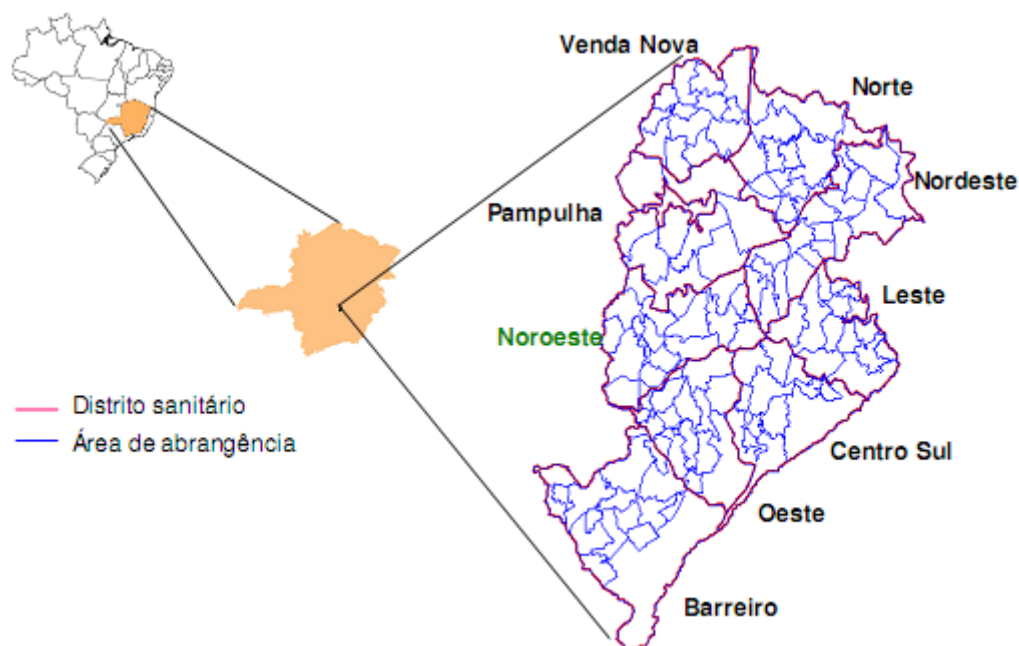


FIGURA 2 - Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, Minas Gerais
Fonte: MORAIS, 2008.

Esse Distrito Sanitário faz limite com o município de Contagem e com os Distritos Sanitários Pampulha, Nordeste, Centro-Sul e Oeste, atendendo uma população de 360 mil habitantes, alocados em uma área de 38,14 km². Possui a menor taxa de crescimento anual entre as nove regiões administrativas de Belo Horizonte, aproximadamente -0,08%, o que justifica uma estrutura etária da população mais envelhecida. Atualmente, encontra-se distribuído em 20 unidades básicas de saúde (FIG. 3), cujas áreas de abrangência são estabelecidas com base nos setores censitários contíguos, considerando as barreiras geográficas, a malha viária e a população residente. Possui ainda um hospital público (Odilon Behrens), um hospital particular (Hospital e Maternidade BH Mater), uma Central de Esterilização Distrital, dois Centros de Apoio Comunitário (Serrano e Jardim Montanhês), um Centro de Convivência de Saúde Mental (Carlos Prates), um Centro de Referência da Infância, um Centro de Referência em Saúde Mental (Padre Eustáquio), um Centro de Treinamento e Reabilitação e uma Farmácia Distrital (BELO HORIZONTE, 2010a).

projeto aos profissionais das equipes de Saúde da Família e delineamento de estratégias para abordagem dos possíveis participantes.

3.4 Amostra do estudo

Trata-se de uma amostra por conveniência estratificada por sexo de pessoas com idade superior ou igual a 60 anos cadastradas nas unidades básicas de saúde localizadas na região Noroeste de Belo Horizonte que, dentro da compreensão do processo saúde-doença, julgaram com necessidade de atendimento e procuraram o serviço de saúde. Portanto, a amostra dependeu da demanda espontânea e dos atendimentos programados durante o período da coleta de dados.

A população total de idosos foi reportada pela Secretaria Municipal de Saúde em 44.801 pessoas no ano de 2010 (BELO HORIZONTE, 2010b). Ante a impossibilidade de realizar um censo que permitisse conhecer a situação real dos idosos na área de estudo selecionada, foi imprescindível determinar o tamanho amostral necessário para se garantir uma margem de erro e uma confiança adequada para estimação do percentual do grupo avaliado.

Nesses casos, os termos que definem população e amostra precisam estar bem delineados para garantir que os resultados obtidos para a amostra descrevam fielmente o que ocorre na população de interesse.

População é um conjunto de elementos que apresentam características em comum. Ao se retirar parte dessa população, obtém-se uma amostra, um subconjunto da população, do qual é possível fazer inferências estatísticas da população de estudo (STEVENSON, 2001).

3.4.1 Cálculo do tamanho amostral

O tamanho da amostra foi calculado a partir da fórmula de Lwanga e Lemeshow (1991), a qual requer as seguintes informações:

- a) Proporção na população: P
- b) Nível de significância: 100 (1-1X)%
- c) Precisão absoluta (em pontos percentuais): d

A utilização dos serviços de atenção básica por idosos para o presente estudo foi estimada em 32,0%, levando em consideração a média de consultas ambulatoriais na rede conveniada do SUS de Belo Horizonte no período de janeiro de 2008 a setembro de 2010 (DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS/DATASUS, 2012).

Portanto, o cálculo amostral baseou-se na prevalência de utilização dos serviços de atenção básica por idosos proveniente do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (32,0%), com um nível de significância de 5% e precisão absoluta de cinco pontos percentuais, estimando o tamanho da amostra em 334 idosos. Considerando-se 20,0% de possíveis perdas, a amostra final totalizou em 401 idosos, representando 0,9% da população idosa do Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte.

Posteriormente, os 401 idosos foram distribuídos proporcionalmente entre cada uma das unidades básicas de saúde pertencentes ao Distrito Sanitário Noroeste, a partir da fórmula:

$$n = N \times N_i / \text{total}$$

Onde:

n - amostra calculada

N - número de idosos cadastrados em cada unidade básica de saúde

N_i - número de idosos da amostra, equivalente a 401

Total - número total de idosos da população em estudo, equivalente a 44.801

Com a finalidade de garantir a representatividade das unidades básicas de saúde com menor número de idosos, considerou-se uma maior quantidade de indivíduos para o Centro de Saúde Pedreira Prado Lopes e o Centro de Saúde João XXIII. Ambas as unidades apresentaram tamanhos de amostra calculados relativamente pequenos quando comparadas com as demais unidades de saúde. Para tanto, calculou-se os pesos amostrais de cada unidade básica de saúde, os

mesmos que foram usados na produção dos resultados. A TAB. 1 apresenta a distribuição final da amostra segundo unidade básica de saúde e sexo.

TABELA 1

Distribuição da amostra por grupos de sexo e unidade básica de saúde.
Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010

Unidades Básicas de Saúde	Tamanho da amostra		
	Homens	Mulheres	Total
Glória	12	18	30
Serrano	11	17	28
Jardim Montanhês	10	16	26
Dom Bosco	9	14	23
Pindorama	9	13	22
Santos Anjos	8	14	22
Carlos Prates	7	15	22
Bom Jesus	8	14	22
São Cristóvão	7	14	21
Padre Eustáquio	7	13	20
Dom Cabral	7	12	19
João Pinheiro	7	12	19
Santa Maria	8	11	19
São José	7	11	18
Ermelinda	6	10	16
Califórnia	6	9	15
Jardim Alvorada	6	9	15
Jardim Filadélfia	6	8	14
Pedreira Prado Lopes	5	10	15
João XXIII	6	9	15
Total	152	249	401

Fonte: Belo Horizonte, 2010b.

3.4.2 Critérios de seleção

Foram utilizados como critérios de inclusão pessoas de ambos os sexos, com idade superior ou igual a 60 anos; que concordaram participar da pesquisa e que responderam ao questionário.

Como critérios de exclusão, adotou-se pessoas acamadas, desospitalizadas que estivessem acamadas temporariamente; cadeirantes; idosos de Instituição de Longa Permanência de Internação da área adscrita e idosos com comprometimento cognitivo severo.

3.5 Coleta de dados

Este estudo utilizou um banco de dados previamente coletado por integrantes do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (NEPCDH/EEUFMG).

A coleta de dados ocorreu no período de 8 de outubro de 2010 a 23 de maio de 2011, por uma equipe previamente treinada, composta por cinco bolsistas de Iniciação Científica selecionadas do Curso de Graduação em Enfermagem e Nutrição da EEUFMG, sob supervisão de membros do NEPCDH. Os participantes foram abordados pelas bolsistas nas unidades básicas de saúde, enquanto esperavam por atendimento médico e/ou outros serviços, nos turnos da manhã e da tarde, conforme disponibilidade de cada entrevistadora.

Para padronização da entrevista e avaliação do instrumento de coleta de dados, foi elaborado pelo referido Núcleo de Estudo o Manual do Entrevistador (NEPCDH, 2010).

Ressalta-se que inicialmente foi realizado um pré-teste com 13 idosos adscritos em uma das unidades básicas de saúde do estudo, por constituir-se em local de lotação de um dos integrantes do NEPCDH. Durante as entrevistas foi observada a necessidade de alterar a ordem de apresentação de algumas questões do questionário referente à caracterização geral dos idosos no intuito de facilitar o entendimento dos informantes. Ainda, verificou-se a necessidade de acrescentar instrumentos que permitissem avaliar a depressão e o consumo de álcool, sendo acrescentados, respectivamente, The Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) e The Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption (AUDIT-C).

O tempo gasto na aplicação do questionário variou entre 40 e 45 minutos.

3.5.1 Instrumentos de coleta de dados

Foram utilizados dois questionários, um contendo informações sobre aspectos sociodemográficos, econômicos, clínicos e comportamentais (ANEXO B), outro para avaliação da qualidade de vida (ANEXO A).

Ressalta-se que na avaliação da presença de depressão, do consumo de bebida alcoólica e das atividades de vida diária foram incluídos no primeiro questionário os instrumentos The Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2), The Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption (AUDIT-C) e Escala de Katz, respectivamente. Esses instrumentos encontram-se descritos a seguir.

- The Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)

Esse instrumento é uma versão abreviada do Patient Health Questionnaire Depression Module (PHQ-9) para rastreamento de depressão na população. Possui duas questões que avaliam anedonia ("pouco interesse ou prazer em fazer as coisas") e frequência de humor deprimido ("se sentindo mais triste, deprimido ou sem esperança") nas últimas duas semanas. Para cada questão, os entrevistados escolhem entre as quatro respostas disponíveis (nenhuma vez; por vários dias; por mais de uma semana; quase todos os dias), com um escore de 0 a 3 pontos. A pontuação total varia de 0 a 6 pontos; quanto maior o escore maior a severidade dos sintomas depressivos. Para este estudo, adotou-se o ponto de corte ≥ 3 (sensibilidade: 83%; especificidade: 92%) que sugere provável depressão, de acordo com a literatura (KROENKE; SPITZER; WILLIAMS, 2003).

- The Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption (AUDIT-C)

Esse instrumento foi utilizado posteriormente para avaliar o consumo de bebida alcóolica. Trata-se de versão abreviada do instrumento original AUDIT-10 questões.

Em sua versão adaptada, o AUDIT-C se aproxima do desempenho do AUDIT-10 questões. Foi validado pela primeira vez em populações brancas (BUSH *et al.*, 1998) e, depois, em outros grupos étnicos (BRADLEY *et al.*, 2007; FRANK *et al.*, 2008) para rastrear a ingestão nociva de álcool. Está estruturado nas três primeiras perguntas do AUDIT-10 questões. As assertivas perguntam sobre a frequência, quantidade habitual consumida e frequência de ingestão excessiva de seis ou mais copos de bebida alcoólica em um único momento. É pontuado numa escala do tipo Likert de 0 a 12 pontos, que varia de 0 a 4 pontos para cada resposta. Ao final dá-se a soma total das opções assinaladas: um escore 0 indica "nenhum uso de álcool nos últimos 12 meses". Com base em estudos prévios de validação, um escore ≥ 4 para

homens e ≥ 3 para mulheres sugere abuso de álcool (BRADLEY *et al.*, 2007; BUSH *et al.*, 1998) e foram adotados como critério neste estudo. Geralmente, quanto maior o escore do AUDIT-C, mais provável que a bebida esteja afetando a saúde e a segurança do entrevistado.

- Escala de Katz

A capacidade funcional foi avaliada pela escala de independência nas atividades de vida diária (Escala de Katz) desenvolvido por Sidney Katz e publicado pela primeira vez em 1963 (KATZ *et al.*, 1963). Avalia o índice de independência funcional para o desempenho das atividades básicas da vida cotidiana, compreendendo o banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência dos esfínteres e alimentar-se. Para cada questão é atribuído 1 ponto para as respostas “sim” (não tenho dificuldade para fazer sozinho tal atividade) e 0 ponto para as respostas “não” (tenho dificuldade para fazer sozinho tal atividade). Ao final dá-se a soma total das opções assinaladas. O escore final pode variar de 0 a 6 pontos. Com base em estudos prévios (SANTOS, 2009), um escore 0 a 2 indica “dependência importante”, escore 3 a 4 “dependência parcial” e escore 5 a 6 “independência” e foram adotados como critério neste estudo.

- Instrumento World Health Organization Quality of Life-bref (WHOQOL-bref)

Para avaliar a qualidade de vida, foi utilizada a versão abreviada em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde WHOQOL-bref. A escolha desse instrumento é justificada pela literatura, que mostra boa resposta do instrumento à qualidade de vida dos idosos (HWANG *et al.*, 2003; MEIRELLES *et al.*, 2010; PASKULIN; MOLZAHN, 2007; PEREIRA *et al.*, 2006). O mesmo possui características psicométricas satisfatórias e, por possuir menos questões, é mais viável de ser aplicado na população idosa atendida na Atenção Básica.

Apesar de esse instrumento ser autoaplicável, optou-se pela entrevista direta, dada a dificuldade de leitura, os problemas visuais e a baixa escolaridade, comuns

em idosos. Portanto, em relação à forma de administração do questionário, 100,0% foram feitos pelas entrevistadoras.

Durante a entrevista, foram seguidas as recomendações da OMS sobre os procedimentos de aplicação do WHOQOL-bref. As entrevistadoras não influenciaram o idoso na escolha da resposta. Não discutiu as questões ou o significado destas, nem da escala de respostas. No caso de dúvida, as entrevistadoras apenas r leram a questão de forma pausada para o sujeito da pesquisa, evitando dar sinônimos às palavras das perguntas. Ao término do questionário, as entrevistadoras verificaram se o idoso respondeu todas as questões e se marcou somente uma alternativa por questão (OMS, 1998b).

Lembra-se que cada domínio desse instrumento é composto por questões cujas pontuações das respostas variam entre 1 e 5.

3.6 Variáveis

3.6.1 Variável dependente

Consistiu nas duas questões que avaliam a percepção global da qualidade de vida e de saúde e nos quatro domínios (Físico, Psicológico, Relações sociais e Meio ambiente) do instrumento WHOQOL-bref.

No ANEXO A, está reproduzido o questionário, permitindo um exame detalhado do instrumento.

3.6.2 Variáveis independentes

3.6.2.1 Variáveis sociodemográficas

- Sexo

Essa variável foi categorizada em feminino e masculino, integrando o modelo univariado.

- Idade

A idade do entrevistado foi calculada subtraindo a data da coleta de dados e a data de nascimento relatada e, posteriormente, agrupada em grupos etários: 60 a 64 anos; 65 a 69 anos; 70 a 74 anos; 75 a 79 anos e 80 anos e mais. Para a análise univariada, as referidas categorias foram agrupadas em: 65 anos ou mais; 75 anos ou mais e 85 anos ou mais como variáveis dicotômicas e média da idade no dia da entrevista como variável contínua.

- Naturalidade

Refere-se ao local de registro do nascimento. Após, foi categorizado em: Belo Horizonte e Região Metropolitana; interior de Minas Gerais e outro local.

- Estado civil

Categorias: casado/união estável; viúvo; separado ou divorciado e solteiro.

- Religião

Categorias: católica; evangélica; espírita; sem religião e outra.

- Escolaridade

Frequentou a escola (sim ou não), se “sim” quantos anos de estudo concluído. As respostas foram categorizadas *a posteriori* (< 1; 1 a 3; 4 a 7; 8 a 10; 11 a 13 e ≥ 14). A escolaridade foi calculada somando-se os anos de estudo, baseado no último ano e série de estudo formal completado. No modelo univariado, foram consideradas as variáveis frequentou escola (sim ou não), ter curso superior completo/incompleto (sim ou não) e média de tempo de estudo.

- Nível de alfabetização

As categorias foram analfabeto e alfabetizado, utilizadas no modelo univariado. Considerou-se o conceito do IBGE (2002), ou seja, analfabetismo foi medido pela proporção de pessoas que se declararam como não sabendo ler e escrever pelo menos um bilhete simples.

3.6.2.2 Variáveis econômicas

- Ocupação atual

Trabalha atualmente (sim ou não), se “sim” especificar. A variável dicotômica entrou no modelo univariado.

- Aposentadoria

É aposentado (sim ou não). As variáveis dicotômicas entraram no modelo univariado.

- Pensionista

É pensionista (sim ou não). As variáveis dicotômicas entraram no modelo univariado.

- Tipo de aposentadoria

Tipo de aposentadoria (idade; tempo de serviço; invalidez). Cada variável teve como resposta sim ou não, entrando no modelo univariado.

- 13º salário

Recebe 13º salário (sim ou não). Também integrou a análise univariada.

- Renda familiar

Refere-se ao valor bruto da renda familiar e, posteriormente, categorizado em: ≤ 1 salário mínimo; 1 – 2 salários mínimos; 2 – 3 salários mínimos; 3 – 5 salários mínimos; > 5 salários mínimos. A codificação baseou-se no salário mínimo vigente do país, na ocasião da entrevista, sendo que no ano de 2010 o salário mínimo era de R\$ 510,00; e no ano de 2011 era de R\$ 545,00. Para a análise univariada, foi utilizado o valor médio bruto da renda familiar.

- Moradia e número de cômodos

Possui casa própria (sim ou não); número de cômodos (1 cômodo; 2 a 3 cômodos; 4 a 5 cômodos; 6 ou mais cômodos) que *a posteriori* foi recategorizado em

2 a 3 cômodos; 4 a 5 cômodos e 6 ou mais cômodos; possui banheiro (sim ou não); possui rede de esgoto (sim ou não); possui água encanada (sim ou não).

- Arranjo domiciliar

Refere-se morar sozinho (sim ou não) ou acompanhado (sim ou não). Se acompanhado, especificou-se o grau de parentesco ou outro tipo de relacionamento, sendo categorizado *a posteriori* em sozinho; cônjuge; cônjuge e filhos; filhos; cônjuge, filhos e outros familiares; cônjuge e mãe; cônjuge e netos; filhos e outros familiares; outros familiares; não familiares. Para a análise univariada foram utilizadas como variáveis dicotômicas morar sozinho (sim ou não) e morar com o cônjuge (sim ou não).

- Cuidador do idoso

Possui cuidador e qual o grau de parentesco: nenhum; cônjuge; filhos; netos e outros (especifique).

3.6.2.3 Variáveis clínicas

- Comorbidades

Refere-se a presença de algum problema de saúde (sim ou não). Se sim, especificou-se a comorbidade para hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes *mellitus* (DM), doenças osteoarticulares, doença cardíaca, doenças da tireoide, depressão, dislipidemia, doenças respiratórias, dor crônica, doenças renais, neoplasia, obesidade, transtorno mental, acidente vascular encefálico (AVE) prévio, incontinência, alcoolismo, imobilidade, tuberculose, hanseníase, doenças parasitárias e outras comorbidades, cujas variáveis foram utilizadas no modelo univariado. Ainda foi avaliado o tempo médio de doença/comorbidade sendo utilizado na análise univariada.

- Pressão arterial sistêmica

A aferição da pressão arterial seguiu as recomendações do VI Relatório da Joint National Committee (2004) e da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial

(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010), que definem a forma correta de aferição indireta desse parâmetro diagnóstico. A pressão arterial foi aferida com o idoso sentado, após cinco minutos de repouso, mediante método auscultatório indireto, com esfigmomanômetro de mercúrio devidamente testado e calibrado, estando o braço apoiado na altura do precórdio. Pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD) foram baseadas na primeira e quinta fase dos sons de Korotkoff, respectivamente. Neste estudo, foram realizadas três aferições, com um intervalo de um minuto, todas no braço direito (de preferência), sendo considerada a média das três medidas. Foram considerados hipertensos aqueles idosos com a média de três aferições da PAS ≥ 140 mmHg e/ou PAD ≥ 90 mmHg e/ou autorrelato de diagnóstico médico prévio de pressão arterial elevada sob uso de medicação anti-hipertensiva.

Os dados obtidos foram categorizados em variáveis dicotômicas (normotenso e hipertenso). Para efeito de análise univariada, considerou-se as médias de PAS e PAD.

- Uso de medicamento

Refere-se ao uso de tratamento medicamentoso (sim ou não) e qual medicação. Posteriormente foram categorizados em: anti-hipertensivo; diurético; hipolipemiante; ácido acetilsalicílico (AAS); hipoglicemiante oral; antidepressivo; reposição hormônio tireoidiano; insulina e outros. Na análise univariada, foi utilizada a categoria fazer tratamento medicamentoso.

- História familiar de doença

Refere-se à história de alguma das patologias descritas - hipertensão arterial sistêmica; diabetes *mellitus*; câncer; AVE; infarto agudo do miocárdio (IAM); hipercolesterolemia; transtorno mental/depressão; obesidade e demência em parentes, considerando pais, irmãos, avós e tios. As categorias consideradas foram "sim" ou "não".

- Depressão avaliada pelo PHQ-2

Refere-se à presença de anedonia ("pouco interesse ou prazer em fazer as coisas") e frequência de humor deprimido ("se sentindo mais triste, deprimido ou sem esperança") nas últimas duas semanas, cujas respostas foram nenhuma vez; por vários dias; por mais de uma semana; quase todos os dias. Posteriormente, essas respostas foram categorizadas segundo PHQ-total (< 3 e ≥ 3) como variável dicotômica e média do PHQ-total como variável contínua, sendo utilizadas na análise univariada.

- Índice de Katz

Refere-se às atividades de vida diária que não tem dificuldade para fazer sozinho, o que incluiu: banhar-se, vestir-se, higiene pessoal, transferência, continência dos esfíncteres e alimentar-se. As categorias consideradas foram "sim" (não tenho dificuldade para fazer sozinho tal atividade - 1 ponto) e "não" (tenho dificuldade para fazer sozinho tal atividade - 0 ponto), cujas respostas foram categorizadas em escore 5 e 6. Na análise univariada, essas categorias foram agrupadas em escore 5 ou 6.

- Mobilidade

Refere-se à capacidade de subir escada (sim ou não); tipo de auxílio para deambular (sozinho, ajuda ocasional, ajuda frequente e muleta ou bengala) e se possui prótese nos membros (sim ou não), sendo avaliadas no modelo univariado (sobe escadas, anda sem auxílio e uso de prótese).

3.6.2.4 Variáveis comportamentais

- Consumo de bebida alcoólica

A princípio, a avaliação do padrão de consumo de bebida alcoólica entre os idosos deu-se pelas questões: você consome bebida alcoólica (sim ou não), frequência no consumo de bebida alcoólica (não consome; raramente; até 2 vezes/semana; 3 ou mais vezes/semana; diariamente) e volume no consumo de bebida alcoólica (nenhum; 1 a 2 copos; 3 a 4 copos; 5 a 8 copos; 9 ou mais copos).

Após sugestão de uma professora norte-americana, foi incluído o instrumento AUDIT-C. As assertivas perguntam sobre a frequência (nem uma única vez; uma vez por mês ou menos; de duas a quatro vezes por mês; de duas a três vezes por semana; quatro ou mais vezes por semana), quantidade habitual consumida (nenhum, não bebe que foi agrupado com a categoria 1 ou 2 copos; 3 ou 4 copos; 5 ou 6 copos; 7 a 9 copos; 10 ou mais copos) e frequência de ingestão excessiva de seis ou mais copos de bebida alcoólica em um único momento (nem uma única vez; menos do que uma vez por mês; cerca de uma vez por mês; semanalmente; diariamente ou quase que diariamente).

Na análise univariada, adotou-se as categorias consome bebida alcoólica, AUDIT-C negativo e média do escore AUDIT-C.

- Tabagismo

Refere-se ao hábito de fumar atualmente (sim ou não), ex-fumante (sim ou não), quantidade de cigarros fumados por dia (menos de 10 cigarros; mais de 10 cigarros), tempo de tabagismo (menos de 2 anos; de 2 a 10 anos; mais de 10 anos). As respostas foram categorizadas em não-tabagistas (nunca fumaram); tabagistas (fumam atualmente) e ex-tabagistas (já foram fumantes).

- Prática de atividade física

Refere-se à prática de atividade física (sim ou não), modalidade (caminhada; hidroginástica; Liang Gong; aeróbica; bicicleta e outros) e frequência (nunca; 4 a 7x/semana; 2 a 3x/semana; 1x/semana). Para análise univariada, foram consideradas as categorias: prática atividade física; faz caminhada, faz outras atividades físicas e frequência de atividade física/faixa.

3.7 Análise dos dados

Os dados obtidos nas entrevistas encontravam-se digitados em planilha do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0, o qual auxiliou na análise da pesquisa.

Importante destacar que antes de proceder a análise, as pesquisadoras tiveram acesso aos questionários e conferiram um a um todo o banco de dados para correção de possíveis inconsistências.

Para o indivíduo cuja resposta não foi registrada, porque o idoso por algum motivo não desejou responder a uma questão (por exemplo, não entendeu a questão ou se opôs a marcar sua escolha) a casela na planilha ficou em branco, considerada como *missing*.

3.7.1 Descrição do cálculo estatístico

A distribuição de dados foi expressa como a média $\pm$ desvio-padrão (DP) e/ou a mediana com intervalo interquartil (IQ Q3-Q1) ou a amplitude interquartil (AIQ Q_{3/4} - Q_{1/4}) para as variáveis contínuas e como proporções ou percentagens para as categóricas. As variáveis contínuas foram testadas quanto à distribuição normal, utilizando-se o teste de Kolmogorov-Smirnov ou o teste de Shapiro-Wilk, dependendo do caso.

Foi feita análise da correlação entre as variáveis contínuas de interesse, sendo utilizado o coeficiente de Pearson (r) e o coeficiente de determinação (r^2) para as variáveis paramétricas e o coeficiente de Spearman-Rho para as variáveis não-paramétricas.

Foi realizada análise univariada seguida de análise multivariada.

Na análise univariada, para a comparação entre os grupos G5 (QV boa/satisfeito) e G6 (QV ruim/insatisfeito) com as variáveis sociodemográficas, econômicas, clínicas e comportamentais utilizou-se, para as variáveis categóricas, o teste do qui-quadrado ou teste exato de Fisher, dependendo do caso. Para as variáveis contínuas paramétricas, utilizou-se o teste t-student ou o teste de análise de variância (ANOVA paramétrica com um critério de classificação), quando indicado. Para as não-paramétricas utilizou-se o teste de U-Mann-Whitney ou as análises de variância não-paramétricas (ANOVA não paramétrica), sendo utilizado o teste H de Kruskal-Wallis em amostras não emparelhadas e o teste de Friedman para amostras emparelhadas.

Na análise univariada, aquelas variáveis que se associaram significativamente com a variável dependente com um $p < 0,20$ foram consideradas significativas e entraram no modelo multivariado. Neste foi utilizado o modelo de regressão logística condicional stepwise backward, para ajuste dos fatores de confusão. Para avaliar a associação das variáveis contínuas dos escores do estudo, com o G5, usou-se, em separado, um modelo de regressão logística multivariada, com modelos binomiais ditos "zeroinflated", definindo-se arbitrariamente, uma variação de 10 pontos nos escores (10,0% do valor máximo de 100), como evento significativo, por não se ter referência de qual variação nos escores é significativa, para o desfecho final de QV e saúde simultaneamente. Nesta análise, um $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

Os dados da análise multivariada final foram apresentados com as respectivas razões de chance ou Odds Ratio (OR) e seus intervalos de confiança de 95% (IC 95%).

Avaliou-se também a capacidade diagnóstica de diferentes pontos de corte do QVG para uso como teste de triagem em uma população de idosos em prever QV boa/satisfeito ou QV ruim/insatisfeito, considerando os grupos G5 e G6, respectivamente. Para tal intento foi construída uma curva Receiver-Operating Characteristic (ROC) e seu intervalo de confiança de 95%. Essa técnica possibilita exibir a exatidão discriminatória, na qual quanto maior a área sobre a curva ROC (AUC - Area Under the Curve) maior o poder discriminativo.

3.7.2 Definição dos grupos QV/Satisfação

Por não existir pontos de corte que determinem um escore abaixo ou acima do qual se possa avaliar a qualidade de vida como "ruim" ou "boa", optou-se, neste estudo, racionalizar a análise por meio da definição de dois grupos extremos e simultâneos em relação à percepção da QV e satisfação com a saúde (QV boa/satisfeito - refere-se ao grupo de indivíduos que responderam ter boa ou muito boa QV e se sentem satisfeitos ou muito satisfeitos com a sua saúde; e QV ruim/insatisfeito - refere-se ao grupo de indivíduos que responderam ter ruim ou muito ruim QV e se sentem insatisfeitos ou muito insatisfeitos com a sua saúde).

Para tanto, foi necessário estabelecer primeiramente quatro grupos, descritos a seguir:

- G1 - Indivíduos com percepção de que a qualidade de vida é boa ou muito boa = 220 indivíduos;
- G2 - Indivíduos com percepção de que a qualidade de vida é ruim ou muito ruim = 31 indivíduos;
- G3 - Indivíduos que se sentem satisfeitos ou muito satisfeitos com a sua saúde = 205 indivíduos;
- G4 - Indivíduos que se sentem insatisfeitos ou muito insatisfeitos com a sua saúde = 90 indivíduos.

Desse modo, partindo da premissa da definição dos grupos QV boa/satisfeito e QV ruim/insatisfeito, definiu-se os grupos:

- G5 - Grupo de indivíduos com boa ou muito boa qualidade de vida e satisfeitos ou muito satisfeitos com a sua saúde (indivíduos formados com as características do G1 e simultaneamente com as do G3);
- G6 - Grupo de indivíduos com qualidade de vida ruim ou muito ruim e insatisfeitos ou muito insatisfeitos com a sua saúde (indivíduos formados com as características do G2 e simultaneamente com as do G4).

A TAB. 2 sumariza os grupos definidos neste estudo.

TABELA 2

Grupos de idosos caracterizados segundo qualidade de vida e satisfação com a saúde. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011

		WHOQOL-2			
Variáveis		Muito insat.	Insat.	Nem sat. nem insat.	Sat. Muito sat.
WHOQOL-1	Muito ruim	G6 QV ruim/insatisfeito (n=20; 5,1%)			
	Ruim				
	Nem ruim nem boa	Indefinido Demais indivíduos que não foram incluídos nos grupos extremos (n=220; 56,3%)			
	Boa				
	Muito boa				G5 QV boa/satisfeito (n=151; 38,6%)

Nota: Insat. - Insatisfeito; Sat. - Satisfeito; QV - Qualidade de Vida; WHOQOL - World Health Organization Quality of Life; **G1** - QV boa ou muito boa; **G2** - QV ruim ou muito ruim; **G3** - Satisfeito ou muito satisfeito com a saúde; **G4** - Insatisfeito ou muito insatisfeito com a saúde.

3.7.3 Cálculo dos escores do WHOQOL-bref por meio do software Statistical Package for the Social Sciences

O cálculo dos escores finais de cada domínio do WHOQOL-bref foi pontuado seguindo a sintaxe proposta pelo Grupo WHOQOL e processado no software SPSS (QUADRO 2). Cada faceta é representada por uma única questão, e, por esse motivo, os escores das facetas não são calculados (WHO, 1996). A pontuação manual não foi utilizada por aumentar a margem de erros no cálculo dos escores (OMS, 1998d).

Para uma melhor compreensão da obtenção dos escores finais foram traduzidas as linhas de código da sintaxe SPSS, explicando os procedimentos utilizados para os cálculos dos escores de cada domínio. Em síntese, os escores finais foram calculados por meio da soma dos escores da média de "n" questões por domínio, com os cálculos do escore bruto (escala 4-20) e escore transformado (escala 0-100). Fez-se a conversão da escala de respostas das questões invertidas (Q3, Q4 e Q26), a partir da orientação prevista na sintaxe. Cada domínio formou um índice, não havendo síntese dos valores para um único índice de qualidade de vida, justificado pela multidimensionalidade da definição de qualidade de vida da OMS (WHO, 1996).

QUADRO 2

Sintaxe SPSS para o cálculo dos escores do WHOQOL-bref

Etapas	Passos para o controle e limpeza de dados e cálculo dos escores dos domínios total
Verificar se todas as 26 questões foram preenchidas com respostas entre 1 e 5	RECODE Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10 Q11 Q12 Q13 Q14 Q15 Q16 Q17 Q18 Q19 Q20 Q21 Q22 Q23 Q24 Q25 Q26 (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (ELSE=SYSMIS). (Este recodifica todos os dados fora do intervalo 1-5 para sistema de perda)
Converter as questões invertidas	RECODE Q3 Q4 Q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1) (Isto transforma questões negativas para questões positivas)
Calcular os escores brutos dos domínios (escores baseados na escala 4-20)	COMPUTE PHYS = MEAN.6 (Q3,Q4,Q10,Q15,Q16,Q17,Q18)*4. COMPUTE PSYCH = MEAN.5 (Q5,Q6,Q7,Q11,Q19,Q26)*4. COMPUTE SOCIAL = MEAN.2 (Q20,Q21,Q22)*4. COMPUTE ENVIR = MEAN.6 (Q8,Q9,Q12,Q13,Q14,Q23,Q24,Q25)*4. (Essas equações calculam os escores dos domínios. Todos os escores são multiplicados por 4, de modo possibilitar comparação com os escores derivados do WHOQOL-100. O "6" em "MEAN.6" especifica que 6 questões devem ser aceitas para o cálculo do escore do domínio).
Transformar os escores brutos para uma escala de 0 a 100	COMPUTE PHYS = (PHYS-4)*(100/16). COMPUTE PSYCH = (PSYCH-4)*(100/16). COMPUTE SOCIAL = (SOCIAL-4)*(100/16). COMPUTE ENVIR = (ENVIR-4)*(100/16).
Excluir os casos com ≥ 20% de questões não respondidas	COUNT TOTAL = Q1 TO Q26 (1 THRU 5) (Este comando cria uma nova coluna "total". "Total" contém uma contagem das questões do WHOQOL-bref com valores de 1-5 que foram aceitos para cada sujeito. O "Q1 TO Q26" significa que colunas consecutivas de "Q1", a primeira questão, a "Q26", a última questão, estão incluídas na contagem. Portanto, assume que os dados são inseridos na ordem dada da avaliação). SELECT IF (TOTAL ≥ 21). EXECUTE (Este segundo comando seleciona apenas os casos em que "total", o "número total" de questões completadas, é maior ou igual a 80%. Deleta os casos restantes do conjunto de dados).

Fonte: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1998d. (Tradução nossa).

A sintaxe do WHOQOL-bref pode ser transcrita textualmente da seguinte forma (PEDROSO *et al.*, 2010):

- É verificado se todas as 26 questões foram preenchidas com valores situados no intervalo compreendido entre 1 e 5;
- Invertem-se todas as questões cuja escala de respostas é invertida (Questões 3, 4 e 26);
- Os escores dos domínios são calculados por meio da soma dos escores da média de "n" questões que compõem cada domínio. Nos domínios compostos por até sete questões (domínios Físico, Psicológico e Relações Sociais), se duas ou mais questões pertencentes ao mesmo domínio não tiverem sido preenchidas, o escore desse domínio não será computado. No domínio composto por mais de sete questões (domínio Meio ambiente), se três ou mais questões pertencentes ao mesmo domínio não tiver sido preenchido, o escore desse domínio não será computado. O resultado é multiplicado por quatro, sendo representado em uma escala de 4 a 20;
- As médias dos escores dos domínios são convertidas para uma escala de 0 a 100;
- Os respondentes que deixaram de preencher ou preencheram incorretamente seis ou mais questões (80% do total de questões do instrumento) são excluídos da amostra.

A conversão das questões negativas é utilizada com o objetivo de padronizar todas as respostas do instrumento, de forma que a resposta mais positiva seja 5. Por conseguinte, a resposta mais negativa deve ser 1. Dessa forma, todas as questões invertidas são convertidas para uma mesma escala, onde o aumento gradativo da resposta equivale, na mesma proporção, ao aumento no positivismo do resultado da faceta. Para isso, o valor mínimo e máximo da questão de escala invertida deve ser substituído pelo valor máximo e mínimo da questão de escala normal, respectivamente. O mesmo deve ocorrer com os valores intermediários, seguindo essa mesma lógica. Assim, o único valor que não é alterado é o valor central, que

tanto na escala normal, quanto na escala invertida, permanece o mesmo (PEDROSO *et al.*, 2011).

Os escores dos domínios são calculados a partir da média aritmética das questões correspondentes, seguido de uma multiplicação por 4. Essa multiplicação é utilizada para que, no caso de uma questão não ter sido respondida, o escore do domínio represente a média das questões restantes, compensando, assim, a nulidade do item. São computados somente os domínios que possuírem pelo menos dois ou três itens válidos, de acordo com o número total de questões pertencentes a cada domínio (WHO, 1997).

A fórmula para o cálculo dos escores brutos dos domínios (escores baseados na escala 4-20) segue-se abaixo (MURPHY *et al.*, 2000):

- a) Domínio Físico: $\left(\frac{(6 - Q3) + (6 - Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18}{7} \right) \times 4$
- b) Domínio Psicológico: $\left(\frac{Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6 - Q26)}{6} \right) \times 4$
- c) Domínio Relações sociais: $\left(\frac{Q20 + Q21 + Q22}{3} \right) \times 4$
- d) Domínio Meio ambiente: $\left(\frac{Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25}{8} \right) \times 4$

O próximo passo envolve a transformação de cada escore bruto dos domínios para a escala 0-100, o que permite melhor comparação com outros conjuntos de dados, usando a seguinte fórmula:

$$\text{Escore transformado} = \left(\frac{\text{Escore bruto atual} - \text{menor escore bruto possível}}{\text{Faixa de escore bruto possível}} \right) \times 100$$

Onde “escore bruto atual” é o valor encontrado por meio da soma, “menor escore bruto possível” é o menor valor possível que pode ocorrer por meio da soma (este valor deverá ser 4 para todas as facetas), e “faixa de escore bruto possível” é a diferença entre o máximo e o mínimo escore bruto possível (este valor deverá ser 16

para todas as facetas: 20 - 4). Nesse sentido, a fórmula pode ser reexpressada da seguinte maneira:

$$\text{Escore transformado} = \left(\frac{\text{Escore bruto atual} - 4}{16} \right) \times 100$$

Esta transformação converte o menor e o maior escore possível para 0 e 100, respectivamente. Os escores entre esses valores representam a porcentagem do possível escore total encontrado.

Unindo a fórmula para o cálculo dos escores brutos e para transformação na escala 0-100 tem-se as seguintes equações:

$$\text{a) Domínio Físico: } \left(\frac{(6 - Q3) + (6 - Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18}{7} \times 4 - 4 \right) \times 100$$

16

$$\text{b) Domínio Psicológico: } \left(\frac{Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6 - Q26)}{6} \times 4 - 4 \right) \times 100$$

16

$$\text{c) Domínio Relações sociais: } \left(\frac{Q20 + Q21 + Q22}{3} \times 4 - 4 \right) \times 100$$

16

$$\text{d) Domínio Meio ambiente: } \left(\frac{Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25}{8} \times 4 - 4 \right) \times 100$$

16

Após explanação dos cálculos que envolvem a sintaxe (WHO, 1996), neste estudo todas as 26 questões respondidas obtiveram pontuação entre o intervalo de 1 a 5, não havendo respostas inválidas. As questões de escala invertida (Questões 3, 4 e 26) foram devidamente convertidas. As questões não respondidas pelos entrevistados ficaram com as caselas em branco. Apenas um entrevistado foi excluído das análises por não ter respondido seis questões do instrumento WHOQOL-bref. Nenhum participante apresentou duas ou mais questões não respondidas para os domínios compostos por até sete itens e três ou mais questões não respondidas para o domínio composto por mais de sete itens.

3.7.4 Teste diagnóstico para definição de ponto de corte para o WHOQOL-bref

No intuito de definir ponto de corte para o WHOQOL-bref a partir dos grupos G5 e G6, foi realizado o teste diagnóstico para esses grupos, o que incluiu:

- Probabilidade pré-teste: traduz a proporção de idosos pertencentes ao grupo G5, em relação ao total da amostra ($a+c/a+b+c+d$);
- Sensibilidade ou copositividade (S): traduz a proporção de idosos pertencentes ao grupo G5 e que corretamente foram identificados pelo teste para pontuação QVG $\geq$ valor crítico ($a/[a+c]$);
- Especificidade ou conegatividade (E): traduz a proporção de idosos não pertencentes ao grupo G5 e que corretamente foram identificados pelo teste para pontuação QVG $<$ valor crítico ($d/[b+d]$);
- Valor preditivo positivo ou Probabilidade pós-teste positiva (VPP): significa a probabilidade de pertencer ao grupo G5 e pontuar um escore QVG $\geq$ valor crítico, quando o teste é positivo, ou seja, é a relação entre o número de idosos pertencentes ao grupo G5 e que pontuaram um escore QVG $\geq$ valor crítico, dividido pelo total de resultados positivos do teste em estudo ($a/[a+b]$);
- Valor preditivo negativo ou Probabilidade pós-teste negativa (VPN): significa a probabilidade de não pertencer ao grupo G5 e pontuar um escore QVG $<$ valor crítico, quando o teste é negativo, ou seja, é a relação entre o número de idosos não pertencentes ao grupo G5 e que pontuaram um escore QVG $<$ valor crítico, dividido pelo total de resultados negativos do teste em estudo ($d/[c+d]$);
- Razão de verossimilhança positivo (RVP): probabilidade do resultado do teste ser positivo em idosos pertencentes ao grupo G5 e que pontuaram um escore QVG $\geq$ valor crítico, em relação à probabilidade do resultado do teste ser positivo em idosos não pertencentes ao grupo G5 e que pontuaram um escore QVG $\geq$ valor crítico ($S/[1-E]$);
- Razão de verossimilhança negativa (RVN): probabilidade do resultado do teste ser negativo em idosos pertencentes ao grupo G5 e que pontuaram

um escore QVG $\geq$ valor crítico, em relação à probabilidade do resultado do teste ser negativo em idosos não pertencentes ao grupo G5 e que pontuaram um escore QVG $\geq$ valor crítico ($[1-S]/E$) (LOUREIRO, 2008).

De igual modo, para o teste diagnóstico referente ao grupo G6 (QV ruim/insatisfeito) foram seguidas as etapas supracitadas, considerando um ponto de corte QVG $<$ valor crítico.

3.8 Aspectos ético-legais

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o Parecer nº ETIC 0043.0.410.203-10 (ANEXO C) e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte - Parecer nº 0043.0.410.203-10A (ANEXO D). Foram obedecidos os trâmites prescritos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996b).

Ademais, os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo-se sigilo dos dados e anonimato. Foi assegurado a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa, deixando de participar deste estudo se assim o desejasse, não acarretando ônus ou interferência em suas atividades. O material coletado em entrevista seria destruído mediante a presença do informante.

Resultados



*Todos estamos matriculados na escola da vida,
onde o mestre é o tempo.*

Cora Coralina

4 RESULTADOS

Dos 401 questionários esperados, foram possíveis localizar 399, os quais foram revisados um a um. Dois foram excluídos por conterem apenas a ficha de identificação preenchida, um por apresentar mais de 20,0% das questões não preenchidas no instrumento WHOQOL-bref e cinco devido os entrevistados possuírem menos de 60 anos, totalizando 391 questionários válidos. Portanto, dados registrados de 391 idosos foram incluídos neste estudo, o que representou 97,5% da amostra calculada.

4.1 Características gerais da amostra estudada

Para melhor visualização da amostra estudada segundo características sociodemográficas, econômicas, clínicas e comportamentais foi proposto na TAB. 3 uma síntese das variáveis de interesse, as quais são discutidas *a posteriori*.

TABELA 3

Síntese das características sociodemográficas, econômicas, clínicas e comportamentais da amostra estudada. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011

Variáveis	n	%	Variáveis	n	%
Sexo			Moradia		
Masculino	145	37,1	Casa própria	325	83,1
Feminino	246	62,9	Rede de esgoto	389	99,5
			Banheiro	391	100,0
			Água encanada	391	100,0
Idade (anos)			Arranjo domiciliar		
60 – 65	111	28,4	Sozinho	67	17,1
65 – 70	98	25,0	Cônjuge	62	15,9
70 – 75	82	21,0	Cônjuge e filhos	65	16,6
75 – 80	59	15,1	Outros	197	50,4
≥ 80	41	10,5			
Naturalidade			Cuidador do idoso		
Belo Horizonte e RMBH	170	43,5	Nenhum	304	77,7
Interior de Minas Gerais	197	50,4	Cônjuge	48	12,3
Outro local	24	6,1	Filhos	32	8,2
			Outros	7	1,8
Estado civil			Problema de saúde		
Casado/União estável	175	45,0	Sim	361	92,3
Viúvo	99	25,4	Não	30	7,7
Separado ou divorciado	58	14,9			
Solteiro	57	14,7	Comorbidades		
Religião			Hipertensão	295	75,4
Católica	282	72,9	Diabetes <i>mellitus</i>	94	24,0
Evangélica	82	21,2	Osteoarticulares	81	20,7
Espírita	10	2,5	Outras	310	79,3
Sem religião	8	2,1			
Outra	5	1,3	Medicamento		
Escolaridade (anos completos)			Sim	350	89,5
< 1	78	19,9	Não	41	10,5
1 – 4	65	16,6	PHQ-total		
4 – 8	130	33,2	≥ 3	67	19,1
8 – 11	66	16,9	< 3	283	80,9
11 – 14	44	11,3			
≥ 14	8	2,1	Katz-total		
Nível de alfabetização			5	10	2,6
Analfabetizado	87	22,3	6	381	97,4
Alfabetizado	304	77,7	AUDIT-C		
Ocupação e fonte de renda			Positivo*	28	7,3
Trabalha atualmente	82	21,0	Negativo	355	92,7
Aposentado	288	73,7	Tabagismo		
Pensionista	82	21,0	Fuma atualmente	34	8,7
Renda familiar (sm)			Nunca fumou	239	61,1
≤ 1	106	27,3	Ex-fumante	118	30,2
1 – 2	102	26,3	Atividade física		
2 – 3	83	21,4	Sim	119	30,4
3 – 5	56	14,4	Não	272	69,6
> 5	41	10,6			

Nota: *Escore ≥ 4,0 (♂); escore ≥ 3,0 (♀); AUDIT-C - The Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption; PHQ - The Patient Health Questionnaire; RMBH - Região Metropolitana de Belo Horizonte, sm - salário mínimo.

As características sociodemográficas estratificadas por sexo são apresentadas na TAB. 4.

TABELA 4
Distribuição da amostra estudada segundo características sociodemográficas por sexo. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011

Variáveis	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	n	%	n	%	n	%
Idade (anos) (N=391)						
60 – 65	36	24,8	75	30,5	111	28,4
65 – 70	33	22,8	65	26,5	98	25,0
70 – 75	33	22,8	49	19,9	82	21,0
75 – 80	24	16,5	35	14,2	59	15,1
≥ 80	19	13,1	22	8,9	41	10,5
Naturalidade (N=391)						
Belo Horizonte e Região Metropolitana	71	49,0	99	40,2	170	43,5
Interior de Minas Gerais	60	41,4	137	55,7	197	50,4
Outro local	14	9,6	10	4,1	24	6,1
Estado civil (N=389)						
Casado/União estável	95	66,0	80	32,6	175	45,0
Viúvo	17	11,8	82	33,5	99	25,4
Separado ou divorciado	19	13,2	39	15,9	58	14,9
Solteiro	13	9,0	44	18,0	57	14,7
Religião (N=387)						
Católica	110	76,4	172	70,8	282	72,9
Evangélica	24	16,6	58	23,9	82	21,2
Espírita	2	1,4	8	3,3	10	2,5
Sem religião	6	4,2	2	0,8	8	2,1
Outra	2	1,4	3	1,2	5	1,3
Escolaridade (anos completos) (N=391)						
< 1	26	17,9	52	21,1	78	19,9
1 – 4	23	15,9	42	17,1	65	16,6
4 – 8	41	28,3	89	36,2	130	33,2
8 – 11	29	20,0	37	15,1	66	16,9
11 – 14	22	15,1	22	8,9	44	11,3
≥ 14	4	2,8	4	1,6	8	2,1
Nível de alfabetização (N=391)						
Analfabetizado	28	19,3	59	24,0	87	22,3
Alfabetizado	117	80,7	187	76,0	304	77,7

Nota: N - número de indivíduos respondentes.

Observou-se que dos 391 idosos, 145 (37,1%) eram homens e 246 (62,9%) eram mulheres. A idade mediana dos idosos foi de 69,1 anos (IQ 64,4-75,1), variando de 60 a 96 anos, com uma maior proporção de indivíduos na faixa etária de

60 a 64 anos (28,4%). A população "mais idosa" com 80 anos ou mais representou 10,5% da amostra.

A maioria era proveniente do interior de Minas Gerais (50,4%), seguido por Belo Horizonte e Região Metropolitana (43,5%) e outros locais (6,1%).

Houve maior proporção de idosos casados ou em união estável (45,0%) e de viúvos (25,4%), sendo a maioria católica (72,9%).

Quanto à escolaridade, 19,7% dos idosos não frequentaram a escola; 36,5% possuíam nenhum ou menos de quatro anos de estudo, havendo predomínio do ensino fundamental incompleto, antigo ginásio incompleto (33,2%). Quanto ao nível de alfabetização, 77,7% dos idosos relataram ser alfabetizados.

Ainda, observou-se que o tempo de estudo se associou estatisticamente com o sexo ($p=0,036$), apesar da mediana e amplitude interquartil terem sido iguais para ambos os sexos (Mediana=4,0; AIQ 6,0).

Entretanto, foi observada diferença significativa entre o tempo de estudo e o sexo, conforme faixa etária "mais jovens" e "mais velhos" apenas para o sexo masculino (TAB. 5).

TABELA 5
Comparação de anos estudados segundo faixa etária por sexo.
Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011

Variáveis	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	Mediana (AIQ)	p-valor*	Mediana (AIQ)	p-valor*	Mediana (AIQ)	p-valor*
Idade (anos)						
< 65	8,0 (8,0)		4,0 (7,0)		5,0 (7,0)	
≥ 65	4,0 (6,0)	< 0,001	4,0 (5,0)	0,675	4,0 (6,0)	0,007
< 75	5,5 (7,0)		4,0 (6,0)		4,0 (5,0)	
≥ 75	4,0 (4,0)	0,001	4,0 (4,0)	0,160	4,0 (4,0)	0,001

Nota: AIQ - Amplitude Interquartil; *Teste U-Mann-Whitney.

A seguir, são apresentadas as condições econômicas da amostra estudada segundo o sexo (TAB. 6).

TABELA 6

Distribuição da amostra estudada segundo condições econômicas por sexo.
Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011

Variáveis	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	n	%	n	%	n	%
Ocupação e fonte de renda *						
Trabalha atualmente ^(N=391)	41	28,3	41	16,7	82	21,0
Aposentado ^(N=391)	122	84,1	166	67,5	288	73,7
Aposentadoria - idade ^(N=283)	38	31,4	84	51,9	122	43,1
Aposentadoria - tempo de serviço ^(N=283)	64	52,9	41	25,3	105	37,1
Aposentadoria - invalidez ^(N=283)	19	15,7	37	22,8	56	19,8
Recebe 13º salário ^(N=390)	123	84,8	177	72,2	300	76,9
Pensionista ^(N=391)	7	4,8	75	30,5	82	21,0
Renda familiar (sm) ^(N=388)						
≤ 1	35	24,3	71	29,1	106	27,3
1 – 2	27	18,7	75	30,7	102	26,3
2 – 3	35	24,3	48	19,7	83	21,4
3 – 5	23	16,0	33	13,5	56	14,4
> 5	24	16,7	17	7,0	41	10,6
Moradia ^(N=391)						
Casa própria*	129	89,0	196	79,7	325	83,1
Rede de esgoto	144	99,3	245	99,6	389	99,5
Banheiro	145	100,0	246	100,0	391	100,0
Água encanada	145	100,0	246	100,0	391	100,0
N. de cômodos ^(N=391)						
2 – 4	9	6,2	30	12,2	39	10,0
4 – 6	37	25,5	65	26,4	102	26,1
≥ 6	99	68,3	151	61,4	250	63,9
Arranjo domiciliar ^(N=391)						
Sozinho	18	12,4	49	19,9	67	17,1
Cônjuge	37	25,5	25	10,2	62	15,9
Cônjuge e filhos	36	24,8	29	11,8	65	16,6
Filhos	7	4,8	43	17,5	50	12,8
Cônjuge, filhos e outros familiares	22	15,2	24	9,8	46	11,8
Cônjuge e mãe	1	0,7	1	0,4	2	0,5
Cônjuge e netos	4	2,8	3	1,2	7	1,8
Filhos e outros familiares	7	4,8	35	14,2	42	10,7
Outros familiares	12	8,3	35	14,2	47	12,0
Não familiares	1	0,7	2	0,8	3	0,8
Cuidador do idoso ^(N=391)						
Nenhum	110	75,9	194	78,9	304	77,7
Cônjuge	29	20,0	19	7,7	48	12,3
Filhos	5	3,4	27	11,0	32	8,2
Netos	1	0,7	3	1,2	4	1,0
Outros	-	-	3	1,2	3	0,8

Nota: - dado rigorosamente zero; * p<0,05 para a diferença entre sexo masculino e feminino; N - número de indivíduos respondentes; sm - salário mínimo.

Em relação a ocupação e renda, verificou-se que 21,0% dos idosos trabalhavam atualmente; 73,7% eram aposentados; 21,0% eram pensionistas, 76,9% recebiam 13º salário e 9,2% não possuíam fonte de renda própria, características que diferenciaram significativamente entre os sexos ($p < 0,05$). Ressalta-se que 43,1% das aposentadorias foram por idade, 37,1% por tempo de serviço e 19,8% por invalidez.

Ainda, 12,5% dos idosos encontravam-se inseridos no mercado de trabalho e recebiam benefício previdenciário da aposentadoria. Entre os idosos que se mantinham no mercado de trabalho, houve predomínio dos idosos mais jovens, com percentuais mais elevados na faixa etária entre 60-69 anos (70,7%) e apenas 8,5% para os octogenários em diante (dados não mostrados). A renda mensal dessa amostra foi baixa, predominando em 27,3% a renda igual ou inferior a um salário mínimo e 26,3% entre um e dois salários mínimos, sendo significativamente maior entre os idosos que tinham curso superior em relação àqueles que não o possuíam (R\$1.730,00 / AIQ R\$2.490,00 *vs* R\$1.000,00 / AIQ R\$1.002,50, respectivamente; $p < 0,001$).

Destaca-se que as mulheres recebiam mais recursos originários de pensão em relação aos homens (30,5% *vs* 4,8%, respectivamente), sendo estatisticamente significativo ($p < 0,001$). O percentual de idosos do sexo feminino contemplados com os benefícios de aposentadoria e pensão também foi elevado (21,7%) (dado não mostrado).

Em contrapartida, constatou-se que, comparado às mulheres, há mais homens trabalhando (28,3% *vs* 16,7%; $p = 0,006$) e recebendo 13º salário (84,8% *vs* 72,2%; $p = 0,004$), apesar de também haver mais homens aposentados (84,1% *vs* 67,5%; $p < 0,001$). Todas estas diferenças estatisticamente significativas.

Constatou-se, ainda, que as mulheres idosas recebiam menores salários em relação aos homens, contando com 59,8% dos proventos na faixa de até dois salários mínimos e apenas 7,0% igual ou superior a cinco salários mínimos, ao passo que esse percentual para os homens foi de 43,0% e 16,7%, respectivamente. Em valores brutos, a mediana da renda familiar dos idosos era de R\$1.080,00 (AIQ R\$1.097,50), sendo maior no sexo masculino em relação ao feminino (R\$1.250,00 / AIQ R\$1.453,75 *vs* R\$1.000,00 / AIQ R\$955,00).

Em relação à moradia, 83,1% dos entrevistados referiram possuir casa própria, sendo mais frequente no sexo masculino (89,0% *vs* 79,7%; $p=0,018$).

A avaliação das condições de saneamento básico dos domicílios mostrou-se adequada em toda a amostra, apresentando escoadouros ligados à rede geral (99,5%) ou fossa séptica (0,5%) e servidos de água proveniente da rede geral de abastecimento, com presença de banheiro (100,0%).

Sobre o arranjo domiciliar, verificou-se que 17,1% dos idosos moravam sozinhos e 15,9% viviam somente com o cônjuge. Quando avaliado segundo o sexo, houve maiores percentuais de idosas que moravam sozinhas (19,9%) e idosos do sexo masculino que residiam somente com o cônjuge (25,5%).

Em relação ao número de pessoas residentes nos domicílios onde os idosos viviam, verificou-se uma mediana de 3,0 pessoas (IQ 4,0-2,0), sendo 68,0% moravam com duas a quatro pessoas (dados não mostrados), das quais 10,0% compartilhavam apenas dois a três cômodos.

Outro dado relevante diz respeito ao predomínio de idosos que não necessitavam de cuidador (77,7%). Os mesmos eram independentes para as atividades de vida diária (AVD). Entre os cuidadores predominaram os cônjuges (55,2%) e os filhos (36,8%).

As características clínicas segundo o sexo são mostradas na TAB. 7.

TABELA 7

Distribuição da amostra estudada segundo características clínicas por sexo.
Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011

(Continua)

Variáveis	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	n	%	n	%	n	%
Problema de saúde (N=391)						
Sim	132	91,0	229	93,1	361	92,3
Não	13	9,0	17	6,9	30	7,7
Presença de comorbidade segundo faixa etária (N=361)						
60 – 65	33	25,1	67	29,3	100	27,7
65 – 70	30	22,7	60	26,2	90	24,9
70 – 75	30	22,7	48	21,0	78	21,6
75 – 80	23	17,4	33	14,3	56	15,5
≥ 80	16	12,1	21	9,2	37	10,3
Comorbidade autorreferida (N=391)						
HAS	104	71,7	191	77,6	295	75,4
DM	37	25,5	57	23,2	94	24,0
Doenças osteoarticulares*	19	13,1	62	25,2	81	20,7
Doença cardíaca	24	16,6	38	15,4	62	15,9
Doenças da tireoide*	9	6,2	44	17,9	53	13,6
Depressão*	5	3,4	35	14,2	40	10,2
Dislipidemia	6	4,1	19	7,7	25	6,4
Doenças respiratórias	6	4,1	14	5,7	20	5,1
Dor crônica	5	3,4	13	5,3	18	4,6
Doenças renais	6	4,1	7	2,8	13	3,3
Neoplasia	6	4,1	6	2,4	12	3,1
Obesidade	1	0,7	5	2,0	6	1,5
Transtorno mental	-	-	4	1,6	4	1,0
AVE prévio	-	-	3	1,2	3	0,8
Incontinência	1	0,7	2	0,8	3	0,8
Alcoolismo	-	-	-	-	-	-
Imobilidade	-	-	-	-	-	-
Tuberculose	-	-	-	-	-	-
Hanseníase	-	-	-	-	-	-
Doenças parasitárias	-	-	-	-	-	-
Outras comorbidades	20	13,8	31	12,6	51	13,0
PA aferida (N=387)						
Normotenso	80	56,3	139	56,7	219	56,6
Hipertenso	62	43,7	106	43,3	168	43,4

Nota: - dado rigorosamente zero; *p<0,05 para a diferença entre sexo masculino e feminino; N - número de indivíduos respondentes; AVE - Acidente Vascular Encefálico; DM - Diabetes *Mellitus*; HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica; PA - Pressão Arterial.

TABELA 7

Distribuição da amostra estudada segundo características clínicas por sexo.
Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011

(Conclusão)

Variáveis	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	n	%	n	%	n	%
Tratamento medicamentoso (N=391)						
Sim	127	87,6	223	90,7	350	89,5
Não	18	12,4	23	9,3	41	10,5
Medicamento (N=391)						
Anti-hipertensivo	90	62,1	158	64,2	248	63,4
Diurético	37	25,5	74	30,1	111	28,4
Hipolipemiante	18	12,4	39	15,9	57	14,6
AAS	21	14,5	30	12,2	51	13,0
Hipoglicemiante oral	18	12,4	33	13,4	51	13,0
Antidepressivo*	3	2,1	29	11,8	32	8,2
Reposição hormônio tireoidiano	7	4,8	24	9,8	31	7,9
Insulina	8	5,5	20	8,1	28	7,2
Outros	46	31,7	79	32,1	125	32,0
História familiar de doença (N=391)						
HAS*	82	56,6	165	67,1	247	63,2
DM	59	40,7	99	40,2	158	40,4
Câncer*	36	24,8	111	45,1	147	37,6
AVE*	46	31,7	102	41,5	148	37,9
IAM	38	26,2	86	35,0	124	31,7
Hipercolesterolemia*	34	23,4	89	36,2	123	31,5
Transtorno mental/depressão*	17	11,7	52	21,1	69	17,6
Obesidade*	16	11,0	49	19,9	65	16,6
Demência	11	7,6	27	11,0	38	9,7

Nota: *p<0,05 para a diferença entre sexo masculino e feminino; N - número de indivíduos respondentes; AAS - Ácido Acetilsalicílico; AVE - Acidente Vascular Encefálico; DM - Diabetes *Mellitus*; HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica; IAM - Infarto Agudo do Miocárdio.

A partir da TAB. 7, observou-se que quase a totalidade dos idosos relatou algum problema de saúde (92,3%), sem diferença entre os sexos.

Quando comparado a prevalência de comorbidades relatadas entre as faixas etárias, também não houve associação significativa, mas foi possível observar maior concentração na faixa etária de 60 a 74 anos.

As comorbidades mais relatadas pelos entrevistados foram HAS (75,4%), DM (24,0%) e doenças osteoarticulares (20,7%). Não houve diferença significativa da prevalência relatada de HAS e DM entre homens e mulheres. Entretanto, doenças osteoarticulares foram mais prevalentes nas mulheres, quando comparadas aos

homens (25,2% *vs* 13,1%; $p=0,004$). O mesmo foi observado para as doenças da tireoide (17,9% *vs* 6,2%; $p=0,001$) e depressão (14,2% *vs* 3,4%; $p=0,001$).

Destaca-se que ao aferir os níveis pressóricos dos idosos estudados, verificou-se uma mediana para a PAS de 130 mmHg (IQ 120-140) e para a PAD de 80,0 mmHg (IQ 80-89), não diferindo significativamente entre os sexos. Portanto, constatou-se que $\frac{1}{4}$ da amostra apresentou uma PAS ≥ 140 mmHg e uma PAD ≥ 89 mmHg (dados não mostrados).

O tempo mediano de doença relatado pelos idosos foi de 10,0 anos (IQ 16,0), sendo que pelo menos $\frac{1}{4}$ da amostra apresentaram mais de 20 anos de doença. Houve diferença significativa entre o tempo de doença relatado pelas mulheres, comparado com o dos homens, sendo maior entre elas (10,0 / AIQ 15,0 *vs* 10,0 / AIQ 12,5; $p=0,030$) (dados não mostrados).

Constatou-se ainda que 89,5% dos idosos faziam uso de pelo menos um medicamento, não havendo diferença entre os sexos. Os anti-hipertensivos e diuréticos foram os mais relatados, 63,4% e 28,4%, respectivamente.

Entretanto houve diferença entre os sexos, em relação ao uso de medicação antidepressiva, sendo mais frequente o uso entre as mulheres (11,8% *vs* 2,1%; $p=0,001$), e, apesar de não significativa, uma tendência a maior frequência do uso de reposição de hormônio tireoidiano entre as mulheres, quando comparadas aos homens (9,8% *vs* 4,8%; $p=0,081$).

Em relação aos antecedentes familiares, as doenças mais relatadas pelos idosos foram: HAS (63,2%), DM (40,4%), câncer (37,6%) e AVE (37,9%). A demência foi a menos listada pelos idosos (9,7%). O transtorno mental foi mencionado por 17,6% dos entrevistados, sendo que a depressão não foi relacionada. Quando avaliado por sexo, observou-se que a HAS, câncer, AVE, hipercolesterolemia, transtorno mental e obesidade mostraram diferença significativa.

Devido suas peculiaridades na população idosa, optou-se por analisar a depressão mais detalhadamente, por meio do questionário PHQ-2. A partir desse instrumento foi possível observar que o índice de sintomatologia depressiva no grupo pesquisado foi em mediana zero (IQ 0-2,0), sendo que 19,1% obtiveram a soma dos escores (PHQ-total) igual ou superior a três pontos. Entre os potencialmente

deprimidos, 8,9% apresentaram escore seis pontos, indicando o problema de maneira mais severa (dados não mostrados).

A TAB. 8 indica que, nas últimas duas semanas, 63,7% dos idosos relataram nunca terem se sentido com pouco interesse ou prazer em fazer as coisas, ao passo que 11,4%, se sentiam com pouco interesse ou prazer em fazer as coisas quase todos os dias. Em relação aos sentimentos, 62,0% dos idosos informaram nunca terem se sentido mais triste, deprimido ou sem esperança, enquanto, 11,4% encontravam-se tristes, deprimidos ou sem esperança quase todos os dias.

TABELA 8

Distribuição da amostra estudada segundo respostas do The Patient Health Questionnaire-2. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011

Variáveis	Questão 1*		Questão 2**	
	n	%	n	%
Frequência (N=350)				
Nenhuma vez	223	63,7	217	62,0
Por vários dias	70	20,0	70	20,0
Por mais de uma semana	17	4,9	23	6,6
Quase todos os dias	40	11,4	40	11,4

Nota: N - número de indivíduos respondentes; * Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas; ** Se sentindo mais triste, deprimido ou sem esperança, nas últimas duas semanas.

As mulheres tiveram um valor mediano do PHQ-total significativamente maior em relação aos homens (1,0 / IQ 0-3,0 vs 0 / IQ 0-1,0; $p < 0,001$). Quando comparado aos homens, o grupo das mulheres tiveram significativamente mais pessoas com PHQ-total ≥ 3 do que o grupo dos homens ($p < 0,001$) (TAB. 9).

TABELA 9

Distribuição da amostra estudada segundo escore total do The Patient Health Questionnaire-2 por sexo. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011

Variáveis	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	n	%	n	%	n	%
PHQ-total* (N=350)						
≥ 3	9	6,9	58	26,4	67	19,1
< 3	121	93,1	162	73,6	283	80,9

Nota: N - número de indivíduos respondentes; * $p < 0,05$ para a diferença entre sexo masculino e feminino; PHQ - The Patient Health Questionnaire.

Em relação às atividades de vida diária, constatou-se que nenhum entrevistado apresentou índice de Katz menor do que 5, sendo que apenas 2,6% tiveram índice igual a 5 (TAB. 10), não sendo observado diferenças significativas entre os sexos.

TABELA 10

Distribuição da amostra estudada segundo a variável Índice de Katz por sexo.
Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011

Variáveis	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	n	%	n	%	n	%
Katz - total (N=391)						
5	3	2,1	7	2,8	10	2,6
6	142	97,9	239	97,2	381	97,4

Nota: N - número de indivíduos respondentes.

Na TAB. 11, são verificados os resultados dos testes de mobilidade aplicados nos idosos do estudo. Observou-se que 96,2% dos idosos não necessitavam de auxílio para deambular, não havendo diferenças entre os sexos; apenas 1,3% dos idosos não conseguiam subir escadas; apenas 2,0% necessitavam de próteses para auxiliar na mobilidade.

TABELA 11

Distribuição da amostra estudada segundo teste de mobilidade por sexo.
Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011

Variáveis	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	n	%	n	%	n	%
Tipo de auxílio para deambular (N=391)						
Sozinho	141	97,2	235	95,5	376	96,2
Ajuda ocasional	1	0,7	2	0,8	3	0,8
Ajuda frequente	1	0,7	2	0,8	3	0,8
Muleta ou bengala	2	1,4	7	2,9	9	2,2
Consegue subir escadas (N=391)						
Sim	144	99,3	242	98,4	386	98,7
Não	1	0,7	4	1,6	5	1,3
Necessidade de prótese (N=391)						
Sim	2	1,4	6	2,4	8	2,0
Não	143	98,6	240	97,6	383	98,0

Nota: N - número de indivíduos respondentes.

Sobre as características comportamentais, foram avaliados o consumo de bebida alcoólica, o hábito de fumar e a prática de atividade física. Informações referentes ao consumo de bebida alcoólica encontram-se registradas na TAB. 12.

TABELA 12

Distribuição da população estudada segundo consumo de bebida alcoólica por sexo.
Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011

Variáveis	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	n	%	n	%	n	%
Frequencia no consumo de bebida alcoólica (N=391)						
Não consome	101	69,7	215	87,4	316	80,8
Bebe raramente	18	12,4	17	6,9	35	9,0
Até 2 vezes/semana	14	9,7	11	4,5	25	6,4
3 ou mais vezes/semana	4	2,7	3	1,2	7	1,8
Bebe diariamente	8	5,5	-	-	8	2,0
Volume de bebida alcoólica (N=391)						
Nenhum	101	69,7	215	87,4	316	80,8
1-2	19	13,1	18	7,3	37	9,5
3-4	14	9,6	10	4,1	24	6,1
5-8	3	2,1	1	0,4	4	1,0
9 ou mais	8	5,5	2	0,8	10	2,6
AUDIT-Q1 (N=383)						
Nem uma única vez	104	73,8	220	90,9	324	84,6
1 vez por mês ou menos	8	5,7	13	5,4	21	5,4
De 2 a 4 vezes/mês	8	5,7	6	2,5	14	3,7
De 2 a 3 vezes/semana	12	8,5	2	0,8	14	3,7
4 ou mais vezes/semana	9	6,3	1	0,4	10	2,6
AUDIT-Q2 (N=383)						
Nenhum, não bebe/1 ou 2	124	87,9	233	96,3	357	93,2
3 ou 4	10	7,2	6	2,5	16	4,2
5 ou 6	1	0,7	2	0,8	3	0,8
7 a 9	4	2,8	1	0,4	5	1,3
10 ou mais	2	1,4	-	-	2	0,5
AUDIT-Q3 (N=383)						
Nem uma única vez	120	85,1	233	96,3	353	92,2
Menos do que 1 vez/mês	9	6,4	3	1,2	12	3,1
Cerca de 1 vez/mês	2	1,4	5	2,1	7	1,8
Semanalmente	9	6,4	-	-	9	2,3
Diariamente ou quase que diariamente	1	0,7	1	0,4	2	0,6
AUDIT - Positivo/negativo para diagnóstico de alcoolismo * (N=383)						
Positivo ≥ 4,0 (♂); ≥ 3,0 (♀)	19	13,5	9	3,7	28	7,3
Negativo	122	86,5	233	96,3	355	92,7

Nota: N - número de indivíduos respondentes; - dado rigorosamente zero; ♂ sexo masculino; ♀ sexo feminino; * $p < 0,05$ para a diferença entre sexo masculino e feminino; AUDIT - The Alcohol Use Disorders Identification Test.

Verificou-se que 19,2% dos indivíduos relataram fazer uso de bebida alcoólica e dos que bebiam 15 (3,8%) o faziam três ou mais vezes/semana ou diariamente e 14 (3,6%) ingeriam um volume correspondente a cinco copos ou mais.

Utilizando-se a escala AUDIT-C, viu-se que 84,6% dos indivíduos não usaram bebida alcoólica em nenhum momento no último ano; 2,6% dos indivíduos fizeram uso de bebida alcoólica na frequência de quatro vezes ou mais por semana e 7,3% dos idosos teriam o diagnóstico de provável alcoolismo.

Além disso, foi verificado na análise segundo o sexo que 13,5% dos homens tiveram o escore AUDIT-C positivo para alcoolismo (escore ≥ 4), e apenas 3,7% das mulheres o tiveram (escore ≥ 3), diferença esta significativa com $p < 0,001$.

O valor mediano do AUDIT-C foi de zero (AIQ 0), sendo significativamente maior para os homens, comparado ao das mulheres (0 / AIQ 1,0 vs 0 / AIQ 0; $p < 0,001$).

As características comportamentais referentes ao tabagismo segundo o sexo encontram-se apresentadas na TAB. 13.

TABELA 13
Distribuição da população estudada segundo tabagismo por sexo.
Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011

Variáveis	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	n	%	n	%	n	%
Tabagismo (N=391)						
Tabagista	15	10,3	19	7,7	34	8,7
Não tabagista	56	38,6	183	74,4	239	61,1
Ex-tabagista*	74	51,1	44	17,9	118	30,2
Número de cigarros que fuma ou já fumou (N=150)						
Menos de 10 cigarros/dia	28	32,2	28	44,4	56	37,3
Mais de 10 cigarros/dia	59	67,8	35	55,6	94	62,7
Tempo de tabagismo (N=150)						
Menos de 2 anos	7	8,0	6	9,5	13	8,7
De 2 a 10 anos	12	13,8	13	20,6	25	16,7
Mais de 10 anos	68	78,2	44	69,9	112	74,6

Nota: N - número de indivíduos respondentes; * $p < 0,05$ para a diferença entre sexo masculino e feminino.

Sobre o hábito de fumar observou-se que somente 8,7% dos idosos fumam atualmente e 30,2% são ex-tabagistas; os quais 62,7% relataram fumar ou ter fumado mais de 10 cigarros por dia e quase $\frac{3}{4}$ dos idosos relataram tempo de tabagismo maior que 10 anos.

A prevalência de ex-fumantes foi significativamente maior no grupo dos homens, comparado ao das mulheres (51,1% vs 17,9%; $p < 0,001$), apesar de que a prevalência de tabagismo atual não foi diferente entre os grupos (10,3% vs 7,7%; $p = 0,374$). Não houve diferenças significativas entre os sexos em relação ao tempo de tabagismo.

Em relação à prática de atividade física, tem-se que apenas 30,4% dos idosos faziam alguma atividade física. A caminhada foi a mais frequente modalidade, correspondendo a 68,9% dos que realizavam atividade física. Somente a hidroginástica foi significativamente diferente entre os sexos, com maior porcentagem entre as mulheres em relação aos homens (6,1% vs 0,7; $p = 0,007$). Notou-se que 28,5% dos indivíduos faziam alguma atividade física duas ou mais vezes por semana (TAB. 14).

TABELA 14

Distribuição da população estudada segundo prática de atividade física, por sexo. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011

Variáveis	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	n	%	n	%	n	%
Atividade física (N=391)						
Sim	44	30,3	75	30,5	119	30,4
Não	101	69,7	171	69,5	272	69,6
Tipo de atividade física (N=391)						
Caminhada	37	25,5	45	18,3	82	21,0
Hidroginástica *	1	0,7	15	6,1	16	4,1
Liang Gong	-	-	6	2,4	6	1,5
Aeróbica	5	3,4	10	4,1	15	3,8
Bicicleta	2	1,4	2	0,8	4	1,0
Outros	5	3,4	16	6,5	21	5,4
Frequência da atividade física (N=390)						
4-7 vezes por semana	19	13,1	29	11,8	48	12,3
2-3 vezes por semana	22	15,1	41	16,7	63	16,2
1 vez por semana	3	2,1	4	1,7	7	1,8
Nunca	101	69,7	171	69,8	272	69,7

Nota: N - número de indivíduos respondentes; * $p < 0,05$ para a diferença entre sexo masculino e feminino.

4.2 Qualidade de vida da amostra estudada por meio da aplicação do WHOQOL-bref

4.2.1 Análise descritiva

Quando analisado os dados obtidos do instrumento WHOQOL-bref, verificou-se que 56,3% dos indivíduos percebiam a sua qualidade de vida como boa ou muito boa, apesar de que apenas 8,2% a percebiam muito boa (TAB. 15).

Em relação à satisfação com a sua saúde, 52,4% dos idosos sentiam-se satisfeitos ou muito satisfeitos, apesar de que somente 5,9% relataram estar muito satisfeitos (TAB. 15).

TABELA 15

Frequência para as variáveis WHOQOL-1 e WHOQOL-2. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011

Variáveis		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
WHOQOL-1	n	6	25	140	188	32
Como avaliaria sua qualidade de vida?	%	1,5	6,4	35,8	48,1	8,2
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
WHOQOL-2	n	12	78	96	182	23
Quão satisfeito(a) está com a sua saúde?	%	3,1	19,9	24,6	46,5	5,9

Nota: WHOQOL - World Health Organization Quality of Life.

Considerando os grupos de QV/Satisfação propostos neste estudo, verificou-se que dos 31 idosos com qualidade de vida ruim ou muito ruim, 20 (64,5%) eram insatisfeitos ou muito insatisfeitos com a sua saúde, constituindo o grupo G6 (QV ruim/insatisfeito). Dos 220 idosos com QV boa ou muito boa, 151 (68,6%) eram satisfeitos ou muito satisfeitos com a sua saúde, formando o grupo G5 (QV boa/satisfeito) (TAB. 16).

TABELA 16

Frequência para as variáveis WHOQOL-1 e WHOQOL-2 por grupos de QV/Satisfação.
Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011

Variáveis		WHOQOL-2										Total	
		Muito insat.		Insat.		Nem sat. nem insat.		Sat.		Muito sat.			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
WHOQOL-1	Muito ruim	3	50,0	1	16,7	1	16,7	1	16,7	-	-	6	100,0
		G6 (n=20)											
	Ruim	2	8,0	14	56,0	5	20,0	4	16,0	-	-	25	100,0
	Nem ruim nem boa	2	1,4	35	25,0	54	38,6	49	35,0	-	-	140	100,0
		Indefinido (n=220)											
	Boa	4	2,1	26	13,8	34	18,1	112	59,6	12	6,4	188	100,0
	Muito boa	1	3,1	2	6,2	2	6,2	16	50,0	11	34,4	32	100,0
Total		12	3,1	78	19,9	96	24,6	182	46,5	23	5,9	391	100,0

Nota: Insat. - Insatisfeito; Sat. - Satisfeito; QV - Qualidade de Vida; G5 - QV boa/satisfeito; G6 - QV ruim/insatisfeito; WHOQOL - World Health Organization Quality of Life.

Em seguida, são apresentados os resultados da análise descritiva dos escores dos domínios do WHOQOL-bref e da Qualidade de Vida Geral. Constatou-se que 50,0% dos idosos tiveram uma QVG abaixo de 60,6 (Mediana = 60,6; IQ 54,0-65,6). Ressalta-se que apenas os domínios Relações sociais e Meio ambiente apresentaram pontuação máxima, alcançando o escore 100,0 (melhor qualidade de vida), ao passo que o domínio Relações sociais obteve escore mínimo zero (pior qualidade de vida). Verificou-se ainda que os 25,0% escores mais altos apresentaram uma QVG maior ou igual a 65,6 (TAB. 17).

TABELA 17

Análise descritiva dos domínios do WHOQOL-bref e da Qualidade de Vida Geral.
Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011

Domínio	Média	DP	Mín.	Máx.	1º Q	2º Q	3º Q
Físico	58,2	11,0	17,9	96,4	53,6	57,1	64,3
Psicológico	58,5	11,6	4,2	91,7	54,2	58,3	66,7
Relações sociais	65,1	17,7	-	100,0	58,3	66,7	75,0
Meio ambiente	57,4	13,9	9,4	100,0	50,0	59,4	68,7
QVG	59,8	10,3	16,6	88,6	54,0	60,6	65,6

Nota: - dado rigorosamente zero; DP - Desvio-padrão; Máx. - Máximo; Mín. - Mínimo; Q - Quartil; QVG - Qualidade de Vida Geral.

Com o boxplot abaixo (GRAF. 2), pode-se verificar as informações apresentadas na TAB. 17.

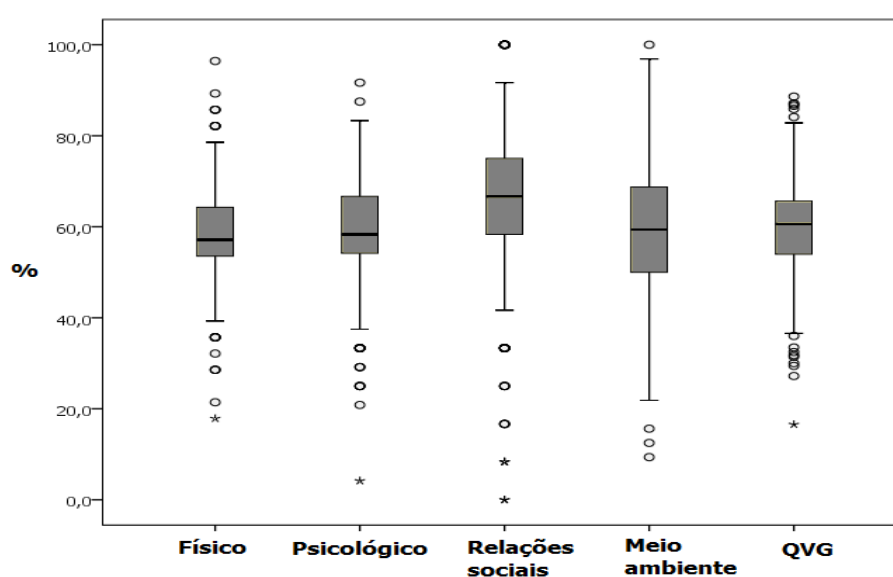


GRÁFICO 2 - Boxplot dos domínios Físico, Psicológico, Relações sociais, Meio ambiente e Qualidade de Vida Geral. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011

Nota: QVG - Qualidade de Vida Geral.

Na TAB. 18, tem-se que os valores dos escores da QVG aumenta conforme a resposta seja mais positiva, tanto no WHOQOL-1, quanto no WHOQOL-2, sendo estatisticamente significativo. Quando avaliado a QVG segundo grupos definidos para análise (G5, G6, Indefinido), o escore QVG foi significativamente maior no grupo G5 (melhor percepção de qualidade de vida e maior satisfação com a saúde).

TABELA 18

Valores do escore QVG segundo variáveis WHOQOL-1, WHOQOL-2 e grupos de QV/Satisfação. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011

Variáveis		QVG			
		Média	DP	Mediana	AIQ
WHOQOL-1* Avaliação da Qualidade de Vida	Muito ruim	39,3	11,7	33,0	22,7
	Ruim	48,2	11,2	49,0	12,0
	Nem ruim nem boa	57,1	9,1	57,3	12,0
	Boa	62,4	7,8	62,4	8,5
	Muito boa	69,6	10,9	70,7	13,7
WHOQOL-2* Satisfação com a saúde	Muito insatisfeito	46,5	13,5	51,4	20,1
	Insatisfeito	55,2	9,6	55,1	10,0
	Nem satisfeito nem insatisfeito	57,0	9,0	58,5	11,4
	Satisfeito	62,7	8,7	62,6	9,5
	Muito satisfeito	70,9	9,3	72,6	18,0
Grupos de QV/Satisfação*	G5	65,2	8,1	63,6	9,2
	Indefinido	57,5	9,2	57,6	11,5
	G6	44,8	12,5	47,1	22,0

Nota: * $p < 0,001$, Teste de Kruskal-Wallis; AIQ - Amplitude Interquartil; DP - Desvio-padrão; QV - Qualidade de Vida; QVG - Qualidade de Vida Geral; G5 - QV boa/satisfeito; G6 - QV ruim/insatisfeito; WHOQOL - World Health Organization Quality of Life.

Ao analisar o GRAF. 3, observou-se que há uma correlação visual positiva entre os dois escores WHOQOL avaliados (WHOQOL-1 e WHOQOL-2) e os grupos de QV/Satisfação com o valor do escore QVG. De igual modo, quando avaliado os grupos de QV/Satisfação, conseguiu-se visualizar uma possível definição de ponto de corte diferenciando os dois grupos G5 e G6.

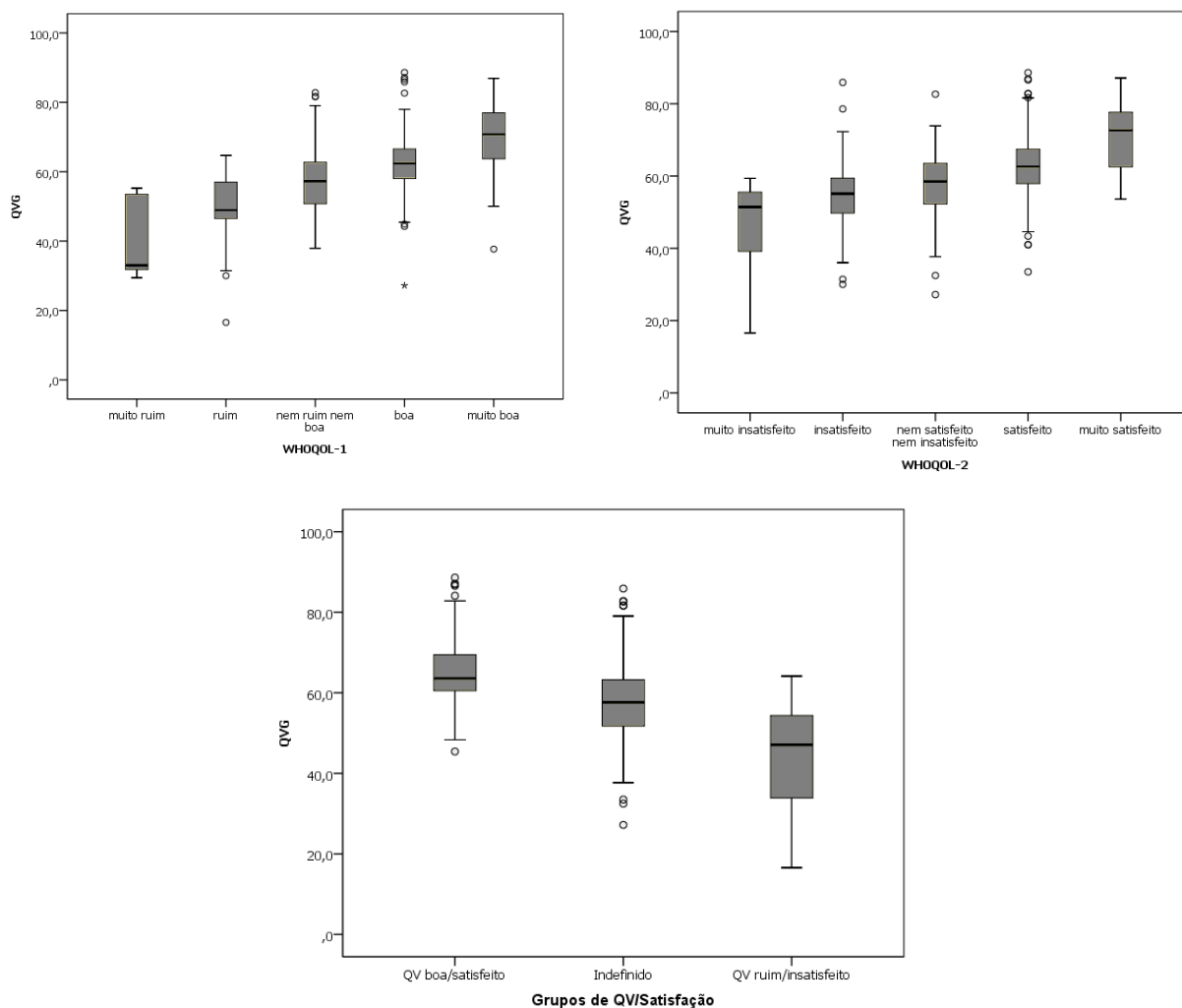


GRÁFICO 3 - Boxplot dos valores do escore QVG segundo variáveis WHOQOL-1, WHOQOL-2 e grupos de QV/Satisfação. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011

Nota: QVG - Qualidade de Vida Geral; G5 - QV boa/satisfeito; G6 - QV ruim/insatisfeito; WHOQOL - World Health Organization Quality of Life.

Quando comparado os valores dos escores dos domínios com as variáveis WHOQOL-1, WHOQOL-2 e grupos de QV/Satisfação foram encontrados os seguintes resultados: houve diferenças significativas entre os valores de cada domínio, em relação às variáveis de interesse; mais uma vez foi constatado que as avaliações pessoais sobre qualidade de vida e condições de saúde foram menos favoráveis à medida que o escore de qualidade de vida diminuía, inclusive entre os grupos de QV/Satisfação em que se esperaria maiores e menores escores nos grupos G5 e G6, respectivamente, conforme cálculos resumidos na TAB. 19.

TABELA 19

Valores dos escores dos domínios do WHOQOL-bref segundo variáveis WHOQOL-1, WHOQOL-2 e grupos de QV/Satisfação. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011

Variáveis		Domínios							
		Físico		Psicológico		Relações sociais		Meio ambiente	
		Md	AIQ	Md	AIQ	Md	AIQ	Md	AIQ
WHOQOL-1* Avaliação da qualidade de vida	Muito ruim	48,2	28,6	29,2	38,5	41,7	39,6	31,2	24,2
	Ruim	53,6	17,9	45,8	18,7	50,0	29,2	46,9	14,1
	Nem ruim nem boa	57,1	17,9	54,2	12,5	66,7	22,9	53,1	15,6
	Boa	57,1	10,7	62,5	8,3	66,7	16,7	59,4	15,6
	Muito boa	67,8	20,5	66,7	16,7	75,0	25,0	68,7	14,8
WHOQOL-2* Satisfação com a saúde	Muito insat.	50,0	25,9	54,2	25,0	54,2	31,2	45,3	18,7
	Insat.	57,1	10,7	54,2	16,7	58,3	16,7	50,0	12,5
	Nem sat. nem insat.	57,1	14,3	58,3	12,5	66,7	16,7	54,7	15,6
	Sat.	60,7	14,3	62,5	12,5	66,7	16,7	62,5	15,6
	Muito sat.	64,3	14,3	70,8	16,7	75,0	33,3	71,9	15,6
Grupos de QV/ Satisfação*	G5	60,7	14,3	62,5	12,5	75,0	12,5	65,6	15,6
	G6	50,0	20,5	43,7	27,1	45,8	41,7	46,6	18,0
	Indefinido	57,1	14,3	58,3	12,5	66,7	25,0	53,1	15,6

Nota: * $p < 0,001$, Teste de Kruskal-Wallis com Teste de Dunn; AIQ - Amplitude Interquartil; Insat. - Insatisfeito; Md - Mediana; QV - Qualidade de Vida; G5 - QV boa/satisfeito; G6 - QV ruim/insatisfeito; Sat. - Satisfeito; WHOQOL-bref - World Health Organization Quality of Life-bref.

Assim, foi feita a correlação dos quatro domínios do WHOQOL-bref com os valores do QVG e grupos de QV/Satisfação (TAB. 20), sendo apresentados os gráficos associados (GRAF. 4 a 6). A partir dos dados, pode-se verificar que todos os domínios foram significativamente correlacionados com o QVG, sendo o menos e o mais correlacionado os domínios Físico ($r=0,587$, correlação moderada, $p<0,001$) e Meio ambiente ($r=0,768$, correlação forte, $p<0,001$), respectivamente. Vê-se ainda uma melhor correlação do grupo G5 com os domínios Relações sociais ($r=0,699$, $p<0,001$) e Meio ambiente ($r=0,667$, $p<0,001$), apesar de ter mantido correlação moderada com todos os domínios e uma correlação fraca do G6 com o domínio Físico, e uma correlação forte com os demais domínios, sendo a melhor correlação com o domínio Relações sociais.

TABELA 20

Correlação de Spearman's-Rho dos escores de Qualidade de Vida Geral e grupos de QV/Satisfação entre os domínios do WHOQOL-bref. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011

Variáveis		Domínios			
		Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio ambiente
Rho	QVG*	0,587	0,748	0,747	0,768
	G5*	0,635	0,634	0,699	0,667
	G6*	0,257	0,822	0,885	0,834

Nota: * $p<0,001$; QVG - Qualidade de Vida Geral; G5 - QV boa/satisfeito; G6 - QV ruim/insatisfeito; WHOQOL-bref - World Health Organization Quality of Life-bref. Escala de classificação Rho - (r): < 0,2: correlação muito fraca e desprezível; 0,2 a 0,39: correlação fraca; 0,4 a 0,69: correlação moderada; 0,7 a 0,89: correlação forte; 0,9 a 1,0: correlação muito forte a perfeita (BRYMAN; CRAMER, 1992).

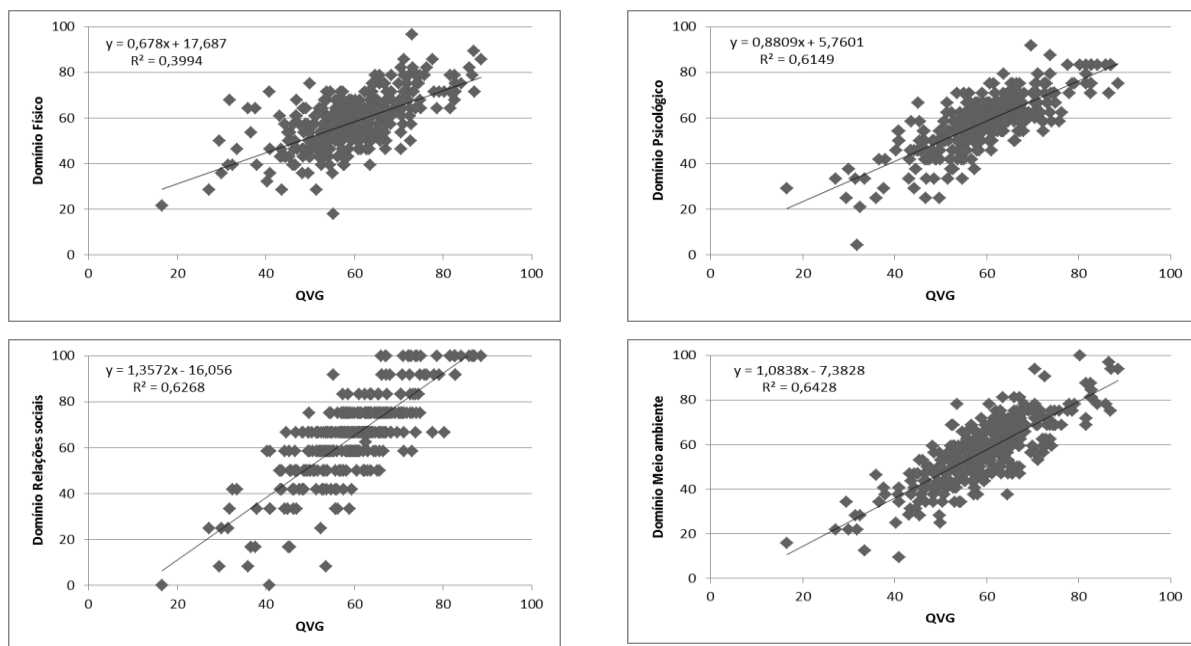


GRÁFICO 4 - Gráficos de dispersão dos escores de Qualidade de Vida Geral entre os domínios Físico, Psicológico, Relações sociais e Meio ambiente. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011

Nota: QVG - Qualidade de Vida Geral.

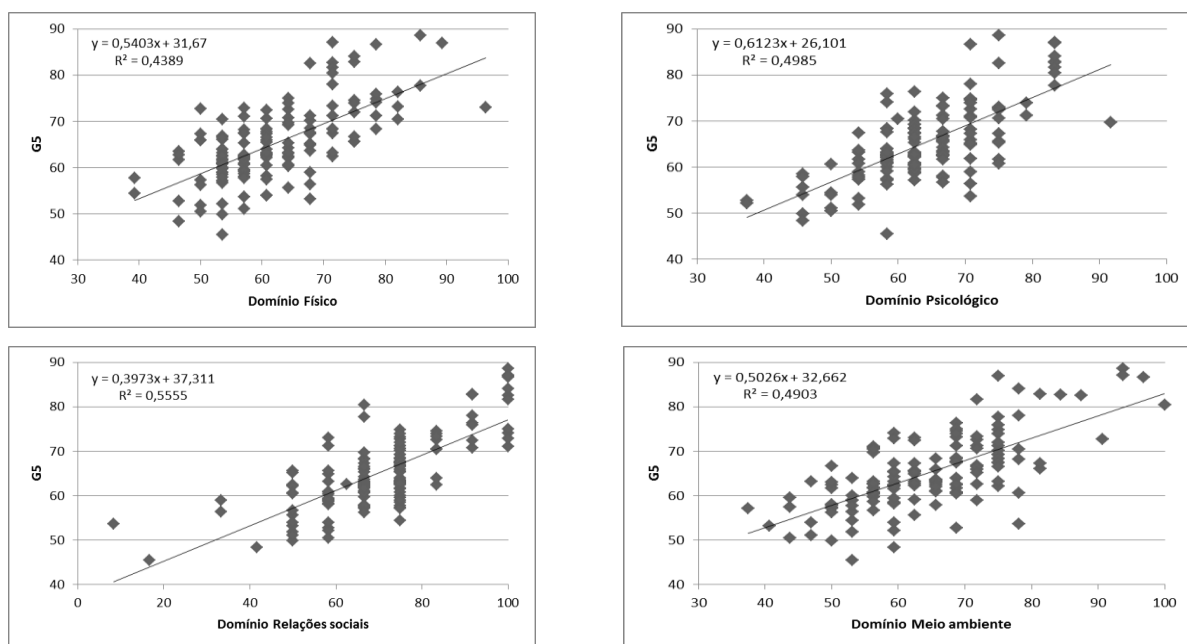


GRÁFICO 5 - Gráficos de dispersão dos escores do grupo G5 entre os domínios Físico, Psicológico, Relações sociais e Meio ambiente. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011

Nota: QVG - Qualidade de Vida Geral; G5 - QV boa/satisfeito.

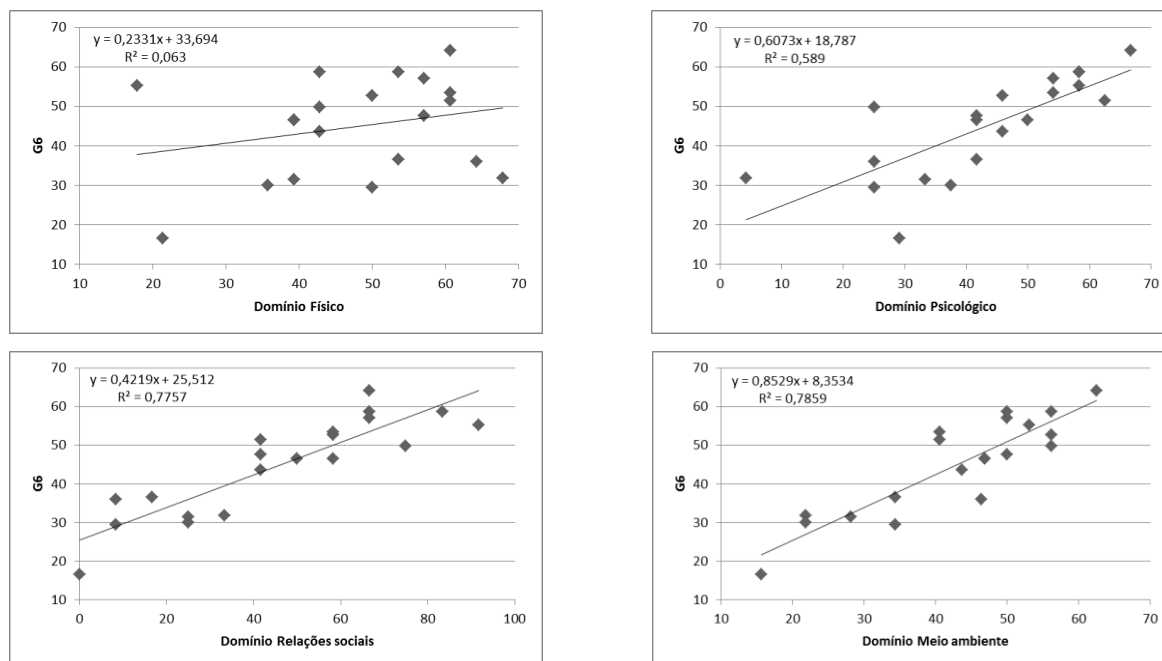


GRÁFICO 6 - Gráficos de dispersão dos escores do grupo G6 entre os domínios Físico, Psicológico, Relações sociais e Meio ambiente. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011

Nota: QVG - Qualidade de Vida Geral; G6 - QV ruim/insatisfeito.

Em adição a essas análises, verificou-se que quando comparado os valores dos domínios Físico, Psicológico, Relações sociais e Meio ambiente por meio do Teste de Friedman's, viu-se que há diferença significativa entre eles ($p < 0,001$), mostrando que algum desses domínios poderia ter maior influência no resultado do QVG, seja positiva ou negativamente no escore dos dois grupos extremos.

Dessa forma, optou por comparar os valores do QVG e os domínios Físico, Psicológico, Relações sociais e Meio ambiente, entre as duas situações de extremidades, ou seja, G5 e G6, considerando respostas pareadas, portanto utilizando o teste de Wilcoxon sequencialmente, na definição de qual domínio poderia interferir mais no escore final do QVG para as duas situações extremas (TAB. 21). Em seguida, para melhor análise dos dados, foram apresentadas as medianas e intervalos interquartil dos domínios do WHOQOL-bref, QVG e grupos de QV/Satisfação (TAB. 22).

TABELA 21

Associações entre os domínios do WHOQOL-bref e grupos de QV/Satisfação.
Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011

Variáveis		Domínios			
		Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio ambiente
Domínios	Físico	1			
	Psicológico	0,278	1		
	Relações sociais	<0,001	<0,001	1	
	Meio ambiente	0,451	0,159	<0,001	1
	QVG	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Grupos de QV/Satisfação	G5	<0,001	0,004	<0,001	0,454
	G6	0,313	0,765	0,881	0,167

Nota: Teste de Wilcoxon; QV - Qualidade de Vida; G5 - QV boa/satisfeito; G6 - QV ruim/insatisfeito; WHOQOL-bref - World Health Organization Quality of Life-bref.

TABELA 22

Medianas e intervalos interquartil dos domínios do WHOQOL-bref, da Qualidade de Vida Geral e dos grupos de QV/Satisfação.
Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011

Variáveis		Mediana	IQ
Domínios	Relações sociais	66,7	58,3-75,0
	Meio ambiente	59,4	50,0-68,7
	Psicológico	58,3	54,2-66,7
	Físico	57,1	53,6-64,3
	QVG	60,6	54,0-65,6
Grupos de QV/Satisfação	G5	63,6	60,5-69,7
	G6	47,1	32,8-54,8

Nota: IQ - Intervalo Interquartil; QVG - Qualidade de Vida Geral; G5 - QV boa/satisfeito; G6 - QV ruim/insatisfeito.

A partir das TAB. 21 e 22 constatou-se que:

- a) a mediana do escore QVG foi significativamente maior do que os domínios Físico, Psicológico e Meio ambiente e menor do que o domínio Relações sociais;
- b) O domínio Relações sociais é significativamente maior do que os demais domínios (Físico, Psicológico e Meio Ambiente). Assim, ele provavelmente teria uma maior probabilidade de interferir positivamente no grupo G5, enquanto que os outros poderiam interferir negativamente no grupo G6;
- c) O grupo G5 apresentou uma mediana significativamente maior do que o valor dos domínios Físico, Psicológico e Relações sociais, entretanto, foi igual ao valor do domínio Meio ambiente, em análise pareada com os mesmos (teste de Wilcoxon). Uma hipótese que poderia explicar essa

igualdade seria a maior amplitude interquartil apresentada pelo domínio Meio ambiente em relação aos demais domínios (AIQ 18,7);

- d) A mediana apresentada pelo grupo G6 foi semelhante ao valor dos quatro domínios em análise pareada com os mesmos (teste de Wilcoxon). Uma possível explicação para tal fato diz respeito ao pequeno número de idosos pertencentes ao grupo G6.

4.3 Fatores associados à qualidade de vida na amostra estudada

4.3.1 Análise univariada

Na análise univariada foram verificadas quais variáveis influenciaram significativamente o escore do QVG dos grupos extremos definidos neste estudo (G5 e G6), além de selecionar os potenciais preditores para a análise multivariada.

Ressalta-se que a hipótese levantada neste estudo foi: há associação entre as variáveis de interesse com o G5 (percebem boa ou muito boa a qualidade de vida, com satisfação ou muita satisfação com a saúde).

4.3.1.1 Variáveis categóricas

As variáveis categóricas que alcançaram significância estatística de $p < 0,20$ na análise univariada entraram no modelo multivariado. A TAB. 23 mostra as variáveis que foram selecionadas para compor a análise multivariada.

TABELA 23
Análise univariada entre variáveis categóricas de interesse e grupos G5 e G6. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011

		G5		G6		p-valor
Variáveis		n	%	n	%	
Características sociodemográficas	Sexo masculino*	65	43,0	2	10,0	0,004
	Idade ≥ 65 anos	116	76,8	14	70,0	0,578
	Idade ≥ 75 anos	40	26,5	6	30,0	0,739
	Idade ≥ 85 anos	4	2,6	1	5,0	0,467
	Naturalidade	..	..	..	..	0,862
	Estado civil	..	..	..	..	0,512
	Religião	..	..	..	..	0,232
	Frequentou escola	118	78,1	13	65,0	0,258
	Alfabetizado*	116	76,8	12	60,0	0,103
	Curso superior (C/I)	13	8,6	-	-	0,368
Características econômicas	Trabalha atualmente*	40	26,5	2	10,0	0,165
	Aposentado	113	74,8	14	70,0	0,642
	Recebe 13º salário	120	80,0	14	70,0	0,380
	Aposentadoria - idade	52	46,4	8	57,1	0,449
	Aposentadoria - Tempo de Serviço*	48	42,9	-	-	0,002
	Aposentadoria - Invalidez*	12	10,7	6	42,9	0,001
	Pensionista	34	22,5	6	30,0	0,574
	Casa própria	129	85,4	15	75,0	0,323
	Rede esgoto	150	99,3	19	95,0	0,221
	Número de cômodos na casa	..	..	..	..	0,486
	Mora sozinho	26	17,2	6	30,0	0,218
	Mora com cônjuge*	72	47,7	6	30,0	0,136
	Grau de parentesco do cuidador*	..	..	..	..	0,195
Características clínicas	Ao menos 1 comorbidade*	131	86,8	20	100,0	0,134
	Hipertensão arterial sistêmica*	102	67,5	18	90,0	0,039
	Diabetes <i>mellitus</i> *	19	12,6	9	45,0	0,001
	Doença cardíaca*	17	11,3	5	25,0	0,145
	Doença respiratória	5	3,3	-	-	1,000
	Doença renal	3	2,0	1	5,0	0,395
	Doença da tireoide	18	11,9	4	20,0	0,296
	Doença osteoarticular*	20	13,2	5	25,0	0,179
	Obesidade autorreferida*	1	0,7	2	10,0	0,036
	Dislipidemia	10	6,6	-	-	0,608
	Neoplasia	3	2,0	-	-	1,000
	Depressão*	3	2,0	7	35,0	<0,001
	Transtorno mental	1	0,7	-	-	1,000
	Dor crônica*	3	2,0	2	10,0	0,105
	Fazer tratamento medicamentoso	126	83,4	19	95,0	0,317
	PHQ-total < 3*	125	94,7	10	58,8	<0,001
	KATZ = 5 ou 6	151	100,0	20	100,0	1,000
	Sobe escadas	150	99,3	19	95,0	0,221
	Anda sem auxílio*	147	97,4	17	85,0	0,030
	Uso de prótese	4	2,6	1	5,0	0,467
Características comportamentais	Consome bebida alcoólica*	29	19,2	-	-	0,027
	AUDIT-C negativo	138	93,9	20	100,0	0,601
	Tabagismo atual	11	7,3	1	5,0	1,000
	Ex-tabagista	56	37,1	9	47,4	0,385
	< 10 cigarros/dia	22	40,0	3	33,3	1,000
	Tempo tabagismo/faixa	..	..	..	..	0,570
	Pratica atividade física*	56	37,1	1	5,0	0,004
	Faz caminhada*	38	25,2	1	5,0	0,048
	Faz outras atividades físicas	..	..	..	..	0,262
	Frequência atividade física/Faixa*	..	..	..	..	0,040

Nota: - dado rigorosamente zero; *Variáveis que entraram no modelo multivariado (regressão logística), por terem $p < 0,20$ (critério para inclusão); AUDIT-C - The Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption; C/I - Completo/Incompleto; G5 - QV boa/satisfeito; G6 - QV ruim/insatisfeito; PHQ - The Patient Health Questionnaire.

4.3.1.2 Variáveis contínuas

As variáveis contínuas que apresentaram $p < 0,20$ na análise univariada entraram no modelo multivariado. Na TAB. 24, são mostradas as variáveis selecionadas para compor a análise multivariada.

TABELA 24
Análise univariada entre variáveis contínuas de interesse e grupos G5 e G6. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011

Variáveis	G5		G6		p-valor
	Média	DP	Média	DP	
Características sociodemográficas					
Idade	70,9	7,1	72,5	8,2	0,425
Tempo de estudo*	5,2	4,2	2,2	2,2	0,002
Característica econômica					
Renda familiar*	1.682,03	1.573,04	821,63	416,23	<0,001
Características clínicas					
Tempo de doença/comorbidade	11,1	10,0	10,1	7,7	0,989
PHQ-total*	0,5	1,1	2,7	2,6	<0,001
PAS	133,6	16,8	139,5	26,2	0,418
PAD*	81,7	8,4	86,9	14,1	0,160
Característica comportamental					
AUDIT-C*	0,6	1,8	-	-	0,058
Domínios WHOQOL-bref e QVG					
Domínio Físico*	62,0	9,9	47,9	13,5	<0,001
Domínio Psicológico*	63,8	9,3	42,9	15,8	<0,001
Domínio Relações sociais*	70,2	15,2	45,8	26,1	<0,001
Domínio Meio ambiente*	64,7	11,3	42,8	13,0	<0,001
QVG*	65,2	8,1	44,8	12,5	<0,001

Nota: *Variáveis que entraram no modelo multivariado (regressão logística), por terem $p < 0,20$ (critério para inclusão); AUDIT-C - The Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption; DP - Desvio-padrão; PAS - Pressão Arterial Sistólica; PAD - Pressão Arterial Diastólica; PHQ - The Patient Health Questionnaire; QVG - Qualidade de Vida Geral.

4.3.2 Análise multivariada

Nas TAB. 25 e 26, são apresentadas as variáveis que de forma multivariada se mostraram significativas no modelo, demonstrando serem possíveis preditores de qualidade de vida geral nos grupos G5 e G6.

TABELA 25

Variáveis de interesse diretamente associadas ao grupo G5 por meio da análise multivariada. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011

Variáveis	OR	IC 95%	p-valor
PHQ-total < 3	12,3	2,9 - 41,6	0,001
Prática atividade física	10,9	1,5 - 84,9	0,030
Tempo de estudo > 5 anos	10,5	1,5 - 76,6	0,004
Sexo masculino	6,3	1,4 - 29,6	0,008
Renda familiar ≥ 1.100,00	5,1	1,8 - 19,0	0,010
Andar sem auxílio	4,1	1,6 - 10,5	0,042
Aposentadoria por TS	1,7	1,1 - 5,3	0,042
Consumo de bebida alcoólica	1,2	1,1 - 1,2	0,035
Domínio Relações Sociais*	1,4	1,2 - 17,9	0,001
Domínio Meio ambiente*	1,4	1,1 - 27,5	0,001
Domínio Psicológico*	1,2	1,1 - 18,3	0,007
Domínio Físico*	1,1	1,1 - 36,5	0,030
QVG*	1,3	1,0 - 22,4	0,001

Nota: *Para cada 10 pontos de aumento; IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%; OR - Odds Ratio; PHQ - The Patient Health Questionnaire; QVG - Qualidade de Vida Geral; TS - Tempo de Serviço.

TABELA 26

Variáveis de interesse inversamente associadas ao grupo G5 (associadas ao G6) por meio da análise multivariada. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011

Variáveis	OR	IC 95%	p-valor
Depressão	8,6	4,4 - 16,2	0,002
Aposentadoria por invalidez	6,2	1,8 - 20,9	0,020
Diabetes <i>mellitus</i>	4,2	1,9 - 9,0	0,004

Nota: IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%; OR - Odds Ratio.

Pelas tabelas apresentadas, verificou-se que na análise univariada (TAB. 23 e 24), a QV boa/satisfeito definida pelo grupo G5 esteve associada com as seguintes variáveis:

- **Características sociodemográficas:** sexo masculino, alfabetizado, tempo de estudo;
- **Características econômicas:** trabalha atualmente, renda familiar, aposentadoria por tempo de serviço, aposentadoria por invalidez, mora com cônjuge, grau de parentesco do cuidador;
- **Características clínicas:** ter ao menos uma comorbidade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, doença cardíaca, doença osteoarticular, obesidade autorreferida, depressão, dor crônica, PHQ-total < 3, andar sem auxílio de acessório, PHQ-total, PAD;

- **Características comportamentais:** consumo de bebida alcoólica, pratica atividade física, faz caminhada, frequência de atividade física por faixa, AUDIT-C;
- **Domínios WHOQOL-bref e QVG:** Domínio Físico, Domínio Psicológico, Domínio Relações sociais, Domínio Meio ambiente e QVG.

Após o ajuste por meio do modelo multivariado proposto, os fatores que se associaram significativamente com boa percepção de qualidade de vida e satisfação com a saúde foram PHQ-total < 3, pratica atividade física, tempo de estudo > cinco anos, sexo masculino, renda familiar $\geq$ R\$1.100,00, andar sem auxílio de acessório, aposentadoria por tempo de serviço, consumo de bebida alcoólica, domínios do WHOQOL-bref e QVG (TAB. 25). Enquanto depressão, diabetes *mellitus* e aposentadoria por invalidez mantiveram-se inversamente associadas e independentes ao grupo QV boa/satisfeito (TAB. 26).

Perderam significância estatística alfabetizado, trabalha atualmente, mora com cônjuge, grau de parentesco do cuidador, ter ao menos uma comorbidade, hipertensão arterial sistêmica, doença cardíaca, doença osteoarticular, obesidade autorreferida, dor crônica, PHQ-total, PAD, faz caminhada, frequência de atividade física por faixa e AUDIT-C (TAB. 25 e 26). O QUADRO 3 ilustra essas observações.

QUADRO 3

Síntese das variáveis independentes que se associaram ao grupo G5, por meio dos modelos univariado e multivariado. Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, 2010-2011

MODELO UNIVARIADO (p<0,20)	MODELO MULTIVARIADO
Características sociodemográficas	
Sexo masculino	Sexo masculino
Alfabetizado	
Tempo de estudo	Tempo de estudo > 5 anos
Características econômicas	
Trabalha atualmente	
Renda familiar	Renda familiar ≥ 1.100,00
Aposentadoria - Tempo de Serviço	Aposentadoria - Tempo de Serviço
Aposentadoria - Invalidez	Aposentadoria - Invalidez
Mora com cônjuge	
Grau de parentesco do cuidador	
Características clínicas	
Ao menos 1 comorbidade	
Hipertensão arterial sistêmica	
Diabetes <i>mellitus</i>	Diabetes <i>mellitus</i>
Doença cardíaca	
Doença osteoarticular	
Obesidade autorreferida	
Depressão	Depressão
Dor crônica	
PHQ-total < 3	PHQ-total < 3
Andar sem auxílio	Andar sem auxílio
PHQ-total	
PAD	
Características comportamentais	
Consome bebida alcoólica	Consome bebida alcoólica
Pratica atividade física	Pratica atividade física
Faz caminhada	
Frequência de atividade física/Faixa	
AUDIT-C	
Domínios WHOQOL-bref e QVG	
Domínio Físico	Domínio Físico
Domínio Psicológico	Domínio Psicológico
Domínio Relações sociais	Domínio Relações sociais
Domínio Meio ambiente	Domínio Meio ambiente
QVG	QVG

Nota: ■ Variáveis de interesse inversamente associadas ao grupo G5 (associadas ao G6) por meio da análise multivariada; ■ Variáveis de interesse diretamente associadas ao grupo G5 por meio da análise multivariada.
 AUDIT-C - The Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption; PAD - Pressão Arterial Diastólica; PHQ - The Patient Health Questionnaire; QVG - Qualidade de Vida Geral.

4.4 Proposta de ponto de corte para o instrumento WHOQOL-bref

A capacidade diagnóstica do escore QVG, utilizando ponto de corte ≥ 60 em categorizar corretamente os idosos do estudo como possuidores de QV boa/satisfeito no grupo G5 está apresentado nas TAB. 27 e 28.

TABELA 27

Capacidade diagnóstica do QVG, utilizando ponto de corte ≥ 60 , em prever QV boa/satisfeito no grupo G5

Variáveis		G5		Total
		Sim	Não	
QVG ≥ 60	Sim	116	87	203
	Não	35	153	188
Total		151	240	391

Nota: QVG - Qualidade de Vida Geral; G5 - QV boa/satisfeito.

TABELA 28

Indicadores de capacidade diagnóstica do QVG segundo ponto de corte ≥ 60 para rastreamento de QV boa/satisfeito no grupo G5

Indicadores de capacidade diagnóstica	G5 (ponto de corte ≥ 60)
Sensibilidade	76,8%
Especificidade	63,7%
Valor preditivo positivo	57,1%
Valor preditivo negativo	81,4%
Razão de verossimilhança positivo	2,1%
Razão de verossimilhança negativo	0,4%

Nota: QVG - Qualidade de Vida Geral; G5 - QV boa/satisfeito.

Da mesma forma, a TAB. 29 e 30 mostra a *performance* do QVG, utilizando ponto de corte < 60 , em categorizar corretamente os idosos do estudo como possuidoras de QV ruim/insatisfação no grupo G6.

TABELA 29

Capacidade diagnóstica do QVG, utilizando ponto de corte < 60 , em prever QV ruim/insatisfação no grupo G6

Variáveis		G6		Total
		Sim	Não	
QVG < 60	Sim	19	169	188
	Não	1	202	203
Total		20	371	391

Nota: QVG - Qualidade de Vida Geral; G6 - QV ruim/insatisfeito.

TABELA 30
Indicadores de capacidade diagnóstica do QVG segundo ponto de corte < 60 para rastreamento de QV ruim/insatisfação no grupo G6

Indicadores de capacidade diagnóstica	G6 (ponto de corte <60)
Sensibilidade	95,0%
Especificidade	54,4%
Valor preditivo positivo	10,1%
Valor preditivo negativo	99,5%
Razão de verossimilhança positivo	2,1%
Razão de verossimilhança negativo	0,1%

Nota: QVG - Qualidade de Vida Geral; G6 - QV ruim/insatisfeito.

O GRAF. 7 representa os pontos de corte, baseados no escore QVG dos grupos G5 e G6, propostos pela curva ROC. A análise da curva ROC indicou o valor crítico 60 como o melhor ponto de corte para avaliação da percepção de qualidade de vida e satisfação com a saúde. A área sob a curva foi 0,758, com sensibilidade de 76,8% e especificidade de 63,8% para um ponto de corte de QVG superior ou igual a 60 pontos em idosos pertencentes ao grupo G5; e sensibilidade de 95,0% e especificidade de 54,4% para um ponto de corte de QVG inferior a 60 pontos em idosos pertencentes ao grupo G6.

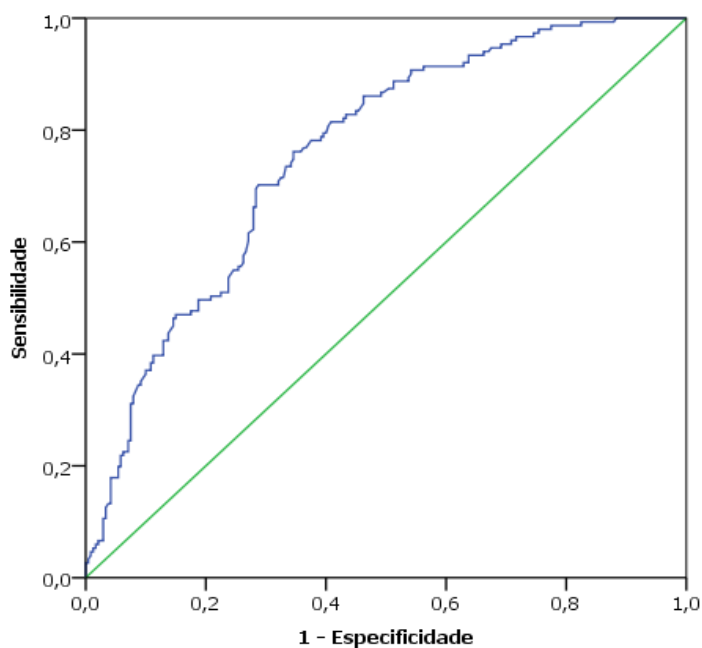


Gráfico 7 - Curva ROC demonstrando a sensibilidade e especificidade de pontos de corte para prever QV boa/satisfeito ou QV ruim/insatisfeito, considerando os grupos G5 e G6, na amostra estudada.

A interpretação desses dados é que para o diagnóstico de indivíduos com QV boa/satisfeito, o teste com ponto de corte da QVG ≥ 60 foi modesto, com sensibilidade moderada. Em contrapartida, para o rastreamento de idosos que possam ter QV ruim/insatisfeito, o teste com ponto de corte da QVG < 60 teve ótima sensibilidade e valor preditivo negativo. O resultado da razão de verossimilhança positivo para a primeira situação mostrou que o efeito sobre a probabilidade pós-teste para resultados positivos é mínimo, enquanto na segunda situação, a razão de verossimilhança negativo mostrou que o efeito na probabilidade pós-teste para resultados negativos é grande, servindo como bom marcador para rastrear indivíduos com QV ruim/insatisfeito quando o QVG for menor do que 60, com sensibilidade de 95,0% e valor preditivo negativo de 99,5%.

Todavia, antes da aplicação de estratégias para o rastreamento de qualidade de vida na população idosa empregando os pontos de corte do escore QVG sugeridos neste estudo, prescinde-se de análise crítica dos resultados alcançados, à luz das evidências científicas fornecidas por outros estudos com um maior número de indivíduos pertencentes ao grupo G5. As autoras pretendem, posteriormente, estabelecer um padrão-ouro para validação dos valores preditivos do QVG como teste para rastreamento epidemiológico na população de idosos, com os valores de ponto de corte descritos, recorrendo à análise dos conteúdos provenientes da conceituação de qualidade de vida subjetiva dos idosos.

Discussão



*O tempo é um ponto de vista. Velho é quem é um
dia mais velho que a gente...*

Mário Quintana

5 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo permitiram delinear o perfil sociodemográfico, econômico, clínico e comportamental dos idosos pesquisados, assim como avaliar sua qualidade de vida, com determinação de possíveis preditores, além de permitir propor definição de um ponto de corte para o instrumento WHOQOL-bref.

5.1 Características sociodemográficas e econômicas

As características sociodemográficas evidenciaram uma amostra predominantemente feminina, com idade mediana de 69,1 anos (IQ 64,4-75,1), variando de 60,0 a 96,0 anos, equiparando-se a outros estudos brasileiros (JOIA; RUIZ; DONALISIO, 2007; MORAES; SOUZA, 2005; PASKULIN; MOLZAHN, 2007; PEREIRA *et al.*, 2011; SAUERESSIG *et al.*, 2007).

Observou-se uma expressiva proporção da população “mais idosa”, representada pela faixa etária de 80 anos ou mais (n=41; 10,5%), que apesar de inferior à nacional (14,2%), confirma a tendência de se ter uma heterogeneidade do segmento etário chamado idoso, mostrada em outras pesquisas (CAMARANO, 2002; PEREIRA *et al.*, 2006).

Tal realidade é preocupante visto que idosos em idade longa podem demandar cuidados domiciliares em função da maior vulnerabilidade a alterações patológicas crônicas não transmissíveis, com possível dependência funcional e, conseqüentemente, familiar, emocional e econômica (MARTINS *et al.*, 2009; NUNES; MENEZES; ALCHIERI, 2010).

O predomínio de mulheres em relação aos homens (62,9% vs 37,1%) também corrobora estudos estrangeiros (HALVORSRUD *et al.*, 2010; JAKOBSSON; HALLBERG; WESTERGREN, 2004; LOW; MOLZAHN; KALFOSS, 2008). No Brasil, em 1991, a população feminina representava 54,0% do contingente de pessoas com idade avançada, elevando para 55,1% em 2000, ou seja, para cada 100 mulheres idosas havia 81,6 homens idosos, ao passo que, em 1991, essa relação era de 100 para 85,2 (IBGE, 2002).

A disparidade na expectativa de vida entre homens e mulheres pode ser explicada pelos diferenciais de longevidade, fenômeno também mundial, mas que é bem intenso no Brasil, haja vista que, em média, as mulheres vivem oito anos a mais que os homens (IBGE, 2002). Como possíveis fatores que explicam essa maior expectativa de vida entre as mulheres podem-se citar o menor consumo de bebidas alcoólicas e tabaco entre as mulheres em relação aos homens, redução da mortalidade materna e diferenças na exposição a fatores de risco para mortalidade por causas externas, tais como, acidentes de trânsito, homicídios e outros (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004a). Essa maior longevidade feminina implica transformações nas várias esferas da vida social, uma vez que o “significado social da idade está profundamente vinculado ao gênero” (BARBOT-COLDEVIN, 2000, p. 262).

Não resta dúvida que a predominância da população feminina entre os idosos vem adquirindo maior notoriedade e importância nas discussões científicas, além de repercutir diretamente nas demandas por políticas públicas. A feminização da velhice é considerada por diversos autores (CAMARANO *et al.*, 1999; SALGADO, 2002; WHO, 2005) como um dos desafios de uma população em processo de envelhecimento, que se encontra em uma posição de fragilidade e vulnerabilidade.

Entretanto, conforme afirmam Camarano *et al.* (1999), em médio prazo, quando novas coortes de mulheres inseridas no mercado de trabalho com nível instrucional satisfatório, pode-se esperar mudanças nesse perfil em favor das mulheres com maior nível de escolaridade e competitividade nas atividades laborais.

Debert (1999) corrobora essa visão mais otimista sobre a condição atual das mulheres idosas. Essa autora defende a ideia de que para as idosas de hoje tanto a velhice quanto a viuvez podem representar certa independência ou mesmo uma forma de realização. Não obstante, as aparentes contradições entre estas duas visões contribuem para a discussão de questões importantes relacionadas ao tema, sendo verdadeiras para segmentos sociais específicos dentro da população idosa.

Quanto ao predomínio de idosos provenientes do interior de Minas Gerais (n=197; 50,4%), ressalta-se que o auge do crescimento populacional de Belo Horizonte ocorreu na década de 1950, com 7% de crescimento médio ao ano, como resultado do crescimento econômico ocorrido principalmente no setor industrial

(MARQUES; RODRIGUES, 2006). Dessa forma, pode-se sugerir que um contingente considerável dos idosos estudados, naquela época, seguiu o movimento migratório, acompanhando suas famílias que buscavam melhores condições de vida, e por aqui permaneceram, constituindo família ou não.

Em relação ao estado civil, pode-se dizer que essa variável refletiu os achados demográficos do Brasil, em que há maior proporção de idosos casados ou em união estável. A redução da mortalidade nas idades adultas deve ter contribuído para uma redução da viuvez e um aumento na proporção de casados (CAMARANO *et al.*, 2005). Neste estudo, a proporção de casados ou em união estável (n=175; 45,0%) e de viúvos (n=99; 25,4%) mostrou-se inferior à média nacional que foi de 53,1% e 35,7%, respectivamente, em 1995 (CAMARANO, 1999; CAMARANO *et al.*, 2005).

No entanto, apesar da maior proporção de idosos casados ou em união estável, verificou-se que o número de pessoas “sem parceiro” (viúvo, separado/divorciado e solteiro) foi elevado (n=214; 55,0%), condição que contribui para a chegada da senescência sem apoio de cônjuge e/ou filhos, caso venham a desenvolver algum tipo de dependência (VERAS, 2003).

A maior proporção de viuvez no sexo feminino (n=82; 33,5%) segue a tendência no país. O excedente de mulheres viúvas em relação aos homens, mais acentuado na terceira idade, provavelmente é explicado por ser cultural a mulher assumir matrimônio com homens mais velhos. Em adição, associado à maior mortalidade masculina do que a feminina, a expectativa de sobrevivência da mulher em relação ao seu cônjuge é maior. Outra plausível explicação é o fato de que os viúvos têm mais chance de se casar novamente após falecimento da companheira em comparação às viúvas (SALGADO, 2002). O mesmo pode-se dizer para as idosas separadas ou divorciadas.

Sobre a religião, as categorias identificadas coincidem com as mais incidentes na população brasileira, conforme o Censo do IBGE (2010c). Entre os idosos estudados, a maioria era católica (n=282; 72,9%) o que corrobora outros estudos (PASKULIN, 2006; SANTOS *et al.*, 2002).

A esse respeito, chamou a atenção o expressivo número de idosos evangélicos, com 21,2% (n=82), semelhante à média nacional que aumentou de 2,6% em 1940 para 22,2% em 2010, indicando o que provavelmente representa um

movimento de migração religiosa (IBGE, 2006, 2010c). Dessa forma, constata-se uma tendência à heterogeneidade dos grupos religiosos no país, com declínio gradual durante as duas últimas décadas da identificação com a religião católica. Retrospectivamente, em 1970 cerca de 92,0% dos brasileiros eram católicos, declinando para 83,0% em 1991, e chegando a 64,6% em 2010 (IBGE, 2006, 2010c).

Para Elsen (2002), conhecer qual é a crença religiosa de uma pessoa contribui ao profissional de saúde conhecer o sistema de valores, crenças, conhecimentos e práticas que norteiam as ações da mesma, inclusive com relação à promoção da saúde. Particularmente entre os idosos, o aspecto religioso tem grande influência nessa fase da vida, pois lhes permite estabelecer um elo entre as limitações e o aproveitamento de suas potencialidades ou, quando isso não ocorre, ajuda-os a vencer com mais facilidade essa última etapa da vida (ARAÚJO, 1999).

Quanto à escolaridade, evidenciou-se baixo nível educacional da amostra estudada, onde 36,5% (n=143) dos idosos possuíam nenhum ou menos de quatro anos de estudo. Esse nível instrucional apresentou-se inferior ao encontrado no município de Teixeira/Minas Gerais que foi de 71,1% (PEREIRA *et al.*, 2006). Porém, melhor nível educacional foi encontrado em outras pesquisas como a realizada em um distrito de saúde de Porto Alegre/Rio Grande do Sul. No distrito referido, 23,2% dos idosos investigados tinham nenhum ou menos de quatro anos estudados (PASKULIN *et al.*, 2010).

A menor escolaridade média nesse segmento populacional é um reflexo da desigualdade de acesso às instituições de ensino no país. Lembra-se que nas décadas de 1930 até, pelo menos, os anos 1950, o ensino fundamental (compreendido pelo ensino primário e ginásial, na época) era restrito a segmentos sociais específicos, inclusive, havendo diferenciação entre os sexos. Até os anos de 1960, os homens possuíam maior acessibilidade à escola do que as mulheres (IBGE, 2002).

Entretanto, quando avaliado o nível de alfabetização, observou-se uma tendência de melhora do quadro educacional na amostra estudada, provavelmente resultado dos programas federais de alfabetização de adultos, implementados nas duas últimas décadas (IBGE, 2002). Neste estudo, é expressiva a proporção de

idosos alfabetizados (n=304; 77,7%), mostrando-se superior à média nacional (64,8%), mas inferior à média do município de Belo Horizonte (87,0%) (IBGE, 2002). Ressalta-se que a média calculada pelo IBGE teve como referência pessoas de 60 anos ou superior, responsáveis pelos domicílios, o que pode justificar, em parte, essa diferenciação.

Por sua vez, a análise descritiva das variáveis relacionadas à ocupação e renda mostrou que entre os idosos estudados, a maioria possuía como única fonte individual de sustento algum tipo de benefício previdenciário (somente aposentadoria - 51,5%; somente pensão - 9,7%; aposentadoria e pensão - 8,7%). Esses percentuais foram inferiores à média encontrada na Região Sudeste do país, apesar de nessa Região manter como benefício previdenciário majoritário de fonte de renda dos idosos a aposentadoria (57,1%) e a pensão (19,0%) (IBGE, 2008b). Ressalta-se que os dados referentes à Região Sudeste foram calculados a partir de pessoas com 65 anos ou mais, o que possivelmente justifica essa diferença.

Apesar desta pesquisa não contemplar o chefe da família, os dados confirmam a tendência de idosos mais jovens permanecerem no mercado de trabalho, com percentuais mais elevados na faixa etária entre 60-69 anos que, neste estudo, foi de 70,7% contra 8,5% para os octogenários em diante. Percebe-se pela classe de trabalho e *status* social que a renda dessa amostra era baixa, predominando as rendas igual ou inferior a um salário mínimo (n=106; 27,3%) e um a dois salários mínimos (n=102; 26,3%), valores estes que no Brasil, para o ano de 2000, era de 39,8% e 15,2%, respectivamente (IBGE, 2002).

Entretanto, estatísticas apontam a evolução favorável do rendimento médio nominal da população idosa entre os Censos de 1991 e 2000. Uma das possíveis explicações deve-se a correlação moderada entre a renda familiar e a escolaridade do indivíduo, sendo maior a renda, quanto maior a escolaridade (anos de estudo). Essa correlação foi evidenciada neste estudo, por meio da Correlação de Spearman's-Rho que foi de 0,316. Inclusive, indivíduos que fizeram curso superior, completo ou incompleto, tiveram renda familiar significativamente maior do que os que não o fizeram.

Outra possível explicação para a evolução favorável do rendimento médio nominal da população idosa deve-se à universalização dos benefícios de seguridade

social ocorrida na última década. Embora os proventos médios da terceira idade sejam inferiores em comparação às faixas etárias mais jovens, seu crescimento foi mais intenso, atingindo 63% entre 1991 e 2000, contra 42% da população de 10 anos ou mais. Esta tendência vem acompanhada de um aumento significativo de idosos com renda acima de cinco salários mínimos nesse mesmo período, apesar de a renda concentrar-se predominantemente nos estratos mais inferiores (IBGE, 2002).

Segundo Bulla e Kaefer (2003), a presença de idosos que participam da população economicamente ativa e são aposentados pode ser um indicador de que o benefício pago ao assegurado seja insuficiente no provimento de suas necessidades básicas ou para manter o padrão de vida adquirido pelo trabalho ao longo de sua vida. Tal fato é preocupante visto que atualmente, presencia-se na estrutura familiar a ascensão dos idosos responsáveis pela provisão dos rendimentos domésticos, atuando na condição de chefes de família (CAMARANO, 2002).

A esse respeito, dados do Censo Demográfico de 2000 (IBGE, 2002) sugerem uma inversão na relação de dependência das famílias, tendo verificado que 62,4% dos responsáveis pelos domicílios possuem 60 anos ou mais. Por isso, reconhece-se a importância dos benefícios previdenciários, que operam como um seguro de renda vitalício. Além disso, o fato do idoso continuar trabalhando pode proporcionar uma participação ativa na sociedade e minimizar o isolamento e a discriminação (IBGE, 2008b).

Outro dado importante evidenciado neste estudo diz respeito ao elevado percentual de idosos que não possuíam fonte de renda própria ($n=36$; 9,2%), dependendo do cônjuge e/ou de familiares. Esse valor foi quase o dobro da média nacional com 5,4%, tendo como referência idosos com 65 anos ou superior (IBGE, 2008b).

Quando avaliado a ocupação e renda segundo o sexo, este estudo confirmou o fato de as mulheres receberem mais recursos originários de pensão em relação aos homens (30,5% vs 4,8%, respectivamente), sendo estatisticamente significativo ($p<0,001$). Nesse caso, uma provável hipótese é que além da sobrevivência de homens ser menor em relação às mulheres, há uma tendência cultural de homens viúvos se casarem novamente e com mulheres mais jovens.

Em contrapartida, constatou-se que, comparado às mulheres, há mais homens trabalhando (28,3% *vs* 16,7%; $p=0,006$) e recebendo 13º salário (84,8% *vs* 72,2%; $p=0,004$), apesar de também haver mais homens aposentados (84,1% *vs* 67,5%; $p<0,001$). Todas estas diferenças também foram estatisticamente significativas.

Curiosamente, o percentual de idosos do sexo feminino contemplados com os benefícios de aposentadoria e pensão encontrou-se 181,8% acima da média nacional (21,7% *vs* 7,7%), comparado com os dados apresentados por Camarano (2002). Lembra-se que a legislação de assistência social estabelecidas pela Constituição de 1988, vigente no país, possibilita que as mulheres acumulem benefícios de seguridade social (BRASIL, 1988).

Em relação à moradia, a proporção de entrevistados que referiram possuir casa própria foi semelhante ao encontrado em estudo realizado em João Pessoa/Paraíba (83,1% e 82%, respectivamente) (SANTOS *et al.*, 2002). Para esses autores, o resultado pode evidenciar que a maioria dos idosos acumulou, ao longo dos anos, algum patrimônio.

Em particular, o exame das condições de saneamento básico desses domicílios mostrou-se adequado em toda a amostra. Nesta pesquisa, não foi coletado informações sobre o destino do lixo (se coletado direta ou indiretamente pelos serviços de limpeza). Incluindo esse dado, o Censo de 2000 mostrou que, no município de Belo Horizonte, 95,1% dos domicílios sob responsabilidade de pessoas de 60 anos ou mais de idade tinham condições de saneamento adequado (IBGE, 2002). Ressalta-se que boas condições de saneamento básico é relevante devido à sua contribuição para o bem-estar e saúde dos moradores.

Concernente ao arranjo domiciliar, verificou-se um número expressivo de idosos que moravam sozinhos ($n=67$; 17,1%), valor esse semelhante ao encontrado em Belo Horizonte. Segundo o Censo 2000, nesse município 16,76% dos idosos responsáveis pelo domicílio moravam sós (IBGE, 2002).

Apesar do número de idosos morando sozinhos ser inferior em relação a outros arranjos domiciliares traz algumas reflexões. É comum pensar que a industrialização e a urbanização enfraquecem a segurança econômica e as relações estreitas entre as gerações na família. No entanto, estudos recentes demostram que a universalização da seguridade social, as melhorias nas condições de saúde e outros

avanços tecnológicos, tais como, nos meios de comunicação, elevadores e automóveis, podem sugerir que viver só, para esse grupo etário, representa formas inovadoras e bem-sucedidas de envelhecimento do que de abandono, descaso e/ou solidão (DEBERT, 1999).

Camarano (2002) também contribui para esse entendimento ao afirmar que viver sozinho pode tanto ser um estágio temporário do ciclo de vida como estar refletindo preferências. Na verdade, a proximidade geográfica não implica em maior frequência de contato com filhos ou netos.

Quando a análise foi conduzida separadamente segundo o sexo, observou-se que os resultados acompanham a tendência nacional (YOKOYAMA; CARVALHO; VIZZOTTO, 2006). Percentuais superiores foram encontrados entre idosas quando avaliado “morar sozinhos” (n=49; 19,9%), ao passo que os idosos do sexo masculino apresentaram maiores percentuais quando analisado “morar somente com o cônjuge” (n=37; 25,5%).

Uma justificativa para esse fenômeno inclui a maior viuvez entre mulheres o que determina um crescimento de famílias monoparentais sob responsabilidade feminina ou ainda de unidades domiciliares unipessoais (BERQUÓ *et al.*, 1990). Além disso, conforme já exposto, os viúvos ou separados se recasam com maior frequência que as mulheres nas mesmas condições, aumentando significativamente a diferenciação dos arranjos familiares em função do sexo (IBGE, 2002).

Em relação ao número de pessoas residentes nos domicílios onde os idosos vivem, verificou-se baixa mediana de pessoas residentes (3,0 pessoas / IQ 4,0-2,0). Lembra-se que o contexto demográfico, em geral, vem determinando, nas últimas décadas, a redução do número médio de componentes da família no Brasil, devido, fundamentalmente, à queda da taxa de fecundidade ocorrida nas últimas décadas (IBGE, 2002).

Para alguns autores, o estudo da composição desses domicílios é importante, uma vez que os outros familiares podem auxiliar os idosos no transporte, nos cuidados médicos e nos serviços domésticos, além da companhia e apoio emocional para ambas as partes (PEDRAZZI; RODRIGUES; SCHIAVETO, 2007).

Entretanto, conforme alerta Caldas (2003), se por um lado a inserção familiar do idoso em domicílios multigeracionais pode oferecer benefícios, no sentido do

apoio familiar nas condições debilitantes e de dependência, reduzindo o isolamento, por outro lado pode gerar conflitos intergeracionais, que acabam por diminuir a autoestima e deteriorar o estado emocional da pessoa idosa, afetando de forma marcante a qualidade de vida.

Em relação ao cuidador de idoso, observou-se centralização de membros familiares no cuidado do idoso o que pode ser explicada pela obrigação moral alicerçada em aspectos culturais e religiosos; a condição de conjugalidade; a ausência de outras pessoas para a tarefa do cuidar e as dificuldades financeiras a exemplo de filhas desempregadas que cuidam dos pais em troca do sustento (ALVAREZ; GONÇALVES, 2001).

Entretanto, conforme alerta Nasri (2008), atualmente, a rápida urbanização da população altera de modo significativo as estruturas trabalhistas, o que gera maior custo de vida, maiores jornadas de trabalho e, principalmente, maior incorporação da mulher como força produtiva. Esses fatos tornam os familiares menos disponíveis para cuidar dos idosos mais dependentes.

Lembra-se que apesar da participação do homem no cuidado à pessoa doente, é a mulher quem assume a maior parte dos cuidados confirmando seu papel de cuidadora por excelência (WALDOW, 2001). Tal fato pode ser explicado pela tradição de no passado recente as mulheres não desempenharem funções fora de casa, justificando sua maior disponibilidade para o cuidado da família.

Sendo o cuidador de idosos constituído predominantemente por mulheres, na maioria esposas ou filhas, observa-se diminuição em suas atividades sociais e de lazer para se dedicarem aos cuidados ao ente próximo (NERI; SOMMERHALDER, 2002), gerando um acúmulo de trabalho em casa e uma sobrecarga nos diversos domínios da vida da cuidadora, tais como, social, físico, emocional e espiritual. Assim, contribui para o autodescuido da própria saúde (ALVAREZ; GONÇALVES, 2001; MAZZA; LEFÈVRE, 2005).

Portanto, ao delegar à família o papel de cuidador deve-se instruí-la e supervisioná-la de modo que seja capaz de reconhecer o funcionamento da estrutura familiar, as características da doença, o tipo de cuidado a ser executado e o tempo necessário para realizá-lo (KARSCH, 2003). Nessa proposta, torna-se fundamental que o profissional de saúde identifique as forças e dificuldades enfrentadas pelas

famílias no cuidar. Com essa metodologia e postura de trabalho, verifica-se a oportunidade de uma visão equilibrada da família, levando-a a enxergar que, mesmo diante de problemas, existem possibilidades de mobilização de forças suficientes para superá-los (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

5.2 Características clínicas

Em relação às características clínicas, observou-se que quase a totalidade dos idosos informou ter algum problema de saúde que foi de 92,3% (n=361), porcentagem muito superior à média nacional. No Brasil, segundo dados do IBGE, o número de idosos que declararam ter pelo menos uma doença crônica foi de 78,7%, em 1998, passando para 75,5% em 2003, sendo que 64,4% tinham mais de uma patologia (BRASIL, 2008b).

Essa elevada prevalência de comorbidades evidenciada neste estudo pode ser justificada pela própria característica da população rastreada, que englobou idosos sabidamente usuários do serviço de saúde no momento da entrevista, contribuindo para o incremento das estatísticas.

A presença de comorbidades nos idosos é muito comum. Proporcionalmente, o idoso tende a apresentar mais episódios de doenças, em geral crônicas, levando ao aumento nos gastos com a saúde, já que o custo com o idoso tende a ser maior do que com as pessoas de outras faixas etárias (CHAIMOWICZ, 1997). A incidência de tais doenças, além de gerar gastos para sua prevenção, tratamento e recuperação, também traz a conotação da invalidez. Com isso, conseqüentemente, ser possuidor de uma doença crônica pode ser motivo, também, de isolamento e/ou afastamento do convívio social (ALVAREZ, 2001).

No entanto, ressalta-se que a presença de uma ou mais enfermidades crônicas nem sempre significa que o idoso não possa conservar sua autonomia e realizar atividades de maneira independente, estando ela sob controle e com um adequado acompanhamento de saúde (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

Não foi possível confirmar a literatura que relata maior sobrecarga de comorbidades entre os idosos com idade mais avançada (CHEN; DEWEY; AVERY, 2001; LINJAKUMPU *et al.*, 2002).

Sobre as comorbidades relatadas, os dados estão de acordo com as tabelas de frequência das principais doenças informadas pelos idosos, sendo, a hipertensão arterial, indiscutivelmente a morbidade mais comum nesse segmento populacional, seguida pelo diabetes *mellitus* (VASCONCELOS *et al.*, 2005).

Destaca-se que, neste estudo, a depressão e as doenças da tireoide e osteoarticulares foram mais prevalentes entre as mulheres do que nos homens, sendo estatisticamente significativas ($p < 0,05$). Particularmente, as doenças osteoarticulares são mais frequentes entre as idosas devido ao efeito protetor do hormônio sobre a cartilagem, que reduz substancialmente após a menopausa em decorrência da queda nos níveis de estrogênio (CARBONI, 2009).

Este estudo ainda corroborou a literatura sobre o uso frequente de medicamentos, principalmente os anti-hipertensivos e diuréticos, justificado pelo fato da hipertensão ser a condição crônica autorreferida mais frequente entre os idosos (LOYOLA FILHO *et al.*, 2005; LOYOLA FILHO; UCHOA; LIMA-COSTA, 2006; VASCONCELOS *et al.*, 2005).

Entretanto, a prevalência estimada do uso de medicamentos na amostra estudada foi superior à encontrada em estudo realizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte, que foi igual a 72,1% (LOYOLA FILHO; UCHOA; LIMA-COSTA, 2006). Inclusive, não foi possível constatar diferença significativa entre o uso de medicação por sexo, que tende a ser maior entre as mulheres, o que é amplamente evidenciado na literatura (LOYOLA FILHO; UCHOA; LIMA-COSTA, 2006).

Nesses casos, o mais provável é que uma maior utilização de medicamentos pelas mulheres idosas possa estar ligada a outras questões, de ordem biológica (mulheres são mais afetadas por problemas de saúde não fatais), psicológica (mulheres são mais conscientes dos sintomas físicos e colocam mais atenção sobre os seus problemas de saúde) e sociocultural (ao longo da vida, mulheres utilizam mais frequentemente os serviços de saúde e estão mais familiarizadas com os medicamentos) (LAUKKANEN *et al.*, 1992), questões essas, de alguma forma, potencializadoras do uso de medicamentos.

A polifarmácia presente entre os idosos é apontada pela literatura como um problema, pois influencia na ingestão de alimentos, na digestão, na absorção e na utilização de diversos nutrientes, o que pode comprometer ainda mais o estado de

saúde e a necessidade nutricional do idoso (VERAS, 2003). Além disso, há o problema da subdosagem, superdosagem e não adesão à prescrição médica (TEIXEIRA; LEFÈVRE, 2001).

Sobre o elevado uso de anti-hipertensivos alguns autores alertam quanto ao manejo de hipotensão ortostática na população geriátrica decorrente dos efeitos colaterais do uso de agentes hipotensores que deve ser considerado e avaliação clínica individualizada é desejável, evitando risco de quedas e síncope (CHEUNG; SOMAN; TAMURA, 2011; POON; BRAUN, 2005).

Outro aspecto importante a ser destacado, mas que não foi avaliado neste estudo, é o gasto médio com medicamentos que chega a comprometer aproximadamente um quarto da renda mensal média de mais da metade da população idosa brasileira (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003).

Neste estudo, também foi constatado a tendência do baixo controle dos níveis pressóricos a qual é observada em vários países. Estudo realizado no Brasil mostrou que apenas 34,2% dos pacientes ambulatoriais possuíam pressão arterial controlada (PA < 130x85mmHg), e em 65% a pressão arterial sistólica encontrava-se acima dos valores recomendados (BATISTA *et al.*, 2005). Em outro estudo, 76,1% dos entrevistados encontravam-se com níveis tensionais inadequados (MOREIRA *et al.*, 2008). Tal realidade é alarmante, visto que, em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da pressão arterial (54% por AVE e 47% por doença isquêmica do coração) (WILLIAMS, 2009).

De acordo com Bregman (2004), a presença de indivíduos com maior nível de conhecimento sobre o tratamento farmacológico apresentaram benefício clínico importante, mantendo pressão arterial controlada, o que justifica a necessidade de maior ação dos profissionais de saúde quanto à orientação sobre o tratamento medicamentoso, que deverá ser associado ao não medicamentoso, levando em consideração as mudanças trazidas pelo processo de envelhecimento.

A dependência parcial ou total no desempenho das atividades de vida diária e a necessidade de equipamentos auxiliares para locomoção não foi expressiva na amostra estudada. Dos 391 participantes, todos foram classificados como independentes. Uma das possíveis explicações deve-se a não inclusão de indivíduos acamados e debilitados que moravam ou não em instituições de longa permanência

para idosos e os idosos que no momento da coleta de dados encontravam-se hospitalizados e ao tipo de seleção da amostragem por demanda espontânea o que pode ter causado um desvio positivo na avaliação dessas variáveis.

Devido a diversificação de pontos de corte na literatura, comparações de prevalência de incapacidade funcional para as atividades de vida diária são complexas. Estudo transversal realizado em São Carlos, São Paulo, revelou que 88% dos idosos entrevistados eram independentes, 6% parcialmente dependentes e os outros 6% tinham uma dependência importante. A dependência importante ocorreu somente entre as mulheres e a porcentagem de homens independentes foi maior em relação às mulheres (SANTOS; PAVARINI, 2011). Nesse mesmo estudo, também não foi constatado diferença significativa entre sexo feminino e masculino com relação ao Índice de Katz, verificando-se, portanto, que o sexo não influencia no desempenho das atividades de vida diária para os sujeitos destas pesquisas.

Resultados diferenciados foram encontrados na literatura, mostrando que o grau de dependência é maior entre as mulheres em relação aos homens. Os achados do estudo de Fiedler e Peres (2008) mostraram que a prevalência de capacidade funcional inadequada foi estatisticamente maior nas mulheres do que nos homens (43,1% vs 25,8%; $p=0,002$), semelhante à pesquisa realizada em Portugal (SOUSA; GALANTE; FIGUEIREDO, 2003).

A alimentação foi a atividade básica de vida diária mais realizada (98,0%), ao passo que o banho, a menos realizada (88,0%) (dados não mostrados), semelhante ao estudo realizado por Santos e Pavarini (2011).

Outras pesquisas brasileiras encontraram que mais da metade dos idosos era totalmente independente para a realização das atividades básicas de vida diária (COELHO FILHO; RAMOS, 1999; RAMOS *et al.*, 1993), destacando-se a incapacidade para o controle das funções de urinar e/ou evacuar, seguida pelos atos de vestir-se e tomar banho. Do total de indivíduos com incapacidade para as atividades básicas, a grande maioria apresentou incapacidade para apenas uma atividade, majoritariamente representada pela incontinência urinária e/ou fecal, vista erroneamente como processo natural do envelhecimento pela população, no geral (DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009).

Lembra-se que a saúde do idoso está estritamente relacionada com a sua funcionalidade global, definida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo. Essa capacidade de funcionar sozinho é avaliada por meio da análise das atividades de vida diária, que são tarefas do cotidiano realizadas pelo indivíduo e avaliam o grau de autonomia e independência do mesmo (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

A mobilidade é das principais funções corporais e o seu comprometimento, além de afetar diretamente a independência do indivíduo, pode acarretar consequências gravíssimas, principalmente nos idosos. A instabilidade postural, por exemplo, leva o idoso à queda, o que representa um dos maiores temores em geriatria (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010). No presente estudo, não foi avaliado a queda, o que exigirá investigações futuras, dada sua relevância. Ressalta-se que a incidência anual de quedas varia com a idade, sendo de 28 a 35% e de 32 a 42% entre pessoas com mais de 65 e de 75 anos de idade, respectivamente, chegando a 50% dos idosos em instituições de longa permanência (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

5.3 Características comportamentais

Sobre as características comportamentais estudadas, a literatura assinala deficiências e desvalorização por parte dos profissionais de saúde em diagnosticar precocemente o alcoolismo na população longeva e reforça que nas ciências sociais há menor importância ao consumo excessivo de bebida alcoólica como um problema social contemporâneo (NEVES, 2004). Estudos brasileiros evidenciam uma prevalência de alcoolismo de 7,6 a 12,4% (ALMEIDA FILHO *et al.*, 1992; FIGLIE *et al.*, 2000), prevalência essa preocupante, considerando que um terço da população geriátrica começam a fazer uso de bebida alcoólica tardiamente (MOREIRA; MARTINIANO FILHO, 2008).

Além disso, a prevalência de idosos alcoolistas pode estar subestimada uma vez que essa população tende não informar a dependência alcoólica por motivos de culpa, vergonha e discriminação, principalmente entre as mulheres. Esta realidade é encontrada na presente investigação, ao encontrar controvérsias quanto à existência

ou não de alcoolismo na população estudada, visto que, houve uma tendência de os idosos não referirem o alcoolismo como um problema de saúde. Nenhum dos entrevistados considerou ser alcoolista, ao passo que o rastreamento por meio do instrumento AUDIT-C apontou 7,3% provável diagnóstico de alcoolismo.

Segundo Hulse (2002), muitas pessoas não percebem o consumo de bebida alcoólica como um problema para a saúde e convívio social; dessa forma, não reconhecem a necessidade de mudanças no hábito de vida.

O uso crescente e abusivo de bebida alcoólica na sociedade contribui sobremaneira para o envelhecimento precoce e aumento de complicações clínicas. Esse avanço no consumo de bebida alcoólica entre os idosos pode ser atribuído pelo abandono familiar e exclusão social, além de problemas de ordem econômica. O consumo abusivo e/ou dependência de bebida alcoólica está associado ao aumento da incidência de fraturas, em parte, explicado pela ocorrência de instabilidade postural e quedas durante o período de intoxicação ou por uma diminuição da densidade óssea em indivíduos alcoolistas; aumento nas taxas de acidente automotores, estando mais exposta a acidentes de trânsito; interação medicamentosa, o qual o uso crônico de bebida alcoólica leva a ativação de enzimas que degradam o álcool e algumas substâncias presentes nos remédios; maior sensibilidade aos efeitos da bebida alcoólica, uma vez que os idosos atingem uma concentração alcoólica maior do que indivíduos mais jovens, para a mesma quantidade ingerida; déficit cognitivo e comportamental (SILVA, 2008).

Também as consequências do uso excessivo de bebida alcoólica estão fortemente associadas às ideias de suicídio e transtornos depressivos (BEPPLER, 2006).

Em estudo conduzido por Terra (2005), pessoas alcoolistas eram mais propensas a manifestarem transtornos de ansiedade em relação à população em geral. Evidências discorrem que o consumo excessivo de bebida alcoólica alude a uma tentativa de automedicação em fórbicos sociais. Recomenda-se que o grupo etário mais longo não faça uso de mais do que uma dose de bebida alcoólica por dia.

Até décadas anteriores, o alcoolismo era majoritariamente mais prevalente em homens em detrimento das mulheres nos serviços de saúde especializados (HULSE,

2002). Essa tendência é visto em países estrangeiros, tais como, na Finlândia (AALTO *et al.*, 2011). No Brasil, também encontra-se ressonância nas estatísticas do impacto do abuso e dependência de bebida alcoólica desagregadas por sexo, confirmando maiores percentuais para os homens (GEIB, 2012; SENGGER *et al.*, 2011; TERRA, 2005).

A desproporção entre os sexos referente ao consumo de bebida alcoólica deve-se, em parte, pela histórica relação entre a imagem do homem e ingestão de álcool nos espaços públicos, dificultando que mulheres assumam perante a sociedade a dependência alcoólica e procura de tratamento. A dimensão moral do alcoolismo perpassa a responsabilidade, a vergonha e o autocontrole, sumarizando o peso moral imputado negativamente no universo feminino, visto como uma maior transgressão à ética do beber, espaço tradicionalmente dos homens (CESAR, 2006).

A posteriori, presencia-se aumento gradativo de ingestão de bebida alcoólica entre as mulheres, podendo ser explicado pela ascensão feminina nos papéis masculinos e inserção das mulheres no mercado de trabalho, o que desencadeia distanciamento da participação afetiva da vida familiar. Esta mudança no cerne familiar contribui para que as mulheres tomem o gosto pela bebida e a adote como um marco para maior visibilidade na sociedade. Na tentativa de elucidar os motivos do início do consumo conspícuo de bebida alcoólica entre mulheres, a literatura aponta a morte do cônjuge ou separação, uso socialmente na adolescência culminando com o início da vida social mais ampla e da vida sexual e características condescendentes, ou seja, a alteração do papel social da mulher (ASSIS; CASTRO, 2010).

Vislumbra-se que em diversas sociedades acenam para a proscrição de que não é a bebida alcoólica que é condenada, mas o comportamento desviante dos indivíduos. Em consequência, há uma recorrente valorização do homem que sabe beber sem se alcoolizar e sem interferir no desempenho de papéis a ele atribuídos. O hábito de beber é valorizado entre o grupo social, sendo capaz de alcançar ou alterar estados de consciência e de expressão de sentimentos em contextos especiais, em geral associados à ingestão de alimentos e à facilitação de atividades interpessoais (NEVES, 2004).

A emblemática que circunda o uso de bebida alcoólica por idosos merece atenção dos provedores de saúde e estratégias de enfrentamento devem ser contempladas nos planos de ações das políticas públicas, de tal modo que seja conveniente. Para isso é necessário problematizar, divulgar e desmitificar o alcoolismo na terceira idade, principalmente, entre as mulheres, bem como, incentivar o diagnóstico precoce e proporcionar alternativas de ajuda terapêutica.

Quanto ao tabagismo, a prevalência na amostra estudada ($n=34$; 8,7%) mostrou-se inferior à observada em outras investigações, como por exemplo, os estudos realizados em São Paulo (ZAITUNE *et al.*, 2012), na Região Metropolitana de Belo Horizonte (LIMA-COSTA, 2004), no Rio Grande do Sul (SAUERESSIG *et al.*, 2007) e no Município de Bambuí, Minas Gerais (PEIXOTO; FIRMO; LIMA-COSTA, 2006), que revelaram prevalências de fumantes em idosos de 12,2%, 12,8%, 18,3% e 18,7%, respectivamente.

Em relação ao hábito de fumar, foi observada uma tendência a prevalências maiores no homem em relação às mulheres (10,3% *vs* 7,7%), apesar de não significativa, corroborando a literatura (PEIXOTO; FIRMO; LIMA-COSTA, 2006; SAUERESSIG *et al.*, 2007; ZAITUNE *et al.*, 2012). Na Região Metropolitana de Belo Horizonte, a prevalência de fumantes entre homens e mulheres idosos foi igual a 19,6% e 8,1%, respectivamente (PEIXOTO; FIRMO; LIMA-COSTA, 2006). A maior proporção de homens fumantes pode ser explicada a partir de fatores históricos e socioculturais: na segunda década do século XX, o hábito de fumar difundiu-se inicialmente entre os homens e, posteriormente, após a Segunda Guerra Mundial, tornou-se comum em ambos os sexos (PEREIRA; BARRETO; PASSOS, 2008; ROSEMBERG; ROSEMBERG; MORAES, 2003), resultando em prevalências distintas nas diversas coortes de nascimento, o que explicaria o maior número de homens fumantes.

Entretanto, cabe salientar o aumento progressivo de mulheres mais jovens tabagistas nos dias atuais. O uso da imagem feminina como alvo da publicidade de cigarros tem sido um fator decisivo para o aumento global da prevalência de tabagismo entre as mulheres. As peças publicitárias exploram valores e aspectos característicos do universo feminino, tais como, padrões de comportamento, distúrbios de humor, modismos, crenças, expectativas sobre o peso e conquistas

sociais (REICHERT *et al.*, 2004), o que poderá refletir nas próximas décadas maior número de idosas fumantes. Dessa forma, a menor prevalência de idosas fumantes deve ser analisada com cautela, conforme alerta Saueressig *et al.* (2007).

Ainda foram encontradas prevalências decrescentes de fumantes com o aumento da idade (dados não mostrados), concernente a outras investigações (PEIXOTO; FIRMO; LIMA-COSTA, 2006; ROSEMBERG; ROSEMBERG; MORAES, 2003; ZAITUNE *et al.*, 2012). As prováveis causas incluem: o surgimento de agravos que levam à recomendação de cessação do consumo de cigarros, a maior probabilidade de óbito precoce dos fumantes (LIMA-COSTA, 2004; PEREIRA; BARRETO; PASSOS, 2008), a atual e crescente preocupação com a saúde levando a adotar comportamentos mais saudáveis e o efeito de coorte visto que em gerações mais antigas o tabagismo havia sido menos prevalente que após a Segunda Guerra Mundial (LIMA-COSTA, 2004).

Em relação ao número de cigarros fumados por dia, considerado como um indicador da intensidade da dependência nicotínica (ROSEMBERG; ROSEMBERG; MORAES, 2003), verificou-se elevada porcentagem de idosos que declararam fumar 10 ou mais cigarros por dia ($n=94$; 62,7%), não havendo diferença significativa entre os sexos (67,8% *vs* 55,6%).

Lembra-se que quanto maior o consumo maior tende a ser a dependência pelo fato da nicotina ser uma droga psicoestimulante. A dopamina, a norepinefrina e outros hormônios psicoativos, liberados com o ato de fumar, dão ao tabagista uma sensação prazerosa e tranquilizante. A nicotinodependência, assim como a exposição continuada a outras drogas, leva à neuroadaptação e, conseqüentemente, à necessidade de aumento do consumo para a obtenção do mesmo efeito (ROSEMBERG; ROSEMBERG; MORAES, 2003).

A prevalência de idosos que declararam ter fumado no passado foi de 30,2%, pouco superior ao encontrado no estudo de Saueressig *et al.* (2007). As maiores frequências de ex-fumantes foram observadas entre os homens (51,1%) do que nas mulheres (17,9%), superior à prevalência encontrada em outro estudo realizado na região metropolitana de Belo Horizonte (39,2% *vs.* 14,1%, respectivamente) (PEIXOTO; FIRMO; LIMA-COSTA, 2006). Uma possível hipótese pode ser sugerida para explicar a maior proporção de homens ex-tabagista: provavelmente entre os

idosos do sexo masculino tem-se maior comorbidades que os obrigam a parar de fumar.

Ressalta-se que neste estudo, 61,1% dos idosos nunca fumaram. Assim, apesar das diferenças percentuais nos resultados obtidos em cada uma das categorias, as proporções encontradas nesta investigação e nos estudos referidos guardam a mesma ordem hierárquica.

Neste estudo, constatou-se a exposição precoce ao fumo, confirmando outras investigações (ZAITUNE *et al.*, 2012). Aproximadamente, 74,6% dos entrevistados iniciaram o comportamento tabágico há mais de 10 anos, o que mostra a duração prolongada do consumo de cigarros e a provável maior dependência nicotínica.

Em relação à atividade física, não foi possível confirmar outras pesquisas quanto à associação entre prática de atividade física e sexo. Vários estudos, inclusive internacionais, mostram maior associação entre sedentarismo e idosos do sexo feminino em relação aos homens, tendo como prováveis hipóteses que justifiquem essa diferença os distintos padrões socioculturais e de adesão à prática de esporte (SECLÉN-PALACÍN; JACOBY, 2003; ZAITUNE *et al.*, 2007). Ressalta-se que a pessoa sedentária foi definida neste estudo como aquela que não realizava atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos por semana (BRASIL, 2004).

Apesar de ter englobado pessoas com 15 a 69 anos, ressalta-se que o Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis realizado nas 15 capitais e Distrito Federal em 2002 a 2003, também não demonstrou diferença estatisticamente significativa no padrão característico na frequência de insuficientemente ativos entre os sexos, em sete das dezesseis cidades estudadas, o que incluiu Belo Horizonte (BRASIL, 2004).

Quanto ao tipo de atividade física praticada pelos idosos, observou-se maior aderência à caminhada, corroborando outros estudos (PASKULIN, 2006; ZAITUNE *et al.*, 2007). Isso se deve por ser uma atividade mais acessível e popular e que pode ser praticada em distintas intensidades e em qualquer lugar (GILES-CORTI; DONOVAN, 2003; HALLAL *et al.*, 2003). Além disso, essa modalidade constitui-se em destaque nos programas de incentivo à prática de atividade física e é mais indicada para pessoas com maior idade por ser considerada uma atividade leve ou moderada,

de baixo impacto e que envolve grandes grupos musculares (HALLAL *et al.*, 2003; SALLES-COSTA *et al.*, 2003).

Verificou-se que a hidroginástica foi a segunda modalidade mais praticada, principalmente entre as mulheres. Lembra-se que essa atividade física é muito recomendada para os idosos, por ser de baixo impacto e com menor risco de lesões músculo-esqueléticas e especialmente indicada para aqueles que apresentam doenças osteoarticulares degenerativas (NICHOLAS, 1994).

Quando avaliada a frequência da atividade física, predominou a frequência de duas a três vezes por semana, entre aqueles que praticavam alguma atividade física. Assim, provavelmente a maioria dos idosos estudados não pode ser classificada como pessoa ativa. Com base em recomendações internacionais, o Ministério da Saúde considera a pessoa ativa como aquela que pratica atividade vigorosa em três dias ou mais por semana com duração de 20 minutos ou mais por sessão; ou atividade moderada ou caminhada em cinco dias ou mais por semana de 30 minutos ou mais de duração por sessão; ou qualquer atividade somada (caminhada, moderada ou vigorosa) que resulte numa frequência igual ou maior que cinco dias por semana e com duração igual ou maior que 150 minutos por semana (BRASIL, 2004).

5.4 Fatores associados à qualidade de vida na amostra estudada

Em relação aos possíveis preditores de qualidade de vida, este estudo confirmou a natureza multifatorial do fenômeno em evidência, sendo a qualidade de vida influenciada tanto por fatores sociodemográficos e econômicos quanto clínicos e comportamentais.

No estudo de Sprangers *et al.* (2000) demonstraram a influência de variáveis sociodemográficas e epidemiológicas sobre a qualidade de vida em pessoas com doença crônica. Fatores como idade avançada, sexo feminino, baixo nível de escolaridade, não morar com um parceiro e ter pelo menos uma comorbidade, em geral, relacionaram-se com pior qualidade de vida.

Neste estudo as variáveis que influenciaram a qualidade de vida dos idosos incluíram:

- Depressão e PHQ-total < 3

Neste estudo, constatou-se que o idoso que apresentou escore abaixo de três na escala PHQ-2 teve 12,3 vezes a chance de informar QV boa/satisfeito do que aqueles que obtiveram provável diagnóstico de depressão. Em contrapartida, depressão autorreferida esteve associada negativamente com o desfecho, apresentando 8,6 vezes a chance de relatar QV ruim/insatisfeito de quem não relatou depressão.

Estes resultados mostraram a influência que têm a depressão na qualidade de vida dos idosos, sendo, inclusive, a que apresentou maior OR tanto para o PHQ < 3 (OR=12,3; IC 95% 2,9-41,6) quanto para a depressão autorreferida (OR=8,6; IC 95% 4,4-16,2). Enquanto PHQ < 3, que indica menos provável quadro de depressão, se associou diretamente e de forma significativa ao grupo G5, a depressão autorreferida mostrou-se inversamente associada a esse grupo.

Essa informação é relevante, visto que a depressão geriátrica pode passar despercebida por profissionais de saúde e familiares, sendo provavelmente subtratada. Em adição, seus sintomas debilitantes provocam impacto negativo no decurso da vida, estando associada com o declínio do estado geral de saúde (BRASIL, 2007), o que neste estudo evidenciou baixos escores de QVG.

Outros estudos também evidenciaram correlação inversa entre qualidade de vida e depressão, atuando como fator de vulnerabilidade para baixos escores na qualidade de vida de idosos (ANTUNES *et al.*, 2005; CARNEIRO *et al.*, 2007; FARENZENA *et al.*, 2007; GALLEGOS-CARRILLO *et al.*, 2009; SCOCCO; FANTONI; CAON, 2006).

Segundo Fernandes, Nascimento e Costa (2010), o despreparo profissional em diagnosticar depressão na terceira idade contribui para o baixo índice de reconhecimento de sintomas depressivos, tais como, ansiedade, baixa autoestima, solidão, insônia, desamparo e anedonia e, conseqüente atraso na instituição terapêutica eficaz para a resolução do problema no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Dado o crescente corpo de evidências científicas, depressão vem assumindo papel de destaque entre as comorbidades na velhice. Em contrapartida, os idosos podem ser mais susceptíveis à negação da doença, decorrente de ter crescido em

uma época onde transtorno mental era altamente estigmatizada, visto como um estado vergonhoso ou um sinal de fraqueza mental (SHEERAN *et al.*, 2010).

Estudo realizado por Conte e Souza (2009), com idosos residentes em Santa Catarina, identificaram como principais fatores de risco para a depressão o abandono familiar, sedentarismo, doenças físicas, perdas de entes queridos e fatores econômicos.

Sob a análise de saúde mental da amostra estudada, encontrou-se 19,1% (n=67) de senescentes com prováveis sintomas de depressão, respaldados na aplicação do questionário PHQ-2. Este dado mostra-se inferior a outros estudos realizados por Carvalhais (2005), em Bambuí (38,5%); Fernandes, Nascimento e Costa (2010), em João Pessoa (52%); Leite *et al.* (2006), em Pernambuco (24,02%) e Oliveira, Gomes e Oliveira (2006), na cidade satélite de Brasília, Distrito Federal (31%). Ressalta-se que as discrepâncias entre os percentuais de depressão pode ser atribuída às diferenças metodológicas de avaliação dessa morbidade, influenciadas por fatores como confiabilidade das escalas de mensuração, gravidade da doença, seleção dos indivíduos e condições sociodemográficas de cada região.

A associação encontrada entre sexo e sintomas depressivos é vista em outros estudos (CARVALHAIS, 2005; FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2010), com contexto similar ao desta pesquisa. Estudo realizado por Batistoni, Neri e Cupertino (2010) evidenciou que pessoas do sexo feminino tiveram 2,54 vezes a chance de apresentar sintomatologia depressiva em relação ao sexo masculino.

Uma possível explicação para maiores escores de depressão para o sexo feminino pode ser atribuída à maior chance de admitir e queixar-se de sentimentos depressivos do que os homens idosos, que habitualmente escondem mais seus sentimentos. Além disso, as mulheres alcançam maior longevidade, porém acompanhadas por maior incidência de doenças crônicas incluindo a depressão e, procuram mais frequentemente os serviços de saúde do que os homens.

Um estudo de base populacional (GAZALLE *et al.*, 2004), incluindo indivíduos com 60 anos ou mais residentes na zona urbana da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, encontrou maior média de sintomas depressivos entre o sexo feminino. Tal resultado refuta a opinião de que a depressão é mais diagnosticada em mulheres porque procuram mais os serviços de saúde, uma vez que o referido estudo foi

realizado em domicílios da comunidade, utilizando processo de amostragem em múltiplos estágios. Respalda essa diferença citando Piccinelli e Wilkinson (2000) sob as possíveis explicações: questões socioculturais relacionadas com experiências adversas e atributos psicológicos associados com maior vulnerabilidade a eventos estressantes.

Destaca-se que neste estudo entre os 67 idosos que apresentaram escores sugestivo de depressão, 27 desconhecem estarem com depressão, seja por desconhecimento diagnóstico, seja pela resistência em assumir ser acometido por transtorno mental. Este dado se torna preocupante à medida que diagnóstico tardio implica em pior prognóstico, e, conseqüentemente, afetando negativamente na qualidade de vida desses indivíduos e da família.

Diante do exposto, recomenda-se que todos os idosos sejam avaliados quanto à saúde mental, em busca do diagnóstico de depressão, tendo em vista a sua alta prevalência e a significativa repercussão dela decorrente.

- Diabetes *mellitus*

Idosos que autorreferiram diabetes *mellitus* também tiveram significância estatística, influenciando negativamente nos escores de qualidade de vida e satisfação de saúde (OR 4,2; $p < 0,004$).

Estudo realizado em São Paulo descreveu os fatores associados ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos e encontrou como uma das respostas a referência de não possuir diabetes (JOIA; RUIZ; DONALISIO, 2007).

Desse modo, observa-se que o diabetes por ser uma doença crônica e incapacitante, podendo levar à cegueira, amputação de membros, disfunção renal entre outras complicações propicia as pessoas associarem diabetes com menor qualidade de vida. Até mesmo porque não raro às vezes o diabetes associar-se à conotação de invalidez. Com isso, conseqüentemente, ser possuidor de diabetes pode ser motivo, também, de isolamento e/ou afastamento do convívio social (ALVAREZ, 2001).

Entretanto, esse achado vai de encontro ao estudo realizado por Souza *et al.* (1997), que ao avaliar a qualidade de vida de pessoas diabéticas, mostrou que 66,6% das pessoas que possuíam essa morbidade estavam satisfeitas com a vida e

que o grau de satisfação relacionava-se, sobretudo, ao seu bem-estar físico (54,5%), estabilidade socioeconômica (26%) e bem-estar emocional e espiritual (16,9%). Tal achado foi explicado pela provável adaptabilidade do idoso à sua condição física.

Assim, observa-se como a qualidade de vida depende da interpretação emocional que cada indivíduo faz dos fatos e eventos, estando intimamente relacionada à percepção subjetiva dos acontecimentos e condições de vida. A diminuição da visão ou a neuropatia ocasionada pelo diabetes, pode, por exemplo, não significar o mesmo para dois indivíduos diferentes; a perda funcional tem importância emocional e social diferente para cada indivíduo (XAVIER *et al.*, 2003), o que deve ser compreendido pelo profissional de saúde.

Até mesmo porque muitas limitações decorrentes do envelhecimento são alterações orgânicas e funcionais que podem ser superadas ou adaptadas ao estilo de vida de cada pessoa. Ou seja, a pessoa não necessita da totalidade de sua reserva funcional para viver bem e com qualidade (MARTINS *et al.*, 2007b).

- Sexo masculino

Como era de se esperar, o sexo masculino apresentou maior chance (OR: 6,3; IC 95%: 1,4-29,6; p-valor: 0,008) de ter melhor qualidade de vida e satisfação com a saúde em relação às mulheres. Possíveis razões que podem assinalar para tal realidade citam-se a maior tendência das mulheres serem viúvas, vítimas mais frequentes da violência doméstica, ter menor escolaridade, salário, alimentação, trabalho adequado, menor qualificação profissional, assistência à saúde, heranças, medidas de seguro social e poder político (WHO, 2005) e pior percepção de estado de saúde do que os homens, o que requer maior assistência tanto do Estado quanto dos familiares. Além disso, as mulheres idosas tendem a mostrarem-se mais insatisfeitas do que os homens, considerando-se que a preocupação da mulher com a casa, a aparência e condições do local onde vive é mais evidente (GIL-LACRUZ; LANZUELA; BRAVO, 2005).

Estudos internacionais (CASTELLÓN; PINO, 2003; JAKOBSSON; HALLBERG; WESTERGREN, 2004) e nacionais (BALDUINO; JACOPETTI, 2009; SOUZA; LAUTERT; HILLESHEIN, 2011) também corroboram essas informações, cujos escores de qualidade de vida subjetiva tendem a serem maiores para os homens do que para as

mulheres, talvez porque o envelhecimento seja percebido mais negativamente pelas mulheres. Entretanto, essas são apenas hipóteses que merecem ser melhor exploradas.

Devido ao número mais expressivo de mulheres idosas na população, alguma ação deve ser implementada para favorecer a saúde com qualidade de vida para elas, que têm uma expectativa de vida mais elevada que os homens (ABDALA, 2000).

- Tempo de estudo > 5 anos

Entre as características sociodemográficas, o tempo de estudo maior que cinco anos foi a variável que apresentou maior associação direta e significativa com o grupo G5 (OR=10,5; IC 95% 1,5-76,6).

Entretanto, estudo realizado por Souza, Lautert e Hilleshein (2011) a um grupo de idosos de uma organização não governamental de Porto Alegre não encontraram associação entre anos de estudo e qualidade de vida ($\beta = 0,19$; $p = 0,23$), divergindo do revelado neste estudo.

Ressalta-se que na presente investigação, a diferença entre os níveis de escolaridade entre os sexos foi bem evidenciada, cuja diferença estatisticamente significativa do tempo de estudo segundo o sexo e a faixa etária também pode ser explicada por fatores históricos e sociais. Nesta pesquisa, os homens tiveram mediana de anos estudados maior que as mulheres e foi significativamente maior nos indivíduos mais jovens, quando comparados aos mais velhos, o que possivelmente contribuiu para o sexo masculino ter sido fator preditivo significativo no modelo multivariado.

Ressalta-se que, apesar de correlação inversa significativa entre tempo de estudo e faixa etária, a mesma foi fraca, de -0,214 (teste de correlação de Spearman's-Rho). Entretanto, foi interessante constatar que essa diferença de escolaridade não se deveu à escolaridade das mulheres ser menor do que a dos homens nessas faixas etárias devido a questões culturais do país, visto que não houve diferença da escolaridade entre mulheres mais jovens e mais velhas, mas sim quando comparou-se a escolaridade de homens mais jovens e mais velhos. Dessa

forma, em aspectos gerais, entre os idosos da amostra, os dados parecem refletir as condições da qual vivenciaram em épocas remotas.

Importante ressaltar que, hoje, a maior inserção de mulheres idosas em programas federais de alfabetização em relação aos homens idosos, poderá nas próximas décadas diminuir ou até mesmo inverter esse quadro de desigualdade do nível instrucional entre os sexos.

Mediante ao exposto, esse dado é indicador de alerta para os profissionais de saúde e gestores, visto que foi evidenciado neste estudo baixos níveis educacionais da amostra estudada. A baixa escolaridade compromete o acesso à educação em saúde, estratégia que possibilita a adoção de comportamentos saudáveis e a mobilização social para a melhoria das condições de vida (GEIB, 2012).

Inouye e Pedrazzani (2007) discutem também outro aspecto importante relacionado ao baixo nível instrucional. Para essas autoras, a promoção de recursos de educação e aprendizagem permanente permite minimizar a distância cultural entre as gerações, que podem ocasionar solidão e isolamento social.

Mediante a essa realidade, Silva (2010) destaca a importância de se ater aos aspectos no que se refere à comunicação com essas pessoas, pois é necessário manter uma linguagem acessível mas não infantilizadora que permita o entendimento, principalmente, quando se trata de ações de educação em saúde ou orientações referentes às condutas terapêuticas (ABREU, 2005). Além disso, as novas dimensões relativas ao cotidiano do idoso apresentam exigências cada vez mais imperativas nas práticas da vida moderna (IBGE, 2002).

Dessa forma, a baixa escolaridade, embora uma questão de maior amplitude social e complexa na sua solução em curto e médio prazos, deve ser valorizada, pois afeta de modo significativo esse estrato social. Nesse sentido, dada sua importância, durante a Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento realizada em 2002, foi solicitada à União Europeia e aos Estados-Membros que reconhecessem o fato de que, para muitos idosos, as possibilidades de aprender e de ter acesso a novos conhecimentos são um auxílio precioso para manterem a saúde física e mental, além de possibilitar mantê-las ativas mediante a preservação do nível máximo de autonomia física, psicológica e social. Foi solicitado ainda que reconhecessem a educação como uma maneira de estreitar os laços intergeracionais

e de aumentar a coesão social; por conseguinte, apelou para um maior desenvolvimento dos princípios do envelhecimento ativo nas suas políticas (UNITED NATIONS, 2002).

- Renda familiar $\geq$ R\$1.100,00

Ainda, no presente estudo, evidenciou-se que ter renda familiar $\geq$ R\$1.100,00 influenciou direta e significativamente escores mais altos no grupo G5 (OR=5,1; IC 95% 1,8-19,0). Conforme explicam Yokoyama, Carvalho e Vizzotto (2006), uma condição financeira desfavorável remete à discussão da perda na terceira idade. Isso porque este fato também denota uma dependência de outras pessoas e certa impotência - agora na velhice - de poder recorrer a outros trabalhos ou "bicos" como se pode fazer quando se ainda é jovem. Para alguns autores, dispor de recursos financeiros pode representar a manutenção da autonomia dessas pessoas idosas (PASKULIN *et al.*, 2010).

Além disso, lembra-se que no Brasil muitas pessoas idosas sobrevivem com aposentadorias reduzidas, trabalham para complementar sua renda, a fim de suprir suas necessidades básicas, e ainda, mantém lares multigeracionais (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004b).

Lembra-se que neste estudo houve maior prevalência de idosos com baixo poder aquisitivo, o que pode revelar um reduzido poder de compra que, aliado a necessidades especiais para manutenção da saúde e sobrevivência, pode influenciar na possibilidade de consumo de elementos que, embora importantes, passam a não serem considerados como provedores de qualidade de vida (FARIAS, 2010).

A esse respeito, vale reforçar o fato da pobreza na terceira idade possuir uma dimensão em termos de gênero (UNITED NATIONS, 2002). Essa realidade foi vista no presente estudo, onde mulheres idosas recebiam menores salários em relação aos homens. Dessa forma, a existência de sistemas de segurança social que inclua reformas dignas é particularmente importante para as mulheres, cujas pensões podem ser muito baixas, devido a reduzidos salários e/ou a empregos em tempo parcial, muitas vezes interrompidos por responsabilidades para com a família e por períodos de desemprego (UNITED NATIONS, 2002).

Estudo realizado com idosos de um distrito de saúde de Porto Alegre/Rio Grande do Sul evidenciou que o significado de qualidade de vida esteve associado às condições de adquirir o que necessita, poder realizar o que gosta, não depender dos outros e poder ter uma velhice mais tranquila em função das condições financeiras (PASKULIN *et al.*, 2010).

Dados do IBGE (2009) apontam diferenciais na autopercepção da saúde dos idosos em relação ao rendimento médio mensal familiar *per capita*: os idosos mais pobres (até um salário-mínimo *per capita*) declararam saúde ruim/muito ruim em maior proporção do que os idosos dos estratos de rendimentos mais elevados.

Ainda foram encontrados na literatura outros estudos que avaliaram a associação da qualidade de vida e o nível socioeconômico de idosos. No estudo de Braga *et al.* (2011), o rendimento familiar *per capita* mensal foi de três salários mínimos (93,2%), enquanto no estudo de Pereira *et al.* (2011) cerca de 69,7% dos participantes recebiam valor igual ou menos de um salário mínimo e foram considerados indivíduos com grande risco socioeconômico. Entretanto, na primeira investigação não foi encontrada associação significativa entre renda e qualidade de vida. No presente estudo, evidenciou-se elevada disparidade da distribuição de renda, típica do perfil de uma região metropolitana, auferida como uma tendência à metropolização da pobreza (ROCHA, 2007).

Em contrapartida, Meirelles *et al.* (2010) chamam a atenção que apesar do recurso financeiro favorecer a sobrevivência, não se pode inferir melhor qualidade de vida, em decorrência das limitações e baixo poder de compra da maioria da população idosa, acarretando insatisfação com a vida. Em estudo realizado por Yokoyama, Carvalho e Vizzotto (2006) com moradores idosos de um Centro de Referência do ABC paulista, o indicador financeiro foi o quinto indicador de boa qualidade de vida na percepção dos idosos (6,1% das respostas), ficando atrás dos indicadores Saúde, Estado emocional e Relações interpessoais positivos e Lazer o que indicou que para os idosos ter boa qualidade de vida esteve muito mais relacionado ao bem-estar físico, psíquico e social do que ao conforto material, mesmo apresentando rendimentos considerados baixos, pois a média da renda *per capita* foi de R\$ 646,00 e renda familiar de R\$ 1.033,00.

- Motivo da aposentadoria (por tempo de serviço, invalidez)

Outro achado importante deste estudo diz respeito ao motivo da aposentadoria. Quando o mesmo ocorreu por tempo de serviço (OR=1,7; IC 95% 1,1-5,3), observou-se associação direta e significativamente com o grupo G5, ao passo que o inverso ocorreu quando essa aposentadoria foi devido a invalidez (OR=6,2; IC 95% 1,8-20,9) que provavelmente não consegue garantir uma boa qualidade de vida aos idosos estudados, estando inversamente associado ao grupo G5.

Esse achado vai ao encontro das teorias de que a perda do papel social e o declínio da funcionalidade, que normalmente ocorrem com a aposentadoria, interferem marcadamente na qualidade de vida (PEREIRA, 2002).

Inclusive, Giatti e Barreto (2003) contribuem para a compreensão deste fato ao relatarem que trabalhar é um potente e independente fator preditivo de longevidade. As pessoas que trabalham têm melhores condições de saúde, menor prevalência de sintomas psiquiátricos, de hipertensão arterial e de hábitos de consumo de bebida alcoólica e cigarro.

Portanto, pode-se inferir que conseguir manter-se ativo na sociedade, pelo maior tempo possível, até alcançar tempo para a aposentaria é bem visto pelo idoso, entretanto, quando essa aposentadoria está associada à invalidez tem-se o contrário, até mesmo porque muitas vezes está associada a doenças, deficiências físicas, perda de autonomia que interferem na qualidade de vida do indivíduo.

Estudo realizado por Pereira *et al.* (2006) também evidenciou que ser aposentado se associou significativamente a piores escores de qualidade de vida nos domínios físico e ambiental.

- Andar sem auxílio

Essa variável mostrou-se ser preditora para qualidade de vida nos idosos, havendo maior chance do entrevistado se alocar no grupo G5 (OR 4,1; IC 95% 1,6-10,5).

O conceito de independência pode possivelmente contribuir no entendimento desse preditor. O idoso pode considerar que a capacidade de deambular sem auxílio

denota maior qualidade de vida, na medida em que o possibilitará maior tomada de decisões.

Essa argumentação é corroborada em parte pelo estudo realizado com idosos canadenses sobre o que constituiria a qualidade de vida, utilizando uma abordagem tanto qualitativa como quantitativa (FRY, 2000). Nessa investigação, os idosos enfatizaram que a qualidade de vida associa-se principalmente, com a possibilidade de controle sobre a tomada de decisões, tanto em nível individual como coletivo, indo de encontro à ideia de que a maioria dos idosos é frágil, vulnerável e confusa, e que deseja delegar para outros seu poder de decidir sobre sua saúde e bem-estar. Entretanto, em outra perspectiva, considerando as diferenças socioeconômicas e culturais existente entre os países em questão, Paskulin *et al.* (2010) alertam a possibilidade de que a maior independência entre idosos brasileiros deve-se ao fato dos mesmos precisarem ainda de se preocuparem com suas necessidades básicas não atendidas, o que demanda maior necessidade de grau de independência.

- Atividade física

Em relação à prática de atividade física, constatou-se que a mesma influenciou diretamente e de forma significativa o grupo G5, e, portanto, correspondendo a outro possível fator protetor para a qualidade de vida dos idosos entrevistados (OR=10,9; IC 95% 1,5-84,9).

Outros estudos também observaram o efeito da atividade física na qualidade de vida, como por exemplo, o estudo experimental realizado por Antunes *et al.* (2005) com idosos do sexo masculino, que avaliou o efeito de um programa de exercício aeróbico regular sobre os escores de depressão, ansiedade e qualidade de vida. Os resultados confirmaram as evidências científicas ao concluírem que a prática de atividade física foi capaz de reduzir os escores de depressão e ansiedade e aumentar o escore de qualidade de vida, promovendo a adoção de melhor hábito de estilo de vida.

Neri (2007) contribui com essa discussão e relata que a atividade física quando praticada regularmente empresta significado e satisfação à existência, quer pelo compromisso e responsabilidade social nela implícitos, quer pela oportunidade de manter convívio social, principalmente entre idosos.

Considerando que a maioria das teorias de ajustamento ao envelhecimento defende que o bem-estar emocional é, em parte, resultado da interação social e da força do vínculo social (NERI, 2007), o maior escore obtido neste estudo para o domínio Relações sociais pode ter sido influenciado e melhor percebido pelos idosos que mantinham alguma prática de atividade física. Lembra-se que conforme mostrado na TAB. 21, o domínio Meio ambiente apresentou associação significativa apenas com o domínio Relações sociais ($p < 0,001$).

Apesar de ser consensual o fato da atividade física poder intervir de forma diferenciada nos vários domínios da qualidade de vida em idosos (BROWN; FRIEDKIN; INOUE, 2004; KOLTYN, 2001), atuando como fator preditivo de envelhecimento saudável (LIMA-COSTA *et al.*, 2009), neste estudo, houve predomínio de sedentarismo, sendo que a literatura confirma esse dado, com prevalência de até 79,5% em algumas publicações (LIMA-COSTA *et al.*, 2001; ZAITUNE *et al.*, 2007).

Dessa forma, os elevados percentuais de inatividade física aludem para deficiência de programas governamentais preventivos, direcionados à estimulação de prática de atividade física na população (LIMA-COSTA *et al.*, 2009). Frente a essa realidade, um processo de intervenção no sentido de aumentar o nível de atividade física dos idosos menos ativos parece relevante. Para tanto, políticas públicas necessitam estimular a organização de áreas fisicamente apropriadas e seguras para caminhadas ou exercícios adaptados e apoiar atividades comunitárias culturalmente apropriadas que incentivem a atividade física e que sejam organizadas e lideradas pelos próprios idosos (GOMES; PANIZZA, 2007).

Particularmente, na Saúde da Família tem-se expandido as práticas de atividade física nos grupos socioeducativos e de convivência o que pode representar uma estratégia eficaz de Política Pública de promoção de um estilo de vida ativo. Estudo verificou que, para ser fisicamente ativo, o convívio social e a integração em grupos são um forte indicador (STAHL *et al.*, 2001).

Além disso, tão importante quanto a disponibilidade é a divulgação desses na comunidade para que as pessoas tenham o direito de optar entre participar ou não daquilo que sua localidade oferece em termos de recursos e atividades (INOUE; PEDRAZZANI, 2007).

- Consumo de bebida alcoólica

Ainda observou-se que o consumo de bebida alcoólica reduziu de forma significativa a chance de se ter baixos escores na QVG e, portanto, pertencer ao grupo G5 (OR=1,2; IC 95% 1,1-1,2), ao contrário do hábito de fumar que não apresentou associação na análise univariada não entrando no modelo multivariado. Uma possível explicação pode ser o emprego do instrumento AUDIT-C para rastreamento do alcoolismo ter aumentado as chances de obter prevalências mais próximas da realidade.

Tal realidade pode decorrer do predomínio de baixa a moderada ingestão alcoólica na amostra estudada quando comparado ao consumo excessivo dessa substância. A literatura indica que o consumo moderado de bebida alcoólica é fator de proteção para mortalidade por todas as causas, principalmente por seu efeito redutor sobre as doenças cardiovasculares (FARCHI *et al.*, 2000; MOREIRA *et al.*, 1996).

Apesar de a variável AUDIT-C ter entrado no modelo multivariado, não manteve significância estatística neste estudo. Cabe ressaltar que o uso abusivo de bebida alcoólica reduz o bem-estar em idosos (COUTINHO, 1992), o que pode associar-se de forma significativa com pior qualidade de vida e de saúde. Esta aparente incongruência pode ser atribuída pela própria característica da amostra estudada, somado ao reduzido número de idosos que integraram o grupo extremo G6 (n=20) e a tendência de se ter nos estudos prevalência subestimada para o alcoolismo.

- Domínios do WHOQOL-bref e QVG

Quanto aos domínios do WHOQOL-bref, ambos estiveram relacionados positivamente com qualidade de vida e satisfação com a saúde, sendo o domínio Físico e Psicológico aqueles que apresentaram menores odds ratio e Relações sociais e Meio ambiente os maiores.

Estudo realizado em um município de porte médio do interior paulista ao procurar conhecer a opinião das pessoas idosas sobre o que é qualidade de vida, por meio de uma pergunta aberta sobre estilo e qualidade de vida também evidenciou a

preservação dos relacionamentos interpessoais (49%) como a principal definição de qualidade de vida para esse segmento populacional (VECCHIA *et al.*, 2005).

De igual modo, outros estudos apontam as relações pessoais como importante aspecto para manter a autonomia e condições de vida dos idosos, relacionando-o não somente a receber ajuda, mas também ao idoso sentir-se útil, auxiliando aos que necessitam (MENDES *et al.*, 2005).

Estudo de Pereira *et al.* (2006) também evidenciou a importância do Meio ambiente na qualidade de vida do idoso, sendo o segundo domínio que maior influenciou na qualidade de vida geral.

A esse respeito, a OMS (2002) alerta para o fato de se manter um ambiente físico em que o idoso está inserido seguro, pois o mesmo pode determinar a dependência ou não do indivíduo. É mais provável encontrar um idoso cujo ambiente seguro permita-o ser física e socialmente ativo, ou seja, possibilitá-lo ir andando com segurança à casa de seus vizinhos, ao parque, à igreja ou tomar o transporte local. Já os 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.

Por fim, importante destacar que os resultados deste estudo corroborou a subjetividade do constructo qualidade de vida, que evidencia o bem-estar ser influenciado por múltiplos fatores que não se limitam pelo tempo, condição socioeconômica, cultural e saúde (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003).

Acredita-se que os dados aqui presentes não se devam resumir a apenas à significância estatística, mas sim à relevância clínica de se diagnosticar a qualidade de vida como uma possibilidade de intervir no *continuum* de vida por meio da execução de um planejamento estratégico baseado nas variáveis que influenciam negativamente sua qualidade de vida.

Conclusões



*Deus entregou aos velhos um grande benefício em
lugar da memória - a prudência obtida pelo uso das coisas
e um juízo mais agudo e eficaz.*

Juan Luis Vives, Tratado da Alma 99

6 CONCLUSÕES

O perfil dos idosos caracterizou-se como a maioria do sexo feminino, proveniente do interior de Minas Gerais, casado, católico, com baixo nível instrucional. A idade mediana variou de 64,4 a 75,1 anos, com faixa etária predominante de 60 a 64 anos.

Verificou-se que 21,0% dos idosos trabalhavam atualmente, 73,7% eram aposentados, 27,3% possuíam renda igual ou inferior a um salário mínimo e 9,2% não possuíam fonte de renda própria.

Em relação à moradia, 83,1% dos entrevistados referiram possuir casa própria, apresentando condições de saneamento básico adequadas.

Sobre o arranjo domiciliar, verificou-se que 17,1% dos idosos moravam sozinhos e 77,7% não necessitavam da presença de um cuidador.

Quase a totalidade dos idosos (92,3%) relatou algum problema de saúde, prevalecendo HAS (75,4%), DM (24,0%) e doenças osteoarticulares (20,7%).

Constatou-se ainda que 89,5% dos idosos faziam uso de pelo menos um medicamento, destacando-se os anti-hipertensivos (63,4%) e diuréticos (28,4%).

Quanto ao teste de mobilidade, 96,2% dos idosos não necessitavam de auxílio para deambular, apenas 1,3% não conseguiam subir escadas e 2,0% necessitavam de próteses para auxiliar na mobilidade.

Verificou-se que 19,2% dos indivíduos relataram fazer uso de bebida alcoólica, 8,7% fumam atualmente e 30,2% são ex-tabagistas. Em relação à prática de atividade física, tem-se que 69,6% dos idosos eram sedentários.

Quando analisado os dados obtidos do instrumento WHOQOL-bref, verificou-se que 56,3% dos idosos percebiam a sua qualidade de vida como boa ou muito boa e 52,4% encontravam-se satisfeitos com a sua saúde. Constatou-se que 50,0% dos idosos tiveram uma QVG abaixo de 60,6. A mediana do escore QVG foi significativamente maior em relação aos domínios Físico, Psicológico e Meio ambiente e menor quando comparado ao domínio Relações sociais.

As variáveis sexo masculino, tempo de estudo > cinco anos, renda familiar $\geq$ R\$1.100,00, aposentadoria por tempo de serviço, PHQ-total < 3, andar sem auxílio de acessório, consumo de bebida alcoólica, atividade física e domínios do WHOQOL-

bref e QVG foram fatores preditivos independente e significativo com QV boa/satisfeito (grupo G5). Aposentadoria por invalidez, diabetes *mellitus* e depressão estiveram inversamente associadas ao grupo G5.

A análise da curva ROC indicou o valor crítico 60 como o melhor ponto de corte para avaliação da percepção de qualidade de vida e satisfação com a saúde. O teste com ponto de corte da QVG < 60 teve ótima sensibilidade e valor preditivo negativo, para o rastreamento de idosos que possam ter QV ruim/insatisfeito, ao passo que para o diagnóstico de indivíduos com QV boa/satisfeito, o teste com ponto de corte da QVG ≥ 60 foi modesto, com sensibilidade moderada.

Considerações finais



... nós envelheceremos um dia, se tivermos este privilégio. Olhemos, portanto, para as pessoas idosas como nós seremos no futuro. Reconheçamos que as pessoas idosas são únicas, com necessidades e talentos e capacidades individuais, e não um grupo homogêneo por causa da idade.

Kofi Annan (ex-secretário-geral da ONU)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados do último censo brasileiro confirmam o envelhecimento populacional. Entretanto, a transição demográfica e epidemiológica não foi acompanhada de melhorias nas condições socioeconômicas e de assistência à saúde da população. O idoso vivencia muitas dificuldades, tangenciando as questões peculiares ao suporte social inadequado até o insuficiente atendimento à saúde.

Atingir a maior longevidade associada à qualidade de vida satisfatória constitui-se, na atualidade, um dos maiores desafios relacionado às políticas públicas, com aumento da alocação de recursos para o atendimento às demandas socioeconômicas e sanitárias (JOIA; RUIZ; DONALISIO, 2007; WONG; CARVALHO, 2006).

O conceito subjetivo de qualidade de vida está relacionado às particularidades individuais e às diferenças socioculturais. O escólio literal da avaliação da qualidade de vida perpassa as infinitas percepções da própria vida, sugerindo uma autoavaliação do ser consigo mesmo, com o outro e com todos inseridos dentro de uma estrutura organizacional. Também deve-se atentar-se para o fato de que a avaliação da qualidade de vida não pode restringir-se à avaliação única de um momento específico da vida.

A burocracia da aposentadoria, as dificuldades financeiras, os problemas com o atendimento de saúde, morte de amigos e familiares e a discriminação social tornam a pessoa idosa cada vez mais susceptível ao estresse e à depressão. Talvez estes problemas estejam na origem da alta prevalência de depressão encontrada nesta população.

Para os idosos, os agentes estressores podem ser os mais variados, como a aposentadoria, a morte de entes queridos, mudanças de papéis sociais, entre outros. No entanto, a forma como o idoso percebe estes estressores é um dos principais determinantes de como ele é afetado pelo estresse. Desta forma, investigar apenas os fatores estressantes na vida do idoso pode não ser uma boa medida para saber o quanto ele é afetado por este.

Na realidade, o importante é viver cada dia com muita intensidade, mesmo que existam limites físicos, sociais e econômicos. Morrer é parte da existência

humana e assumir o envelhecimento é um posicionamento pessoal. A senilidade deve ser vista como um ciclo vital de completude, acenada por diferentes modo de viver, sofrer, enfrentar a vida e resistir.

A apropriação das percepções de qualidade de vida do idoso pode ser interpretada de forma distinta, de acordo com o campo estrutural e multidimensional desse processo. Desenvolver conceitos de qualidade de vida trazidos pelos idosos e contrapostos com suas percepções de forma dialógica permite fundamentar as concepções de um novo modelo de cuidado dispensado à terceira idade.

A qualidade de vida não pode ser vista apenas sob a ótica das demandas e dos requisitos da sociedade, sob o risco de manter o idoso como agente passivo do sistema social, sendo compelido a abandonar o mercado de trabalho, com redução de sua renda, prestígio e *status*.

Mediante o exposto, fica a expectativa que esse trabalho tenha despertado o interesse de desenvolvimento de novos planos de estudos no ensejo de estimular o nascimento de uma consciência crítica que garanta a defesa dos direitos de um envelhecimento ativo.

Esforços sistemáticos devem ser mobilizados na intenção de melhorias das condições de vida e saúde dos idosos, tanto no âmbito comunitário quanto individual. Talvez o insucesso de planos bem intencionados seja advindo da desconsideração da categoria dentro de um sistema multidimensional, que sofre e reflete em sua qualidade de vida todas as privações e limitações imputadas a esse segmento populacional.

Embora este estudo tenha considerado as duas extremidades de qualidade de vida (ruim e boa), ambas se complementam e são igualmente importantes.

Na experiência profissional das pesquisadoras observou-se maior esforço no controle e monitoramento da doença, em especial nas pessoas idosas, onde as manifestações clínicas patológicas são mais acentuadas. Indubitavelmente, a apreensão dos dados relatados nesta pesquisa possibilita repensar a prática do cuidado e de atenção e de gestão, centradas nas pessoas e famílias que muitas vezes encontram-se em condições crônicas de saúde. Ressalta-se que este estudo desconsiderou as repercussões e enfrentamentos que os idosos vivenciam no seu cotidiano, o que suscita novos estudos.

Esta pesquisa pode subsidiar o planejamento e ações das equipes de Saúde da Família, tendo em vista o conhecimento das características socioeconômicas, demográficas, clínicas e comportamentais dos idosos como referência, atuando no conjunto de variáveis que influenciam negativamente na qualidade de vida dos idosos e potencializando aquelas que melhoram as condições de vida e de saúde das pessoas. Atenção especial deve ser dada aos fatores potencialmente modificáveis que aludem piores escores, sendo capaz de provocar impacto em direção a um processo de envelhecimento ativo. Apesar da presença de condições desfavoráveis à saúde é possível experienciar boa qualidade de vida entre indivíduos da terceira idade.

Ademais, a preocupação que circunscreve o envelhecimento populacional suscita a necessidade de fóruns de discussão sobre a formação de uma rede de apoio que eleve e mantenha bons níveis de qualidade de vida dos idosos em um contexto multidimensional, focando a saúde física, psicológica, social, meio ambiente, independência e espiritualidade.

A premissa maior deverá ser pautada na percepção subjetiva de cada indivíduo, de acordo com o grupo etário, elaborando coletivamente a construção de uma meta no curso da vida, desmistificando os preconceitos que envolvem o envelhecer como um *continuum* dos processos naturais, e tomando para si a vida como uma jornada a ser vencida e não simplesmente como um fim.

São instigantes os resultados deste estudo se considerar que os números apontam de forma implícita a qualidade de vida estando sob os efeitos de desigualdades sociais na saúde e a vulnerabilidade dos segmentos com piores condições socioeconômicas, o que pode potencialmente desencadear o sofrimento nessa população. A incursão no debate entre qualidade de vida e sofrimento, propondo interessante contraponto do resgate subjetivo do idoso, trará um potencial normativo a ser clarificado nos diversos domínios, componente indissociável de uma concepção natural de bem-estar.

Talvez a conexão da QV/satisfação esteja implicada no desenvolvimento patológico das estruturas sociais, intensificadas no aviltamento de considerar o idoso como um indivíduo incapaz e improdutivo, tornando-o desqualificado para a sociedade. Por fim, torna-se prudente que o delineamento de programas ao idoso

esteja centrado na proteção dessas estruturas sociais, arraigadas na perspectiva ascendente das práticas intersubjetivas do mundo moderno.

Por fim, devem ser consideradas algumas limitações deste trabalho científico: a inexistência de estudos nacionais e internacionais para pontos de corte específicos na avaliação da qualidade de vida, impossibilitando estabelecer comparações com outras investigações e a amostragem intencional não probabilística. Outra lacuna refere-se ao menor número de participantes enquadrados no grupo QV ruim/insatisfeito.

Apesar das dificuldades, acredita-se ter suscitado alguns questionamentos e expectativa de adoção do ponto de corte para o instrumento WHOQOL-bref, baseados na criação de dois grupos extremos e simultâneos. Cabem demais estudos investigarem diferentes pontos de corte na discriminação de melhor ou pior qualidade de vida entre os idosos. Posteriormente, pesquisas complementares extendendo a outros grupos etários poderão também identificar e contrastar a existência de eventuais alterações nos valores críticos, segundo sua percepção da qualidade de vida e do estado geral de saúde.

Fala, Amendoeira

Conversa entre um homem e uma velha árvore que começava a "outonear". Outono é um tempo em que as folhas começam a cair! Na sua sabedoria, ela diz ao homem, com quem está dialogando e que também está "outoneando": "quero apenas que te outonizes com paciência e doçura. As folhas caem, é certo, e os cabelos também, mas há alguma coisa de gracioso em tudo isso: parábolas, ritmos, tons suaves. Outoniza-te com dignidade, meu velho".

Carlos Drummond de Andrade

Referências



*Não importa se a estação do ano muda... se o século vira,
se o milênio é outro. Se a idade aumenta... Conserva a
vontade de viver, não se chega a parte alguma sem ela.*
Fernando Pessoa

REFERÊNCIAS

- AALTO, M. *et al.* The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and its derivatives in screening for heavy drinking among the elderly. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, Chichester, v. 26, n. 9, p. 881-885, sept. 2011.
- ABDALA, G. A. Estudantes do curso técnico em enfermagem e saúde do idoso. **Nursing**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 31-34, out. 2000.
- ABREU, I. S. **Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise no município de Guarapuava-PR.** 2005. 88 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- ALBUQUERQUE, S. M. R. L. de. **Envelhecimento ativo: desafio dos serviços de saúde para a melhoria da qualidade de vida dos idosos.** 2005. 233 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- ALEY, L. P. V. **Qualidade de vida de idosos diabéticos tipo 2, usuários de um ambulatório de hospital escola.** 2007. 150 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- ALMEIDA FILHO, N. de *et al.* Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). **Revista Associação Brasileira de Psiquiatria - Asociación Psiquiátrica de la America Latina**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 93-104, jul./set. 1992.
- ALVAREZ, A. M. **Tendo que cuidar: a vivência do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar.** 2001. 183 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.
- ALVAREZ, A. M.; GONÇALVES, L. H. T. Tendo que cuidar: a vivência do idoso e da família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 205-207, maio/ago. 2001.
- ALVES, L. C.; RODRIGUES, R. N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 17, n. 5-6, p. 333-341, 2005.
- AMARAL, A. C. S. *et al.* Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1617-1626, nov./dez. 2004.

ANTUNES, H. K. *et al.* Depression, anxiety and quality of life scores in seniors after an endurance exercise program. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 266-271, dec. 2005.

ARAÚJO, C. D. S. F. Aspectos religiosos do idoso. In: PETROIANO, A.; PIMENTA, L. G. **Clínica e cirurgia geriátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1999. cap. 2, p. 8-9.

ASSIS, D. F. F. de; CASTRO, N. T. de. Alcoolismo feminino: início de beber alcoólico e busca por tratamento. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 358-370, ago./dez. 2010.

AUCELLA, F. Epidemiologic and clinical challenges of geriatric nephrology. **Journal of Nephrology**, Milano, v. 23, p. S1-S4, sept./oct. 2010. *Supplementum* 15.

BALDUINO, É.; JACOPETTI, S. R. Levantamento da qualidade de vida de um grupo de idosos. **Boletim de Enfermagem**, Paraná, ano 3, v. 2, p. 31-47, 2009.

BARBOT-COLDEVIN, J. Desigualdades baseadas en el género: la adulta mayor y su mayor vulnerabilidad. In: ENCUENTRO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO SOBRE LAS PERSONAS DE EDAD, 1999, Santiago. **Anais...** Santiago: CELADE, 2000. p. 257-270. (Seminarios y Conferencias - CEPAL, 2).

BATISTA, L. K. C. *et al.* Manuseio da doença renal crônica em pacientes com hipertensão e diabetes. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 8-13, jun. 2005.

BATISTONI, S. S. T.; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. F. B. Medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1137-1143, dez. 2010.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. **O Distrito Sanitário Noroeste**. 2007. Disponível em: <<http://portal2.pbh.gov.br>>. Acesso em: 20 jun. 2007.

_____. SCOMPS. Secretaria Municipal de Saúde. PRODABEL. **Censo BH Social: consolidado das famílias - indivíduos cadastrados por município**. 2009. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh>>. Acesso em: 20 jun. 2010.

_____. Prefeitura de Belo Horizonte. **Distrito Sanitário Noroeste**. 2010a. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh>>. Acesso em: 18 set. 2010.

_____. SCOMPS. Secretaria Municipal de Saúde. PRODABEL. **Censo BH Social: consolidado das famílias - indivíduos cadastrados por município**. 2010b. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh>>. Acesso em: 20 jun. 2010.

BEPPLER, P. E. **Teorias explicativas para o alcoolismo entre mulheres exusuárias de álcool frequentadoras de um grupo de autoajuda da Grande Florianópolis**. 2006. 70 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Título de Psicólogo) - Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2006.

BERQUÓ, E. *et al.* Arranjos familiares não-canônicos no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 7., 1990. **Anais...** São Paulo: ABEP, 1990. v. 1, p. 99-136.

BITTENCOURT, Z. Z. L. C.; HOEHNE, E. L. Qualidade de vida de familiares de pessoas surdas atendidas em um centro de reabilitação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1235-1239, jul./ago. 2009.

BRADLEY, K. A. *et al.* AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in Primary Care. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, Oxford, v. 31, n. 7, p. 1208-1217, July 2007.

BRAGA, M. C. P. *et al.* Qualidade de vida medida pelo WHOQOL-bref: estudo com idosos residentes em Juiz de Fora/MG. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 14, n. 1, p. 93-100, jan./mar. 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. **Lei n. 8.842**, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 1994.

_____. Decreto n. 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 3 jul. 1996a. Seção 1. p. 12277.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, ano V, n. 2, abr./jun. 1996b. Suplemento 3.

_____. Portaria n. 1.395, de 9 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 dez. 1999. Seção 1. n. 237-E, p.20-24.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 128 p.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 70 p. (Série E. Legislação de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA, 2004. 186 p.

BRASIL. **Portaria n. 399/GM** de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. **Portaria n. 2.528**, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, 4).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, 19).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, 8).

_____. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2007**. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 Estados brasileiros e no Distrito Federal em 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. 135 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, 12).

BREGMAN, R. Prevenção da progressão da doença renal crônica (DRC). **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 11-14, ago. 2004. Suplemento 1.

BROWN, C. J.; FRIEDKIN, R. J.; INOUE, S. K. Prevalence and outcomes of low mobility in hospitalized older patients. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 52, n. 8, p. 1263-1270, aug. 2004.

BRYMAN, A.; CRAMER, D. **Análise de dados em Ciências Sociais**: introdução às técnicas utilizando o SPSS. Oeiras: Celta, 1992. 365 p.

BULLA, L. C.; KAEFER, C. O. Trabalho e aposentadoria: as repercussões sociais na vida do idoso aposentado. **Revista Virtual Textos e Contextos**, Porto Alegre, PUCRS, ano 2, n. 2, p. 1-8, dez. 2003.

BUSH, K. *et al.* The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 158, n. 16, p. 1789-1795, sept. 1998.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, jun. 2003.

CAMARANO, A. A. (Org.). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1999. 382 p.

_____. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. Rio de Janeiro: IPEA, 2002. 26 p. (Texto para Discussão, 858).

_____. *et al.* **Como vai o idoso brasileiro?** Rio de Janeiro: IPEA, 1999. 57 p. (Texto para Discussão, 681).

_____. *et al.* **Idosos brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas**. Brasília: Presidência da República, 2005. 144 p.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004a. cap. 1, p. 25-73.

_____. Quão além dos 60 poderão viver os idosos brasileiros? In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004b. cap. 2, p. 77-105.

CAMPOLIM, S. Mais velhos e suscetíveis. **Revista Pesquisa Médica**, São Paulo, n. 9, p. 9-13, jan./mar. 2009.

CANAVARRO, M. C. *et al.* **Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida na infecção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV; WHOQOL-HIV-BREF) para português de Portugal: apresentação de um projecto**. 2005. 11 p. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/Modules/WebC_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=95>. Acesso em: 21 jul. 2012.

CARBONI, R. Carga pesada. **Revista Pesquisa Médica**, São Paulo, n. 9, p. 42-51, jan./mar. 2009.

CARNEIRO, R. S. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 229-237, 2007.

CARVALHAIS, S. M. M. **Estudo epidemiológico e antropológico sobre sintomas depressivos em idosos vivendo em comunidade:** Projeto Bambuí. 2005. 61 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Centro de Pesquisa René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2005.

CARVALHO, J. A. M. de; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, maio/jun. 2003.

CASTELLÓN, A.; PINO, S. del. Calidad de vida en la atención al mayor. **Revista Multidisciplinar de Gerontología**, Espanha, v. 13, n. 3, p. 188-192, 2003.

CESAR, B. A. L. Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades. Resultados preliminares. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 3, p. 208-211, 2006.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184-200, abr. 1997.

CHEN, Y. F.; DEWEY, M. E.; AVERY, A. J. Self-reported medication use for older people in England and Wales. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, Oxford, v. 26, n. 2, p. 129-140, apr. 2001.

CHEUNG, K. L.; SOMAN, S.; TAMURA, M. K. Special considerations in the management of chronic kidney disease in the elderly. **Dialysis & Transplantation**, United States, v. 40, n. 6, p. 241-243, june 2011.

COELHO FILHO, J. M.; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 445-453, out. 1999.

CONSELHO ESTADUAL DO IDOSO - RIO GRANDE DO SUL/CEI-RS. **Os idosos do Rio Grande do Sul:** estudo multidimensional de suas condições de vida. Relatório de Pesquisa. Porto Alegre: CEI, 1997. 124 p.

CONTE, L. B. D.; SOUZA, L. N. A. de. Perfil epidemiológico do envelhecer com depressão. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 214-219, jul./set. 2009.

COSTA, M. F. B. N. A. da; CIOSAK, S. I. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 437-444, jun. 2010.

COUTINHO, E. S. F. Alcoolismo e problemas relacionados: dificuldades na implementação de estudos de prevalência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 22-29, jan./mar. 1992.

DANILOW, M. Z. *et al.* Perfil epidemiológico, sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 9-16, jan./mar. 2007.

DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 532-538, jul./ago. 2003.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice**: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: EDUSP/FAPESP, 1999. 266 p.

DEL DUCA, G. F.; SILVA, M. C. da; HALLAL, P. C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 796-805, out. 2009.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS/DATASUS. **Produção ambulatorial**. 2012. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/siasih/siasih.php>>. Acesso em: 20 out. 2012.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: _____ *et al.* (Org.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: EDUEM, 2002. cap. 1, p. 11-14.

EVANS, J. G. Quality of life assessments and elderly people. In: HOPKINS, A. (Ed.). **Measures of the quality of life and the uses to which such measures may be put**. London: Royal College of Physicians of London, 1992. cap. 9, p. 107-116.

FARCHI, G. *et al.* Alcohol and survival in the Italian rural cohorts of the Seven Countries Study. **International Journal of Epidemiology**, London, v. 29, n. 4, p. 667-671, aug. 2000.

FARENZENA, W. P. *et al.* Qualidade de vida em um grupo de idosos de Veranópolis. **Revista Kairós**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 225-243, dez. 2007.

FARIAS, R. G. **Qualidade de vida e envelhecimento ativo em idosos mais idosos residentes na comunidade**. 2010. 195 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2010.

FARQUHAR, M. Definitions of quality of life: a taxonomy. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 22, n. 3, p. 502-508, sept. 1995.

FERNANDES, M. G. M.; NASCIMENTO, N. F. S.; COSTA, K. N. F. M. Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 19-27, jan./mar. 2010.

FERRAZ, E. V. A. P. *et al.* Adaptação de questionário de avaliação da qualidade de vida para aplicação em portadores de catarata. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v. 65, n. 3, p. 293-298, maio/jun. 2002.

FIEDLER, M. M.; PERES, K. G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 409-415, fev. 2008.

FIGLIE, N. B. *et al.* The frequency of smoking and problem drinking among general hospital inpatients in Brazil - using the AUDIT and Fagerström questionnaires. **Sao Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 118, n. 5, p. 139-143, sept. 2000.

FIGUEIREDO, N. M. A. de; TONINI, T. (Org.). **Gerontologia: atuação da Enfermagem no processo de envelhecimento**. São Caetano do Sul: Yendis, 2006. 358 p.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

_____ *et al.* Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 19-28, jan./mar. 1999.

_____ *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, abr. 2000.

_____ *et al.* **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 228 p.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 793-799, dez. 2003.

FLORIANO, P. J.; DALGALARRONDO, P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 3, p. 162-170, 2007.

FORTIN, M. F.; DUCHARME, F. Os estudos de tipo correlacional. In: FORTIN, M. F. (Org.). **O processo de investigação: da concepção à realização**. 3. ed. Loures: Lusociência, 2003. cap. 13, p. 173-182.

FRANK, D. *et al.* Effectiveness of the AUDIT-C as a screening test for alcohol misuse in three race/ethnic groups. **Journal of General Internal Medicine**, Secaucus, v. 23, n. 6, p. 781-787, june 2008.

FRIED, L. P.; WALLACE, R. B. The complexity of chronic illness in the elderly: from clinic to community. In: WALLACE, R. B.; WOOLSON, R. F. (Ed.). **The epidemiologic study of the elderly**. New York: Oxford University Press, 1992. p. 10-19.

FRY, P. S. Whose quality of life is it anyway? Why not ask seniors to tell us about it? **International Journal of Aging & Human Development**, Amityville Ny, v. 50, n. 4, p. 361-383, 2000.

GABRIEL, Z.; BOWLING, A. Quality of life from the perspectives of older people. **Ageing & Society**, United Kingdom, v. 24, n. 5, p. 675-691, 2004.

GAMPEL, D.; KARSCH, U. M.; FERREIRA, L. P. Percepção de voz e qualidade de vida em idosos professores e não professores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2907-2916, set. 2010.

GARCIA, M. A. A.; RODRIGUES, M. G.; BOREGA, R. S. O envelhecimento e a saúde. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 11, n. 3, p. 221-231, set./dez. 2002.

GASPAR, J. *et al.* Qualidade de vida de mulheres vivendo com o HIV/aids de um município do interior paulista. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 230-236, mar. 2011.

GAZALLE, F. K. *et al.* Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 365-371, jun. 2004.

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 123-133, jan. 2012.

GIACOMIN, K. C. *et al.* Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 80-91, jan./fev. 2005.

GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 759-771, maio/jun. 2003.

GILES-CORTI, B.; DONOVAN, R. J. Relative influences of individual, social environmental, and physical environmental correlates of walking. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 93, n. 9, p. 1583-1589, sept. 2003.

GIL-LACRUZ, M.; LANZUELA, Y. G.; BRAVO, S. M. Tendencias diferenciales de la percepción epidemiológica em función del género. **Revista AGATHOS, Atención Sociosanitaria y Bienestar**, Barcelona, v. 5, n. 1, p. 16-23, mar. 2005.

GOMES, G. A. O.; PANIZZA, R. M. Envelhecimento populacional: nova demanda de atuação da educação física na Saúde Coletiva. In: VILARTA, R. (Org.). **Saúde Coletiva & Atividade Física: conceitos e aplicações** dirigidos à graduação em Educação Física. Campinas: IPES Editorial, 2007. cap. 21, p. 155-161.

GUSMÃO, J. L. de. A qualidade de vida da pessoa com hipertensão arterial. In: PIERIN, A. M. G. (Coord.). **Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar**. São Paulo: Manole, 2004. cap. 15, p. 263-274.

HALLAL, P. C. *et al.* Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Hagerstown, v. 35, n. 11, p. 1894-1900, nov. 2003.

HALVORSRUD, L. *et al.* Quality of life in older Norwegian adults living at home: a cross-sectional survey. **Journal of Research in Nursing**, London, v. 17, n. 1, p. 12-29, oct. 2010.

HOYER, W. J.; ROODIN, P. A. **Adult development and aging**. 5th. ed. New York: McGraw-Hill, 2003.

HULSE, G. K. Alcohol, drugs and much more in later life. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, p. 34-41, apr. 2002. *Supplementum* 1.

HWANG, H. F. *et al.* Suitability of the WHOQOL-bref for community-dwelling older people in Taiwan. **Age and Ageing**, Oxford, v. 32, n. 6, p. 593-600, nov. 2003.

INOUE, K.; PEDRAZZANI, E. S. Nível de instrução, status socioeconômico e avaliação de algumas dimensões da qualidade de vida de octogenários. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. especial, set./out. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/IBGE. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. 97 p. (Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, 9).

_____. **Estatísticas do século XX**. Rio de Janeiro: IBGE, 2006. 557 p.

_____. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050: revisão 2008**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008a. 93 p. (Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, 24).

_____. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2008**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008b. 280 p. (Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, 23).

_____. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. 152 p. (Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, 25).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/IBGE. **Características da população e dos domicílios:** resultados do universo do Censo Demográfico 2010. Tabela 1.1.1. População residente, por situação do domicílio e sexo, segundo os grupos de idade - Brasil - 2010. 2010a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/caracteristicas_da_populacao_tab_uf_zip_ods.shtm>. Acesso em: 22 jul. 2012.

_____. **Características da população e dos domicílios:** resultados do universo do Censo Demográfico 2010. Tabela 3.17.1.1. População residente, por situação do domicílio e sexo, segundo os grupos de idade - Minas Gerais - 2010. 2010b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/caracteristicas_da_populacao_tab_uf_zip_ods.shtm>. Acesso em: 22 jul. 2012.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Censo demográfico 2010:** características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2010c. 215 p.

JAKOBSSON, U.; HALLBERG, I. R.; WESTERGREN, A. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. **Quality of Life Research**, v. 13, n. 1, p. 125-136, feb. 2004.

JOIA, L. C.; RUIZ, T.; DONALISIO, M. R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 131-138, fev. 2007.

JOINT NATIONAL COMMITTEE. **The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure.** [s.l.: s.n.], 2004. 87 p. (NIH Publication, n. 04-5230).

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, maio/jun. 2003.

KATZ, S. *et al.* Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA: The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 185, n. 12, p. 914-919, sept. 1963.

KEMPEN, G. I. J. M. *et al.* Risk and protective factors of different functional trajectories in older persons: are these the same? **The Journals of Gerontology, Series B, Psychological Sciences and Social Sciences**, Washington, v. 61, n. 2, p. 95-101, mar. 2006.

KIMURA, M.; SILVA, J. V. da. Índice de qualidade de vida de Ferrans e Powers. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. especial, p. 1098-1104, dez. 2009.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Qualidade de Vida - aspectos conceituais. **Revista Salus**, Guarapuava-PR, v. 1, n. 1, p. 13-15, jan./jun. 2007.

KOLTYN, K. F. The association between physical activity and quality of life in older women. **Women's Health Issues**, New York, v. 11, n. 6, p. 471-480, nov./dec. 2001.

KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. **Medical Care**, Hagerstown, v. 41, n. 11, p. 1284-1292, nov. 2003.

KURCGANT, P. **Gerenciamento em Enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 196 p.

LAUKKANEN, P. *et al.* Use of drugs by non-institutionalized urban Finns born in 1904-1923 and the association of drug use with mood and self-rated health. **Age Ageing**, Oxford, v. 21, n. 5, p. 343-352, sept. 1992.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. (Org.). **SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento**: o Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: OPAS, 2003. 255 p.

LEITE, V. M. M. *et al.* Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 1, p. 31-38, jan./mar. 2006.

LEMONS, M.; SOUZA, N. R. de; MENDES, M. M. R. Perfil da população idosa cadastrada em uma unidade de Saúde da Família. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 10, n. 3, p. 218-225, jul./set. 2006.

LIMA-COSTA, M. F. F. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens? Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 13, n. 4, p. 201-208, dez. 2004.

LIMA-COSTA, M. F. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 735-743, maio/jun. 2003.

LIMA-COSTA, M. F. F. *et al.* The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): prevalence of risk factors and use of preventive health care services. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 9, n. 4, p. 219-227, apr. 2001.

LIMA-COSTA, M. F. F. *et al.* Projeto Bambuí: um estudo epidemiológico de características sociodemográficas, suporte social e indicadores de condição de saúde dos idosos em comparação aos adultos jovens. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 11, n. 2, p. 91-105, abr./jun. 2002.

_____. Comportamentos em saúde entre idosos hipertensos, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, p. 18-26, nov. 2009. Suplemento 2.

LINJAKUMPU, T. *et al.* Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. **Journal of Clinical Epidemiology**, New York, v. 55, n. 8, p. 809-817, aug. 2002.

LITVOC, J.; BRITO, F. C. de (Org.). **Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004. 226 p.

LOUREIRO, M. H. V. S. **Validação do "Mini-Nutricional Assessment" em idosos**. 2008. 143 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição Clínica) - Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2008.

LOW, G.; MOLZAHN, A. E. Predictors of quality of life in old age: a cross-validation study. **Research in Nursing & Health**, New York, v. 30, n. 2, p. 141-150, apr. 2007.

LOW, G.; MOLZAHN, A. E.; KALFOSS, M. Quality of life of older adults in Canada and Norway: examining the Iowa Model. **Western Journal of Nursing Research**, United States, v. 30, n. 4, p. 458-476, june 2008.

LOYOLA FILHO, A. I. de *et al.* Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 545-553, mar./abr. 2005.

LOYOLA FILHO, A. I. de; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. F. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2657-2667, dez. 2006.

LWANGA, S. K.; LEMESHOW, S. **Sample size determination in health studies: a practical manual**. Geneva: World Health Organization, 1991. 80 p.

MAGRI, C.; KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. Qualidade de vida no trabalho: uma revisão da produção científica. **Revista Salus**, Guarapuava-PR, v. 1, n. 1, p. 87-94, jan./jun. 2007.

MARQUES, D.; RODRIGUES, L. Emigrantes e imigrantes de Belo Horizonte em relação ao restante da RMBH: uma aplicação do método "Grade of Membership" (GoM). In: **ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS**, 15., 2006, Caxambu. 20 p.

MARTINS, J. J. *et al.* Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 265-271, maio/jun. 2009.

_____. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 371-382, 2007a.

MARTINS, J. J. *et al.* Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 254-262, abr./jun. 2007b.

MAZZA, M. M. P. R.; LEFÈVRE, F. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 1-10, abr. 2005.

MEIRELLES, B. H. S. *et al.* Condições associadas à qualidade de vida dos idosos com doença crônica. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 15, n. 3, p. 433-440, jul./set. 2010.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde:** o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MENDES, M. R. S. S. B. **O cuidado com os pés do senescente:** um processo em construção. 2000. 140 f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

_____. *et al.* A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 422-426, out./dez. 2005.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MORAES, E. N. de; MARINO, M. C. A.; SANTOS, R. R. Principais síndromes geriátricas. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 54-66, jan./mar. 2010.

MORAES, J. F. D. de; SOUZA, V. B. A. Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 302-308, dez. 2005.

MORAIS, M. H. F. **Uso de ferramentas espaciais no direcionamento de ações de vigilância e controle da leishmaniose visceral (LV) em Belo Horizonte - MG.** Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, Gerência de Controle de Zoonoses, set. 2008. p. 2. Slide.

MOREIRA, L. B. *et al.* Alcoholic beverage consumption and associated factors in Porto Alegre, a southern Brazilian City: a population-based survey. **Journal of Studies on Alcohol**, New Brunswick, v. 57, n. 3, p. 253-259, may 1996.

MOREIRA, L. B. *et al.* Conhecimento sobre o tratamento farmacológico em pacientes com doença renal crônica. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 315-325, abr./jun. 2008.

MOREIRA, P. F. P.; MARTINIANO FILHO, F. Aspectos nutricionais e abuso de álcool em idosos. **Envelhecimento e Saúde**, v. 14, n. 1, p. 23-26, 2008.

MURPHY, B. *et al.* **Australian WHOQOL instruments:** user's manual and interpretation guide. Melbourne, Australia: Australian WHOQOL Field Study Centre, 2000. 77 p.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, São Paulo, v. 6, p. S4-S6, 2008. Suplemento 1.

NERI, A. L. (Org.). **Qualidade de vida e idade madura.** 7. ed. Campinas: Papirus, 2007. 285 p. (Coleção Vivacidade).

_____. **Palavras-chave em gerontologia.** 3. ed. Campinas: Alínea, 2008. 218 p. (Coleção Velhice e Sociedade).

NERI, A. L.; SOMMERHALDER, C. As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. In: NERI, A. L. (Org.). **Cuidar de idosos no contexto da família:** questões psicológicas e sociais. Campinas: Alínea, 2002. cap. 1, p. 9-63.

NEVES, D. P. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 7-36, jan./fev. 2004.

NICHOLAS, J. J. Physical modalities in rheumatological rehabilitation. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Philadelphia, v. 75, n. 9, p. 994-1001, sept. 1994.

NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM CUIDADO E DESENVOLVIMENTO HUMANO/NPCDH. **Qualidade de vida e perfil sociodemográfico e epidemiológico de idosos acompanhados em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte. Manual do Entrevistador.** Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2010. 19 p. (Mimeografado).

NUNES, A. O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. cap. 13, p. 427-450.

NUNES, V. M. A.; MENEZES, R. M. P. de; ALCHIERI, J. C. Avaliação da Qualidade de Vida em idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 32, n. 2, p. 119-126, july/dec. 2010.

OLIVEIRA, D. A. A. P.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R. F. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 734-736, ago. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OMS. Desenvolvimento da versão abreviada em português do WHOQOL. In: _____. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)**. 1998a. cap. 3. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol3.html>>. Acesso em: 24 jul. 2012.

_____. Procedimentos de aplicação do WHOQOL-100 e do WHOQOL-bref. In: _____. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)**. 1998b. cap. 4. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol4.html>>. Acesso em: 25 jul. 2012.

_____. Desenvolvimento da versão em português do WHOQOL-100. In: _____. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)**. 1998c. cap. 2. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol2.html>>. Acesso em: 25 jul. 2012.

_____. Como pontuar o WHOQOL-bref e o WHOQOL-100. In: _____. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)**. 1998d. cap. 8. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol85a.html>>. Acesso em: 24 jul. 2012.

_____. **Guia global: cidade amiga do idoso**. Genebra: OMS, 2008. 66 p.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião**. 2000. 255 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

PASKULIN, L. M. G. **Fatores associados à qualidade de vida de idosos de um distrito sanitário de Porto Alegre/RS**. 2006. 170 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2006.

_____. *et al.* Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 101-107, 2010.

PASKULIN, L. M. G.; MOLZAHN, A. Quality of life of older adults in Canada and Brazil. **Western Journal of Nursing Research**, United States, v. 29, n. 1, p. 10-26, feb. 2007.

PEDRAZZI, E. C.; RODRIGUES, R. A. P.; SCHIAVETO, F. V. Morbidade referida e capacidade funcional de idosos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, n. 4, p. 407-413, out./dez. 2007.

PEDROSO, B. *et al.* Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Paraná, v. 2, n. 1, p. 31-36, jan./jun. 2010.

_____. Validação da sintaxe unificada para o cálculo dos escores dos instrumentos WHOQOL. **Conexões: Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP**, Campinas, v. 9, n. 1, p. 130-156, jan./abr. 2011.

PEIXOTO, S. V.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. F. Condições de saúde e tabagismo entre idosos residentes em duas comunidades brasileiras (Projeto Bambuí e Belo Horizonte). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1925-1934, set. 2006.

PEREIRA, D. E. C. **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**. 2002. 135 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

PEREIRA, J. C.; BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. A. O perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 91, n. 1, p. 1-10, jul. 2008.

PEREIRA, R. J. *et al.* Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 27-38, jan./abr. 2006.

_____. Influência de fatores socio sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2907-2917, jun. 2011.

PICCINELLI, M.; WILKINSON, G. Gender differences in depression: critical review. **The British Journal of Psychiatry**, London, v. 177, n. 6, p. 486-492, dec. 2000.

PILGER, C. **Conhecendo o idoso na comunidade**: subsídios para a equipe e para os serviços de saúde, Guarapuava-PR. 2010. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2010.

PINTO, L. F.; SORANZ, D. R. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 85-98, 2004.

POON; I. O.; BRAUN, U. High prevalence of orthostatic hypotension and its correlation with potentially causative medications among elderly veterans. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, Oxford, v. 30, n. 2, p. 173-178, apr. 2005.

POWER, M. *et al.* Development of the WHOQOL-old module. **Quality of Life Research**, Dordrecht, v. 14, n. 10, p. 2197-2214, dec. 2005.

PRICE, D. The poverty of older people in the UK. **Journal of Social Work Practice**, London, v. 20, n. 3, p. 251-266, nov. 2006.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, maio/jun. 2003.

_____ *et al.* Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 87-94, abr. 1993.

REICHERT, V. C. *et al.* Women and tobacco dependence. **The Medical Clinics of North America**, Philadelphia, v. 88, n. 6, p. 1467-1481, nov. 2004.

REIS, C. O. O. O gasto dos idosos em saúde: sinal dos tempos. In: CAMARANO, A. A. (Ed.). **Como vai? População brasileira**. Brasília: IPEA, ano 5, n. 1, p. 41-50, mar. 2000.

ROCHA, S. M. R. da. **Pobreza no Brasil**: afinal, de que se trata? 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2007. 244 p.

RODRIGUES, R. A. P. *et al.* Morbidade e sua interferência na capacidade funcional de idosos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 643-648, 2008.

ROSEMBERG, J.; ROSEMBERG, A. M. A.; MORAES, M. A. de. **Nicotina**: droga universal. São Paulo: Centro de Vigilância Epidemiológica, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2003. 174 p.

SALGADO, C. D. S. Mulher idosa: a feminização da velhice. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002.

SALLES-COSTA, R. *et al.* Gênero e prática de atividade física de lazer. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. S325-S333, 2003. Suplemento 2.

SANTOS, A. A. dos. **Idosos com alterações cognitivas**: um estudo sobre a funcionalidade familiar em contexto de pobreza. 2009. 183 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2009.

SANTOS, A. A. dos; PAVARINI, S. C. I. Funcionalidade de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 520-526, 2011.

SANTOS, S. R. dos *et al.* Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, p. 757-764, nov./dez. 2002.

SAUERESSIG, S. *et al.* Prevalência de tabagismo em idosos atendidos pelo Programa de Saúde da Família em Camaquã - RS. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 51, n. 3, p. 173-179, jul./set. 2007.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 4, p. 585-593, out./dez. 2008.

SCOCCO, P.; FANTONI, G.; CAON, F. Role of depressive and cognitive status in self-reported evaluation of quality of life in older people: comparing proxy and physician perspectives. **Age Ageing**, Oxford, v. 35, n. 2, p. 166-171, mar. 2006.

SECLÉN-PALACÍN, J. A.; JACOBY, E. R. Factores sociodemográficos y ambientales asociados con la actividad física deportiva en la población urbana del Peru. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 14, n. 4, p. 255-264, oct. 2003.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, mar./abr. 2004.

SENGER, A. E. V. *et al.* Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 713-719, out./dez. 2011.

SHEERAN, T. *et al.* The PHQ-2 on OASIS-C: a new resource for identifying geriatric depression among home health patients. **Home Healthcare Nurse**, Washington, v. 28, n. 2, p. 92-104, feb. 2010.

SILVA, A. A. da. Alcoolismo em idosos. **Revista Científica Eletrônica de Psicologia**, São Paulo, ano VI, n. 10, maio 2008. 6 p.

SILVA, L. B. **Comunicação nas práticas de coordenação de grupos socioeducativos na Estratégia de Saúde da Família**. 2010. 196 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. da. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, maio/jun. 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 17, n. 1, jan./mar. 2010. 64 p.

SOUSA, L.; GALANTE, H.; FIGUEIREDO, D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 364-371, jun. 2003.

SOUZA, L. M. de; LAUTERT, L.; HILLESHEIN, E. F. Qualidade de vida e trabalho voluntário em idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 665-671, jun. 2011.

SOUZA, T. T. de *et al.* Qualidade de vida da pessoa diabética. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 150-164, abr. 1997.

SPRANGERS, M. A. G. *et al.* Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? **Journal of Clinical Epidemiology**, Oxford, v. 53, n. 9, p. 895-907, sept. 2000.

STAHL, T. *et al.* The importance of the social environment for physically active lifestyle: results from an international study. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 52, n. 1, p. 1-10, jan. 2001.

STEVENSON, W. J. **Estatística aplicada à Administração**. São Paulo: Harbra, 2001. 495 p.

TEIXEIRA, C. F. Transição epidemiológica, modelo de atenção à saúde e previdência social no Brasil: problematizando tendências e opções políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 841-843, out./dez. 2004.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE, F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 207-213, abr. 2001.

TERRA, M. B. **Fobia social e alcoolismo**: um estudo da comorbidade. 2005. 155 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.

UNITED NATIONS. **Report of the Second World Assembly on Ageing - Madrid, 8-12 April 2002**. New York: United Nations, 2002. 73 p.

_____. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. **World population ageing 2009**. New York: United Nations, 2009. 82 p.

_____. **Ageing**. 2012. Disponível em: <<http://www.un.org/en/globalissues/ageing/>>. Acesso em: 21 jul. 2012.

VAN'T VEER-TAZELAAR, N. *et al.* Prevention of anxiety and depression in the age group of 75 years and over: a randomised controlled trial testing the feasibility and effectiveness of a generic stepped care programme among elderly community residents at high risk of developing anxiety and depression versus usual care. **BMC Public Health**, London, v. 6, p. 186, July 2006.

VASCONCELOS, F. F. *et al.* Utilização medicamentosa por idosos de uma Unidade Básica de Saúde da Família de Fortaleza - CE. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 178-183, abr./jun. 2005.

VECCHIA, R. D. *et al.* Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 246-252, set. 2005.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 705-715, maio/jun. 2003.

VERAS, R. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2463-2466, out. 2007.

_____. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, maio/jun. 2009.

VIEIRA, E. B. **Manual de gerontologia**: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares. Rio de Janeiro: Revinter, 1996. 187 p.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. 3. ed. Rio Grande do Sul: Sagra Luzzatto, 2001. 202 p.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 55, n. 1, p. 65-73, dec. 2009.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, nov. 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/WHO. **The first ten years of the World Health Organization.** Geneva: WHO, 1958. 538 p.

_____. **WHOQOL-bref.** Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva: WHO, 1996. 18 p.

_____. **WHOQOL-bref.** U.S. Version. Washington: Universidade de Washington, 1997. 12 p.

_____. **Towards age-friendly primary health care.** Geneva: WHO, 2004. 30 p. (Active Ageing Series).

_____. **Envelhecimento ativo:** uma política de saúde. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60 p. Tradução de: Active ageing: a policy framework.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias:** um guia para avaliação e intervenção na família. Tradução de Silvia M. Spada. 3. ed. Rio de Janeiro: Roca, 2002. 327 p. Tradução de: Nurses and families: a guide to family assesment and intervention.

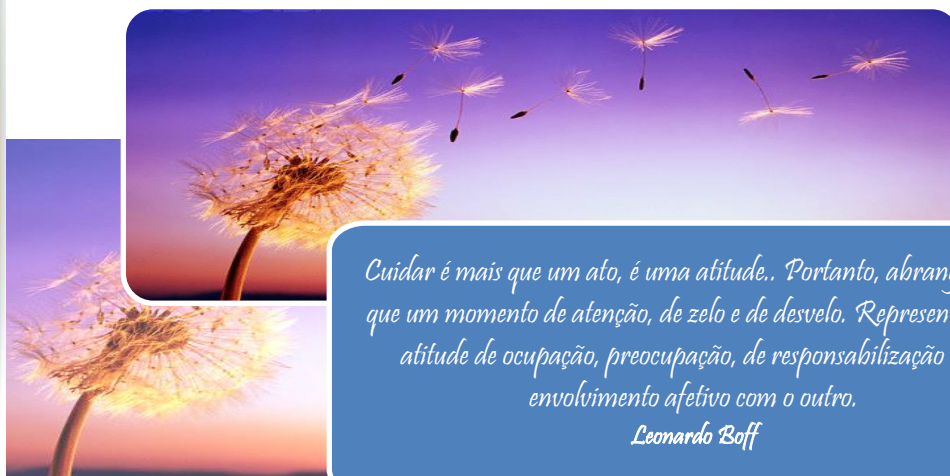
XAVIER, F. M. F. *et al.* Elderly people's definition of quality of life. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 31-39, mar. 2003.

YOKOYAMA, C. E.; CARVALHO, R. S. de; VIZZOTTO, M. M. Qualidade de vida na velhice segundo a percepção de idosos frequentadores de um centro de referência. **Psicólogo Informação**, São Paulo, ano 10, n. 10, p. 57-82, jan./dez. 2006.

ZAITUNE, M. P. A. *et al.* Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1329-1338, jun. 2007.

_____. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 583-595, mar. 2012.

Anexos



Cuidar é mais que um ato, é uma atitude.. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Leonardo Boff

ANEXO A - World Health Organization Quality of Life-bref

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO B - Instrumento de identificação e caracterização geral dos idosos

(Continua)

ENTREVISTA			
Questionário nº: _____		UBS: _____	
Data da entrevista: ____/____/____		Entrevistadora: _____	
Horário de início: _____		Horário de término: _____	
Endereço: _____			
Bairro: _____		Nº: _____	Complemento: _____
Telefone de contato: _____			
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO			
Nome completo: _____			
Sexo: M (1) F (2)	DN: ____ / ____ / ____	Naturalidade (UF): _____	
Você é brasileiro? (1) sim (2) não			
Estado civil: (1) Casado/união estável (2) Viúvo (3) Separado ou divorciado (4) Solteiro			
Religião: (1) Católica (2) Evangélica (3) Espírita (4) Sem religião (5) Outra			
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO - OCUPAÇÃO E RENDA -			
Você está trabalhando atualmente?		(1) sim	(2) não
Se sim, especifique: _____			
Você é aposentado?		(1) sim	(2) não
Caso afirmativo perguntar:		(1) sim	(2) não
Você recebe 13º salário?			
Qual é o tipo de aposentadoria?		(1) idade	(2) tempo de serviço (3) invalidez
Você é pensionista?		(1) sim	(2) não
Qual a renda familiar?		Valor bruto: _____	
- MORADIA -			
Possui casa própria?		(1) sim	(2) não
Número de cômodos:		(1) 1	(2) 2-3 (3) 4-5 (4) 6 ou +
Possui banheiro?		(1) sim	(2) não
Possui rede de esgoto?		(1) sim	(2) não
Possui água encanada?		(1) sim	(2) não
Mora sozinho?		(1) sim	(2) não
Mora acompanhado?		(1) sim	(2) não
Se sim, especifique grau de parentesco: _____			
Número de pessoas no domicílio:		() crianças	() adultos () idosos
Cuidador do idoso:		(1) nenhum	(2) cônjuge (3) filhos
		(4) netos	(5) outros _____

(Continua)

- ESCOLARIDADE -					
Você frequentou a escola? (1) sim (2) não					
Se sim, quantos anos de estudo concluído? _____					
Nível de alfabetização: (1) analfabetizado (2) alfabetizado					
HÁBITOS / ESTILO DE VIDA - CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA -					
Consome bebida alcoólica? (1) sim (2) não					
Frequência no consumo de bebida alcoólica	(1) Não consome	(2) Raramente	(3) Até 2x/sem.	(3) 3x ou +/sem.	(4) Diariamente
Volume no consumo de bebida alcoólica	(1) Nenhum	(2) 1 -2 copos	(3) 3-4 copos	(4) 5-8 copos	(5) 9 ou + copos
- AUDIT-C -					
Questão	Resposta				Pontuação
Q1. Durante o último ano, com qual frequência você bebeu um copo cheio com bebida alcoólica?	Nem uma única vez				0
	Uma vez por mês ou menos				1
	De duas a quatro vezes por mês				2
	De duas a três vezes por semana				3
	Quatro ou mais vezes por semana				4
Q2. Durante o último ano, quantos copos você costumou beber em um dia comum?	Nenhum, eu não bebo				0
	1 ou 2				0
	3 ou 4				1
	5 ou 6				2
	7 a 9				3
Q3. Durante o último ano, houve alguma ocasião em que você bebeu 6 ou mais copos cheios de bebida alcoólica? Qual frequência?	10 ou mais				4
	Nem uma única vez				0
	Menos do que 1 vez por mês				1
	Cerca de 1 vez por mês				2
	Semanalmente				3
Diariamente ou quase que diariamente				4	
O Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT-C (OMS, 1990) é graduado em uma escala de 0-12 (escores de 0 refletem nenhum uso de álcool). Nos homens, um escore de 4 ou mais é considerado positivo; nas mulheres, um escore de 3 ou mais é considerado positivo. Geralmente, quando mais alto o escore do AUDIT-C, mais provável é que a bebida está afetando a saúde e segurança do paciente.					

(Continua)

- TABAGISMO -			
Você fuma atualmente	(1) sim	(2) não	
Você já fumou?	(1) sim	(2) não	
Quantos cigarros você fuma (va) por dia?	(1) menos de 10 cigarros	(2) mais de 10 cigarros	(99) não se aplica
Há quanto tempo você fuma(va)?	(1) menos de 2 anos	(2) de 2 a 10 anos	(3) mais de 10 anos (99) não se aplica
- ATIVIDADE FÍSICA -			
Você pratica atividade física?	(1) sim	(2) não	
Qual atividade física pratica:	(1) caminhada	(2) hidroginástica	(3) Liang Gong
	(4) aeróbica	(5) bicicleta	(6) outros _____
Frequência:	(1) 1x/semana	(2) 2-3x/semana	(3) 4-7x/semana
	(4) nunca		
HISTÓRIA CLÍNICA			
Você tem algum problema de saúde?	(1) sim	(2) não	
Se sim, qual?			
() Tuberculose	() Neoplasia	() Doença cardíaca	
() Hanseníase	() Diabetes <i>mellitus</i>	() Doenças parasitárias	
() Doenças respiratórias	() Transtorno mental	() Doenças osteoarticulares	
() Alcoolismo	() Depressão	() Obesidade	
() Doenças renais	() Doenças da tireoide	() incontinência	
() Dor crônica	() Hipertensão arterial	() Dislipidemia	
() AVE prévio	() Imobilidade	() Outras comorbidades	
Faz algum tratamento medicamentoso? (1) sim (2) não			
Se sim, especifique: _____			
Há quanto tempo? _____ (em anos)			
HISTÓRIA FAMILIAR			
Considerando seus pais, irmãos, avós e tios, alguém tem ou teve:			
Acidente vascular encefálico?	(1) sim	(2) não	
Diabetes <i>mellitus</i> ?	(1) sim	(2) não	
Hipercolesterolemia?	(1) sim	(2) não	
Hipertensão arterial sistêmica?	(1) sim	(2) não	
Infarto agudo do miocárdio?	(1) sim	(2) não	
Obesidade?	(1) sim	(2) não	
Câncer?	(1) sim	(2) não	
Demência?	(1) sim	(2) não	
Transtorno mental / depressão?	(1) sim	(2) não	

(Conclusão)

The Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)				
Nas últimas duas semanas, você se sentiu incomodado com algum dos seguintes problemas?				
	Nenhuma vez	Por vários dias	Por mais de 1 semana	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentindo mais triste, deprimido ou sem esperança	0	1	2	3
AVALIAÇÃO CLÍNICA - ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA -				
Básicas: Autocuidado - Índice de Katz				
Das atividades seguintes qual(is) não tem dificuldade para fazer sozinho?				
Escore: 1 ponto para cada resposta "sim". 0 ponto para cada resposta "não".				
ATIVIDADE	INDEPENDENTE		SIM	NÃO
Banhar-se	Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo			
Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos			
Higiene pessoal	Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala)			
Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala)			
Continência dos esfíncteres	Controla completamente urina e fezes			
Alimentar-se	Come sem ajuda (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão)			
- MOBILIDADE -				
Consegue subir escadas (5 degraus)?		(1) sim	(2) não	
Tipo de auxílio para deambular:		(1) sozinho	(2) ajuda ocasional	(3) ajuda frequente
		(4) muleta ou bengala		
Presença de prótese nos membros?		(1) sim	(2) não	
PRESSÃO ARTERIAL				
Níveis tensionais (aferrir com a pessoa sentada, de preferência no MSD)				
Pressão sistólica		Pressão diastólica		
PS 1	mmHg	PD 1	mmHg	
PS 2	mmHg	PD 2	mmHg	
PS 3	mmHg	PD 3	mmHg	
Média	mmHg	Média	mmHg	

ANEXO C - Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 0351.0.203.000-09

Interessado(a): **Profa. Sônia Maria Soares**
Departamento de Enfermagem Básica
Escola de Enfermagem - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 09 de março de 2010, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"Qualidade de vida e perfil sociodemográfico e epidemiológico de idosos acompanhados em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO D - Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA/BH

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Parecer: 0015.0.410.000-10A

Pesquisadora responsável: Sônia Maria Soares

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CEP/SMSA/BH aprovou em 15 de maio de 2010, o projeto de pesquisa intitulado “QUALIDADE DE VIDA E PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO DE IDOSOS ACOMPANHADOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE”, bem como seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final deste, se em prazo inferior a um ano.



Celeste de Souza Rodrigues

Coordenadora do CEP/SMSA/BH

Celeste de Souza Rodrigues - BM: 37316-1
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - SMSA/BH

Avenida Afonso Pena, 2336, 9º andar, Funcionários - Belo Horizonte. 30.130-007 - MG.
ceep@pbh.gov.br TEL.: (31) 3277-5309 FAX: (31) 3277-7768