

Lívia Carvalho Viana Miranda

**FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA DE
IDOSOS DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA, EM BELO
HORIZONTE, MINAS GERAIS.**

Belo Horizonte
Escola de Enfermagem da UFMG
2014

Lívia Carvalho Viana Miranda

**FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA DE
IDOSOS DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA, EM 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: Cuidar em Saúde e Enfermagem

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

Belo Horizonte

Escola de Enfermagem da UFMG

2014

Miranda, Livia Carvalho Viana.
M672f Fatores associados à qualidade de vida de idosos de um Centro de
Referência, em Belo Horizonte, Minas Gerais. [manuscrito]. / Livia
Carvalho Viana Miranda. - - Belo Horizonte: 2014.
114f.: il.
Orientador: Sônia Maria Soares.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola
de Enfermagem.

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

NLM: WT 104



Universidade Federal de Minas Gerais

Escola de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação

Dissertação intitulada "**Fatores associados à qualidade de vida de idosos de um Centro de Referência, em Belo Horizonte, Minas Gerais**", de autoria da mestranda Lívia Carvalho Viana Miranda, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

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

Prof. Dr. Antônio Ignácio Loyola Filho - Escola de Enfermagem da UFMG

Dr^a. Karla Cristina Giacomini

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

Belo Horizonte, 22 de Dezembro de 2014

Av. Professor Alfredo Balena, 190 - Belo Horizonte, MG - 30130-100 - Brasil - tel.: (031)3134099855 - fax:
(31)34099855

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.

Dedico este trabalho

À Deus,

Pelo dom da vida, por me guiar em todos os meus caminhos e pela paz concedida nos períodos de dificuldade.

Aos meus pais, "ju" e "tom",

Pela minha existência, pelo apoio e compreensão nos momentos difíceis. Tudo que sou, devo a vocês, minhas vitórias são suas!

Aos meus queridos irmãos, "leleo" e "du",

Por me darem força mesmo quando era difícil entender as minhas ausências. Obrigada por tudo que fazem por mim!

Ao meu namorado Thiago,

Por ter ficado ao meu lado durante todo esse período e por nunca me deixar desanimar, compreendendo os momentos em que eu não pude estar com você. Meu grande companheiro!

Agradecimentos especiais

À Profª. Drª. Sônia Maria Soares,

Pelos anos de convivência e orientação.

Obrigada pela parceria e por sempre

compreender minha situação. Nossa

trajetória foi marcada por momentos de

ausência, vindos de ambas as partes.

Porém, acredito que em todas as ocasiões

as ausências foram por bons motivos e não

prejudicaram nosso trabalho juntas. Que

nossa caminhada continue ainda mais

fortalecida!

À Patrícia,

Nem tenho palavras para agradecer toda

sua colaboração neste trabalho! Muito

obrigada por tudo! Que essa parceria ainda

colha muitos frutos!

Agradecimentos,

**Aos idosos do Centro de Referência da
Pessoa Idosa,**

*Por colaborar com esta pesquisa de
maneira tão receptiva. Admiro todos vocês
pela maneira que lidam com o
envelhecimento e como enxergam a vida
com tanta maturidade e sabedoria.*

Aos familiares,

*Por sempre ficarem em oração por mim e
festejarem comigo as minhas conquistas.*

Aos meus amigos,

*Sei que para vocês é difícil a compreensão
da minha ausência. Mas saibam que
agradeço por tê-los em minha vida, vocês
são fundamentais para mim!*

**Aos funcionários do Centro de Saúde
Ermelinda,**

*Sem o apoio de todos vocês, a
concretização deste trabalho seria
impossível! Peço desculpas pelos
momentos de sobrecarga devido às minhas
ausências, principalmente aos meus
colegas enfermeiros e à equipe amarela.
Gerência, agradeço de coração a facilitação
para a realização desta pesquisa. Espero
que este trabalho possa contribuir de
maneira positiva com a nossa assistência à*

saúde da população. Muito obrigado por tudo!

À Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, em especial ao Distrito Noroeste,

Por autorizar a realização do meu mestrado. O incentivo à capacitação dos seus profissionais é atitude admirável, que contribui para uma assistência à saúde mais digna e humanizada.

À Márcia, do Centro de Referência da Pessoa Idosa,

Por autorizar a realização desta pesquisa no local e por acreditar tanto no que estamos fazendo. Espero que nossos resultados possam contribuir com o trabalho de vocês. Admiro muito a maneira que você gerencia o Centro, com tanta competência e amor.

Aos demais funcionários do Centro de Referência da Pessoa Idosa,

Pela receptividade durante todo o período que ficamos no local de trabalho de vocês e pela atenção e carinho que dedicam aos idosos.

Aos integrantes do NEPCDH,

Pelas opiniões e força em toda a trajetória desta pesquisa.

*Às **bolsistas de iniciação científica** que
colaboraram na coleta de dados,*

Lírica e Francielle,

*Sem a ajuda de vocês, esse trabalho não
existiria.*

Obrigada pela grande parceria!

*Aos **colegas de mestrado,***

*Pelo compartilhamento de alegrias e
frustrações.*

RESUMO

MIRANDA, L. C. V. **Fatores associados à qualidade de vida de idosos de um centro de referência, em Belo Horizonte, Minas Gerais.** 2014. 114f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

INTRODUÇÃO: O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. Contudo, a longevidade propicia a vivência de uma situação ambígua, que é o desejo de viver cada vez mais e, ao mesmo tempo, o temor de viver em meio à incapacidade. Com isso, surgem desafios relacionados à promoção da qualidade de vida dos idosos e aos fatores que colaboram para a manutenção do envelhecimento ativo. **OBJETIVO:** Analisar quais são os fatores associados à qualidade de vida em idosos que frequentam um centro de referência, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **METODOLOGIA:** Estudo transversal, com uma amostra de 257 idosos com 60 anos ou mais de um centro de referência, em Belo Horizonte. Na coleta de dados, foi utilizado o instrumento WHOQOL-bref para avaliação da qualidade de vida e um questionário contendo aspectos sociodemográficos, econômicos, clínicos e comportamentais. Os dados foram inseridos, digitados e analisados utilizando-se o programa SPSS 20.0. A análise estatística constou de análise descritiva incluindo todas as variáveis do estudo, regressão logística univariada e multivariada *Forward*, com o nível de significância (p) estabelecido em 0,05. A análise foi racionalizada por meio da definição de dois grupos: qualidade de vida boa, para aqueles que estão satisfeitos ou muito satisfeitos e consideram sua qualidade de vida boa ou muito boa (G1); qualidade de vida ruim, para aqueles que não estão nem satisfeitos, nem insatisfeitos, insatisfeitos ou muito insatisfeitos e consideram sua qualidade de vida nem ruim nem boa, ruim ou muito ruim (G2). **RESULTADOS:** A maioria dos idosos da amostra pertence ao sexo feminino (82,5%), é proveniente do interior de Minas Gerais (60,9%), não tem cônjuge (63,8%), é católica (72,4%) e alfabetizada (89,9%). Encontrou-se a mesma proporção de pessoas entre 60 a 69 anos e entre 70 a 79 anos de idade (44,7%). Trabalhavam atualmente 22,6%, 80,2% eram aposentados e 40,2% possuíam renda de um a três salários mínimos. Possuíam casa própria 88,3%, todos apresentando condições de saneamento básico adequadas, sendo que 79,8% moravam acompanhados. Relatou ter algum problema de saúde 90,2%, prevalecendo HAS (63,7%), dislipidemia (26,5%), Diabetes *Mellitus* (23,7%), doenças do sistema osteomuscular e conjuntivo (23,7%) e depressão (17,9%). Faziam uso de pelo menos um medicamento 84,8%, destacando-se os anti-hipertensivos (59,7%), hipolipemiantes (22,5%), hipoglicemiantes orais (21,7%), e diuréticos (21,3%). Relataram fazer uso de bebida alcoólica 9,5%, 3,9% fumavam atualmente e 31,9% eram ex-tabagistas. Relataram fazer algum tipo de atividade física 92,6%, sendo 63% com a frequência de uma a três vezes por semana. Além disso, 77,8% dos idosos consideraram sua qualidade de vida boa ou muito boa, 75,1% encontravam-se satisfeitos ou muito satisfeitos com a sua saúde. O domínio do WHOQOL-bref com pior escore foi o meio ambiente, com média de 14,44. Os fatores que se associaram significativamente com a qualidade de vida foram: ser natural do interior de Minas Gerais; ter cinco ou mais comorbidades; ter alguma doença do sistema respiratório; histórico familiar positivo para HAS; PHQ-2 total com pontuação maior ou igual a três; frequência de atividade física de uma a três vezes por semana e de quatro a sete vezes por semana. **CONCLUSÃO:** Os idosos enfrentam várias dificuldades que comprometem a sua qualidade de vida, sendo este termo extremamente amplo e subjetivo. Portanto, garantir um envelhecimento ativo e saudável para essa população é um grande desafio, alvo de diversas políticas públicas intersetoriais. Com isso, esse estudo foi importante para se conhecer a população do centro de referência, sendo fundamental a realização de uma pesquisa de natureza longitudinal no local.

Descritores: Envelhecimento; Idoso; Qualidade de Vida; Saúde do Idoso.

ABSTRACT

MIRANDA, L. C. V. **Associated factors with the quality of life of elderly people in a reference center, in Belo Horizonte, Minas Gerais.** 2014. 114p. Master's dissertation (Nursing) – Nursing School, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

INTRODUCTION: Population aging is a worldwide phenomenon. However, longevity provides us with an ambiguous living situation, that is, the wish to live more and more and, at the same time, the fear of living with disability. Thus, challenges related to the promotion of quality of life emerge, along with the factors that collaborate for maintaining active aging. **OBJECTIVE:** To analyze the facts associated with quality of life among the elderly attending a reference center, in Belo Horizonte, Minas Gerais. **METHODOLOGY:** Transversal study, with a sample of 257 elderly people aged 60 or more from a reference center, in Belo Horizonte. For collecting data, the WHOQOL-bref instrument was used for evaluating the quality of life, added by a questionnaire containing socio-demographic, economical, clinical and behavioral aspects. Data were inserted, typed and analyzed using the software SPSS 20.0. Statistical analysis consisted of descriptive analysis, including all the variables in the study, univariate and multivariate logistic regression *Forward*, with the level of significance (p) established at 0,05. The analysis was rationalized through the definition of two groups: good quality of life, for those who were satisfied or very satisfied, considering their quality of life good or very good (G1); bad quality of life, for those who were neither satisfied nor dissatisfied, dissatisfied, or very dissatisfied, considering their quality of life as neither good nor bad, bad or very bad (G2). **RESULTS:** Most elderly people in the sample are female (82,5%), from the countryside of Minas Gerais (60,9%), with no spouse (63,8%), catholic (72,4%) and literate (89,9%). The same proportion was found with people from 60 to 69 years of age and 70 and 79 years of age (44,7%). 22,6% were currently employed, 80,2% were retired and 40,2% had an income of one to three times the minimum wage. 88,3% had their own house, all subjects presented adequate basic sanitary conditions, and 79,8% did not live alone. 90,2% claimed to suffer with health issues, hypertension being the most prevalent one (63,7%), dyslipidemia (26,5%), Diabetes *Mellitus* (23,7%), musculoskeletal and connective system diseases (23,7%) and depression (17,9%). They took at least one medication (84,8%), with emphasis to antihypertensives (59,7%), lipid-lowerings (22,5%), oral hypoglycemic agents (21,7%), and diuretics (21,3%). 9,5% claimed to consume alcoholic beverages, 3,9% currently smoked and 31,9% were ex-smokers. 92,6% claimed they practiced some kind of exercise, 63% doing so one to three times a week. In addition, 77,8% of the elderly considered their quality of life good or very good, 75,1% were satisfied or very satisfied with their health. The aspect in WHOQOL-bref with the worst score was the environment, with an average of 14,44. The factors associated significantly with the quality of life were: being from the countryside of Minas Gerais; carrying five or more comorbidities; having a disease of the respiratory system; positive family history for hypertension; PHQ-2 total with a score equal to or higher than three; frequency of physical exercise from one to three times a week and from four to seven times a week. **CONCLUSION:** The elderly face several difficulties that compromise their quality of life, considering that the term itself is extremely wide and subjective. Therefore, guaranteeing an active and healthy aging process is a big challenge, aim of several intersected public policies. The study was relevant for understanding the population of the reference center, being thus essential the establishment of a longitudinal local research.

Keywords: Aging; Elderly; Quality of life; Elderly health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 - Fórmula de Cálculo do Tamanho Amostral (AAS população infinita)..... 32
- Gráfico 1 - Boxplot dos Domínios Físico, Psicológico, Relações sociais, Meio ambiente e Qualidade de Vida Geral. Centro de Referência ao Idoso, Belo Horizonte, MG, 2012 a 2014.....52
- Gráfico 2 - Boxplot dos valores do escore QVG segundo variáveis WHOQOL-1, WHOQOL-2 e grupos de QV/Satisfação. Centro de Referência ao Idoso, Belo Horizonte, MG, 2012 a 2014..... 54
- Gráfico 3 - Gráficos de dispersão dos escores de Qualidade de Vida Geral entre os domínios Físico, Psicológico, Relações sociais e Meio ambiente. Centro de Referência da Pessoa Idosa, Belo Horizonte, MG, 2012 a 2014..... 56
- Quadro 1 - Síntese das variáveis independentes que se associaram à qualidade de vida, por meio dos modelos univariado e multivariado. Centro de Referência da Pessoa Idosa, Belo Horizonte, MG, 2012 a 2014..... 60

LISTA DE TABELAS

- 1 - Características demográficas segundo grupos de qualidade de vida/satisfação. Centro de Referência da Pessoa Idosa, Belo Horizonte, MG, 2012 a 2014..... 44
- 2 - Características socioeconômicas segundo grupos de qualidade de vida/satisfação. Centro de Referência da Pessoa Idosa, Belo Horizonte, MG, 2012 a 2014..... 45
- 3 - Características clínicas segundo grupos de qualidade de vida/satisfação. Centro de Referência da Pessoa Idosa, Belo Horizonte, MG, 2012 a 2014..... 47
- 4 - Relação entre hipertensos autorreferidos e pressão arterial aferida. Centro de Referência da Pessoa Idosa, Belo Horizonte, MG, 2012 a 2014..... 49
- 5 - Características comportamentais segundo grupos de qualidade de vida/satisfação. Centro de Referência da Pessoa Idosa, Belo Horizonte, MG, 2012 a 2014..... 50
- 6 - Frequência para as variáveis WHOQOL-1 e WHOQOL-2. Centro de Referência da Pessoa Idosa, Belo Horizonte, MG, 2012 a 2014..... 51
- 7 - Análise descritiva dos domínios do WHOQOL-bref e da Qualidade de Vida Geral. Centro de Referência da Pessoa Idosa, Belo Horizonte, MG, 2012 a 2014..... 51
- 8 - Valores do escore QVG segundo variáveis WHOQOL-1, WHOQOL-2 e grupo de QV/Satisfação. Centro de Referência da Pessoa Idosa, Belo Horizonte, MG, 2012 a 2014..... 53
- 9 - Correlação de Spearman's-Rho dos escores de Qualidade de Vida Geral entre os domínios do WHOQOL-bref. Centro de Referência da Pessoa Idosa, Belo Horizonte, MG, 2012 a 2014..... 55
- 10 - Modelo final de regressão logística tendo qualidade de vida e satisfação com sua saúde como variável dependente. Centro de Referência da Pessoa Idosa, Belo Horizonte, MG, 2012 a 2014..... 59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AUDIT-C	- The Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption
AVE	- Acidente Vascular Encefálico
BH	- Belo Horizonte
CRPI	- Centro de Referência da Pessoa Idosa Vereador Sérgio Ferrara
DP	- Desvio-padrão
EEUFMG	- Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
G1	- Grupo com qualidade de vida boa e satisfeito com a saúde ou QV boa/satisfeito
G2	- 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
QVG	- Qualidade de Vida Geral
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
APS	- Atenção Primária à Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	Contextualização do problema.....	16
1.2	Objetivo.....	20
2	REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1	Envelhecimento populacional.....	21
2.2	Qualidade de vida do idoso.....	23
2.2.1	Políticas públicas que favorecem o envelhecimento ativo e a promoção da saúde	24
2.3	Centros de referência e de convivência para os idosos.....	27
3	METODOLOGIA	31
3.1	Tipo de estudo.....	31
3.2	Área e local do estudo.....	31
3.3	População do estudo.....	31
3.3.1	Cálculo amostral.....	31
3.3.2	Critérios de seleção.....	32
3.4	Coleta de dados.....	33
3.5	Variáveis do estudo.....	33
3.5.1	Variável dependente.....	33
3.5.2	Variáveis independentes.....	34
3.5.3	Instrumentos para a coleta de dados.....	34
3.6	Análise dos dados.....	40
3.7	Questões ético-legais.....	41

4	RESULTADOS	43
4.1	Análise descritiva e análise univariada.....	43
4.2	Análise multivariada.....	57
5	DISCUSSÃO	61
5.1	Características sociodemográficas e econômicas.....	61
5.2	Características clínicas.....	63
5.3	Características comportamentais.....	69
5.4	Fatores associados à qualidade de vida na amostra estudada.....	71
5.5	Domínio meio ambiente do instrumento WHOQOL-bref.....	80
5.6	Limitações do estudo.....	84
6	CONCLUSÕES	86
	REFERÊNCIAS	89
	ANEXOS	103

1. INTRODUÇÃO

1.1. Contextualização do problema

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, e, de acordo com o Censo realizado em 2010, 9,7% da população brasileira é constituída por idosos (BRASIL, 2010). Além disso, projeções indicam que em 2020 o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com o grupo etário de maior crescimento o de 75 anos ou mais (BRASIL, 2010; FALLER *et al.*, 2010). Já em 2050, estima-se que 22,7% da população brasileira terão 60 anos ou mais, deixando o país como a quinta nação em número de idosos, com um contingente superior a 64 milhões de pessoas (BRASIL, 2010).

Em relação ao município de Belo Horizonte, segundo o Censo Demográfico de 2010, o mesmo possui uma população total de 2.375.151 pessoas, sendo esta representada por 299.047 idosos (BRASIL, 2010). Ou seja, o município também se encontra em processo de envelhecimento populacional, sendo 12,6% de sua população composta por idosos.

Contudo, não há marcadores sociais, econômicos ou biológicos que delimitem a fronteira pela qual um indivíduo deve ser classificado como idoso (LOURENÇO, 2006). Assim, do ponto de vista do tempo cronológico, é considerado idoso o indivíduo com 60 anos ou mais em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos (OMS, 2002). Esta diferença está relacionada com a maior expectativa de vida nos países desenvolvidos (TAMAI *et al.*, 2011).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2002), enquanto a França demorou 115 anos para dobrar sua população de idosos, na China isto ocorrerá em apenas 27 anos. Este mesmo fenômeno está ocorrendo em outros países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, onde o processo de envelhecimento está acontecendo mais rapidamente do que em muitos países desenvolvidos, combinado com um contexto institucional instável e um ambiente econômico desfavorável, gerando condições que fazem o processo muito mais complicado (LEBRÃO; DUARTE, 2003).

O envelhecimento populacional ocorreu nos países desenvolvidos depois dos mesmos terem reduzido desigualdades sociais e econômicas e implementado

estratégias institucionais de acesso aos serviços de saúde. Ao contrário, na América Latina e em outros países em desenvolvimento, esse processo começou a ocorrer em meio a economias frágeis e crescentes níveis de pobreza, contraindo mais do que expandindo o acesso aos serviços de saúde e recursos coletivamente financiados (LEBRÃO; DUARTE, 2003).

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).

Com relação ao Brasil, o aumento do contingente de idosos teve início na década de 60. Isso ocorreu quando a queda nas taxas de fecundidade começou a alterar a estrutura etária do país, estreitando progressivamente a base da pirâmide populacional, juntamente com um importante aumento da longevidade no país (ALVES; RODRIGUES, 2005).

Essa rápida transição demográfica que ocorreu no Brasil, no século XX, acompanhou intensas transformações no padrão de morbimortalidade. Essas mudanças são consequência da transição epidemiológica, que se caracteriza pela diminuição acentuada da morbidade e mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, com as doenças crônicas não transmissíveis assumindo uma tendência inversa, ou seja, de aumento (BARRETO; CARMO, 2007).

Tanto nos países desenvolvidos, como nos países em desenvolvimento, as doenças e agravos crônicos não transmissíveis são significativos, podendo causar incapacidade e reduzir a qualidade de vida dos idosos. Em relação aos países em desenvolvimento, segundo a OMS (2002), até o ano de 2020, as condições crônicas serão responsáveis por 60% da carga global de doença. Assim, ações de promoção da saúde e de mudança de hábitos de vida podem diminuir as consequências dessas doenças (LEBRÃO, 2007).

Diante desse quadro, a longevidade propicia a vivência de uma situação ambígua, que é o desejo de viver cada vez mais e, ao mesmo tempo, o temor de viver em meio à incapacidade e à dependência (CAMPOLINA; DINI; CICONELLI, 2011).

Ademais, demais, surge uma série de questões, como o aumento de gastos na saúde devido às doenças crônicas. Isso também é um alerta para o fato de que quanto mais idosos, mais precisaremos de políticas públicas que permitam um envelhecimento

saudável à população, ou seja, que garanta a qualidade de vida do idoso (FALLER *et al.*, 2010).

As iniciativas do Governo Federal em prol das pessoas idosas se iniciaram nos anos 70. Porém, apenas em 1994 foi instituída a primeira Política Nacional voltada para esse grupo. Assim, a Política Nacional do Idoso (PNI), promulgada em 1994 e regulamentada pelo Decreto n. 1948, de 03 de junho de 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa (BRASIL, 1999; FERNANDES; SOARES, 2012). Esta Política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades básicas e instrumentais da vida diária (SILVESTRE; NETO; MENEZES, 2003).

Em 2006, a Portaria/GM nº 399 apresentou as Diretrizes do Pacto pela Saúde, nas quais estão contempladas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. A Saúde do Idoso aparece como uma das prioridades no Pacto pela Vida, como consequência da dinâmica demográfica do país (BRASIL, 2006). Espera-se que o idoso tenha condições de usufruir das conquistas trazidas pela longevidade, garantindo padrões de qualidade de vida, que permitam a sua autonomia e funcionalidade.

Diante da realidade inquestionável da transição demográfica e suas consequências, encontra-se em voga uma preocupação em se discutir a qualidade de vida nesse macro ambiente populacional. Trata-se de um conceito complexo, admitindo uma variedade de significados, a partir de distintas abordagens teóricas e inúmeros métodos para medida do conceito (KIMURA; SILVA, 2009).

Segundo a OMS (1995), a qualidade de vida é definida como: “[...] a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Também pode ser considerado “[...] 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” (WHOQOL, 1995).

A existência de diversas ameaças à qualidade de vida da população geriátrica, por exemplo, riscos de queda, abandono familiar, baixo poder aquisitivo, comorbidades e polifarmácia, traz implicações importantes para a família, a comunidade, o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso (SILVA, 2012). Acrescentam-se ainda as

incapacidades funcionais que ocasionam maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar dos idosos (MACHADO, 2010).

Além disso, de um modo geral, a saúde funcional do idoso tem sido associada à qualidade de vida, ao convívio social, à condição intelectual, ao estado emocional e às atitudes. A capacidade funcional tem atraído atenção crescente, pois a incapacidade acarreta o aumento do número de doenças crônicas e das dificuldades para manter a autonomia durante a velhice (VIDMAR *et al.*, 2011).

Assim, a manutenção da capacidade funcional do idoso pode ter implicações para a sua qualidade de vida, pois permite que o indivíduo se mantenha na comunidade, desfrutando a sua independência até as idades mais avançadas. Ao contrário, o comprometimento de sua capacidade funcional tem implicações importantes para a família, a comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar dos idosos (MACHADO, 2010).

Por outro lado, fatores como saúde e boa função física, autoestima, autoeficácia, autonomia, coerência, o próprio ambiente físico, social, econômico e espiritual também têm sido considerados chaves para uma boa qualidade de vida entre idosos (SOARES *et al.*, 2013).

Portanto, as pessoas em todo o mundo estão alcançando idades muito avançadas. Ainda que muitas delas levem uma vida ativa, um número cada vez maior exigirá cuidados para incapacidades produzidas por doenças crônicas, que exigem serviços de cuidados ao longo do curso de vida e que afetam a qualidade de vida. Muitas foram as conquistas em termos de prevenção e promoção da saúde. Entretanto, para se acompanhar a revolução da longevidade há um imperativo que se impõe: o desenvolvimento de uma cultura de cuidado que seja economicamente viável e universal (CIL, 2013).

Diante de todos os aspectos supracitados, emerge a questão para o desenvolvimento do presente estudo: Quais fatores contribuem para a manutenção da qualidade de vida de idosos que frequentam um centro de referência em Belo Horizonte?

Observa-se escassez de estudos, no município, com a população de idosos. 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.

Perante essa realidade, Fernandes (2013) propôs o desenvolvimento de um modelo teórico do cuidado ao idoso na Rede de Atenção à Saúde de Belo Horizonte, a partir da Atenção Primária em Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS). Os resultados da pesquisa permitiram constatar que as ações de cuidado na perspectiva de rede têm um espaço de (in) visibilidade que interage com prioridades, com as ações centrais e marcadoras do cuidado na APS. Assim, as interações que marcam o território e os modos de operacionalizar essa rede se repercutem nas ações de cuidado, no atendimento e na construção de sentidos para as realidades de cuidado.

Portanto, o delineamento de políticas específicas para esse segmento etário vem sendo apontado como altamente necessário pela comunidade científica. Se quisermos que a crescente população com mais de 60 anos continue ativa, participante e produtiva na sociedade, fica evidente a importância de atentarmos não apenas para os aspectos biológicos e psicológicos na assistência aos idosos, mas também sociais, ambientais e espirituais (LOW; MOLZAHN, 2007).

As transformações demográficas e epidemiológicas, com o consequente aumento das doenças crônicas na população, marcadas pelo avanço da tecnologia em detrimento da melhoria das condições de vida e cogitadas para as próximas décadas, tornam fundamental estudos com enfoque no envelhecimento.

Com isso, esse estudo poderá contribuir na elaboração de estratégias específicas, em prol da promoção de um envelhecimento ativo e saudável, fortalecendo a PNI.

1.2. Objetivo

Investigar os fatores associados à qualidade de vida em idosos cadastrados e ativos em um centro de referência, em Belo Horizonte, Minas Gerais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. 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).

Em relação ao 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), China (82,2) e Japão (82,6) (BRASIL, 2010).

Entretanto, é importante ressaltar que existem basicamente quatro tipos de idade definidas na literatura. A idade cronológica mensura a passagem do tempo decorrido em dias, meses e anos desde o nascimento. A idade biológica considera as modificações corporais e mentais que ocorrem ao longo do processo de desenvolvimento. A idade social tem relação à obtenção de hábitos e *status* social pelo indivíduo. Finalmente, a idade psicológica é a relação que existe entre a idade cronológica e as capacidades psicológicas (NERI, 2008; SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Porém, a definição de idade mais utilizada é a cronológica. 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).

Também se verifica na literatura gerontológica brasileira a classificação dos idosos em idosos jovens – de 60 a 79 anos e idosos longevos – acima de 80 anos (SANTOS *et al.*, 2013).

Assim, projeções demográficas estimam que a cada ano acrescenta-se 650 mil indivíduos maiores de 60 anos à população. Entretanto, observa-se que a maioria dos idosos atinge a longevidade com uma carga significativa de complicações advindas de doenças crônicas não-transmissíveis, como por exemplo, hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. No entanto, as patologias crônicas mais prevalentes nos idosos

podem ser adequadamente manejadas, muitas vezes, fora de instituições hospitalares ou asilares, destacando-se os serviços prestados na APS, que, segundo diretrizes, deve ser responsável por aproximadamente 80,0% dos cuidados de saúde prestados à comunidade (OMS, 2004).

Como exemplo de estudos populacionais, com avaliação multidimensional de idosos, no âmbito internacional, em Coimbra, Portugal, desde 2010 existe a pesquisa intitulada "Os muitos idosos: estudo do envelhecimento em Coimbra", que estuda os vários aspectos relacionados ao envelhecimento. Os autores do estudo concluíram que os serviços de saúde voltados aos idosos permitem reduzir as internações e os custos associados, melhorando a qualidade de vida dessa população. Além disso, constatou-se que é essencial uma intervenção integrada dos setores de saúde e social, com o intuito de responder às necessidades deste grupo populacional, preocupando-se com a promoção do envelhecimento ativo (RODRIGUES; LOUREIRO; SILVA, 2009).

Do mesmo modo, na Grã-Bretanha, em 2009, foi publicado o estudo "*Perceptions of active ageing in Britain: divergences between minority ethnic and whole population samples*", (em português: "Percepções do envelhecimento ativo na Grã-Bretanha: divergências entre minorias étnicas e amostras de toda a população"), que teve como objetivo identificar percepções e associações com o envelhecimento ativo entre as diversas etnias de idosos na Grã-Bretanha. O estudo verificou a importância da existência de modelos políticos com enfoque no envelhecimento ativo e na qualidade de vida do idoso, sendo ambos os temas de extrema importância (BOWLING, 2009).

No Brasil, pode-se citar o Projeto Epidoso (RAMOS, 2003), o projeto SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento) (LEBRÃO; DUARTE, 2003), sendo ambos realizados em São Paulo e o Projeto Bambuí (LIMA-COSTA *et al.*, 2002), em Minas Gerais.

Portanto, 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).

2.2. Qualidade de vida do idoso

Em relação à qualidade de vida, pode ser considerado um conceito amplo e de difícil definição. 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).

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

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 (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Diante da 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 Group* – WHOQOL Group) para responder a esta necessidade numa perspectiva transcultural (CANAVARRO *et al.*, 2005).

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).

Além do mais, 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).

Mediante ao exposto, observa-se o surgimento de grandes desafios em relação 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 sobrevivência maior, mas também uma boa qualidade de vida (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003).

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). Atualmente, são os instrumentos mais utilizados no cenário mundial para avaliação da qualidade de vida no idoso (FLECK, 2000; FLECK *et al.*, 2008).

2.2.1. Políticas públicas que favorecem o envelhecimento ativo e a promoção da saúde

A qualidade de vida do idoso está intimamente relacionada com o conceito de envelhecimento ativo. Segundo a OMS (2005), 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.

No âmbito internacional, a Política do Envelhecimento Ativo, da OMS, tem a saúde como um de seus pilares básicos, e as ações neste âmbito devem considerar a manutenção em níveis baixos dos fatores de risco ambientais e comportamentais para doenças crônicas e declínio funcional e elevação dos fatores de proteção (OMS, 2005).

Assim, essa política reconhece os idosos em sua diversidade e a

heterogeneidade dos fatores envolvidos no processo de envelhecimento. Além disso, objetiva primordialmente aumentar a qualidade de vida dos indivíduos que envelhecem, incluindo aqueles que possuem incapacidades e requerem auxílio para realização de suas atividades cotidianas (BATISTA; ALMEIDA; LANCMAN, 2011).

O Envelhecimento Ativo tem como princípios relevantes: o incentivo à interdependência e solidariedade entre gerações; a criação de ambientes amistosos para os idosos; a redução de iniquidades entre homens e mulheres; a extinção de formas de discriminação de idade; o reconhecimento da diversidade das populações em processo de envelhecimento; a promoção de ações intersetoriais; a manutenção da autonomia e independência dos idosos (OMS, 2005).

A partir da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), os idosos começaram a ser alvo das Políticas Públicas. Posteriormente, a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994, 1996) gerou condições para integração e participação efetiva do idoso na sociedade e promoção de sua autonomia, vetando qualquer forma de discriminação contra a pessoa idosa.

A Portaria 1395/GM criou a Política de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999). São propósitos desta Política a promoção do envelhecimento saudável e a melhoria e/ou manutenção ao máximo da capacidade funcional, a fim de garantir aos idosos a permanência no meio em que vivem de forma independente.

Portanto, qualquer política destinada aos idosos deve levar em conta a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado e de autossatisfação. Além disso, deve incentivar, fundamentalmente, a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde, baseando-se na qualidade de vida e no envelhecimento ativo (VERAS 2009).

No Brasil, constituem algumas das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 1996).

Tais diretrizes são bons exemplos das preocupações com a promoção do envelhecimento ativo, com a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, com a prevenção de doenças, com a recuperação da saúde dos

que adoecem e com a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida (GORDILHO *et al.*, 2000).

Em 2003, por meio da Lei n. 10.741, foi criado o Estatuto do Idoso que tem como objetivo assegurar facilidades e oportunidades para preservação da saúde física e mental, aperfeiçoamento moral, espiritual, intelectual e social dos idosos.

No ano de 2006, por meio da Portaria n. 2.528, foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa cuja finalidade é manter, recuperar e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos.

Diante do exposto, é de fundamental importância implementar e otimizar recursos que favoreçam o envelhecimento ativo, como forma de promoção de saúde da pessoa idosa.

Como exemplo bem sucedido de programas que buscam a qualidade de vida do idoso no contexto internacional, mencionam-se as políticas públicas para a população idosa do Canadá, Espanha, Itália, Portugal e Alemanha, e seus programas: "Active Living" (Alberta, Canadá), "No Porto a Vida é Longa" (Porto, Portugal), "Projeto Bem-Estar" (Terranuova, Itália), dentre outros, que mostram que é possível promover o envelhecimento saudável (BENEDETTI, 2008).

O programa "Active Living", do Canadá, promove a atividade física para o idoso, com o intuito de melhorar a saúde e a qualidade de vida para essa população, além de abordar a prevenção de doenças crônicas (ASRPWF, 2012).

Enquanto o programa "No Porto a Vida é Longa", de Portugal, conta com 700 idosos inscritos, residentes na cidade do Porto. O programa consiste na prática de atividade física regular e orientada. Além disso, mensalmente se realiza uma atividade de âmbito cultural, lúdico e/ou social, de forma a diversificar o leque de atividades e de abordagens para essa faixa etária (PORTUGAL, 2006).

Portanto, locais que favoreçam a promoção da saúde da população de idosos são fundamentais para a manutenção da qualidade de vida nessa faixa etária e do envelhecimento ativo. Sendo assim, as políticas públicas devem incentivar esse tipo de estratégia.

A promoção da saúde é definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Assim, é possível observar a ligação

estabelecida entre saúde e qualidade de vida e a ênfase na criação de ambientes favoráveis à saúde e desenvolvimento de habilidades pessoais (VERAS; CALDAS, 2004).

Além disso, a promoção da saúde representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos neste final de século. Assim, a promoção da saúde, modernamente, é a constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde. Portanto, sustenta-se no entendimento que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida (BUSS, 2000).

Com isso, as ações de promoção da saúde do idoso devem contemplar os inúmeros problemas que afetam a qualidade de vida dos idosos. Às políticas públicas cabe garantir os direitos fundamentais (habitação, renda, alimentação), e desenvolver ações voltadas às necessidades específicas da população idosa, como centros de convivência, assistência especializada à saúde, centros-dia, serviços de apoio domiciliar ao idoso, programa de medicamentos, universidades da terceira idade, dentre outros (VERAS; CALDAS, 2004).

Em relação ao estado de 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 (BRASIL, 2010).

2.3. Centros de referência e de convivência para os idosos

Um centro de referência para a pessoa idosa deve ter como característica o cuidado integral do idoso, baseando-se nas políticas públicas voltadas para essa faixa etária (VERAS; CALDAS, 2004). Nesse sentido, o Hospital das Clínicas (HC), da UFMG, em Belo Horizonte, foi pioneiro no ensino, pesquisa e extensão na área de envelhecimento em Minas Gerais, desde 1996, através do Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG. Assim, o HC possui o Instituto Jenny de Andrade Faria, que é a sede do Programa de Atenção à Saúde do Idoso e tem como premissas a integralidade

do cuidado e a integração com a Secretaria Municipal de Saúde/PBH, Secretaria Estadual de Saúde/MG e Ministério da Saúde (UFMG, 2014).

O local possui uma área construída de 2.000 metros quadrados, com 27 consultórios adaptados e informatizados, ginásio de reabilitação de fisioterapia com piscina para hidroterapia, sala de reabilitação cognitiva, casa para treino de atividades de vida diária domiciliares, sala para densitometria óssea, auditório com capacidade para 60 pessoas, além de diversas salas de aula para dinâmica de grupo e capacitação. Tem a capacidade de atendimento de 1.000 primeiras consultas/mês, 800 consultas subsequentes/mês e 600 consultas/sessões de reabilitação/mês, totalizando 2.400 procedimentos na forma de consultas por mês, exclusivamente para os idosos do município (UFMG, 2014).

Já um centro de convivência para o idoso é um espaço privilegiado de encontros e interações mediadas por intenções pedagógicas voltadas para a pessoa idosa, considerando toda a sua multidimensionalidade. Com isso, o local deve se basear numa concepção de cuidado que privilegie a reintegração sócio-política cultural do idoso, em conformidade com a Política Nacional do Idoso. O objetivo da implantação de um centro de convivência deve ser atender aos idosos de um local definido, promovendo o fortalecimento de práticas associativas, produtivas e promocionais, e restituir ao idoso o seu sentimento de cidadania (SILVA, 2003).

Portanto, no município de Belo Horizonte, existe o Centro de Referência da Pessoa Idosa Vereador Sérgio Ferrara (CRPI), que funciona como um centro de referência para os idosos do município, tendo como um dos seus objetivos promover a qualidade de vida do idoso.

Nesse contexto, o Centro de Referência da Pessoa Idosa de Belo Horizonte (CRPI) reflete a vitória de vários grupos de convivência do município, que se uniram para pleitear junto ao governo municipal a criação de um espaço de convivência para os idosos em Belo Horizonte. Então, surgiu a oportunidade de destinar um espaço público ocioso ("Clube Tancredão") para utilização por idosos. Teve início a luta dos idosos de BH para conquistarem este espaço.

O CRPI é um equipamento público intersetorial da Prefeitura de Belo Horizonte, desenvolvido através da Secretaria Municipal de Políticas Sociais, Secretaria Municipal Adjunta de Direitos de Cidadania e Coordenadoria de Direitos da Pessoa Idosa (BELO

HORIZONTE, 2013).

O CRPI oferece serviços e programas voltados para a promoção e a defesa dos direitos da pessoa idosa. Este Centro traz em seu bojo estudos, pesquisas e documentação sobre o processo de envelhecimento.

De acordo com site oficial da Prefeitura de Belo Horizonte, este equipamento tem como objetivos e compromissos:

- Desenvolver ações educativas visando à promoção da cidadania e inclusão social da pessoa idosa;
- Promover a socialização e convivência intergeracional;
- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa e elevação de sua autoestima;
- Possibilitar a participação da pessoa idosa como protagonista de sua história.

O CRPI oferece os seguintes Projetos/Serviços:

- Academia da Cidade;
- Academia Céu Aberto/Saúde na Praça;
- Dança de salão;
- Dança cigana;
- Dança Sênior;
- Coral;
- Lian Gong;
- Informática/Inclusão Digital;
- Pintura em Tecido;
- Pintura em Tela;
- Projeto EJA-BH (Educação de Jovens e Adultos);
- Show de Talentos;
- Tarde Dançante (Baile);
- Vida Ativa
- Biodanza;

O CRPI oferece atividades distintas nos diferentes dias da semana e os idosos podem participar das atividades conciliando o seu interesse e a disponibilidade de

vagas.

Assim, o propósito do CRPI é favorecer o desenvolvimento de atividades que preservem a qualidade de vida, a funcionalidade e a manutenção de um estilo de vida saudável, capazes de prevenir o declínio cognitivo (BELO HORIZONTE, 2013).

3. METODOLOGIA

3.1. Tipo de estudo

Os fatores associados à qualidade de vida em idosos foram investigados através de um estudo transversal. Esse trabalho é um dos subprojetos da pesquisa “Qualidade de vida e perfil sociodemográfico e epidemiológico de idosos acompanhados nas Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte”, realizado pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano (NEPCDH).

3.2. Área e local do estudo

A presente pesquisa foi desenvolvida no município de Belo Horizonte, Minas Gerais. O município conta com cerca de 300.000 idosos, que representam 12,6% da população total (BELO HORIZONTE, 2013).

O local do estudo foi um centro de referência, em Belo Horizonte, que possui 590 idosos cadastrados e ativos nos diferentes programas ofertados.

3.3. População do estudo

A população do estudo é composta por todos os idosos matriculados e ativos nos diferentes programas desse centro de referência, totalizando 590 pessoas.

3.3.1. Cálculo Amostral

A unidade amostral foi representada por idosos que participam do centro de referência, em Belo Horizonte, Minas Gerais, que totaliza 590 pessoas. O cálculo do tamanho amostral foi realizado por meio de uma fórmula que avalia uma amostra mínima que garanta confiança adequada e margem de erro máxima, além do tamanho populacional e a estimativa do percentual de idosos dentro da característica desejada. Além disto, foram utilizados o erro amostral (d) e uma confiança na estimação dessa probabilidade.

Assim, para estimação de idosos cuja qualidade de vida é boa e estão satisfeitos com sua saúde, o tamanho da amostra geral (n) foi determinado a partir da fórmula descrita a seguir pela Figura 1 (MINGOTI *et al.*, 2000).

$$n = \left(\frac{z_{\alpha/2} \cdot p(1-p)}{d} \right)^2$$

FIGURA 1: Formula de Cálculo do Tamanho Amostral (AAS população infinita).

A fórmula da Figura 1 é determinada pela margem de erro máxima pré-estabelecida (d), uma confiança na estimativa ($z_{\alpha/2}$) proporção na população (p).

O valor de $z_{\alpha/2}$ é o valor absoluto da ordenada da distribuição normal padronizada que deixa abaixo dele área igual à metade de 100 – confiança desejada. Por exemplo, se a confiança é de 95%, o valor de $z_{\alpha/2}$ será igual a $z_{5\%}$, ou seja, valor absoluto que deixa abaixo dele área igual a 2,5%.

Neste estudo, o cálculo amostral baseou-se na proporção de 79% de indivíduos cujo nível de qualidade de vida foi considerado satisfatório (TRENTINI, 2004), com um nível de significância de 5% e margem de erro de cinco pontos percentuais, estimando o tamanho da amostra em 179 idosos. Considerando-se 20,0% de possíveis perdas, a amostra final totalizou em 215 idosos.

Ao todo, foram coletados dados de 269 idosos. O valor expressivamente acima do valor calculado justifica-se pela ideia inicial de se realizar um censo dos idosos do local. Além disso, o cálculo foi realizado considerando a população de idosos do município de Belo Horizonte por não existir na literatura brasileira estudos similares a esse, em centros de referências para idosos.

3.3.2. Critério de seleção

Como critérios de inclusão, consideraram-se pessoas de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, cadastrados e frequentadores do centro de referência, que concordaram em participar da pesquisa e que responderam à

entrevista.

Os critérios de exclusão são pessoas com idade abaixo de 60 anos de idade que realizam alguma atividade no local e os idosos que não manifestaram desejo em participar da pesquisa.

3.4. Coleta de dados

Este estudo utilizou um banco de dados parcialmente já 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 no centro de referência iniciou em Janeiro de 2012. Devido à realização de obras no local, a coleta foi suspensa em Agosto de 2012 e retomada em Novembro de 2013, mantendo-se até Maio de 2014. A mesma foi realizada por uma equipe previamente treinada, composta por bolsistas de Iniciação Científica selecionadas do Curso de Graduação em Enfermagem e Nutrição, além de uma mestranda em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, sob supervisão de membros do NEPCDH.

Os participantes foram abordados pelas bolsistas enquanto esperavam por alguma atividade, nos turnos da manhã e da tarde, conforme disponibilidade de cada entrevistadora.

Todas as perguntas foram realizadas através de entrevista e para padronização da mesma foi elaborado pelos coordenadores da pesquisa o Manual do Entrevistador (SOARES *et al.*, 2013).

3.5. Variáveis do estudo

3.5.1. Variável dependente

A variável dependente do estudo consistiu na qualidade de vida, avaliada por meio do instrumento WHOQOL-bref.

3.5.2. Variáveis independentes

As variáveis independentes do estudo foram as variáveis demográficas socioeconômicas, clínicas e comportamentais, que constam no questionário aplicado, através de perguntas e testes descritos a seguir.

3.5.3. Instrumentos para a coleta de dados

- **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). Durante a entrevista, foram seguidas as recomendações da OMS sobre os procedimentos de aplicação do WHOQOL-bref.

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 (OMS, 1998a).

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).

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).

- **Mini Exame do Estado Mental**

Em relação ao nível de cognição, o mesmo será analisado através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), que provavelmente é o instrumento mais utilizado mundialmente para a função cognitiva, possuindo versões em diversas línguas e países. O instrumento já foi validado no Brasil e fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, contendo questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas planejada com o objetivo de avaliar "funções" cognitivas específicas como a orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto).

O escore do MEEM pode variar de um mínimo de 0 pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de 30 pontos, o qual, por sua vez, corresponde a melhor capacidade cognitiva (CHAVES, 2006, 2008).

Segundo Chaves (2006, 2008), o ponto de corte é frequentemente ajustado para o nível educacional porque um único corte pode perder casos entre pessoas de educação mais alta e gerar falsos positivos entre aqueles com baixo nível de

escolaridade. Assim, baseando-se em outros estudos, optou-se por adotar os seguintes pontos de corte: 13 para analfabetos, 18 para até oito anos de escolaridade, 26 para mais de oito anos de escolaridade (BERTOLUCCI *et al.*, 1994; MELLO; HADDAD; DELLAROZA, 2012).

- **Dados sociodemográficos e econômicos**

Para coleta de dados sociodemográficos e econômicos será utilizado o Formulário de Dados Sociodemográficos cujas variáveis pesquisadas serão idade, estado civil, filhos, escolaridade e dados da situação socioeconômica e familiar, como descritos a seguir:

- 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 três grupos etários: 60 a 69 anos; 70 a 79 anos; 80 anos e mais.

- Naturalidade

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

- 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* em analfabeto e alfabetizados. Foram considerados analfabetos os que relataram possuir menos de um ano de estudo. Os alfabetizados foram categorizados em menos de quatro anos de estudo ou mais de quatro anos de estudo.

- 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.

- Tipo de aposentadoria

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

- 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.

- 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); possui banheiro (sim ou não); possui rede de esgoto (sim ou não); possui água encanada (sim ou não).

• **Variáveis clínicas e comportamentais**

Para avaliar as variáveis clínicas, alguns testes validados e questionários foram aplicados, 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 (KROENKE; SPITZER; WILLIAMS, 2003).

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

Esse instrumento trata-se da versão abreviada do instrumento original AUDIT-10 questões. Em sua versão adaptada, o AUDIT-C se aproxima do desempenho do AUDIT-10 questões e está estruturado nas suas três primeiras perguntas. 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 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 (SILVA, 2008) 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.

- 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 e frequência (nunca; 4 a 7x/semana; 2 a 3x/semana; 1x/semana).

- Comorbidades

Refere-se a presença de algum problema de saúde (sim ou não).

- Pressão arterial sistêmica (PA)

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

Foram considerados hipertensos aqueles idosos com a média de três aferições da PAS \geq 140 mmHg e/ou PAD \geq 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).

- Uso de medicamento

Refere-se ao uso de tratamento medicamentoso (sim ou não) e qual medicação.

- História familiar de doença

Refere-se à história familiar de algumas das patologias descritas - hipertensão arterial sistêmica; diabetes *mellitus*; câncer; acidente vascular encefálico (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".

- **Dados antropométricos**

As medidas antropométricas foram realizadas durante a entrevista e obtidas segundo recomendações padronizadas (LOHMAN *et al.*, 1988):

- Peso

Os indivíduos foram pesados em balança devidamente calibrada, da marca Filizola. Utilizaram roupas leves (excluindo calças jeans e agasalhos pesados) e estavam sem sapatos. Permaneceram de pé no meio da balança com o peso do corpo distribuído igualmente sobre os pés. A medida foi registrada com precisão de 0,1 kg.

- Estatura

A medida foi aferida com o indivíduo sem sapatos e sem meias, posicionado de pé sobre a superfície do estadiômetro e de costas para a escala métrica, com os pés paralelos e os tornozelos juntos. O estadiômetro foi confeccionado no local do estudo, com a precisão de uma fita milimetrada e apropriada para este tipo de estudo. As nádegas, ombros e a parte posterior da cabeça tocavam a régua e os braços permaneciam soltos ao longo do corpo. Com a mão sob o queixo, a cabeça era posicionada de forma que a parte inferior da órbita ocular permanecesse no mesmo plano do orifício externo do ouvido (plano de Frankfort). A régua era deslizada até o

topo da cabeça, sem empurrá-la para baixo. A medida foi indicada em voz alta até o milímetro mais próximo.

- Índice de massa corpórea (IMC)

O IMC foi obtido a partir da seguinte razão: $IMC = \text{peso (kg)} / \text{estatura}^2 \text{ (m)}$, sendo categorizado de acordo com o preconizado pela Associação Dietética norte-americana (ADA, 1994) para idosos: menor do que 22 – baixo peso; entre 22 e 27 – eutrofia; maior do que 27 – sobrepeso.

- Circunferência de quadril

Com o indivíduo de pé e em posição ereta, com o auxílio de uma fita métrica flexível e inextensível, circundou-se a fita na extensão máxima das nádegas.

- Circunferência da cintura

Para a tomada da medida, o indivíduo permanecia ereto, com o abdômen relaxado, braços soltos e pés juntos. A fita métrica inelástica foi colocada ao redor do indivíduo em plano horizontal, no ponto médio entre a parte inferior da costela e a parte superior da crista ilíaca. Aferiu-se a medida no final de uma expiração normal até o milímetro mais próximo. O ponto de corte da circunferência da cintura para o sexo feminino foi maior ou igual a 80 cm e para o sexo masculino foi maior ou igual a 88 cm, segundo preconização da OMS (1997).

- Relação cintura- quadril (RCQ)

Foi calculada através da razão entre a circunferência da cintura e a circunferência do quadril encontradas (cm/cm). Foi considerado RCQ elevado quando o valor encontrado foi maior do que 0,85 em mulheres e maior do que 1 em homens, de acordo com o preconizado pela OMS (1998).

O instrumento de coleta de dados se encontra na íntegra no ANEXO 1. Ressalta-se que foi realizado pré-teste do questionário para verificação de inconsistências nas perguntas e dificuldade de entendimento dos idosos.

3.6. Análise dos dados

Os dados foram inseridos, digitados duplamente e analisados utilizando-se o programa SPSS 20.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

A análise dos dados foi inicialmente feita através de técnicas descritivas,

expressa como média \pm desvio-padrão (DP) e/ou mediana com intervalo interquartil (IQ Q3-Q1) para variáveis contínuas e como proporções ou percentagens para as categóricas. A análise de normalidade das variáveis contínuas foi feita pelos testes de *Kolmogorov-Smirnov* ou *Shapiro-Wilk*, conforme apropriado.

Na estatística descritiva, as variáveis contínuas foram comparadas entre os grupos utilizando o teste *T-Student* de amostras independentes ou o teste de análise de variância (ANOVA paramétrica com um critério de classificação), complementada, quando necessário, pelo teste de *Tukey*, para as variáveis paramétricas; e o teste *U-Mann-Whitney* ou a ANOVA não paramétrica de *Kruskal-Wallis*, para as variáveis não paramétricas, conforme apropriado. As variáveis categóricas foram comparadas pelo teste de qui-quadrado ou teste Exato de Fisher, conforme apropriado. Na modelagem estatística, adotou-se um nível crítico de valor $p \leq 0,20$ para entrada no modelo multivariado.

Regressão logística *Forward* foi utilizado no modelo multivariado para identificar as associações entre qualidade de vida e variáveis independentes. As variáveis foram introduzidas uma a uma, e mantidas no modelo aquelas que apresentaram $p < 0,05$. Os valores obtidos foram expressos em *odds ratio* e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%).

Para analisar a existência ou não de correlação entre o escore QVG e os domínios do WHOQOL-bref utilizou-se o teste de correlação de *Spearman-Rho*.

A análise dos dados foi racionalizada por meio da definição de dois grupos em relação à percepção da qualidade de vida e à satisfação com a saúde (qualidade de vida boa/satisfeito - autorrelato de qualidade de vida "boa" ou "muito boa" e estão "satisfeitos" ou "muito satisfeitos" com sua saúde - G1; e qualidade de vida ruim/insatisfeito - autorrelato de qualidade de vida "nem ruim, nem boa", "ruim" ou "muito ruim" e estão "nem satisfeitos, nem insatisfeitos", "insatisfeitos" ou "muito insatisfeitos" com sua saúde - G2).

3.7. Questões ético-legais

A pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP), com solicitação de dispensa do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) exclusivo para essa dissertação, pois o TCLE do estudo “Qualidade de vida e perfil sociodemográfico e epidemiológico de idosos acompanhados nas Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte” (ANEXO 2) já estava sendo utilizado para a coleta de dados.

O estudo foi aprovado pelo COEP através do parecer n. 614.405 (ANEXO 3). Além disso, o projeto seguiu a resolução 466/12, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Já o parecer de aprovação no COEP, da pesquisa “Qualidade de vida e perfil sociodemográfico e epidemiológico de idosos acompanhados nas Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte”, é o de n. 0015.0.410.000-10 (ANEXO 4).

4. RESULTADOS

4.1. Análise descritiva e análise univariada

De acordo com o cálculo amostral, o valor mínimo necessário para se garantir representatividade amostral era de 215 questionários. Ao todos, foram coletados 269 questionários, os quais foram revisados um a um. Destes, ocorreram doze perdas - cinco devido ao WHOQOL-bref conter mais de 20% não respondido e sete por serem pessoas com idade menor que 60 anos. Assim, com as perdas amostrais, totalizaram-se 257 questionários completos e analisados.

Para melhor visualização da amostra estudada, segundo características demográficas, socioeconômicas, clínicas e comportamentais, foram propostas tabelas com uma síntese das análises descritivas e univariadas das variáveis de interesse, as quais serão discutidas a posteriori.

TABELA 1 – Características demográficas segundo grupos de qualidade de vida/satisfação. Centro de Referência da Pessoa Idosa, Belo Horizonte, MG, 2012 a 2014. (N = 257)

Variáveis	QV e satisfação com sua saúde			p-valor ^a
	Total N=257 (%)	G1 (satisfeito) N=163 (%)	G2 (não satisfeito) N=94 (%)	
Sexo				
Homem	17,5	17,8	17,0	0,876
Mulher	82,5	82,2	83,0	
Idade (anos)				
60-69	44,7	39,3	54,3	0,025
70-79	44,7	47,2	40,4	
≥ 80	10,5	13,5	5,3	
Naturalidade (n=256)				
BH ou RMBH	31,6	35,6	24,7	0,144
Interior MG	60,9	56,4	68,8	
Outros	7,4	8,0	6,5	
Situação conjugal				
Ausência de cônjuge	63,8	62,6	66,0	0,587
Presença de cônjuge	36,2	37,4	34,0	
Religião				
Católico	72,4	73,0	71,3	0,945
Evangélico	13,6	13,5	13,8	
Outros	14,0	13,5	14,9	

^a p-valor: diferenças das proporções (teste qui-quadrado).

Nota: BH - Belo Horizonte; MG - Minas Gerais; QV - Qualidade de Vida; RMBH - Região Metropolitana de Belo Horizonte. G1 - autorrelato de qualidade de vida "boa" ou "muito boa" e estão "satisfeitos" ou "muito satisfeitos" com sua saúde; G2 - autorrelato de qualidade de vida "nem ruim, nem boa", "ruim" ou "muito ruim" e estão "nem satisfeitos, nem insatisfeitos", "insatisfeitos" ou "muito insatisfeitos" com sua saúde.

No grupo pesquisado, predominam mulheres, pessoas idosas não casadas, oriundas do interior de MG e que professam a religião católica. Além disso, embora a proporção de idosos jovens (até 69 anos) e idosos até 79 anos entre os investigados fosse idêntica, apenas a variável idade apresentou diferença estatisticamente significativa entre as proporções, em relação à qualidade de vida e satisfação com a saúde, medida pelo instrumento WHOQOL-bref.

TABELA 2 – Características socioeconômicas segundo grupos de qualidade de vida/satisfação. Centro de Referência da Pessoa Idosa, Belo Horizonte, MG, 2012 a 2014. (N = 257)

Variáveis	QV e satisfação com sua saúde			p-valor ^a
	Total N=257 (%)	G1 (satisfeito) N=163 (%)	G2 (não satisfeito) N=94 (%)	
Nível de alfabetização				
Alfabetizado	89,9	89,6	90,4	0,827
Analfabeto	10,1	10,4	9,6	
Escolaridade (anos)				
<4	21,4	19,0	25,5	0,220
≥4	78,6	81,0	74,5	
Trabalha atualmente				
Sim	22,6	25,8	17,0	0,106
Não	77,4	74,2	83,0	
Aposentadoria				
Sim	80,2	79,8	80,9	0,832
Não	19,8	20,2	19,1	
Tipo de Aposentadoria (n=205)				
Idade	45,9	45,7	46,1	0,594
Tempo de serviço	42,4	44,2	39,5	
Invalidez	11,7	10,1	14,5	
Renda familiar (sm)				
< 1	19,1	18,0	21,1	0,342
1 + 3	40,2	38,5	43,3	
3 + 5	27,9	28,0	27,8	
≥ 5	12,7	15,5	7,8	
Casa própria				
Sim	88,3	91,4	83,0	0,043
Não	11,7	8,6	17,0	
Número de cômodos				
1 – 3	14,8	14,1	16,0	0,688
4 ou mais	85,2	85,9	84,0	
Saneamento básico				
Rede de esgoto	98,4	98,8	97,9	0,625
Banheiro	100,0	100,0	100,0	-
Água encanada	99,6	100,0	98,9	0,366
Arranjo domiciliar				
Mora sozinho	20,2	20,2%	20,2	0,995
Mora acompanhado	79,8	79,8%	79,8	

^a p-valor: diferenças das proporções (teste qui-quadrado ou Exato de Fisher).

Nota: QV - Qualidade de Vida; sm - salário mínimo. G1 - autorrelato de qualidade de vida "boa" ou "muito boa" e estão "satisfeitos" ou "muito satisfeitos" com sua saúde; G2 - autorrelato de qualidade de vida "nem ruim, nem boa", "ruim" ou "muito ruim" e estão "nem satisfeitos, nem insatisfeitos", "insatisfeitos" ou "muito insatisfeitos" com sua saúde.

A maioria dos idosos é alfabetizada, possui quatro anos ou mais de estudo, não trabalha atualmente e é aposentada. Além disso, predominam idosos que moram acompanhados, que recebem de um a três salários mínimos, que possuem casa própria com quatro ou mais cômodos e com condições de saneamento adequadas.

De todas as características socioeconômicas investigadas, quando se compara a satisfação e a qualidade de vida em saúde, apenas a posse da casa própria apresentou diferença estatisticamente significativa entre as suas proporções.

TABELA 3 – Características clínicas segundo grupos de qualidade de vida/satisfação. Centro de Referência da Pessoa Idosa, Belo Horizonte, MG, 2012 a 2014. (N =257)

(Continua)

Variáveis	QV e satisfação com sua saúde			p-valor ^a
	Total N=257 (%)	G1 (satisfeito) N=163 (%)	G2 (não satisfeito) N=94 (%)	
Nº comorbidades				
Zero	9,7	12,9	4,3	<0,001
1-2	57,2	62,0	48,9	
3-4	26,8	22,7	34,0	
5 ou mais	6,2	2,5	12,8	
Comorbidade autorreferida				
Hipertensão arterial sistêmica	63,4	55,8	76,6	0,001
Dislipidemia	26,5	27,6	24,5	0,583
Diabetes <i>mellitus</i>	23,7	19,0	31,9	0,019
Doenças sistema osteomuscular e Conjuntivo	23,3	17,2	34,0	0,002
Doenças da glândula tireoide	16,0	14,1	19,1	0,288
Cardiopatias	10,5	7,4	16,0	0,030
Doenças sistema respiratório	6,2	3,1	11,7	0,006
Tratamento medicamentoso (n=256)				
Sim	84,8	82,8	88,2	0,252
Não	15,2	17,2	11,8	
Medicamento (n=253)				
Anti-hipertensivo	59,7	52,8	71,7	0,003
Hipolipemiante	22,5	22,4	22,8	0,932
Hipoglicemiante oral	21,7	18,0	28,3	0,057
Diurético	21,3	16,8	29,3	0,019
Reposição hormônio Tireoidiano	15,0	13,7	17,4	0,425
Antidepressivo	15,0	11,8	20,7	0,058
AINEs	10,7	8,1	15,2	0,077
História familiar de doença (n=252)				
Hipertensão arterial sistêmica	67,5	59,4	81,5	<0,001
Neoplasia	53,2	51,3	56,5	0,419
Hipercolesterolemia (n=250)	49,2	44,7	57,1	0,057
Diabetes <i>mellitus</i>	41,7	37,5	48,9	0,077
Infarto agudo do miocárdio	41,7	40,0	44,6	0,479
Acidente vascular encefálico	37,3	32,5	45,7	0,038
Transtorno mental	35,7	28,8	47,8	0,002
Obesidade	25,4	22,5	30,4	0,164
Demência	16,7	15,6	18,5	0,558

TABELA 3 – Características clínicas segundo grupos de qualidade de vida/satisfação. Centro de Referência da Pessoa Idosa, Belo Horizonte, MG, 2012 a 2014. (N = 257)

Variáveis	QV e satisfação com sua saúde			p-valor ^a
	Total N=257 (%)	G1 (satisfeito) N=163 (%)	G2 (não satisfeito) N=94 (%)	
(Conclusão)				
Nível cognitivo (MEEM)				
Alterado	16,7	17,8	14,9	0,549
Preservado	83,3	82,2	85,1	
PHQ-2 total				
≥ 3	9,7	4,3	19,1	<0,001
< 3	90,3	95,7	80,9	
PA aferida (n=234)				
Normotenso	62,8	63,1	62,4	0,911
Hipertenso	37,2	36,9	37,6	
Índice de massa corpórea				
<22	11,6	12,1	10,8	0,456
22-27	37,6	40,1	33,3	
>27	50,8	47,8	55,9	
RCQ				
Normal	45,5	43,6	48,9	0,404
Elevado	54,5	56,4	51,5	

^a p-valor: diferenças das proporções (teste qui-quadrado ou Exato de Fisher).

Nota: AINEs - antiinflamatórios não esteroides; MEEM - Mini-Exame do Estado Mental; PA - Pressão arterial; PHQ - The Patient Health Questionnaire; QV - Qualidade de Vida; RCQ - Razão cintura-quadril. G1 - autorrelato de qualidade de vida "boa" ou "muito boa" e estão "satisfeitos" ou "muito satisfeitos" com sua saúde; G2 - autorrelato de qualidade de vida "nem ruim, nem boa", "ruim" ou "muito ruim" e estão "nem satisfeitos, nem insatisfeitos", "insatisfeitos" ou "muito insatisfeitos" com sua saúde.

No que se refere às características clínicas, a maioria dos idosos possui pelo menos uma patologia e fazem uso de algum medicamento, sendo a patologia de maior prevalência a hipertensão arterial sistêmica (HAS), seguida de dislipidemia e diabetes *mellitus*. Referente ao nível cognitivo, grande parte o possui preservado. Em relação aos dados antropométricos, a maioria dos idosos apresentaram sobrepeso e valores elevados de relação cintura-quadril.

Considerando todas as características clínicas investigadas, quando se compara a satisfação e a qualidade de vida em saúde em relação à diferença entre as proporções, apresentou diferença estatisticamente significativa o número de comorbidades, hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, doenças do sistema osteomuscular e conjuntivo, depressão, cardiopatias, doenças do sistema respiratório,

uso de anti-hipertensivo, uso de diurético e histórico familiar positivo para hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular encefálico e transtorno mental.

TABELA 4 - Relação entre hipertensos autorreferidos e pressão arterial aferida. Centro de Referência da Pessoa Idosa, Belo Horizonte, MG, 2012 a 2014. (N = 248)

Variável HAS	Total N=248 (%)	PA alterada	
		Sim N=87 (%)	Não N=161 (%)
Não	34,3	25,9	74,1
Sim	65,7	39,9	60,1

Nota: PA – Pressão arterial; HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica.

A tabela 4 correlaciona o diagnóstico autorreferido de HAS e a pressão arterial aferida. Chama atenção o fato de mais de um terço dos idosos estarem com a pressão arterial alterada, sendo mais de um quarto dos idosos que se diziam normotensos e quase dois quintos dos sabidamente hipertensos.

TABELA 5 – Características comportamentais segundo grupos de qualidade de vida/satisfação. Centro de Referência da Pessoa Idosa, Belo Horizonte, MG, 2012 a 2014. (N = 257)

Variáveis	QV e satisfação com sua saúde			p-valor ^a
	Total N=257 (%)	G1 (satisfeito) N=163 (%)	G2 (não satisfeito) N=94 (%)	
AUDIT-C (n=253)				
Negativo	90,5	91,3	89,1	0,570
Positivo	9,5	8,7	10,9	
Tabagismo				
Tabagista	3,9	3,7	4,3	0,664
Não tabagista	64,2	66,3	60,6	
Ex-tabagista	31,9	30,1	35,1	
Número de cigarros que fuma ou já fumou (n=92)				
Menos de 10 cigarros/dia	54,3	60,0	45,9	0,185
Mais de 10 cigarros/dia	45,7	40,0	54,1	
Tempo de tabagismo (n=90)				
Menos de 10 anos	24,4	22,6	27,0	0,634
Mais de 10 anos	75,6	77,4	73,0	
Atividade física				
Sim	92,6	95,1	88,3	0,045
Não	7,4	4,9	11,7	
Tipo de atividade física				
Caminhada	67,7	71,2	61,7	0,118
Exercício aeróbico	65,0	69,3	57,4	
Liang gong ou Yoga	20,2	19,0	22,3	0,523
Dança	10,1	12,9	5,3	0,053
Hidroginástica	6,6	8,6	3,2	0,094
Biodanza	4,3	3,7	5,3	0,537
Outros	17,5	20,2	12,8	0,129
Frequência da atividade física				
4-7 vezes por semana	28,0	33,7	18,1	0,008
1-3 vezes por semana	63,0	60,1	68,1	
Nunca	8,9	6,1	13,8	

^a p-valor: diferenças das proporções (teste qui-quadrado ou Exato de Fisher).

Nota: QV - Qualidade de Vida; AUDIT-C - The Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption. G1 - autorrelato de qualidade de vida "boa" ou "muito boa" e estão "satisfeitos" ou "muito satisfeitos" com sua saúde; G2 - autorrelato de qualidade de vida "nem ruim, nem boa", "ruim" ou "muito ruim" e estão "nem satisfeitos, nem insatisfeitos", "insatisfeitos" ou "muito insatisfeitos" com sua saúde.

A tabela 5 traz as características comportamentais investigadas. Os resultados apontam que apenas a atividade física mostrou-se significativamente associada à qualidade de vida e a satisfação com a saúde, entre as suas proporções.

A seguir, nas tabelas 6, 7 e 8, verificam-se a distribuição das frequências para as variáveis WHOQOL-1 e WHOQOL-2, dos domínios do WHOQOL-bref e da Qualidade de Vida Geral.

TABELA 6 – Frequência para as variáveis WHOQOL-1 e WHOQOL-2. Centro de Referência da Pessoa Idosa, Belo Horizonte, MG, 2012 a 2014. (N = 257)

Variáveis		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito Bom
WHOQOL-1	n	3	5	49	140	60
Como avaliaria sua qualidade de vida?	%	1,2	1,9	19,1	54,5	23,3
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
WHOQOL-2	n	3	21	40	145	48
Quão satisfeito (a) está com a sua saúde?	%	1,2	8,2	15,6	56,4	18,7

Nota: WHOQOL - World Health Organization Quality of Life.

TABELA 7 – Análise descritiva dos domínios do WHOQOL-bref e da Qualidade de Vida Geral. Centro de Referência da Pessoa Idosa, Belo Horizonte, MG, 2012 a 2014. (N = 257)

Domínio	Média	DP	Mín.	Máx.	1º Q	2º Q	3º Q
Físico	63,91	9,62	39,29	89,29	57,14	64,29	71,43
Psicológico	64,05	10,83	20,83	95,83	58,33	62,50	70,83
Relações sociais	67,90	17,90	0,00	100,00	58,33	66,67	79,17
Meio ambiente	14,44	1,96	8,50	19,50	13,50	14,50	16,00
QVG	52,57	7,74	27,52	71,33	47,31	52,14	57,79

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

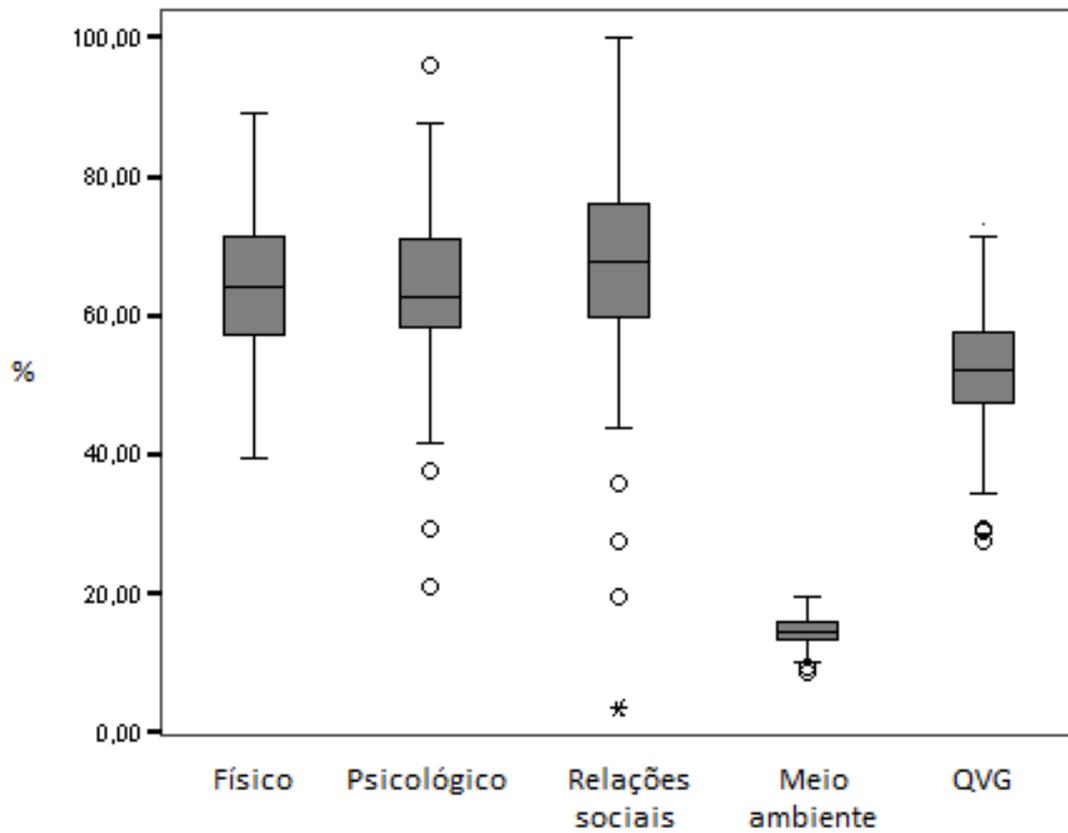


GRÁFICO 1 - Boxplot dos domínios Físico, Psicológico, Relações sociais, Meio ambiente e Qualidade de Vida Geral. Centro de Referência da Pessoa Idosa, Belo Horizonte, MG, 2012 a 2014.

Nota: QVG - Qualidade de Vida Geral.

TABELA 8 – Valores do escore QVG segundo variáveis WHOQOL-1, WHOQOL-2 e grupo de QV/Satisfação. Centro de Referência da Pessoa Idosa, Belo Horizonte, MG, 2012 a 2014. (N = 257)

Variáveis	QVG					
	Média	DP	IC 95%	p-valor	p tendência linear	
WHOQOL-1 [†] Avaliação da Qualidade de Vida	Muito ruim ^(a)	51,32	8,94	29,11 - 73,52	<0,001*	<0,001
	Ruim ^(b)	41,86 ^(d,e)	11,59	27,46 - 56,25		
	Nem ruim nem boa ^(c)	48,69 ^(d,e)	6,66	46,78 - 50,60		
	Boa ^(d)	52,32 ^(b,c,e)	6,89	51,17 - 53,48		
	Muito boa ^(e)	57,29 ^(b,c,d)	7,42	55,37 - 59,20		
WHOQOL-2 [†] Satisfação com a saúde	Muito insatisfeito ^(A)	47,93	8,99	25,61 - 70,26	<0,001*	<0,001
	Insatisfeito ^(B)	47,43 ^(D,E)	7,30	44,11 - 50,75		
	Nem satisfeito nem insatisfeito ^(C)	50,19 ^(E)	5,08	48,57 - 51,81		
	Satisfeito ^(D)	52,29 ^(B,E)	7,67	51,03 - 53,55		
	Muito satisfeito ^(E)	57,96 ^(B,C,D)	7,12	55,89 - 60,03		
Grupo de QV/Satisfação	QV boa / satisfação saúde (G1)	54,60	7,64	53,42 - 55,78	<0,001**	-
	QV ruim / insatisfação saúde (G2)	49,06	6,60	47,71 - 50,41		

Nota: *teste ANOVA paramétrica com um critério de classificação; [†] Diferenças significativas entre as médias dos grupos ($p < 0,05$) estão identificadas com letra em sobrescrito (teste de Tukey); ** Teste T-Student; ANOVA - Análise de Variância; DP - Desvio-padrão; IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%; QV - Qualidade de Vida; QVG - Qualidade de Vida Geral; WHOQOL - World Health Organization Quality of Life.

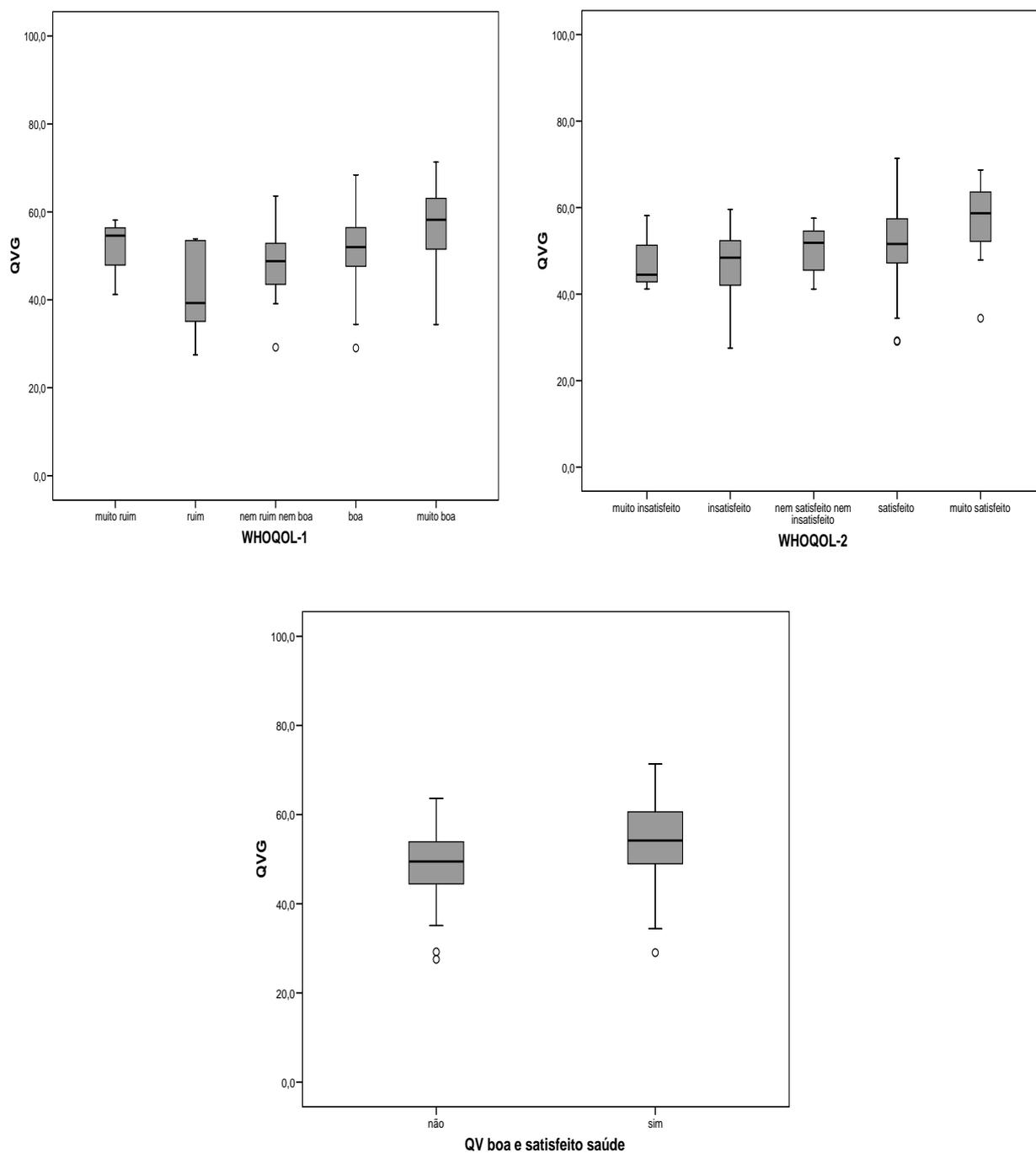


GRÁFICO 2 - Boxplot dos valores do escore QVG segundo variáveis WHOQOL-1, WHOQOL-2 e grupos de QV/Satisfação. Centro de Referência da Pessoa Idosa, Belo Horizonte, MG, 2012 a 2014.

Nota: QV - Qualidade de Vida; QVG - Qualidade de Vida Geral; WHOQOL - World Health Organization Quality of Life.

TABELA 9 - Correlação de Spearman's-Rho dos escores de Qualidade de Vida Geral entre os domínios do WHOQOL-bref. Centro de Referência da Pessoa Idosa, Belo Horizonte, MG, 2012 a 2014. (N = 257)

Variáveis	Domínios			
	Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio ambiente
Rho QVG	0,655*	0,722*	0,842*	0,622*

Nota: * $p < 0,001$; QVG - Qualidade de Vida Geral; 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 *et al.*, 1992).

A tabela 9 evidencia que os domínios relações sociais e psicológico apresentam forte correlação com a QVG, enquanto os domínio físico e meio ambiente apresentam moderada relação com a QVG.

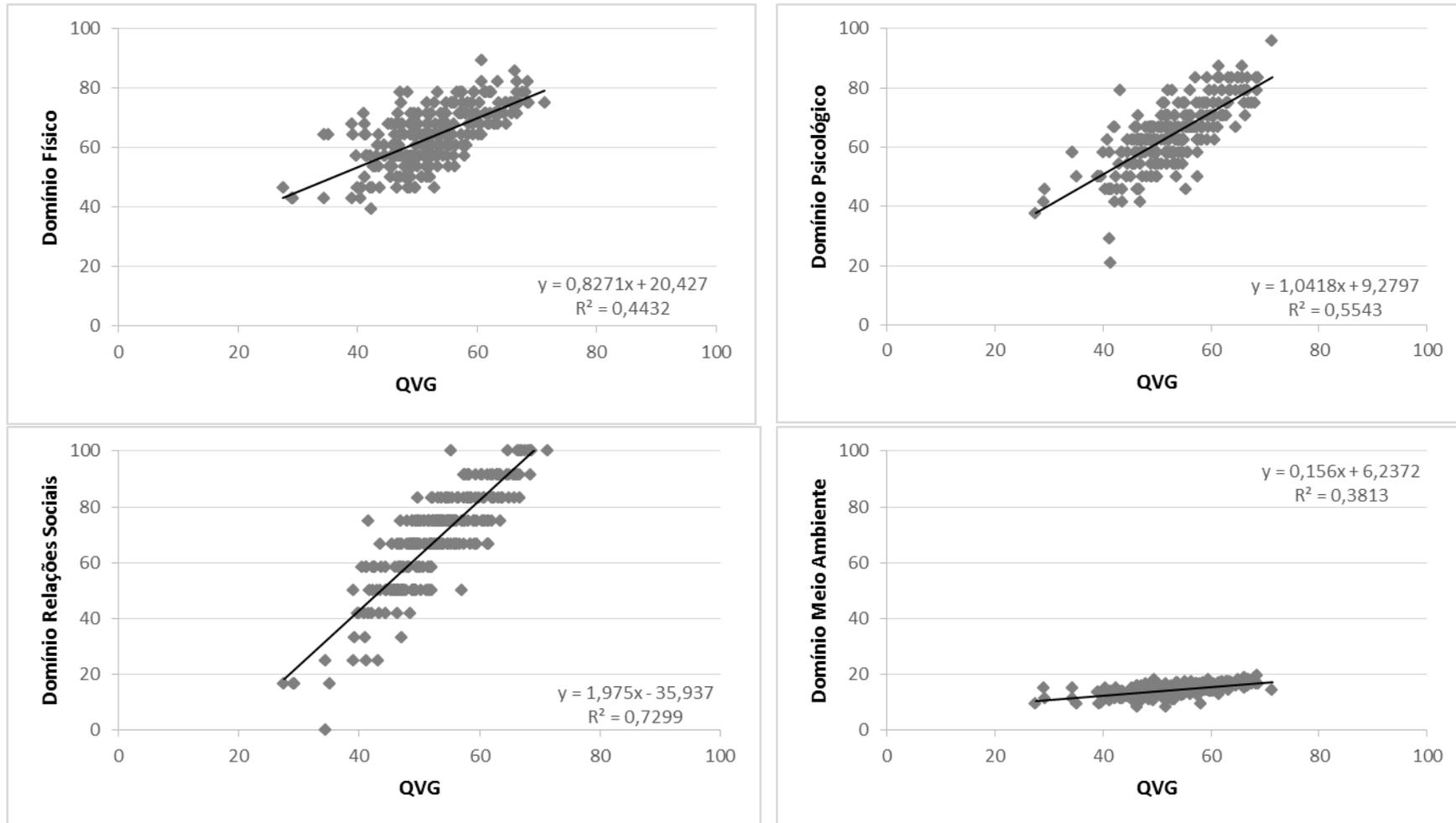


GRÁFICO 3 - Gráficos de dispersão dos escores de Qualidade de Vida Geral entre os domínios Físico, Psicológico, Relações sociais e Meio ambiente. Centro de Referência da Pessoa Idosa, Belo Horizonte, MG, 2012 a 2014.

Nota: QVG - Qualidade de Vida Geral.

4.2. Análise multivariada

As características individuais e familiares que se mostraram associadas ($p < 0,20$) com a qualidade de vida na análise univariada foram:

- Idade;
- Naturalidade;
- Trabalham atualmente;
- Casa própria;
- Número de cômodos;
- Número de comorbidades;
- HAS;
- Diabetes *mellitus*;
- Doenças do sistema osteomuscular e conjuntivo;
- Cardiopatias;
- Doenças do sistema respiratório;
- Doenças do sistema genitourinário;
- Anti-hipertensivos;
- Diuréticos;
- Hipoglicemiante oral;
- Antidepressivos;
- Anti-inflamatório não esteroide;
- Recalcificante;
- História familiar (HF) positiva para hipertensão arterial sistêmica;
- HF positiva para acidente vascular encefálico (AVE);
- HF positiva para transtorno mental;
- HF positiva para hipercolesterolemia;
- HF positiva para diabetes *mellitus*;
- HF positiva para obesidade;
- PHQ-2 total;
- Número de cigarros que fuma ou fumava;
- Prática de atividade física;
- Frequência que realiza atividade física;

- Caminhada;
- Exercício aeróbico;
- Dança;
- Hidroginástica;
- Outros tipos de atividade física.

Na tabela 10 são apresentados os resultados da análise multivariada das características sociodemográficas, econômicas, clínicas e comportamentais, entre os idosos que frequentam o centro de referência, em relação à qualidade de vida e a satisfação com a saúde. Mostraram-se negativamente associadas com a qualidade de vida e a satisfação com a saúde as seguintes características: sociodemográficas (ser oriundo do interior de MG); clínicas (ter 5 ou mais comorbidades; ter doença do aparelho respiratório; suspeita de depressão ao PHQ-2; ter histórico familiar positivo para HAS) e positivamente associada à característica comportamental (realizar atividade física na frequência de 1 a 3 vezes por semana e de 4 a 7 vezes por semana).

TABELA 10 - Modelo final de regressão logística tendo qualidade de vida e satisfação com sua saúde como variável dependente. Centro de Referência da Pessoa Idosa, Belo Horizonte, MG, 2012 a 2014. (N = 257)

Variáveis	OR	IC (95%)	p-valor
Naturalidade			
BH ou RMBH	1,00 (ref.)		
Interior MG	0,46	0,24 - 0,90	0,023
Outros	0,81	0,23 - 2,86	0,746
Número de comorbidades			
Zero	1,00 (ref.)		
1-2	0,69	0,21 - 2,30	0,546
3-4	0,35	0,10 - 1,27	0,111
5 ou mais	0,15	0,03 - 0,85	0,032
Doenças sistema respiratório autorreferida			
Não	1,00 (ref.)		
Sim	0,25	0,07 - 0,94	0,040
História familiar de hipertensão arterial			
Não	1,00 (ref.)		
Sim	0,35	0,17 - 0,70	0,003
PHQ-2 total			
< 3	1,00 (ref.)		
≥ 3	0,18	0,06 - 0,50	0,001
Frequência da atividade física			
Nunca	1,00 (ref.)		
1-3 vezes por semana	3,58	1,27 - 10,15	0,016
4-7 vezes por semana	9,46	2,89 - 30,99	< 0,001

Nota: BH - Belo Horizonte; IC 95% - Intervalo de confiança de 95%; MG - Minas Gerais; OR – Odds ratio; PHQ - The Patient Health Questionnaire; RMBH - Região Metropolitana de Belo Horizonte. Valor de p estatística de Hosmer & Lemeshow = 0,7536

No Quadro 1 é apresentada uma síntese dos fatores associados à qualidade de vida.

QUADRO 1 - Síntese das variáveis independentes que se associaram à qualidade de vida, por meio dos modelos univariado e multivariado. Centro de Referência da Pessoa Idosa, Belo Horizonte, MG, 2012 a 2014. (N = 257)

MODELO UNIVARIADO (p<0,20)	MODELO MULTIVARIADO
Características sociodemográficas	
Idade	
Naturalidade	Ser natural do interior de MG
Características econômicas	
Trabalha atualmente	
Casa própria	
Número de cômodos	
Características clínicas	
Número de comorbidades	Ter 5 ou mais comorbidades
HAS	
Diabetes <i>mellitus</i>	
Cardiopatias	
Doenças do sistema osteomuscular e conjuntivo	
Doenças do sistema respiratório	Ter alguma doença do sistema respiratório
Depressão	
Doenças do sistema genitourinário	
Anti-hipertensivos	
Diuréticos	
Hipoglicemiante oral	
Antidepressivos	
Antiinflamatórios não esteroide	
Recalcificante	
PHQ-2 total	PHQ-2 total ≥ 3
HF positiva para HAS	HF positivo para HAS
HF positiva para AVE	
HF positiva para transtorno mental	
HF positiva para hipercolesterolemia	
HF positiva para diabetes <i>mellitus</i>	
HF positiva para obesidade	
Características comportamentais	
Número de cigarros que fuma ou fumava	
Prática de atividade física	
Frequência que realiza atividade física	Frequência de atividade física (1-3 x/sem e 4-7x sem)
Caminhada	
Exercício aeróbico	
Dança	
Hidroginástica	
Outros tipos de atividade física	

Nota: ■ Variáveis de interesse inversamente associadas à qualidade de vida por meio da análise multivariada; ■ Variáveis de interesse diretamente associadas à qualidade de vida por meio da análise multivariada.

PHQ - The Patient Health Questionnaire.

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.

5.1. Características sociodemográficas e econômicas

As características sociodemográficas dos idosos do CRPI evidenciaram uma predominância do sexo feminino, sendo a maioria (89,4%) de 60 a 79 anos, equiparando-se a outros estudos brasileiros com a população idosa (JOIA; RUIZ; DONALISIO, 2007; MORAES; SOUZA, 2005; PASKULIN; MOLZAHN, 2007; PEREIRA *et al.*, 2011; SAUERESSIG *et al.*, 2007). O predomínio de mulheres em relação aos homens (82,5% e 17,5%, respectivamente) também corrobora estudos estrangeiros com idosos (HALVORSRUD *et al.*, 2010; JAKOBSSON; HALLBERG; WESTERGREN, 2004; LOW; MOLZAHN; KALFOSS, 2008).

A feminização da velhice é considerada como um dos desafios de uma população em processo de envelhecimento, que se encontra em uma posição de fragilidade e vulnerabilidade (OMS, 2005). No Brasil, em 1991, a população feminina representava 54,0% do contingente de pessoas com idade avançada, elevando para 55,1% em 2000 e 55,5% em 2010. Ou seja, para cada 100 mulheres idosas em 2010 havia 81,9 homens idosos, ao passo que, em 1991, essa relação era de 100 para 85,2 (BRASIL, 2010).

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).

Em referência ao estado civil, a maioria dos idosos do CRPI não tem cônjuge (63,8%). Com isso, pode-se dizer que essa variável não refletiu os achados demográficos do Brasil, em que há maior proporção de idosos casados ou em união estável (CAMARANO *et al.*, 2005). Portanto, neste estudo, a proporção de idosos que tem cônjuge (36,2%) mostrou-se inferior à média nacional que foi de 53,1% em 1995

(CAMARANO, 1999; CAMARANO *et al.*, 2005).

A ausência de parceiro é uma condição que contribui para a chegada da senilidade sem o apoio de cônjuge e/ou filhos, caso algum idoso venha desenvolver algum tipo de dependência (VERAS, 2003).

Sobre a religião, as categorias identificadas ajustam-se com as mais incidentes na população brasileira. Entre os idosos estudados, a maioria era católica (72,4%), o que corrobora outros estudos (PASKULIN, 2006; BRASIL, 2010).

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. Portanto, o envelhecimento possui uma relação íntima com a espiritualidade nos seus mais diferentes aspectos. Porém, percebe-se que há uma escassez de pesquisas sobre espiritualidade em idosos (LUCCHETTI *et al.*, 2011).

Quanto à escolaridade, evidenciou-se alto nível educacional da amostra estudada, na qual 89,9% dos idosos são alfabetizados e 78,6% possuíam mais de quatro anos de estudo. Segundo o Censo do IBGE (BRASIL, 2010), no Brasil, a porcentagem de idosos alfabetizados é menor do que o encontrado no estudo (73,5%). Contudo, em Belo Horizonte o valor é similar (87,2% dos idosos do município são alfabetizados), sendo que somente 9,2% dos idosos do município são analfabetos.

A menor escolaridade média nesse segmento populacional é comum, sendo considerado 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 (BRASIL, 2010).

No que diz respeito à renda, ocorreu o predomínio de um a três salários mínimos (40,2%), equiparando-se a média de renda dessa população no Brasil (68,25% dos idosos do país recebem de um a três salários mínimos). Entretanto, estatísticas apontam a evolução favorável do rendimento médio nominal da população idosa entre os Censos de 1991 e 2010 (BRASIL, 2010). Uma das possíveis explicações se baseia na

correlação moderada entre a renda familiar e a escolaridade do indivíduo, ou seja, observa-se que sendo maior a renda, também ocorre um maior nível de escolaridade (anos de estudo).

Além disso, dados do Censo Demográfico de 2010 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. Ainda, o fato do idoso continuar trabalhando pode proporcionar uma participação ativa na sociedade e minimizar o isolamento e a discriminação (BRASIL, 2010).

No que se refere à moradia, a proporção de entrevistados que referiram possuir casa própria foi superior ao encontrado no Brasil (88,3% e 61,0%, respectivamente), segundo o Censo do IBGE (BRASIL, 2010). Esses resultados podem evidenciar que a maioria dos idosos acumulou, ao longo dos anos, algum patrimônio. Além disso, as condições de saneamento básico desses domicílios mostraram-se adequadas em toda a amostra.

Atualmente, no Brasil, existem políticas públicas que permitem que idosos tenham acesso aos bens coletivos, como moradia e saneamento básico, especialmente em centros urbanos. O artigo 9º da Lei 10.741/03 diz que "É obrigação do Estado, garantir a pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitem um envelhecimento saudável e em condições de dignidade".

Em referência ao arranjo domiciliar, segundo o Censo 2010, no Brasil 13,1% dos idosos responsáveis pelo domicílio moravam sozinhos (BRASIL, 2010), dado inferior ao encontrado no estudo (20,2%).

5.2. Características clínicas

Com relação às características clínicas, observou-se que quase a totalidade dos idosos informou ter algum problema de saúde (90,2%), 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, 2009).

Sobre as comorbidades relatadas, os dados estão de acordo com as tabelas de frequência das principais doenças informadas pelos idosos, sendo a HAS indiscutivelmente a morbidade mais comum nesse segmento populacional (VASCONCELOS *et al.*, 2005). Em um estudo realizado nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Noroeste de Belo Horizonte, 81% dos idosos relataram ter HAS (SOARES *et al.*, 2013).

No que concerne aos outros agravos, a dislipidemia e o diabetes *mellitus* também tiveram prevalência considerável (26,5% e 23,7%, respectivamente), assim como histórico familiar positivo (49,2% e 41,7%, respectivamente), também confirmando dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

De acordo com a SOCERJ (2004), nos idosos é encontrada uma alta prevalência de dislipidemia, maior que na pessoa de meia idade, sendo que em torno de 25% dos homens e 42% das mulheres acima de 65 anos apresentam colesterol sérico maior do que 240 mg/dL (elevado).

A incidência do diabetes *mellitus* é crescente nos idosos, em nível mundial, além de apresentar elevada morbimortalidade e diminuição da qualidade de vida. É importante melhorar o acompanhamento dos idosos diabéticos, pois o impacto na redução de expectativa de vida é considerável. O acompanhamento pode ser realizado por meio da prevenção dos fatores de risco, identificação de pessoas com alto risco para diabetes e de casos não diagnosticados para tratamento, além da intensificação do controle de pacientes com o diagnóstico para a prevenção de complicações agudas e crônicas (BRASIL, 2006).

Assim, o tratamento do idoso com diabetes deve obedecer aos mesmos princípios dos não idosos. Contudo, devem-se considerar os aspectos que diferenciam os idosos das outras faixas etárias. Não há evidências científicas de que o controle glicêmico rigoroso em idosos evita eventos cardiovasculares, pois a terapia intensificada em idosos com diabetes está associada ao maior risco de hipoglicemia (SBD, 2013-2014). Portanto, o tratamento do agravo deve ser realizado com cautela na população de idosos, com o intuito de prevenir as complicações da patologia.

É importante ressaltar que as três morbidades mais prevalentes nesse estudo – HAS, diabetes e dislipidemia são condições clínicas crônicas que frequentemente se associam (SBD, 2013-2014).

Com relação ao histórico familiar, além das patologias supracitadas, a neoplasia apresentou prevalência importante (53,2%). Atualmente, o câncer é a doença que mais causa mortes no mundo, em consequência da alta prevalência da morbidade nos idosos. Diante dessa evidência, a patologia tem sido alvo de inúmeras pesquisas, entre as quais se descobriu sua relação com a hereditariedade. Sabe-se que as neoplasias, em geral, decorrem de alterações em oncogenes, em genes pertencentes ao grupo supressor tumoral ou em genes do grupo que repara o DNA (DANTAS *et al.*, 2009).

Este estudo ainda corroborou a literatura sobre o uso frequente de medicamentos, principalmente os anti-hipertensivos (59,7% e 21,3% para os 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). Também foi encontrado uso expressivo de hipolipemiantes (21,7%), hipoglicemiantes orais (22,5%), antidepressivos (15%), além de 5,1% dos idosos fazerem uso de insulina, confirmando a importância das outras patologias citadas.

Entretanto, a prevalência estimada do uso de medicamentos na amostra estudada (84,8%) 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).

A polifarmácia presente entre os idosos é apontada pela literatura como um problema de saúde pública. Neste sentido, é recomendável que a mesma seja sempre pesquisada e evitada quando possível. Isso se justifica porque a mesma influencia no metabolismo do idoso, além de ser o principal fator de risco para reações adversas, podendo comprometer ainda mais o estado de saúde e a necessidade nutricional do idoso. Além disso, há o problema da subdosagem, superdosagem e não adesão à prescrição médica (LUCCHETTI *et al.*, 2010).

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

Neste estudo, também foi constatado melhor controle dos níveis pressóricos

quando comparado com o Brasil e outros países - 37,2% dos idosos apresentaram PA aferida alterada e 60,1% dos idosos que relataram hipertensão estavam com a PA controlada. Acredita-se que essa quantidade expressiva de hipertensos controlados justifica o motivo pelo qual a PA aferida não entrou na análise multivariada do estudo, enquanto a HAS e os principais medicamentos utilizados para controle da mesma entraram.

Estudo realizado no Brasil mostrou que apenas 34,2% dos pacientes ambulatoriais possuíam pressão arterial controlada 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).

Contudo, é importante ressaltar que 25,9% dos idosos que não relataram hipertensão estavam com a PA aferida alterada. Estudos comprovam que o subdiagnóstico da HAS é frequente, principalmente por se tratar de condição essencialmente assintomática. Com isso, a HAS tem como consequência efeitos deletérios no sistema cardiovascular, ao longo de décadas, antes do seu diagnóstico (PEDROSA; DRAGER, 2008. BRASIL, 2006).

Referente ao nível cognitivo, o mesmo está preservado em 83,3% dos idosos do estudo. Esse valor expressivo de idosos sem evidências de déficit cognitivo pode estar relacionado com o fato dos idosos que frequentam o CRPI serem ativos e independentes. Isso se comprova por praticamente 100% dos idosos do local (99,61%) apresentarem pontuação máxima no índice KATZ (não evidenciado nesse estudo devido ao resultado ter apresentado somente um idoso dependente, impossibilitando análise dicotômica). O índice KATZ se refere às atividades de vida diária (AVD's) que o idoso tem ou não dificuldade para fazer sozinho – banhar-se, vestir-se, higiene pessoal, transferência, continência dos esfínteres e alimentar-se (KATZ *et al.*, 1963).

O conceito de cognição tem sido construído com base em um conjunto de elementos obtidos desde simples observações de comportamento até inferências sobre os mais altos níveis de raciocínio humano. Com isso, o termo cognição é empregado para descrever toda a esfera do funcionamento mental. Esse domínio implica a habilidade de sentir, pensar, perceber, lembrar, raciocinar, formar estruturas complexas de pensamento e a capacidade de produzir respostas às solicitações e aos estímulos

externos (OLIVEIRA; GORETTI; PEREIRA, 2006).

Embora as funções cognitivas sejam afetadas negativamente pela idade, os processos baseados em habilidades cristalizadas, como conhecimento verbal e compreensão, continuam mantidos ou melhoram com o envelhecimento. Em contrapartida, processos baseados em habilidades fluidas, tais como tarefas aprendidas, mas não executadas, sofrem declínio (ANTUNES *et al.*, 2006).

Contudo, o diagnóstico de comprometimento cognitivo é tarefa complexa e ainda não bem sistematizada na população de idosos. Os quadros leves de comprometimento cognitivo são frequentes, passando muitas vezes despercebidos, havendo uma necessidade de distinguir entre manifestações iniciais de doença e modificações associadas com o processo fisiológico do envelhecimento. Além disso, fatores educacionais, de saúde e de personalidade, bem como do nível intelectual global e capacidades mentais específicas do indivíduo podem contribuir para o declínio gradual das funções cognitivas (OLIVEIRA; GORETTI; PEREIRA, 2006).

Portanto, a cognição vai além da aquisição de conhecimento, sendo um processo que tem como material a informação do meio em que vivemos e o que está registrado na nossa memória. Com base nisso, ao longo da última década foram identificados alguns fatores de risco que podem aumentar a predisposição de um indivíduo ao prejuízo cognitivo. Dentre esses se destacam: idade, gênero, histórico familiar, trauma craniano, nível educacional, tabagismo, etilismo, estresse mental, aspectos nutricionais e socialização (ANTUNES *et al.*, 2006).

Porém, os motivos que levam ao surgimento do déficit cognitivo ao longo dos anos ainda não estão bem estabelecidos. Todavia, algumas propostas têm sido levantadas, dentre elas a redução da velocidade no processamento de informações, decréscimo de atenção, déficit sensorial, redução da capacidade de memória de trabalho, prejuízo na função do lobo frontal e na função neurotransmissora, além da deterioração da circulação sanguínea central e da barreira hematoencefálica (ANTUNES *et al.*, 2006; MELLO *et al.*, 2012).

Ainda, as consequências da incapacidade cognitiva em idosos são diversas, como deixar de tomar a medicação de acordo com a prescrição, sair sozinho e se perder, incapacidade para realização das AVD's, etc. Portanto, o estudo do envelhecimento fisiológico e patológico, do ponto de vista cognitivo, é objeto de interesse crescente no

mundo inteiro, embora o número de trabalhos nessa área seja relativamente pequeno para tão importante tema. Diante desse fato, as desordens mentais comprometem 20% da população idosa, dentre as quais se destaca a demência (ABBOTT, 2004). Para a OMS (2002), a participação em atividades físicas leves e moderadas pode retardar os declínios funcionais.

A avaliação nutricional do idoso apresenta características particulares que as diferencia da avaliação nutricional dos demais grupos populacionais (SOUZA *et al.*, 2013). Assim, em relação aos dados antropométricos, uma quantidade expressiva de idosos apresentaram sobrepeso (50,8% com IMC maior do que 27) e RCQ elevada (54,5%).

O sobrepeso é o acúmulo de tecido gorduroso localizado ou generalizado, provocado por desequilíbrio nutricional, associado ou não a distúrbios genéticos ou endócrino-metabólicos (DUARTE; REIS, 2012). A obesidade é uma doença crônica que vem sendo tratada como uma epidemia mundial, responsável por aumento substancial da morbimortalidade, o que a torna um grave problema de saúde pública em ascensão (MANCINI, 2010).

O IMC é o indicador antropométrico mais utilizado para avaliar o risco nutricional, por ser uma medida facilmente aplicável, não invasiva e de baixo custo. Porém, em idosos seu emprego apresenta controvérsias em função do decréscimo de estatura, acúmulo de tecido adiposo, redução da massa corporal magra e diminuição da quantidade de água no organismo. Com isso, vem sendo muito discutido o uso do IMC e dos limites de normalidade adotados para análise de desnutrição, sobrepeso e obesidade em idosos (SOUZA *et al.*, 2013).

Portanto, existem controvérsias em relação ao significado do sobrepeso em idosos e o seu impacto, o qual parece ser menor do que o observado para adultos quanto à mortalidade (SANTOS; SICHIERI, 2005). Além disso, estudo realizado nos EUA verificou que essa condição, quando comparada ao baixo peso nessa faixa etária, pode ser protetora para a ocorrência de mortalidade (GRABOWSKI; ELLIS, 2001).

A gordura corporal no idoso tende a ser centralizada, tornando-a mais visceral, especialmente em mulheres (FREITAS; XAVIER, 2011). Esse acúmulo de tecido adiposo na região da cintura é considerado um fator de risco que pode predizer complicações nessa faixa etária, como por exemplo, a HAS e o Diabetes *Mellitus* (SANTOS; SICHIERI,

2005; LIMA; DUARTE, 2013).

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).

A prevalência de idosos alcoolistas, no caso do estudo (9,5%), 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 (SILVA, 2012). Além disso, muitas pessoas não percebem o consumo de bebida alcoólica como um problema para a saúde e convívio social, não reconhecendo, assim, a necessidade de mudança nesse hábito de vida (HULSE, 2002).

Porém, o uso crescente e abusivo de bebida alcoólica contribui para o envelhecimento precoce e aumento de complicações clínicas. O consumo abusivo e/ou dependência de bebida alcoólica está associado ao aumento da incidência de fraturas, pela ocorrência de instabilidade postural e quedas durante o período de intoxicação; aumento nas taxas de acidentes automotores; interação medicamentosa; maior sensibilidade aos efeitos da bebida alcoólica; déficit cognitivo e comportamental (SILVA, 2008).

No que se refere ao tabagismo, a prevalência na amostra estudada (3,9%) 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.

Com relação à quantidade de cigarros fumados, 45,7% dos idosos relataram fumar mais de 10 cigarros por dia. É importante ressaltar 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).

O estudo também identificou que 31,9% dos idosos eram ex-tabagistas. De acordo com a literatura, as prováveis justificativas de se cessar o tabagismo 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).

Entretanto, 75,6% dos idosos fumam ou fumaram por mais de 10 anos. O tabagismo representa um poderoso acelerador do envelhecimento, tanto diretamente, através de mecanismos mediados por radicais livres, quanto indiretamente, através de condições patológicas correlacionadas (GOULART *et al.*, 2010).

Além disso, estudos mostram que idosos não fumantes têm uma expectativa de vida maior do que a de idosos fumantes. Ao mesmo tempo, a suspensão do fumo é acompanhada, mesmo nos idosos, por um aumento no tempo de sobrevivência, em virtude da redução dos danos biológicos induzidos pelo tabagismo (GOULART *et al.*, 2010).

Quanto ao tipo de atividade física praticada pelos idosos, observou-se maior aderência à caminhada (67,7%), corroborando outros estudos (PASKULIN, 2006; ZAITUNE *et al.*, 2007). Isso provavelmente 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).

Quando avaliada a frequência da atividade física, predominou a frequência de uma a três vezes por semana (63%). 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).

Diante desses achados é importante ressaltar que a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) prioriza diversas ações no campo da alimentação saudável, atividade física, prevenção do uso do tabaco e do álcool. O Programa Academia da Saúde, criado em abril de 2011, visa à promoção de atividade física e tem meta de expansão para 4 mil municípios até 2015. Entre as ações de enfrentamento do tabagismo, destacam-se as ações regulatórias, como proibição da propaganda de cigarros e advertências sobre o risco de problemas nos maços do produto. No campo da alimentação saudável, o incentivo ao aleitamento materno tem sido uma importante iniciativa do MS, ao lado do Guia Alimentar para a População Brasileira, da rotulagem dos alimentos e dos acordos com a indústria para a eliminação das gorduras trans e, recentemente, para a redução de sal nos alimentos (BRASIL, 2011).

5.4. Fatores associados à qualidade de vida na amostra estudada

No que diz respeito 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 quanto clínicos e comportamentais.

Assim, as variáveis que influenciaram a qualidade de vida dos idosos incluíram:

- **Naturalidade**

Em comparação com a pessoa idosa que veio do interior, ser da região metropolitana de Belo Horizonte mais do que dobra (2,18) a chance de um idoso considerar sua qualidade de vida boa.

No que se refere ao predomínio de idosos provenientes do interior de Minas Gerais na amostra estudada (60,9%), 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 em BH permaneceram, constituindo família ou não.

Além disso, a literatura aponta que fatores demográficos influenciam no estabelecimento de diferentes estilos de vida e influencia na qualidade de vida do idoso (BORIM; BARROS; NERI, 2012).

Martins *et al.* (2007) realizaram um estudo na Paraíba para investigar se, em comparação com o meio urbano, o ambiente rural oferece condições mais vantajosas para os que envelhecem inseridos nesse contexto, proporcionando a percepção de melhor qualidade de vida, utilizando o mesmo instrumento desse estudo – o WHOQOL-bref.

A pesquisa verificou que, entre os idosos moradores do ambiente rural e os idosos do meio urbano, não houve diferença estatisticamente significativa no índice de QVG, em função do ambiente em que vivem. Contudo, ao se avaliar os domínios do instrumento, os índices nos domínios social e psicológico foram maiores no ambiente rural do que no ambiente urbano, enquanto nos domínios físico e meio ambiente, os idosos da zona urbana mostraram índices maiores, porém sem diferenças estatisticamente significativas (MARTINS *et al.*, 2007).

Já o trabalho de Sequeira e Silva (2002), realizado em Portugal, concluiu que o ambiente rural oferece melhores condições para o envelhecimento do que o meio urbano.

Outro estudo realizado em Portugal, que também avaliou a qualidade de vida através do WHOQOL-bref, constatou que os idosos que residem em meio rural apresentaram média superior no WHOQOL-bref quando comparados com os resultados obtidos pelos idosos de meio urbano (FERREIRA, 2009).

Além disso, Lopes (2004) realizou uma comparação entre idosos do meio rural e do meio urbano, em relação à qualidade de vida e suporte social. Foram verificadas diferenças significativas entre as amostras, tendo observado níveis mais elevados de qualidade de vida nos idosos do meio rural. Uma das justificativas para o achado é que os laços de vizinhança e sociabilidade são maiores na zona rural. Além disso, os idosos que vivem no interior têm maior nível de autonomia, provavelmente associada à vida

mais ativa que levam.

Portanto, de acordo com o resultado encontrado nesse estudo, pode-se inferir que os idosos provenientes do interior de MG consideravam sua qualidade de vida superior quando residiam nas cidades do interior. Assim, ao migrarem para a capital, pode ter ocorrido uma queda na qualidade de vida dessa população, o que justifica a associação encontrada.

- **Comorbidades**

Encontrou-se que não ter nenhuma doença multiplica por 6,67 a chance de uma pessoa considerar sua qualidade de vida boa, quando comparado aos idosos com cinco ou mais comorbidades.

Atualmente, um dos fatores preocupantes no idoso é a sua saúde global, o que torna as comorbidades um tema de fundamental importância. Assim, a prevenção e a promoção da saúde podem evitar declínios funcionais e oferecer uma melhor qualidade de vida aos idosos (ZASLAVSKY; GUS, 2002).

Entretanto, o processo de envelhecimento não está, necessariamente, relacionado a doenças e incapacidades, mas as doenças crônico-degenerativas são frequentemente encontradas entre os idosos. Assim, a tendência atual é termos um número crescente de indivíduos idosos que, apesar de viverem mais, apresentam maiores condições crônicas. E o aumento no número de doenças crônicas está diretamente relacionado com maior incapacidade funcional (ALVES *et al.*, 2007).

Ao mesmo tempo, muitas condições crônicas também têm relação com as escolhas de estilo de vida, como o tabagismo, o consumo de álcool, o comportamento sexual, dieta inadequada e inatividade física, além da predisposição genética (VERAS, 2011).

Estudos nacionais e internacionais demonstram associações importantes entre doenças crônicas, incapacidade funcional e qualidade de vida dos idosos (ROSA *et al.*, 2003; ALVES *et al.*, 2007; FREDMAN; MARTIN, 2000).

Assim, os achados desse estudo corroboram os dados de um estudo realizado em São Paulo, que encontrou que o aumento do número de doenças crônicas impacta diretamente na qualidade de vida dos idosos, em vários aspectos (CAMPOLINA; DINI;

CICONELLI, 2011).

Como os idosos são pacientes que frequentemente possuem múltiplas doenças crônicas e utilizam cuidados de diferentes especialidades médicas, fica evidente que focar apenas em uma doença, como ocorre na maioria das vezes, não é a medida mais adequada. Assim, a melhor opção é estruturar modelos que funcionem de modo integrado e consigam dar conta de toda a gama de cuidados (VERAS, 2011).

A incidência de comorbidades crônicas nos idosos, 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. No entanto, 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 (VERAS, 2007).

Como resposta ao desafio das DCNT, o Ministério da Saúde do Brasil tem implementado importantes políticas de enfrentamento dessas doenças, com destaque para a Organização da Vigilância de DCNT, cujo objetivo é conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência das doenças crônicas, seus agravos e seus fatores de risco, além de apoiar as políticas públicas de promoção à saúde. Nos últimos anos, ocorreu uma importante expansão da Atenção Básica em Saúde, que, hoje, cobre cerca de 60% da população brasileira. As equipes atuam em território definido, com população adstrita, realizando ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção e assistência, além de acompanhamento longitudinal dos usuários, o que é fundamental na melhoria da resposta ao tratamento dos usuários com DCNT (BRASIL 2011).

Outro destaque refere-se à expansão da atenção farmacêutica e à distribuição gratuita de mais de 15 medicamentos para hipertensão e diabetes. O governo também lançou, em 2011, o Programa Brasil sem Miséria, que pretende reduzir a pobreza destacando ações para o enfrentamento de doenças crônicas (BRASIL, 2011).

Portanto, o objetivo do Plano de Enfrentamento de DCNT é o de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas. O Plano aborda os quatro principais grupos de doenças (circulatórias, câncer, respiratórias

crônicas e diabetes) e seus fatores de risco em comum modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade) e define diretrizes e ações em: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde; c) cuidado integral (BRASIL, 2011).

Além disso, Alves *et al.* (2007) concluíram no estudo que realizaram que a prevenção e o controle das doenças crônicas podem melhorar as atividades e, conseqüentemente, promover o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos.

Portanto, a compreensão de que se deve investir no idoso saudável, mesmo aquele com doença crônica e em tratamento – ou seja, a maioria dos idosos da nossa sociedade, é uma visão contemporânea que os gestores da área deveriam aplicar. A ocorrência de doenças crônicas na população idosa é, sem dúvida, de grande magnitude. Cabe-nos saber, entretanto, o quanto tais patologias os impedem de exercer suas atividades rotineiras de forma independente e autônoma (VERAS, 2011).

- **Doença do aparelho respiratório**

Encontrou-se que os idosos que não possuem doenças do aparelho respiratório tem 4 vezes a chance de informar qualidade de vida boa quando comparados com idosos que autorreferiram ter alguma doença respiratória.

Entre as causas de morbidade e mortalidade em idosos, a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) se destaca devido à sua alta prevalência e ao seu caráter progressivo. Compreende duas entidades: a bronquite crônica e o enfisema pulmonar, sendo que o tabagismo é a sua principal causa (JARDIM *et al.*, 2003).

A DPOC é ainda pouco diagnosticada no Brasil e os dados epidemiológicos acerca da doença são escassos. A infecção respiratória também vem sendo apontada como uma das principais causas de morbimortalidade entre os idosos (FRANCISCO *et al.*, 2006).

Do ponto de vista anatômico e funcional, com o envelhecimento ocorrem redução da mobilidade da caixa torácica, da elasticidade pulmonar e diminuição dos valores da pressão inspiratória e expiratória máximos. Conseqüentemente, há redução da eficiência de tosse, bem como a diminuição da mobilidade dos cílios do epitélio respiratório (GLEZEN *et al.*, 2000).

Nas últimas décadas, a incidência de infecções agudas do trato respiratório e de suas complicações aumentou globalmente, bem como a taxa de incidência anual de pneumonia em indivíduos maiores de 60 anos em diversos países. As afecções respiratórias agudas são a principal causa de hospitalização de pacientes com condições médicas crônicas. Variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e algumas comorbidades podem predispor o idoso a doenças pulmonares, em adição às alterações no status imune associado à idade. Assim, o diagnóstico precoce dos casos e a necessidade de abordagem psicossocial do paciente são de extrema importância para sua qualidade de vida (JARDIM *et al.*, 2003).

Portanto, medidas de promoção e prevenção à saúde do idoso podem ter impacto na qualidade de vida e na sobrevivência desse grupo etário, visando a reduzir complicações de doenças pulmonares e prevenir infecções comuns virais e bacterianas no trato respiratório (FRANCISCO *et al.*, 2006).

- **HF positivo para HAS**

Não ter histórico familiar positivo para HAS quase triplica (2,86) a chance de a pessoa idosa considerar sua qualidade de vida boa.

As alterações próprias do envelhecimento, juntamente com o HF positivo para o agravo, tornam o idoso mais propenso ao desenvolvimento de HAS, sendo esta a principal doença crônica nessa população (MIRANDA *et al.*, 2002).

No Brasil, existem cerca de 17 milhões de portadores de HAS, sendo esse número crescente e seu aparecimento cada vez mais precoce. Do mesmo modo, estima-se que pelo menos 65% dos idosos brasileiros são hipertensos. A carga de doenças representada pela morbimortalidade nos idosos devida à doença é muito alta e, portanto, a HAS é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006).

A HAS é um dos mais importantes fatores de risco para a ocorrência de doenças como o acidente vascular cerebral e o infarto agudo do miocárdio (PEDROSA; DRAGER, 2008). Assim, o tratamento da HAS no idoso reduz a incidência de déficit cognitivo e confere proteção cardiovascular nessa população (BRASIL, 2006).

A HAS é caracterizada por um longo curso assintomático, sendo um agravo que

exige mudanças no estilo de vida e uso diário de medicamentos para seu controle. Além disso, por diversas vezes está associada à outras comorbidades, à polifarmácia e ao maior risco de interações medicamentosas e efeitos adversos na população geriátrica (MIRANDA *et al.*, 2002).

Assim, a identificação dos fatores de risco para HAS, tal como a hereditariedade, colabora para os avanços na epidemiologia cardiovascular e, conseqüentemente, nas medidas preventivas e terapêuticas dos altos índices pressóricos, que abarcam os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos (ZAITUNE *et al.*, 2006).

Logo, para a garantia da qualidade de vida dos idosos, é importante investir na prevenção da hipertensão, evitando agravos, hospitalizações e conseqüentes gastos públicos (PEIXOTO *et al.*, 2004).

As intervenções não farmacológicas também têm sido apontadas na literatura pelo baixo custo, risco mínimo e pela eficácia na diminuição da pressão arterial. Entre elas estão: a redução do peso corporal, a restrição alcoólica, o abandono do tabagismo e a prática regular de atividade física (ZAITUNE *et al.*, 2006; MATTHEWS *et al.*, 2006).

Assim, conhecer a qualidade de vida dos idosos com HAS e com HF positivo para o agravo remete à importância do planejamento e da implementação de ações de responsabilidade das esferas governamentais, com embasamento em informações científicas, a serem desenvolvidas por meio de políticas públicas, que envolvam a melhoria da qualidade de vida desses indivíduos (MIRANZI *et al.* 2008).

- **PHQ-total ≥ 3**

Não ter sinal de depressão ao teste PHQ-2 mais do que quintuplica (5,55) a chance de a pessoa idosa considerar sua qualidade de vida boa.

A depressão é uma patologia multifatorial, sendo a doença psiquiátrica mais comum nos idosos, frequentemente sem diagnóstico e tratamento, além de ser uma patologia que afeta significativamente sua qualidade de vida. Em 1979, a OMS já calculava que um em cada dez idosos no mundo sofriam de depressão, ou seja, 10% dessa população (MELLO; TEIXEIRA, 2011).

Com isso, este resultado evidenciou a influência que tem a depressão na qualidade de vida dos idosos. 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; 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.

Dado o crescente corpo de evidências científicas, a 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 todo 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.

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.

- **Atividade física**

Finalmente, em relação à frequência da prática de atividade física, nota-se um gradiente de risco: quanto maior a frequência, mais os idosos avaliaram positivamente sua qualidade de vida.

No que diz respeito ao hábito de se realizar atividade física, 92,6% dos idosos afirmaram realizar alguma. É importante ressaltar que a maioria desses idosos está

integrada em programas de atividade física oferecidos no próprio centro de referência. Na população idosa, os estudos sobre a temática se iniciaram em torno das décadas de 30 e 40 do século XX, comprovando que a incorporação de um modelo de vida fisicamente ativo gera vários benefícios fisiológicos e psicológicos nos idosos que o pratica (REIS; SOUZA, 2011).

A atividade física, se realizada regularmente e corretamente, retarda as perdas funcionais, proporcionando ao idoso autonomia e melhor qualidade de vida. Portanto, os programas de atividade física para o idoso devem ser direcionados para o seu desenvolvimento, melhoras física e funcional, além de ensiná-lo sobre o seu próprio corpo, suas limitações e aptidões (VIDMAR *et al.*, 2011).

É comprovado, também, que os exercícios físicos diminuem a pressão arterial e os níveis de glicemia, reduzindo de maneira considerável os riscos de doença arterial coronariana, acidentes vasculares cerebrais, entre outros (BRASIL, 2006).

Por meio da prática da atividade física é possível proporcionar ao idoso o convívio social e assegurar seus direitos de preservação de sua saúde, em condições de liberdade e dignidade (REIS; SOUZA, 2011).

Existe evidência de que idosos com hábitos de vida saudáveis apresentam menor prevalência de doenças mentais. A demência está entre a principal causa de anos vividos com incapacidades, por levar à perda da independência e da autonomia. De acordo com diversos estudos, a atividade física, por exemplo, parece ter relação com a redução dos riscos de demência (BENEDETTI, 2008). Assim, uma vida ativa melhora a saúde mental e contribui na gerência de desordens.

Portanto, evidenciou-se que a atividade física corresponde a um fator protetor para a qualidade de vida dos idosos entrevistados. 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 e 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.

Logo, é 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).

5.5. Domínio meio ambiente do instrumento WHOQOL-bref

O domínio ambiental do instrumento WHOQOL-bref se apresentou extremamente baixo no estudo – média de 14,44, sendo o valor mínimo de 8,50 e o valor máximo de 19,50, em uma pontuação total de 100. Com isso, algumas hipóteses foram levantadas com o intuito de se buscar possíveis explicações para o fato. Os idosos que frequentam o centro de referência residem no município de Belo Horizonte, ou seja, em uma capital, com área exclusivamente urbana (BRASIL, 2010). Além disso, a maioria dos idosos do estudo reside na regional Noroeste do município.

Este domínio refere-se a aspectos como segurança física e proteção, cuidados com a saúde e sociais (disponibilidade e qualidade), oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação/lazer, entre outros.

Umbelino (2007) realizou uma pesquisa que avalia o Índice de Qualidade de Vida Humana (IQVH) nas regiões metropolitanas do Brasil, entre os anos de 1991 a 2000. O IQVH é formado por cinco indicadores (qualidade da habitação, condições de vida, renda, saúde e segurança ambiental e serviços sanitários), além de mensurar aspectos relacionados ao desenvolvimento humano e à qualidade do ambiente construído. De acordo com os resultados encontrados, o que mais influenciou na diminuição do IQVH nas regiões metropolitanas foram os indicadores de qualidade da habitação, saúde e segurança ambiental.

Esses aspectos estão relacionados com a alta prevalência de doenças respiratórias e parasitárias, sendo estes fortes instrumentos de estimativas indiretas da qualidade do ar e da água que a população usufrui, bem como a mortalidade por causas

externas e a violência em seu amplo sentido (UMBELINO, 2007).

Ao mesmo tempo, no Brasil, o Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia possui o Observatório das Metrôpoles, que apresenta o Índice de Bem-Estar Urbano (IBEU) para as regiões metropolitanas do país. O objetivo principal do IBEU é avaliar as condições urbanas das regiões metropolitanas brasileiras, procurando aferir múltiplas dimensões da vida urbana capazes de propiciar qualidade de vida a seus habitantes (RIO DE JANEIRO, 2010).

O IBEU foi construído a partir dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) para os anos de 2001 a 2009 e é composto por três dimensões (ou indicadores): indicador de atendimento de serviços coletivos; indicador de condições habitacionais; indicador de mobilidade urbana (RIO DE JANEIRO, 2010).

O indicador de mobilidade urbana foi o que mais contribuiu para que o índice não apresentasse aumento tão expressivo, uma vez que as condições de mobilidade avaliadas pelo tempo de deslocamento casa-trabalho pioraram nas regiões metropolitanas brasileiras. Porém, por se tratar de uma pesquisa domiciliar, não há, por exemplo, informações sobre segurança, condições ambientais, entre outros aspectos que são fundamentais para que haja boas condições de bem-estar urbano (RIO DE JANEIRO, 2010).

Em relação ao município de Belo Horizonte, Nahas *et al.* (2013) avaliaram o Índice de Qualidade de Vida Urbana do município (IQVU-BH). O índice foi elaborado pela Secretaria Municipal de Planejamento, para ser um instrumento balizador da distribuição de recursos municipais, como de forma de torná-los mais equânimes.

Conforme indicou a pesquisa, nenhuma região do município de Belo Horizonte atingiu o valor máximo e nem o valor mínimo de IQVU. Ou seja, não existe em BH condição de vida que possa ser considerada ideal e nem região totalmente desprovida de recursos. Isso se justifica pelo fato de os locais considerados mais nobres também apresentarem problemas, principalmente devido ao excesso de trânsito e violência. Em contrapartida, as áreas consideradas mais pobres não apresentaram índice zero porque os moradores têm acesso a serviços e equipamentos. Ainda, a variável meio ambiente apresentou valores mais altos nos limites da área urbana do município, ou seja, em locais mais distantes do centro (NAHAS *et al.*, 2013).

Além disso, em Belo Horizonte existe o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS). O

IVS é um indicador composto utilizado desde 1998 pela Secretaria Municipal de Saúde, que tem como objetivo discriminar populações com maior risco de adoecer e morrer para direcionar melhor os recursos. O IVS foi atualizado em 2012, sendo seus dados baseados no Censo de 2010. É composto por oito indicadores em duas dimensões: Saneamento (percentual de domicílios particulares permanentes com abastecimento de água, esgotamento sanitário e destino do lixo inadequado ou ausente) e Socioeconômica (razão de moradores por domicílio, percentual de pessoas analfabetas, de domicílios particulares com rendimento per capita até ½ salário mínimo, de pessoas de raça/cor parda, preta ou indígena e rendimento nominal mensal médio das pessoas responsáveis invertido) (JUNIOR; OLIVEIRA, 2012).

A Regional Noroeste de Belo Horizonte é a maior regional do município em número de moradores, possuindo quase 331.362 mil habitantes, sendo que 53,18% é representado por mulheres e 10,67% por idosos. Essa população está distribuída em 54 bairros e 19 vilas, em uma área de 38,21 quilômetros quadrados. A regional possui os seguintes Equipamentos Públicos (BRASIL, 2010):

- Escolas Municipais: 17;
- Escolas de Educação Infantil: 02;
- Unidade Municipal de Educação Infantil: 10;
- Creches Conveniadas: 37;
- Escolas Estaduais: 41;
- Hospitais Públicos: 02;
- Hospitais Particulares: 01;
- Unidades Básicas de Saúde: 16;
- Central de Esterilização Distrital: 01;
- Centro de Referência de Assistência Social (CRAS): 04;
- Centro de Referência do Idoso: 01;
- Centro de Convivência de Saúde Mental: 01;
- Centro de Referência da Infância (CRIA): 01;
- Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM): 01;
- Centro de Treinamento e Reabilitação (CTR): 01;
- Farmácia Distrital: 01.

Dessa forma, esse número de habitantes e essa quantidade de equipamentos públicos da regional requerem da Prefeitura de Belo Horizonte investimentos constantes na qualidade dos serviços ofertados e na segurança da população.

Em relação à violência, fator que compromete significativamente a segurança do ambiente, pode se dizer que esse é um dos temas mais discutidos na atualidade, como um dos fenômenos que mais preocupam os habitantes de regiões urbanas brasileiras. Atualmente, o tema faz parte do cotidiano da vida dos indivíduos, de grupos sociais, da mídia em geral e das relações entre Estado, sociedade e organizações sociais no mundo e no Brasil (GUIMARÃES; MIRANDA; MACEDO, 2007).

Assim, Belo Horizonte não foge à regra, sendo que a taxa de violência geral no município é de 13,42 para cada 10.000 habitantes. Entretanto, a violência não se encontra homogeneamente distribuída, exibindo um padrão espacial característico – alguns tipos de violência se concentram em bairros mais nobres, outros tipos, em vilas e bairros menos favorecidos (DINIZ; NAHAS; MOSCOVITH, 2003).

A violência contra idoso é um tema atual e de extrema relevância. Pode ser definida como um fenômeno social abrangente, às vezes difuso e às vezes muito concreto, que consiste em preconceitos, maus tratos e abusos. O abuso contra a pessoa idosa é um problema que remonta a tempos passados e sempre esteve presente em todos os tipos de sociedade. Preconceito e discriminação são as formas mais antigas, comuns e frequentes de violência contra essa população. Esse comportamento estimula a depressão, o isolamento e, em muitos casos, o desejo de morte nos idosos (BRASIL, 2014).

Com isso, é um fenômeno complexo, que atinge tanto os países desenvolvidos, como os países em desenvolvimento. Em muitas sociedades, diversas expressões dessa violência frequentemente são tratadas como uma forma de agir “normal”, ficando ocultas nos usos, nos costumes e nas relações entre as pessoas. Tanto no Brasil como no mundo, a violência contra os idosos se expressa nas formas como se organizam as relações entre os ricos e os pobres, entre os gêneros, as raças e os grupos de idade nas várias esferas de poder público, institucional e familiar (GUIMARÃES; MIRANDA; MACEDO, 2007). Sendo assim, a violência contra o idoso compromete significativamente o meio ambiente no qual ele vive.

Diante da gravidade dessa situação, em 2014 a Secretaria de Direitos Humanos

da Presidência da República do Brasil publicou o “Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa”. O objetivo do manual é alcançar um público amplo de pessoas que, por lei, devem respeitar, proteger e cuidar dos idosos: gestores, prestadores de serviços, profissionais de saúde e de assistência social, operadores do direito, agentes de segurança e familiares (BRASIL, 2014).

No que se refere ao município de Belo Horizonte, segundo o IBGE (BRASIL, 2010), a taxa de violência contra o idoso, em 2010, foi de 62,75 para cada 10.000 habitantes (internações na rede pública de pessoas de 60 anos ou mais por causas relacionadas à possível agressão, por 10 mil habitantes nessa faixa etária, por local de moradia).

Com isso, no município, anualmente é realizada a “Campanha de enfrentamento da violência contra a pessoa idosa”, coordenada pelo Conselho Municipal do Idoso. A campanha tem por objetivo proteger os direitos dos idosos, assegurados pelo Estatuto do Idoso, que defende que “toda a sociedade deve se comprometer em assegurar os direitos de cidadania dos idosos, defender seu direito à vida, com dignidade, e impedir qualquer tipo de tratamento desumano ou violento, que possa provocar situações de sofrimento ou constrangimento” (BRASIL, 2003).

Cotidianamente, os idosos brasileiros convivem com medo de violências, falta de assistência médica e de hospitais e escassas atividades de lazer, além de angústias com os baixos valores das aposentadorias e pensões (VERAS, 2009).

Desse modo, deve-se refletir sobre as possíveis causas que afetam negativamente a qualidade de vida do idoso, em relação ao meio ambiente, com o intuito de se buscar possíveis melhorias.

5.6. Limitações do estudo

O estudo transversal avalia uma determinada situação em um único momento. Assim, não é possível estabelecer relação de causa e efeito entre as variáveis, mas sim afirmar que existe relação significativa entre as mesmas.

Também é importante ressaltar que a amostra foi por conveniência, o que tem como consequência a maior chance da não garantia de representatividade da população do estudo. Contudo, o tamanho amostral expressivamente maior do que o

calculado garantiu uma maior confiabilidade da pesquisa.

Outras limitações desse trabalho também devem ser consideradas: a inexistência de estudos nacionais e internacionais para pontos de corte específicos na avaliação da qualidade de vida, impossibilitando estabelecer comparações com outras investigações; a inexistência de estudos nacionais similares a esse, em centros de referência para idosos.

6. CONCLUSÕES

O perfil dos idosos do Centro de Referência da Pessoa Idosa se caracterizou como a maioria do sexo feminino (82,5%), proveniente do interior de Minas Gerais (60,9%), sem cônjuge (63,8%), católico (72,4%) e alfabetizado (89,9%). A faixa etária predominante foi de 60 a 79 anos (89,4%), sendo a mesma proporção de idosos entre 60 a 69 anos e entre 70 a 79 anos (44,7%).

Verificou-se que 22,6% dos idosos trabalhavam atualmente, 80,2% eram aposentados e 40,2% possuíam renda de um a três salários mínimos. Em relação à moradia, 88,3% dos entrevistados referiram possuir casa própria, apresentando condições de saneamento básico adequadas. Referente ao arranjo domiciliar, 79,8% da população do estudo moram acompanhados.

Grande parte dos idosos (90,2%) relatou ter algum problema de saúde, prevalecendo HAS (63,7%), dislipidemia (26,5%), Diabetes *Mellitus* (23,7%), doenças do sistema osteomuscular e conjuntivo (23,7%) e depressão (17,9%).

Constatou-se ainda que 84,8% dos idosos faziam uso de pelo menos um medicamento, destacando-se os anti-hipertensivos (59,7%), hipolipemiantes (22,5%), hipoglicemiantes orais (21,7%), e diuréticos (21,3%).

Ainda, 9,5% dos indivíduos relataram fazer uso de bebida alcoólica, 3,9% fumavam atualmente e 31,9% são ex-tabagistas. Em relação à prática de atividade física, 92,6% dos idosos relataram realizar alguma, sendo que a maioria (63%) a realizam de uma a três vezes por semana.

Quando analisado os dados obtidos do instrumento WHOQOL-bref, verificou-se que 77,8% dos idosos consideraram sua qualidade de vida boa ou muito boa e 75,1% encontravam-se satisfeitos ou muito satisfeitos com a sua saúde. Além disso, constatou-se que 50,0% dos idosos tiveram uma QVG abaixo de 52,14. É importante ressaltar que o domínio meio ambiente apresentou média (14,44), valor mínimo (8,50) e valor máximo (19,50) muito baixos e próximos.

Com relação ao modelo multivariado proposto, os fatores que se associaram significativamente com a qualidade de vida e com a satisfação com a saúde foram: ser natural do interior de Minas Gerais; ter cinco ou mais comorbidades; ter alguma doença do sistema respiratório; histórico familiar positivo para HAS; PHQ-2 total com

pontuação maior ou igual a três; frequência de atividade física de uma a três vezes por semana e de quatro a sete vezes por semana.

Os achados do estudo confirmam o envelhecimento populacional. Contudo, os idosos enfrentam várias dificuldades que comprometem a sua qualidade de vida. Portanto, garantir um envelhecimento ativo e saudável para essa população é um grande desafio, alvo de diversas políticas públicas intersetoriais.

O CRPI, em Belo Horizonte, Minas Gerais, é um equipamento público e intersetorial, da Prefeitura Municipal, que busca promover a saúde e a qualidade de vida do idoso, por meio de várias atividades físicas e de convívio social. Assim, é importante ressaltar que o CRPI comprovadamente tem uma associação positiva com a qualidade de vida dos idosos, já que a maioria das atividades físicas que essa população realiza é no próprio local.

Com isso, fica evidente a importância do local e a necessidade de ampliação de ambientes como o CRPI em Belo Horizonte, com o intuito de se atingir um quantitativo mais expressivo de idosos do município.

Além disso, é importante se atentar para o fato de que a avaliação da qualidade de vida não pode se restringir à avaliação única de um momento específico da vida. Com isso, esse estudo foi importante para se conhecer a população do CRPI, sendo fundamental a realização de uma pesquisa de natureza longitudinal no local, para confirmar ou refutar os achados dessa pesquisa e para o estabelecimento de relações causais entre as variáveis estudadas.

Um achado de extrema relevância foi a alta prevalência de comorbidades na população do estudo, especialmente a HAS, dislipidemia, diabetes e depressão. O estudo confirma, portanto um dos maiores desafios no que tange a definição de políticas públicas na área da saúde, que deve estar direcionada para o enfrentamento das doenças crônicas não-transmissíveis. A abordagem do autocuidado apoiado tem sido discutida no âmbito dos serviços de saúde com uma proposta de ação para o acompanhamento e controle da população.

Essa mudança reforça a centralidade e a coordenação do cuidado da APS no trabalho em Redes de Atenção à Saúde. Neste modelo, o desenho da intervenção baseia-se na educação permanente, no suporte à decisão médica com base em diretrizes clínicas, no atendimento compartilhado, no plano de autocuidado, em

tecnologias de mudança comportamental e na supervisão da clínica médica, de enfermagem e odontológica (CURITIBA, 2012).

Diante de todas essas evidências, espera-se que essa pesquisa sirva de subsídio aos gestores de serviços no planejamento de políticas públicas relacionadas ao campo do envelhecimento populacional, à saúde do idoso nos diferentes âmbitos da atenção à saúde.

Além disso, espera-se, no nível local, que o estudo tenha aplicabilidade direta para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde para a população idosa no centro de referência, tendo em vista o conhecimento das características socioeconômicas, demográficas, clínicas e comportamentais dos idosos que participam do cotidiano do mesmo, além dos fatores modificáveis que afetam a qualidade de vida desses idosos.

Ainda, esse trabalho também pode estimular políticas públicas que busquem melhorar as condições do meio ambiente da população idosa, visto que esse foi o domínio com valor mais baixo do teste aplicado para avaliar a qualidade de vida.

Portanto, a manutenção de estudos relacionados ao envelhecimento no local é de fundamental importância para se traçar estratégias que favoreçam o bem-estar dos nossos idosos. Com isso, essa pesquisa pode subsidiar o planejamento e as ações de diversos setores da sociedade que trabalham em prol do idoso, 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 dessa população. Uma atenção especial deve ser dada aos fatores que potencialmente podem ser modificados, sendo capaz de provocar impacto em direção a um processo de envelhecimento ativo.

REFERÊNCIAS

ABBOTT, R.D. *et al.* **Walking and dementia in physical capable elderly men.** JAMA. 2004; 292, (12):1447-53.

ALBERTA SPORT, RECREATION, PARKS AND WILDLIFE FOUNDATION - ASRPWF. **Active Living Strategy.** Canada, 2012.

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.

ALVES *et al.* A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(8):1924-1930, ago, 2007.

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.

AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION (ADA). **The nutrition screening initiative: incorporating nutrition screening and interventions into medical practice:** a monograph for physicians. Washington D.C. US: American Academy of Family Physicians. National Council on Aging Inc., 1994.

ANTUNES, H.K.M. *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.

ANTUNES, H.K.M. *et al.* Exercício físico e função cognitiva: uma revisão. **Ver. Bras. Med. Esporte**, Niterói, v. 12, n. 2, Abr. 2006.

BARRETO, M.L.; CARMO, E.H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12 (Sup): 1779-1790, 2007.

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.

BATISTA, M. P. P.; ALMEIDA, M. H. M.; LANCMAN, S. Políticas públicas para a população idosa: uma revisão com ênfase nas ações de saúde. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 3, p. 200-207, set./dez. 2011.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Políticas Sociais, Secretaria Municipal Adjunta de Direitos de Cidadania, Coordenadoria de Direitos da Pessoa Idosa. **Centro de Referência da Pessoa Idosa.** Belo Horizonte, 2013.

BENEDETTI, T.R.B. *et al.* Atividade física e estado de saúde mental de idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, Abr. 2008.

BERTOLUCCI, P.H.F. *et al.* O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BORIM, F.S.A.; BARROS, M.B.A.; NERI, A.L. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(4):769-780, abr, 2012.

BOWLING, A. Perceptions of active ageing in Britain: divergences between minority ethnic and whole population samples. **Oxford Journals**, v. 38, n. 6, Ago. 2009.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei nº 10.741**, de 1º de Outubro de 2003. Dispões sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília/DF, 2003.

BRASIL. Decreto nº 1.948. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Brasília/DF, 2010.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. 152 p. (Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, 25).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica - nº 15 - Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília/DF: 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica - nº 16 - Diabetes Mellitus**. Brasília/DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF, 2006.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da**

Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, no 237-E, pp. 20-24, 13 dez., seção 1. Brasília/DF, 1999.

BRASIL. 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).

BRASIL. 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).

BRASIL. 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. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Brasil: manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa**. É possível prevenir. É necessário superar. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; Texto de Maria Cecília de Souza Minayo. — Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014.

BROWN, C. J.; FRIEDKIN, R. J.; INOUYE, 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., *et al.* **Análise de dados em ciências sociais**: introdução às técnicas utilizando o SPSS para Windows. 1992.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):163-177, 2000.

CAMARANO *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.

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

CAMPOLINA, A.G.; DINI, P.S.; CICONELLI, R.M. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, Jun. 2011.

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.

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.

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.

CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE. **Declaração do Rio: Além da Prevenção e Tratamento: Desenvolvendo uma Cultura do Cuidado em resposta à Revolução da Longevidade.** Brasil, 2013.

CHAVES, M.L.F. Testes de avaliação cognitiva: Mini-Exame do Estado Mental. **Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da ABN** (periódico na internet). 2006-2008.

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.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde. 92p., Curitiba, 2012.

DANTAS, E.L.R. et al. Genética do câncer hereditário. **Rev. Bras. De Cancerologia**, v. 55, n. 3, 263-69, 2009.

DINIZ, A.M.A; NAHAS, M.I.P.; MOSCOVITCH, S.K. **Análise espacial da violência urbana em Belo Horizonte:** uma proposição metodológica a partir de informações e indicadores georreferenciados. Belo Horizonte, 2003.

DUARTE, S.F.P.; REIS, L.A.R. **Obesidade:** uma visão multidisciplinar. 1. ed. Curitiba: CRV, 2012.

ENGELHARDT E. *et al.* Idosos institucionalizados: rastreamento cognitivo. **Rev. Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 2, 74-9, 1998.

FALLER, J.W. *et al.* Qualidade de vida de idosos cadastrados na estratégia de saúde da família de Foz do Iguaçu-PR. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, 14: 803-810. 2010.

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.

FERNANDES, M.T.O. A Rede de Atenção à Saúde para o cuidado à pessoa idosa na Atenção Primária: um Modelo Teórico. 216f. Tese (Tese de Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

FERNANDES, M.T.O.; SOARES, S.M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, Dez. 2012.

FERREIRA, A.L.C.B.M. **A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais**: a perspectiva do próprio e do seu cuidador. 2009. 94f. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2009.

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.

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.

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

FLECK, M.P.A. *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.

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.

FRANCISCO, P.M.S.B. *et al.* Fatores associados à doença pulmonar em idosos. **Rev Saúde Pública**; 40(3):428-35, 2006.

FREEDMAN, V.A.; MARTIN L.G. Contribution of chronic conditions to aggregate changes in old-age functioning. **Am J Public Health**, 90:1755-60, 2000.

FREITAS, E.V.; XAVIER, F.L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. [S.l.]: Guanabara Koogan, 2011.

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.

GLEZEN W.P. *et al.* **Impact of respiratory virus infections on persons with chronic underlying conditions.** JAMA. 2000;283(4):499-505.

GORDILHO A. *et al.* **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso.** Rio de Janeiro: UnATI/ UERJ; 2000.

GOULART, D. *et al.* Tabagismo em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, Aug. 2010.

GRABOWSKI D.C., ELLIS J.E. High body mass index does not predict mortality in older people: analysis of the longitudinal study of aging. **J Am Geriatr Soc** , v. 49, 968-79, 2001.

GUIMARÃES, S.J.; MIRANDA, J.L.S.; MACEDO, L.T.A. **Violência contra o idoso:** uma questão social a ser discutida. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO - III Jornada Internacional de Políticas Públicas: Questão Social e Desenvolvimento no Século XXI. São Luís – MA, agosto, 2007.

GUSMÃO, J.L. 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.

HAIR, J.F. Jr. *et al.* **Análise de Dados Multivariados.** 6. ed. Upper Saddle River: Prentice-Hall, 2009.

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.

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.

HULSE, G.K. Alcohol, drugs and much more in later life. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, p. 34-41, apr. 2002.

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.

JARDIM, J.R.B. *et al.* **Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).** In: Prado

FC, Ramos J, Valle JR, editores. Atualização terapêutica. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p.1427-30.

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).

JÚNIOR, F.G.P.; OLIVEIRA, M.T.C. Índice de Vulnerabilidade da Saúde de Belo Horizonte: compreendendo realidades locais para priorizar a alocação de recursos e nortear políticas públicas. Belo Horizonte, 2012.

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 person: are these the same? **The Journals of Gerontology**, v. 61B, n. 2, p. 95-101, 2005.

KIMURA M., SILVA J.V. Ferrans and Powers quality of life index. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 43(especial):1098-104, 2009.

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.

LEBRÃO, M.L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 6, 2007.

LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. **SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 255p., 2003.

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. *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.

LIMA-COSTA, M.F.F. *et al.* Comportamentos em saúde entre idosos hipertensos, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, p. 18-26, nov. 2009. Suplemento 2.

LIMA, P.V.; DUARTE, S.F.P. Prevalência de obesidade em idosos e sua relação com hipertensão e diabetes. **Rev. Interscencia**, v. 1, n. 3, 2013.

LOPES, P.A.P.L. **Qualidade de vida e suporte social do idoso no meio rural e no meio urbano**: um Estudo comparativo e correlacional. 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, 2004.

LOURENÇO, R.V.R. Formação Humana em geriatria e gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar. **UERJ**, p.89-92, 2006.

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.

LOW, G.; MOLZAHN, A.E. Predictors of Quality of Life in Old Age: A Cross-Validation Study. **Research in Nursing & Health**, v. 30, p. 141-150, 2007.

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.

LUCCHETTI, G. *et al.* Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 2010.

LUCCHETTI, G. *et al.* O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2011 .

MACHADO, F.N. **Capacidade e desempenho para a realização das Atividades Básicas de Vida Diária: um estudo com idosos dependentes**. 2010. 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

MAGALHÃES, M.M.; LIMA, A.C.P. **Noções de Probabilidade e Estatística**. 6ª ed, IME-USP, ED. USP, 2002.

MANCINI, M.C. **Tratado de Obesidade**. Itapevi: AC Farmacêutica, 2010.

MARQUES, D.; RODRIGUES, L. Emigrantes e imigrantes de Belo Horizonte em relação ao restante da RMBH: uma aplicação do método "Grade of Member ship" (GoM). In: **Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, 15., 2006, Caxambu. 20 p.

MARTINS *et al.* Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. **Estud. interdiscip. envelhec.**, Porto Alegre, v. 11, p. 135-154, 2007.

MATTEWS K.A. *et al.* Socioeconomic trajectories and incident hypertension in a biracial cohort of young adults. **Hypertension**, 39:772-6, 2002.

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, B.L.D.; HADDAD, M.C.L.; DELLAROZA, M.S.G. Avaliação cognitiva de idosos institucionalizados. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 34, n. 1, p. 95-102, Jan.-June, 2012.

MELLO, E.; TEIXEIRA, M.B. Depressão em idosos. **Revista Saúde**, v. 5, n. 1, 2011.

MENEZES, A.M.; VICTORA, C.G.; RIGATTO M. Prevalence and risk factors for chronic bronchitis in Pelotas, RS, Brazil: a population-based study. **Thorax**. 1994;49(12):1217-21.

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.

MINGOYI, S.A. *et al.* **Métodos de Amostragem com Aplicações na Área Empresarial**. Belo Horizonte: Departamento de Estatística da UFMG, 2000.

MIRANDA, R.D. *et al.* Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. **Rev. Bras. Hipertens.**, 9: 293-300, 2002.

MIRANZI, S.S.C. *et al.* Qualidade de vida de indivíduos com Diabetes *Mellitus* e Hipertensão acompanhados por uma Equipe de Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Out-Dez; 17(4): 672-9, 2008.

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.

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.

NAHAS, M.I.P. *et al.* **Índice de Qualidade de Vida Urbana de Belo Horizonte (IQVU – BH)**: um instrumento intra-urbanístico de gestão da qualidade de vida. *Belo Horizonte*, 1437-51, 2013.

NERI, A.L. (Org.). **Qualidade de vida e idade madura**. 7. ed. Campinas: Papyrus, 2007. 285 p. (Coleção Viva idade).

NERI, A.L. (Org.). **Palavras-chave em gerontologia**. 3. ed. Campinas: Alínea, 2008. 218 p. (Coleção Velhice e Sociedade).

NEVES, D.P. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? **Cad. Saúde Pública**. V. 20, n. 1, 7-14, jan./fev. 2004.

OLIVEIRA, A.F.G. Testes estatísticos para comparação de médias. **Revista Eletrônica Nutritime**. V. 5, n. 6, p. 777-788, nov./dez. 2008.

OLIVEIRA, D.L.C.; GORETTI, L.C.; PEREIRA, L.S.M. O desempenho de idoso institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. **Rev. bras. fisioter.** V. 10, n. 1 (2006), 91-96.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Envelhecimento Ativo**: uma Política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Mental Health: New Understanding, New Hope**. 1ª edição, Lisboa, Abril de 2002.

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.

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.

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.

PEIXOTO, S.V.; GIATTI, L.; AFRADIQUE, M.E.; LIMA-COSTA, M.F. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol Serv Saúde**, Dez; 13(4):46-53, 2004.

PEDROSA, R.P.; DRAGER, L.F. Como diagnosticar e tratar hipertensão arterial

sistêmica. **Grupo Editorial Moreira Jr**, v. 65, n. 12, dez. 2008.

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.* Influência de fatores sócios 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.

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.

PORTUGAL. Porto lazer. **No Porto a Vida é Longa**. Portugal, 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.

REIS, A.E.S.; SOUZA, J.A. Atividade física para idosos. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde (UninCor)**, v. 1, n. 1, 2011.

RIO DE JANEIRO. Observatório das Metrôpoles. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia. **Índice de Bem-Estar Urbano**. Rio de Janeiro, set. 2010.

RODRIGUES, R.M.C.; LOUREIRO, L.M.J; SILVA, S.M.D.T. **Os muitos idosos: estudo do envelhecimento em Coimbra**. Escola Superior de Enfermagem em Coimbra. Portugal, Coimbra, 2009.

ROSA, T.E.C. *et al.* Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev Saúde Pública**, 37:40-8, 2003.

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.

SANTOS, D.M; SICHIERI, R. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 2, 163-8, 2005.

SANTOS, P.M. *et al.* Percepção de qualidade de vida entre idosos jovens e longevos praticantes de hidroginástica. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 5, p. 1-11, 2013.

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.

SEQUEIRA, A.; SILVA, M.N. O Bem Estar da Pessoa Idosa no Meio Rural. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 3, p. 505-516, 2002.

SILVA, A.A. da. Alcoolismo em idosos. **Revista Científica Eletrônica de Psicologia**, São Paulo, ano VI, n. 10, maio 2008. 6 p.

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

SILVA, S.D. **A implantação de um centro de convivência para pessoas idosas: um manual para profissionais e comunidades**. Rio de Janeiro: CRDE UnATI UERJ, 2003. 57p.

SILVESTRE, J.A.; NETO, C.; MENEZES, M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, 19:839-47, 2003.

SOARES, S.M. *et al.* **Qualidade de Vida e perfil sociodemográfico e epidemiológico de idosos atendidos em Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte**. Projeto de Pesquisa realizado pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano (NEPCDH). Belo Horizonte/MG, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo, 2013-2014.

SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – SOCERJ. Recomendações da SOCERJ – Manejo Terapêutico em Cardiogeriatrics. **Revista da SOCERJ**, v. 17, sup. B, Jun. 2004.

SOUSA, L.; GALANTE, H.; FIGUEIREDO, D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, 2003.

SOUZA, R. *et al.* Avaliação antropométrica em idosos: estimativas de peso e altura e concordância entre classificações de IMC. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, Mar. 2013.

TAMAI, S.A.B. *et al.* Impacto de um programa de promoção da saúde na qualidade de vida do idoso. **Einstein**, 9, (1 Pt 1):8-13, 2011.

TRENTINI, C.M. **Qualidade de vida em idosos**. 2004. 224f. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

UMBELINO, G.J.M. Aplicação do Índice de Qualidade de Vida Humana (IQVH) nas regiões metropolitanas do Brasil. **Rev. Bras. Est. Pop.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 339-340, jul./dez. 2007.

UNITED NATIONS. **Ageing**. New York: United Nations, 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG. **Instituto Jenny de Andrade Faria**. Belo Horizonte, 2014.

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.P.; CALDAS, P.C. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(2): 423-432, 2004.

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. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, maio/jun. 2009.

VERAS, R. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Rev. Bras. Geriatr.**, 14 (4): 779-789, Rio de Janeiro, 2011.

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.

VIDMAR *et al.* Atividade física e qualidade de vida em idosos. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 4, n. 3, p. 417-424, set/dez, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE GROUP/WHOQOL. Desenvolvimento da versão abreviada em português do WHOQOL. **Versão em**

português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL). 1998a. cap. 3.

WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE GROUP/WHOQOL. Procedimentos de aplicação do WHOQOL-100 e do WHOQOL-bref. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL).** 1998b. cap. 4.

WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE GROUP/WHOQOL. Desenvolvimento da versão em português do WHOQOL-100. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL).** 1998c. cap. 2.

WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE GROUP/WHOQOL. **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.

WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE GROUP/WHOQOL. **The World Health Organization Quality of Life assessment: Position paper from the World Health Organization.** Social Science & Medicine, v. 41, P. 1403-1409, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE GROUP/WHOQOL. **Towards age-friendly primary health care.** Geneva: WHO, 2004. 30 p. (Active Ageing Series).

WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE GROUP/WHOQOL. **WHOQOL-bref.** U.S. Version. Washington: Universidade de Washington, 1997. 12 p.

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.

ZAITUNE, M.P.A. *et al.* 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.

ZAITUNE, M.P.A. *et al.* Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(2): 285-294, fev, 2006.

ZASLAVSKY, C.; GUS, I. Idoso. Doença cardíaca e comorbidades. **Arq Bras Cardiol**, volume 79, nº 6, 635-9, 2002.

ANEXO 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

- 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 quanto 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.

		mu to ru m	ru m	nem ru m nem bo m	bo m	mu to bo m
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		mu to insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	mu to 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.

		nu nca	algum vez	freqüente mente	mu to freqüente mente	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

- Instrumento de identificação e caracterização geral dos idosos

Questionário nº: _____			
Data da entrevista: ___/___/___		Entrevistadora: _____	
Horário de início: _____		Horário de término: _____	
Endereço: _____			
Bairro: _____		Nº: _____	Complemento: _____
Telefone de contato: _____			
<i>DADOS DE IDENTIFICAÇÃO</i>			
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	
Qual é o tipo de aposentadoria?	(1) idade	(2) tempo de serviço	(3) invalidez
Qual a renda familiar?	(1) até 1 salário mínimo (2) entre 1 a 3 salários mínimos (3) entre 3 a 5 salários (4) igual ou maior que 5 salários mínimos		
- 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) analfabeto (2) alfabetizado
HÁBITOS / ESTILO DE VIDA	
- 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
10 ou mais	4
Q3. Durante o último ano, houve alguma ocasião em que você bebeu 6 ou mais copos cheios de bebida alcoólica? Qual frequência?	
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
<p>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.</p> <p>Geralmente, quando mais alto o escore do AUDIT-C, mais provável é que a bebida está afetando a saúde e segurança do paciente.</p>	

(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?			
() Neoplasia	() Doença cardíaca	() Diabetes <i>mellitus</i>	() Doenças parasitárias
() Doenças respiratórias	() Transtorno mental	() Doenças osteoarticulares	() Doenças renais
() Doenças da tireoide	() Hipertensão arterial	() Dislipidemia	
() 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?

1. Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas

Nenhuma vez	0
Por vários dias	1
Por mais de 1 semana	2
Quase todos os dias	3

2. Se sentindo mais triste, deprimido ou sem esperança

Nenhuma vez	0
Por vários dias	1
Por mais de 1 semana	2
Quase todos os dias	3

**AVALIAÇÃO CLÍNICA
ANTROPOMETRIA**

Peso medido (kg): _____

Circunferência cintura (cm): _____

Estatura aferida (m): _____

Circunferência quadril (cm): _____

IMC: _____ (kg/m²)

Relação cintura-quadril (cm/cm): _____

PRESSÃO ARTERIAL

Níveis tensionais (aferir com a pessoa sentada, de preferência no MSD)

PD 1 ____ mmHg

Pressão diastólica média: _____ mmHg

PD 2 ____ mmHg

PD 3 ____ mmHg

PS 1 ____ mmHg

Pressão sistólica média: _____ mmHg

PS 2 ____ mmHg

PS 3 ____ mmHg

ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA PESQUISA “QUALIDADE DE VIDA E PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO DE IDOSOS ACOMPANHADOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE”.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 AV. Alfredo Balena, 190 – Sala200 – telefax: (31) 3409 – 9855
 Caixa Postal: 1556 – CEP 30130-100 Belo Horizonte – Minas Gerai – Brasil
 E-mail: smssoares.bhz@terra.com.br

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar, de maneira voluntária, como colaborador (a) na pesquisa intitulada **QUALIDADE DE VIDA E PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO DE IDOSOS ACOMPANHADOS EM UNIDADES BÁSICAS DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS**, do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, coordenado pela professora Sônia Maria Soares.

Sabe-se que o Brasil está envelhecendo e que envelhecimento ocasiona o aumento das doenças crônicas como hipertensão arterial (pressão alta) e diabetes *mellitus*, fazendo com que a pessoa tenha que ter cuidados constantes e dispendiosos, como medicação contínua e exames periódicos. Dessa maneira, há uma maior utilização dos serviços de saúde pelas pessoas idosas, com também uma maior frequência de internações e uma permanência hospitalar mais prolongada.

É do nosso conhecimento a existência de muitas ameaças à qualidade de vida da população de idosa, como riscos de queda, doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus*, câncer.

Por esse motivo, este estudo pretende analisar a qualidade de vida da população de idosos acompanhados nas Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Caso você concorde em participar deste estudo será pedido a você que responda a dois questionários. Se o(a) senhor(a) não souber ler ou/ou escrever a leitura e o preenchimento do questionário será realizada pela pesquisadora. O primeiro questionário será para analisar a Qualidade de Vida e o segundo para conhecermos a idade, o estado civil, filhos, escolaridade e dados da situação econômica e familiar.

O(A) senhor(a) não corre qualquer tipo de risco por participar deste estudo. Caso sinta-se cansado(a) ou incapaz de responder ao questionário, a sessão será interrompida imediatamente e será agendado um novo encontro para sua finalização. Você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de suas dúvidas. Você terá a liberdade de retirar o seu consentimento e deixar de participar desse estudo se assim desejar, sem penalização alguma em qualquer momento da pesquisa e todo material já coletado em questionário será destruído.

Os questionários serão guardados com a pesquisadora durante cinco (5) anos e após esse período serão destruídos.

Os resultados obtidos contribuirão para melhorar a organização da assistência ao idoso no município de Belo Horizonte e as informações obtidas poderão auxiliar a capacitação dos profissionais de saúde.

Reforçamos, na oportunidade, que a coleta de dados será feita por meio de questionários e medidas antropométricas, desde que você dispunha-se a colaborar espontaneamente com a pesquisa e que tenham assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Todas as informações obtidas neste estudo serão confidenciais e resguardadas, sendo utilizadas apenas para fins de pesquisa e garantimos o seu anonimato.

Ciente das informações acima, eu
estudo QUALIDADE DE VIDA E PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E
EPIDEMIOLÓGICO DE IDOSOS ACOMPANHADOS EM UNIDADES BÁSICAS
DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS. Concordo em participar das
atividades propostas pela pesquisadora e autorizo a aplicação do questionário
e medição de dados antropométricos.

NOME DO PARTICIPANTE:.....

ASSINATURA:

NOME DA TESTEMUNHA:

ASSINATURA:

DATA: ___/___/___

Pesquisadoras:

Sônia Maria Soares

- Professora Sônia Maria Soares
Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e
Desenvolvimento Humano da Escola de Enfermagem da Universidade Federal
de Minas Gerais.
Av. Alfredo Balena 190, Santa Efigênia, Belo Horizonte, MG, CEP 30130100.
Tel.: (31) 3409-9855

- COEP- Comitê de Ética em Pesquisa/ UFMG
Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, Campus Pampulha – 2º
andar Belo Horizonte, MG – Brasil, CEP 31270-901, E-mail:
coep@prpq.ufmg.br Tel.: 3409-4592

ANEXO 3 – PARECER DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Nível de cognição e hábitos de vida associados à qualidade de vida entre idosos do Centro de Referência da Pessoa Idosa, em Belo Horizonte, Minas Gerais.

Pesquisador: Sônia Maria Soares

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 26367314.5.0000.5149

Instituição Proponente: Universidade Federal de Minas Gerais

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 614.405

Data da Relatoria: 24/04/2014

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado conforme parecer.

BELO HORIZONTE, 14 de Abril de 2014

Assinador por:

**Maria Teresa Marques Amaral
(Coordenador)**

ANEXO 4 – PARECER DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG DA PESQUISA "QUALIDADE DE VIDA E PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO DE IDOSOS ACOMPANHADOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE"



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 5 – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SMSA/BH
DA PESQUISA “QUALIDADE DE VIDA E PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E
EPIDEMIOLÓGICO DE IDOSOS ACOMPANHADOS NAS UNIDADES BÁSICAS
DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE”**

**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 - RM: 37316-1
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - SMSA