



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE COLETIVA

Envelhecimento, Gênero e Qualidade de Vida

Ana Cristina Viana Campos

Belo Horizonte
2014

Ana Cristina Viana Campos

ENVELHECIMENTO, GÊNERO E QUALIDADE DE VIDA

Tese apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor/Mestre em Odontologia – área de concentração em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Efigênia Ferreira e Ferreira

Co-orientador: Prof. Dr. Andréa Maria Duarte Vargas

Supervisor estrangeiro: Prof. Dr. Cecilia Albala (INTA/UCHile)

Faculdade de Odontologia – UFMG
Belo Horizonte
2014

FICHA CATALOGRÁFICA

C198e 2014 T	<p>Campos, Ana Cristina Viana. Envelhecimento, gênero e qualidade de vida / Ana Cristina Viana Campos. – 2014.</p> <p>206 f. : il.</p> <p>Orientadora: Efigênia Ferreira e Ferreira. Co-orientadora: Andréa Maria Duarte Vargas.</p> <p>Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia.</p> <p>1. Envelhecimento. 2. Qualidade de vida. 3. Gênero e saúde. I. Ferreira, Efigênia Ferreira e. II. Vargas, Andréa Maria Duarte. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia. IV Título.</p> <p>BLACK – D047</p>
--------------------	--

Elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Odontologia - UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



FOLHA DE APROVAÇÃO

Envelhecimento, Gênero e Qualidade de Vida

ANA CRISTINA VIANA CAMPOS

Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ODONTOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Doutor em ODONTOLOGIA, área de concentração SAÚDE COLETIVA.

Aprovada em 23 de julho de 2014, pela banca constituída pelos membros:

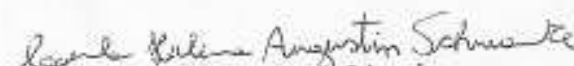

Prof(a). Efigenia Ferreira e Ferreira - Orientador
UFMG


Prof(a). Andrea Maria Duarte Vargas
UFMG


Prof(a). Nilce Emy Tomita
USP-Bauru

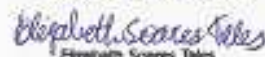

Prof(a). Isabela Almeida Pordeus
UFMG


Prof(a). Marisa Cotta Mancini
UFMG


Prof(a). Carla Helena Augustin Schwanke
PUCRS

Confere com o original

06/08/2014



Elizabeth Soares Teles
Secretária do Colegiado do Programa
de Pós-Graduação em Odontologia-FOU/UFMG
SAPE 0521131

Belo Horizonte, 23 de julho de 2014.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



ATA DA DEFESA DE TESE DA ALUNA ANA CRISTINA VIANA CAMPOS

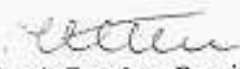
Realizou-se, no dia 23 de julho de 2014, às 14:00 horas, 3403, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de tese, intitulada *Envelhecimento, Gênero e Qualidade de Vida*, apresentada por ANA CRISTINA VIANA CAMPOS, número de registro 2010727457, graduada no curso de ODONTOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em ODONTOLOGIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Efigenia Ferreira e Ferreira - Orientador (UFMG), Prof(a). Andrea Maria Duarte Vargas (UFMG), Prof(a). Nilce Emy Tomita (USP-Bauru), Prof(a). Isabela Almeida Pordeus (UFMG), Prof(a). Marisa Cotta Mancini (UFMG), Prof(a). Carla Helena Agustin Schwanke (PUCRS).

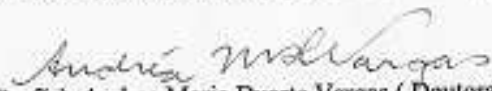
A Comissão considerou a tese:

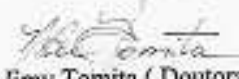
Aprovada

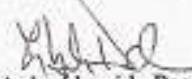
Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.
Belo Horizonte, 23 de julho de 2014.



Prof(a). Efigenia Ferreira e Ferreira (Doutora)


Prof(a). Andrea Maria Duarte Vargas (Doutora)

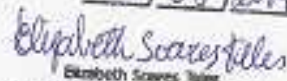

Prof(a). Nilce Emy Tomita (Doutora)


Prof(a). Isabela Almeida Pordeus (Doutora)


Prof(a). Marisa Cotta Mancini (Doutora)


Prof(a). Carla Helena Agustin Schwanke (Doutora)

Confere com o original
06/08/2014


Elizabeth Soares Tellez
Secretária do Colegiado do Programa
de Pós-Graduação em Odontologia-PO/UFMG
SEAPE 0321131

Um Doutorado, uma cidade, uma história: tudo acaba em versos

Ana Cristina Viana Campos

Se eu fosse contar o fim dessa história
Teria que buscar no fundo da memória
Escreveria um livro de casos e contos
Mas, de alguma forma vou colocar alguns pontos.

Sete Lagoas é uma cidade mineira envelhecida
Com uma população idosa carente e sofrida.
Muitos trabalham desde pequenos, lá pelos cinco anos
Hoje, se veem com os efeitos do tempo, que são tantos.

Muitos nunca foram a escola para estudar
Assinam mal, mal o nome para votar.
Moram com seus pares, filhos, netinhos
Mas, há também os que moram tão sozinhos.

Sete Lagoas é meu lar, onde eu nasci e cresci
Que foi mudando aos poucos e eu nem percebi
É uma cidade grande, de bons indicadores e uma Arena
É uma cidade bela, com suas lagoas e a Serra de Santa Helena.

Ainda que hajam poucas políticas de saúde para os idosos
Eles se avaliam com boa saúde, são solidários e carinhosos
Tantos iam contando nos dedos suas doenças, como coisa normal
Déficit cognitivo, depressão, edentulismo e limitação funcional

Mas falando de envelhecimento, há coisas que merecem atenção
Existem iniquidades e diferenças de gênero geradas por aculturação
Que determinam níveis de qualidade de vida tão diferentes
Para homens e mulheres que envelhecem diariamente.

A explicação para todos esses fatos será possível, talvez um dia
Com a criação de uma linha de pesquisa na presente academia
Investigando se existe uma relação temporal para qualidade de vida
Criando um Programa especial, que será minha contrapartida.

Às vezes penso que foi um sonho, uma saga incontida
Mas eu não estava sozinha e o que vivemos ninguém duvida.
O que vou fazer agora com tantas perguntas para inferir.
Juro que ainda não sei, mas volto para contar quando descobrir.

AGRADECIMENTOS

Para meu marido e amor da minha vida, Antônio Henrique da Mata Corrêa.

Para meus pais, Oldac Campos e Ilídia Vieira Viana Campos.

Para meus lindos irmãos, Giovane, Gisele, Naiara, Vagner, Oldac e Fernando

Para meus queridos sobrinhos, Gabriel, Ana Lara e Yuri

Para os cunhados, Claudinéia, Fabyana, Saulo e Vitor

Para minhas sábias e queridas orientadoras, Efigênia, Andrea e Cecilia

Para o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq

Para a Coordenação de Aperfeiçoamento de Ensino Superior - CAPES

Para a Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais - PRPq-UFMG

Para a Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais - FAPEMIG.

Para toda minha família, amigos, colegas, professores e participantes do projeto e companheiros de caminhada.

CAMPOS, A.C.V. **Envelhecimento, Gênero e Qualidade de Vida.** Tese (Doutorado em Odontologia – área de concentração em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi verificar diferenças de gênero relacionadas à qualidade de vida e envelhecimento ativo de idosos. "Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL)" é um estudo realizado em Sete Lagoas, Minas Gerais, Brasil com 2052 idosos em 2012, por meio de aplicação de questionários e exame clínico. Os dados foram analisados pelo SPSS versão 19 onde foi construído o banco de dados e realização das análises estatísticas considerando-se nível de significância de $p \leq 0,05$. Para conhecer mais detalhadamente a expressão dos determinantes do envelhecimento ativo e qualidade de vida na vida dos idosos, as variáveis independentes foram agrupadas em um modelo teórico adaptado. A idade do total da amostra no início do estudo variou entre 60 e 106 anos. A idade média foi de $70,9 \pm 8,1$ anos ($71,3 \pm 8,3$ para as mulheres e $70,7 \pm 7,8$ para os homens). A maioria dos idosos do gênero masculino (63,0%) e feminino (57,0%) estava satisfeita com a saúde bucal, apesar da elevada prevalência de edentulismo (66,4%). Em relação à qualidade de vida, os escores médios do WHOQoL-bref e WHOQoL-old foram altas, com valores acima de 60. Para ambos os gêneros, o envelhecimento ativo foi explicado pela qualidade de vida, fatores relacionados aos sistemas de saúde, ambiente social e econômico e fatores comportamentais. Os resultados encontrados fazem parte da linha base deste estudo. Por isso, ainda não é possível determinar se existe uma relação de gênero temporal entre envelhecimento ativo e qualidade de vida e as demais variáveis analisadas.

Palavras-chaves: Envelhecimento, Qualidade de Vida, Gênero, Saúde do Idoso, Saúde Bucal.

CAMPOS, A.C.V. **Aging, Gender and Quality of Life**. Thesis (PhD in Dentistry, Public Health) - Dentistry Program Graduate of School of Dentistry, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

ABSTRACT

The aim of this study was to investigate gender differences related to the quality of life and active aging elderly. "Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL)" is a study in Sete Lagoas, Minas Gerais, Brazil in 2052 with the elderly in 2012, through questionnaires and clinical examination. Data were analyzed by SPSS version 19 was built where the database and performing statistical analyzes considering a significance level of $p \leq 0.05$. To know more in detail the expression of the determinants of active aging and quality of life in older adult life, the independent variables were grouped into an adapted theoretical model. The age of the total sample at baseline ranged between 60 and 106 years. The average age was 70.9 ± 8.1 years (71.3 ± 8.3 for women and 70.7 ± 7.8 for men). Most elderly males (63.0%) and female (57.0%) were satisfied with their oral health, despite the high prevalence of edentulism (66.4%). Regarding quality of life, the mean scores of the WHOQOL-Bref and WHOQoL-old were high, with values above 60 for both genders, active aging was explained by quality of life, factors related to health systems, environment social and economic and behavioral factors. The results are part of the baseline study. So it is not yet possible to determine whether there is a temporal relationship between gender active aging and quality of life and other variables.

Keywords: Aging, Quality of Life, Gender, Health of the Elderly, Oral Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Correção da distribuição da amostra de idosos proporcionalmente segundo faixa etária e gênero em relação à população total e probabilidade de morte.....	55
Tabela 2. Concordância interexaminadores e intraexaminadores.....	61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Ponderações para correção no processo de amostragem.....	57
Quadro 2. Instrumentos para avaliação dos participantes de acordo com objetivo, autoria do instrumento original e de tradução/validação para o português.....	60
Quadro 3. Cálculo dos escores e pontos de cortes adotados por questionário do instrumento de coleta de dados.....	68

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Resumo do processo de amostragem.....	53
---	----

SUMÁRIO

PARTE I.....	15
1 INTRODUÇÃO.....	16
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
2.1 O processo de envelhecimento humano.....	18
2.2 O envelhecimento no Brasil.....	24
2.3 Estudo de gênero no envelhecimento.....	30
2.4 Envelhecendo com qualidade de vida e fatores determinantes.....	35
2.5 Saúde bucal do idoso.....	48
3 OBJETIVOS.....	51
3.1 <i>Objetivo geral</i>	51
3.2 <i>Objetivos específicos</i>	51
4 MÉTODOS.....	52
4.1 Desenho do estudo e participantes.....	52
4.2 Processo de amostragem.....	53
4.3 Critérios de elegibilidade.....	57
4.3.1 <i>Critérios de inclusão</i>	57
4.3.2 <i>Critérios de exclusão</i>	57
4.4 Ponderação.....	57
4.5 Exame bucal.....	58
4.6 Instrumento.....	59
4.7 Calibração e estudo piloto.....	61
4.8 Coleta de dados.....	62
4.9 Variáveis do estudo.....	63
4.10 Análise estatística dos dados.....	67
4.11 Aspectos éticos.....	69
5 REFERÊNCIAS.....	70
PARTE II.....	108
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	109
Artigo 1 - Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida	

e gênero.....	110
Artigo 2 - Satisfação com saúde bucal de idosos brasileiros: um estudo de gênero com modelo hierárquico.....	157
PARTE III.....	178
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	179
APÊNDICES.....	185
Apêndice A - Instrumento de coleta de dados.	185
Apêndice B - Folder do Projeto de Pesquisa.....	201
Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	202
ANEXOS.....	203
Anexo 1 – Aprovação no Comitê de Ética (UFMG)	204
Anexo 2 – Autorização do município.....	205
Anexo 3 – Submissão do Artigo 1 no periódico Ciencia & Saúde Coletiva.....	206

PARTE I

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde - OMS (OMS, 1983) classifica o idoso de acordo com o desenvolvimento do país, no qual o indivíduo está inserido. Em países desenvolvidos, são aqueles indivíduos com idade de 65 anos ou mais, e em países em desenvolvimento, indivíduos com 60 anos ou mais. No Brasil, considera-se idoso aquele indivíduo que tenha atingido a idade de 60 anos.

É nessa fase que emergem experiências e características próprias e peculiares, resultantes da trajetória de vida, na qual umas têm maior dimensão e complexidade que outras, integrando assim a formação do indivíduo idoso. A habilidade pessoal de se envolver, de encontrar significado para viver, provavelmente influencia as transformações biológicas e de saúde que ocorrem no tempo da velhice (MENDES *et al.*, 2005).

Durante o processo de envelhecimento, as famílias envelhecem juntamente com seus membros e sofrem mudanças na sua constituição (HORTA, FERREIRA, ZHAO, 2010). Para cada família o envelhecimento assume diferentes valores que, dentro de suas peculiaridades, pode apresentar tanto aspectos de satisfação como de grande desafio (MENDES *et al.*, 2005).

O suporte e o convívio familiar são percebidos como fatores primordiais para o desenvolvimento de um envelhecimento ativo, que pode ser estimulado pela participação do idoso na vida cotidiana (FERREIRA *et al.*, 2010). O convívio também em sociedade, fora da família, permite a troca de experiências, ideias, sentimentos, conhecimentos, dúvidas. Isso significa que o idoso necessita estar engajado em atividades que o façam sentir-se feliz, saudável e útil (MENDES *et al.*, 2005).

As mudanças na estruturação etária da população brasileira implicam um aumento na incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, com 85% dos indivíduos com 60 anos ou mais apresentando pelo menos uma doença crônica (IBGE, 2000). Esse processo gera expectativa de demanda de serviços de saúde e coloca desafios aos profissionais de saúde. O maior desafio se refere à tarefa de formular propostas de intervenção multiprofissional, tanto em programas geriátricos quanto em políticas sociais gerais para promover o bem-estar dos que envelhecem (SANTOS *et al.*, 2002). Programas próprios para os idosos, formação profissional e a criação de espaços específicos de atenção ao idoso e de estudos e pesquisas sobre o envelhecimento e sua repercussão na saúde são exemplos de ações que responderiam a esta demanda (FREITAS *et al.*, 2006).

Na perspectiva do “curso da vida”, as ações sobre os determinantes sociais da saúde do idoso devem ser multissetoriais e em todas as etapas do ciclo vital, com início na gestação para proteger o feto e incorporação na infância, mantendo-os até a velhice, já que o estado de saúde individual é um marcador de suas posições sociais no passado (GEIB, 2012).

Então, o envelhecimento está relacionado à interação entre várias dimensões, que compreendem saúde física, mental, psicossocial, suporte familiar autonomia e independência econômica (TRENTINI, CHACHAMOVICH, FLECK, 2008). Não se trata apenas de que as pessoas idosas tenham saúde, mas que mantenham e se possível melhorem a sua qualidade de vida à medida que envelhecem (SILVA, LIMA, GALHARDONI, 2010; DIAS JÚNIOR, COSTA, LACERDA, 2006).

Desta forma, o cuidado do idoso deve envolver o indivíduo, a família e a comunidade onde ele está inserido (TRENTINI, CHACHAMOVICH, FLECK, 2008). Essa abordagem difere da abordagem padrão ao incluir domínios não médicos, enfatizar a habilidade funcional e a qualidade de vida, de maneira inter e multidisciplinar (PALLONI, PELÁEZ, 2002)

Nesse contexto, é importante observar que o envelhecimento é um processo complexo que ocorre diferentemente para homens e mulheres. No entanto, pouco se sabe como essas diferenças se manifestam. Existem particularidades de cada grupo que podem passar despercebidas nas análises rotineiras (PASKULIN, MOLZAHN, 2007).

Os novos estudos sobre envelhecimento apontam desafios voltados para as discussões de gênero e, sobretudo, para a compreensão das condições associadas à possibilidade de se tornar o envelhecimento como processo positivo e a velhice como etapa da vida que pode ser acrescida de saúde, bem-estar, prazer e qualidade de vida (SILVA, LIMA, GALHARDONI, 2010). Estes servirão de guia para as diversas áreas científicas que se preocupam em entender e medir os aspectos mais intrínsecos que influenciam a vida dos indivíduos no cotidiano, e em suas crenças e práticas pessoais e comunitárias.

Diante de todas as mudanças que ocorrem com o indivíduo, não é mais possível entender o envelhecer como uma experiência homogênea. Essa discussão se faz necessária e poderá contribuir para o conhecimento mais profundo sobre o processo de envelhecimento da população brasileira. Nesse sentido existem desafios a serem pensados e enfrentados pela saúde pública: manutenção da independência e a vida ativa com o envelhecimento; fortalecimento de políticas de prevenção e promoção da saúde voltada para os idosos; ações para manter e/ou melhorar a qualidade de vida com o envelhecimento (LIMA-COSTA, 2003).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O processo de envelhecimento humano

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) define envelhecimento como um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal e não patológico de deterioração de um organismo maduro, próprio de todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (OPAS, 2003). O envelhecimento é o resultado de um processo da mudança biológica e comportamental, sendo que as vivências dos idosos e adaptação a um novo estilo de vida estão relacionadas à motivação intrínseca e extrínseca (NERI, 1993).

Em ambas as definições, o envelhecimento está caracterizado como sendo um processo de mudança exclusivo do indivíduo. Esta perspectiva organicista dá mais ênfase nas mudanças de nível biológico e comportamental, repercutido em sua capacidade de lidar com as diversidades da vida.

Historicamente, o processo de envelhecimento foi marcado por posições contraditórias. De um lado, tem-se a hegemonia da saúde e corpo físico, o idoso foi alvo de desvalorização. De outro, em épocas e culturas que valorizaram a sabedoria acumulada de seus cidadãos idosos, estes ocuparam um lugar de prestígio e honra (BEAUVOIR, 1990).

Uma revisão de literatura revelou que vários são os termos usados para designar os indivíduos no ciclo de vida estudado: idoso, velho e terceira idade, com predomínio da primeira. Apesar de prevalecer ainda uma conotação negativa relacionada aos idosos e ao envelhecimento, isso está mudando. Diversos sentidos são possíveis e coexistem, forjados de acordo com fatores históricos, sociais, econômicos e culturais. Muitos problemas enfrentados pelos idosos podem estar intrinsecamente relacionados em como eles se reconhecem e são reconhecidos pelos outros (HEIN, ARAGAKI, 2012).

O interesse em pesquisar sobre o processo de envelhecimento passou a ganhar maior importância no cenário mundial (CANESQUI 2012). As teorias sobre desenvolvimento humano e envelhecimento discutem alguns conceitos, de forma a enfatizar o que seria importante para se entender como ocorre o processo de envelhecimento humano.

As modificações biológicas dizem respeito às alterações morfológicas (aparecimento de rugas, cabelos brancos); fisiológicas relacionadas às alterações das funções orgânicas e bioquímicas no organismo (SANTOS, 2010).

Os critérios psicológicos estão relacionados a senso subjetivo de idade feito pelo próprio indivíduo e pela sua autoestima e a imagem social (FREITAS *et al.*, 2006). Para Beauvoir (1990), o envelhecimento modifica a relação do homem com o tempo, com tudo a sua volta e com a sua própria história revestindo-se de características biopsíquicas, sociais e culturais. Assim, o envelhecimento não somente representa ação ou efeito biopsicológico, como também uma característica sociocultural.

As teorias biológicas do envelhecimento, apesar de divergirem na orientação teórica subjacente, comungam a noção de perda degeneração progressiva com a idade da função e estrutura dos sistemas orgânicos e células. Estes problemas podem ser de origem genética, metabólica, celular ou molecular e afetam a precisão do sistema orgânico durante o processo de envelhecimento (FARINATTI, 2002).

Observa-se assim, o conseqüente aumento da susceptibilidade e incidência de doenças, aumentando a probabilidade de morte. De forma geral, podem ser classificadas em duas categorias: as de natureza genético-desenvolvimentista e as de natureza estocástica (FARINATTI, 2002; MOTA, FIGUEIREDO, DUARTE, 2004).

Para os biogerontologistas, o processo do envelhecimento seria uma fase de *continuum* da vida, do nascimento até a morte, geneticamente programado (FARINATTI, 2002). Sendo assim, o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas que vão transformando progressivamente o organismo (FEDRIGO, 1999).

Nesse conjunto de teorias genéticas, o tempo de vida programado deveria conciliar as necessidades da reprodução e o não sobrecarregamento do meio ambiente com excesso de população, garantindo um quantitativo mínimo de indivíduos para a preservação de cada espécie (ROSE, GRAVES, 1989). O estudo genético preocupa-se com a elaboração e cálculos de indicadores de longevidade e risco de mortalidade para quantificar a esperança de vida das espécies e analisar as diferenças no padrão de envelhecimento intra e entre espécies (FARINATTI, 2002).

A premissa das teorias estocásticas é a identificação de agravos que induzem aos danos moleculares e celulares, aleatórios e progressivos (TEIXEIRA, GUARIENTO, 2010). Essas teorias sugerem que a perda de funcionalidade decorre da acumulação aleatória de

lesões, associadas à ação ambiental, em moléculas vitais, que provocam um declínio fisiológico progressivo (CURTIS, 1963; CRISTOFALO, GERHARD, PIGNOLO, 1994).

Mota, Figueiredo, Duarte (2004) relatam que estudos laboratoriais demonstram que diversas situações (exposição a ambientes hipotérmicos ou de hipóxia, radiações ionizantes, manipulação calórica) têm demonstrado a capacidade dos fatores exógenos em modificar o fenômeno de envelhecimento.

Para Farinatti (2002), essas abordagens carecem de comprovação definitiva, existindo dúvidas sobre sua influência e as formas pelas quais interagiriam.

Nesse sentido, é importante ressaltar a natureza interacional do processo de transformação do organismo em decorrência do envelhecimento, além de acarretar resultados distintos para as diversas partes e funções do organismo (NERI, 2005). Ao contrário das outras fases da vida, o envelhecimento não possui um marcador biofisiológico de seu início, podendo ser definida por critérios biológicos, cronológicos, psicológicos e sociais (FREITAS *et al.*, 2006).

O conceito de velhice bem-sucedida foi introduzido na Gerontologia por Havighurst em 1961 (MOTTA *et al.* apud RIBEIRO *et al.*, 2009), no contexto do *Kansas City Study of Adulthood and Aging* e associava esse produto com a atividade, que gera satisfação e, conseqüentemente, preservação da saúde. O conceito de velhice bem-sucedida tem forte componente cultural e é referido alternativamente como velhice saudável, ativa e produtiva, e também como boa qualidade de vida na velhice (BASS, CARO, 2001 apud RIBEIRO *et al.*, 2009).

Com o refinamento desse conceito base, surgiram modelos para tentar explicar e descrever o que seria o envelhecimento bem sucedido. O primeiro modelo escrito por Rowe e Kahn (1987) consiste na combinação de uma baixa probabilidade de doença e de deficiências relacionadas às doenças, manutenção ou reforço das funções físicas e cognitivas e total engajamento na vida, incluindo as atividades produtivas e as relações interpessoais.

Esse modelo está intimamente relacionado a dois aspectos: engajamento ativo e ausência de patologias. A ausência de doença torna mais fácil a manutenção do funcionamento físico e mental e este, por sua vez, facilita (mas não garante) um envolvimento ativo com a vida (FONSECA, 2005).

O engajamento ativo corresponde à manutenção das relações sociais e das atividades produtivas, como atividades de auxiliar parentes; relacionar-se com vizinhos; realizar trabalhos voluntários; e atividades religiosas. Para os autores da teoria três fatores têm maior impacto no envelhecimento bem-sucedido: engajamento com a vida; manutenção de altos níveis de habilidades funcionais e cognitivas e baixa probabilidade de doença

(ROWE, KAHN, 1998). Posteriormente, os mesmos autores sugeriram que a resiliência e sabedoria deve ser incluído no modelo como domínios (ROWE, KAHN, 2000).

Uma revisão mais prática desse modelo sugere que o envelhecimento bem sucedido vai além da manutenção do indivíduo capacidades realizar atividades da vida diária e, por isso, não poderia ser explicado apenas pela ausência de doença ou a gravidade dos fatores de risco para doenças (CROWTHER, 2002; REBOK, GALLO, 2001).

Embora esses fatores sejam importantes, esse modelo possui limitações por tratar como secundárias as dimensões socioculturais e coletivas associadas à saúde na velhice e por poucos idosos se enquadrarem nesse modelo (BRITTON *et al.*, 2008). Para alguns autores, esse modelo torna-se muito redutor ao sugerir que o sucesso na velhice é, sobretudo, uma consequência do estilo de vida adotado pelo indivíduo ao longo da sua vida, atribuindo ao indivíduo a principal responsabilidade pelo seu próprio destino e não levando em conta fatores genéticos e ambientais que ele efetivamente não controla (FONSECA, 2005).

O modelo de Baltes e Baltes (1990) parte do pressuposto de que envelhecimento bem-sucedido um processo geral de adaptação, descrito como a otimização seletiva com compensação (SOC - Seleção, Otimização e Compensação). Para esses autores, os idosos que conseguem usar mecanismos de compensação (pelo menos parcial) e regulação das perdas funcionais e cognitivas associadas ao envelhecimento são aqueles que alcançam a velhice bem-sucedida e atingem níveis satisfatórios de independência. Quando se verifica a diminuição numa dada capacidade, o indivíduo seleciona objetivos que considera importantes e alcançáveis, direcionando para eles as suas energias, adaptando-se e otimizando, assim, as capacidades que mantém (BALTES *et al.*, 1993; BALTES *et al.*, 1996; BALTES, 1997; FREUND, BALTES, 1999; BALTES, SINGER, 2001; BALTES *et al.*, 2003).

Para Baltes (1987) o envelhecimento pode ser categorizado em três tipos: normal, referindo-se às alterações típicas e inevitáveis ao envelhecimento; patológico, em que se encontram os casos de doenças, disfuncionalidade e descontinuidade do desenvolvimento; e ótimo ou saudável, caracterizado por um ideal sociocultural de excelente qualidade de vida, funcionalidade física e mental, baixo risco de doenças e incapacidade, bem como engajamento ativo com a vida.

O critério de plasticidade comportamental é adotado para explicar a disposição do indivíduo para lidar com as diversidades da vida. Na velhice, com o desequilíbrio entre ganhos e perdas do processo de desenvolvimento, há necessidade de compensações (STAUDINGER, MARSISKER, BALTES, 1995). É um constructo psicossocial dinâmico

cuja expressão acentua-se no envelhecimento como um plano de seleção e compensação com características pessoais e contextuais específicas (BALTES, SMITH, 2003).

Os idosos selecionam tarefas que eles acreditam terem melhor desempenho, excluindo ou evitando aquelas com as quais possuem dificuldades; aperfeiçoam as habilidades que ainda estão preservadas, utilizando esforços para mantê-las; e compensam as habilidades comprometidas (SILVA, LIMA, GALHARDONI, 2010).

Para explicar o ajustamento social do indivíduo diante das perdas na velhice, a teoria do desengajamento defendeu o afastamento social como um processo funcional para o idoso e para a sociedade. O desengajamento foi proposto como natural e espontâneo e a diminuição das interações e atividades sociais como um processo inevitável e inerente ao envelhecimento (SIQUEIRA, 2002). A teoria da atividade surgiu como reação à teoria do desengajamento social, argumentando que, apesar das perdas físicas, psicológicas e sociais - comuns na velhice - o indivíduo idoso mantém suas necessidades psicossociais. Segundo esta perspectiva, a manutenção de atividades relaciona-se à satisfação e ao autoconceito positivo na velhice (BIRREN, BENGSTON, 1988).

Um estudo realizado com idosos na Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul conclui que a manutenção da independência para as atividades da vida diária, autonomia e satisfação com relacionamento familiar e amigos foram fatores preditivos independentes do envelhecimento bem-sucedido (MORAES, SOUZA, 2005).

Scoralick-Lempke, Barbosa (2012) ressaltam que a década de 1970 foi marcada por uma ampliação da produção científica sobre o envelhecimento, com destaque para o aumento do número de trabalhos na área de Psicologia do Desenvolvimento cujo enfoque era o curso da vida. Nesse contexto, a perspectiva *Life-Span* contribuiu para a desmistificação a concepção de que o envelhecimento estaria associado somente ao declínio, à doença e à incapacidade. Esta é uma abordagem de orientação dialética que concebe a possibilidade de um envelhecimento saudável e funcional, enfatizando o caráter heterogêneo e multideterminado do mesmo.

Para se alcançar um envelhecimento saudável com longevidade satisfatória é importante à adoção de estilos de vida satisfatórios, manutenção de reservas funcionais prevenção de doença e incapacidade, e relações sociais adequadas para os idosos. Mantê-los saudáveis, funcionais e independentes gera resultados positivos a curto e médio prazo. Idosos podem contribuir para as suas comunidades e suas famílias com sabedoria e experiência (FUENTES, 2008).

Um estudo com uma subamostra do Projeto Processos do Envelhecimento Saudável (PENSA) procurou investigar as multidensões percebidas pelos idosos da comunidade sobre a definição de envelhecimento saudável. Em relação ao que é importante para se obter esse envelhecimento, as categorias mais apontados pelos idosos foram: saúde física (53%), saúde social (46%), saúde emocional (37%), preocupação com alimentação/exercícios (36%) e evitar fatores de risco (19%) (CUPERTINO, ROSA, RIBEIRO, 2007).

Santos *et al.* (2011) analisaram os sentimentos de pessoas idosas sobre o autocuidado. Para esses idosos envelhecer é a busca de outra dimensão do viver, é adotar decisões positivas para reagir às adversidades que o envelhecimento possa provocar, utilizando seu potencial humano.

Assim, é possível que o envelhecimento saudável seja conquistado por indivíduos que desde a juventude, ou antes, mediante a atenção aos riscos ambientais ou pessoais que possam ser desencadeadores de doenças e não podem ser alterados, como idade, etnia e fatores genéticos. Nesse sentido, torna-se imperativo enfatizar a necessidade de uma alimentação adequada, prática de atividades esportivas, ausência de fatores debilitantes e vícios (SANTOS *et al.*, 2009).

Com a evolução dos estudos sobre o envelhecimento, novos conceitos indicam que ser idoso é o resultado do seu processo de desenvolvimento, do seu curso de vida em espaço e tempo. É um indivíduo que vivendo em comunidade possui um pensar/agir e estabelece a conexão com as forças dos demais, cria suas forças de organização e empenha-se em lutas mais amplas, transformando-as em força social e política (FREITAS *et al.*, 2006).

O termo “Envelhecimento Ativo” foi adotado pela OMS no final dos anos 90 e procura transmitir uma mensagem mais abrangente do que “envelhecimento saudável”. É definido como “*o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que os indivíduos ficam mais velhos*” (OMS, 2005, p.13). De modo geral, essa visão parte do pressuposto de envelhecer de forma saudável e bem-sucedida significa favorecer oportunidades para que os indivíduos possam optar por estilos de vida saudáveis e, ainda, fazer controle do próprio status de saúde (SILVA, LIMA, GALHARDONI, 2010).

Ao contrário do simples padrão de envelhecimento normal, o envelhecimento ativo requer do indivíduo que envelhece uma postura que, tal como o nome sugere, seja “ativa” perante o modo como se envelhece, procurando “melhorar o seu funcionamento e desempenho, propiciando o desenvolvimento e bem-estar psicológico”. O estilo de vida adotado pelo indivíduo assume uma enorme preponderância na forma como tal processo se

desenrola, sendo a prática de atividade física, a adoção de uma alimentação saudável, a busca permanente de estimulação cognitiva, a realização de atividades que visem a manutenção e o desenvolvimento de competências sociais, a preservação das relações interpessoais, a adesão a iniciativas suscetíveis tanto de promover a saúde e a segurança individuais como de prevenir situações capazes de ameaçar o bem-estar, aspetos-chave de compreensão do que significar envelhecer ativamente (SILVA, 2005; RIBEIRO, 2011).

Dados internacionais e nacionais convergem quanto aos seguintes aspectos, na definição do construto: a) físico: saúde física, capacidade funcional, capacidades de autocuidado e envolvimento com atividades físicas; b) social: engajamento em atividades de lazer, trabalho, satisfação com a carreira, suporte social, amigos e família e ter uma pensão adequada; c) emocional: satisfação com a vida geral e com a saúde em particular; d) pessoal: ter atitudes favoráveis ao envelhecimento e senso de controle e motivação para transmitir conhecimentos a pessoas mais jovens (STRAWBRIDGE, WALLHAGEN, COHEN, 2002, FLECK, CHACHAMOVICH, TRENTINI, 2003).

O envelhecimento ativo permite, pois, às pessoas reconhecerem o seu potencial para um bem-estar físico, social e mental durante todo o seu ciclo de vida, bem como promover a sua participação na sociedade através da garantia da necessária proteção, segurança e prestação de cuidados. Nesse sentido, a promoção do envelhecimento ativo exige uma abordagem multidimensional e a responsabilização e apoio permanente entre todas as gerações (PERISTA, PERISTA, 2012).

Essa etapa da vida passou a ser valorizada e privilegiada, tendo em vista as novas conquistas em busca de prazer, da satisfação e da realização pessoal (BEZERRA, ALMEIDA, NÓBREGA-THERRIEN, 2012). As novas pesquisas apontam para um envelhecimento que pode ser vivido com satisfação, saúde e bem-estar (CUPERTINO, ROSA, RIBEIRO, 2007).

O envelhecimento ativo corresponde ao equilíbrio biopsicossocial, à integralidade do ser que está inserido em um contexto social e ainda refere-se ao idoso que é capaz de desenvolver suas potencialidades. Por isso, manter os idosos independentes funcionalmente é o primeiro passo para se atingir uma melhor qualidade de vida (FERREIRA *et al.*, 2012).

2.2 O envelhecimento no Brasil

Projeções da OMS estimam que até 2025, a população idosa aumentará cerca de 7 a 8 vezes em países como a Colômbia, Malásia, Quênia, Tailândia e Gana. Além disso, o Brasil

com um número estimado de 27 milhões de idosos está entre os 10 países em desenvolvimento com maior população idosa em 2025 (OMS, 2005).

Em comparação com o ano 1991, a população idosa brasileira dobrou, somando 23,5 milhões dos brasileiros. Entre 2009 e 2011, esta faixa etária aumentou 7,6%, ou seja, mais 1,8 milhão de brasileiros (IBGE, 2002, 2009).

No Brasil, a velocidade de redução da mortalidade ao longo da primeira metade do século XX, assim como a redução da fertilidade aos níveis de reposição populacional, a partir da década de 1960, coloca o país dentro do modelo tardio de transição epidemiológica (OMRAN, 1971). O aumento no número de idosos é decorrência de um processo de transição demográfica e epidemiológica heterogênea, associado, em grande parte, às dificuldades sociais (SANTOS *et al.*, 2007).

Apesar disto, as mudanças não têm ocorrido exatamente de acordo com o modelo experimentado pela maioria dos países industrializados e mesmo por vizinhos latino-americanos como o Chile, Cuba e Costa-Rica (LITIVAK, 1990).

Um estudo de Paes-Souza (2002) realizado em Belo Horizonte demonstrou que grupos mais ricos da população exibiam um avançado padrão de mortalidade, no qual prevaleciam doenças circulatórias e neoplasias; grupos mais pobres, por vezes residindo em bairros contíguos, continuavam vulneráveis à mortalidade por doenças infecciosas que se somavam aos homicídios, doenças circulatórias e respiratórias (CHAIMOWICZ, COELHO, 2004).

No Brasil, condições socioeconômicas e de desenvolvimento pode ser crucial para a identificação das melhores e piores indicadores de saúde (CAMPOS *et al.*, 2011). A forte e crescente evidência da vinculação entre a estrutura socioeconômica e o estado de saúde dos indivíduos tem contribuído para a consolidação do contexto sociopolítico e cultural como geradores da má saúde e das desigualdades em saúde. Além de agir na forma de gradiente social, as circunstâncias econômicas e sociais desfavoráveis também afetam a saúde no curso da vida, tornando a saúde dos idosos ainda mais susceptíveis à determinação social pela acumulação das exposições aos fatores de risco (GEIB, 2012).

O envelhecimento da população tem importante reflexo também na composição etária da população economicamente ativa. A modificação das proporções de crianças, adultos e idosos gera novos fluxos de apoio e dependência entre as gerações. Em uma perspectiva puramente demográfica, este apoio é medido pelo pela razão entre o número de adultos e idosos: em 1950 existiam 19 adultos para cada idoso; em 2050 serão apenas três adultos para cada idoso (CHAIMOWICZ, 2006).

Embora esta seja uma maneira prática de estimar a oferta e demanda de auxílio entre as gerações, muitas vezes os números não correspondem à realidade (CHAIMOWICZ, 2009). Observa-se no Brasil a exclusão social do idoso, que apresenta baixo poder aquisitivo em função das aposentadorias irrisórias, da dificuldade de acesso a bens culturais e de saúde, das perdas de papéis sociais. O discurso ocidental de improdutividade ainda é comum na atualidade, organizando-se como um estereótipo que acaba por estigmatizar e até excluir o idoso de seu meio familiar e social (SILVA, 2002).

Se por um lado o cuidado aos idosos frequentemente é negligenciado pelos parentes mais jovens, por outro, muitas vezes é o idoso que oferece o apoio aos parentes jovens com uma participação expressiva na renda domiciliar (CHAIMOWICZ, GRECO, 1999). Conseqüentemente, reduz-se a disponibilidade financeira para o lazer, aumentando o risco de adoecimento e diminuindo a qualidade de vida (GEIB, 2012).

Os idosos, nas diferentes camadas, segmentos ou classes sociais, vivem a velhice de forma diversificada, como se o fim da vida reproduzisse e ampliasse as desigualdades sociais. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), se verificam que, além da desigualdade socioeconômica, destaca-se a sociabilidade do idoso como um fator importante, pois inclui as relações de convivência familiar, o estabelecimento do vínculo social com a comunidade e a possibilidade real de qualidade de vida e, conseqüentemente, a sua sobrevivência.

Além disso, o nível educacional do idoso brasileiro é considerado baixo, apresentando uma média de 2,6 anos de estudo, isto possivelmente, devido ao acesso restrito à educação nas décadas de 30 e 40 (PNAD, 2012). Esses dados confirmam que as oportunidades de educação formal no Brasil são muito diferentes entre ricos e pobres. De acordo com o estudo SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento) em São Paulo, 23% das mulheres e 18% dos homens não possuem educação formal. Em outros países desse mesmo estudo, o analfabetismo oscilou entre 3% para homens no Uruguai a 21% para mulheres mexicanas (ALBALA *et al.*, 2005).

Quanto ao mercado de trabalho, 77% são aposentados ou pensionistas, sendo esta a principal fonte de renda da população idosa (MELLO JORGE, GOTLIEB, LAURENTIE, 2001). Dentro dessa perspectiva é possível pressupor que os recursos públicos ainda são fundamentais para a sobrevivência dos idosos de baixa renda no Brasil (CHAIMOWICZ, 1997).

No Brasil, assim como em alguns outros países de industrialização tardia, a transição epidemiológica assumiu características especiais, associando ao perfil de morbidade típico

dos países desenvolvidos, a permanência de nosologias resultantes, sobretudo, da miséria social e econômica que aflige diferencialmente parcelas significativas da sua população (CHAIMOWICZ, 2006).

Estudos brasileiros apontam para a complexidade dos idosos em relação à heterogeneidade do processo de envelhecimento e se referem à necessidade de políticas públicas voltadas para uma abordagem integrada da saúde que reflete na melhoria da qualidade de vida dessa população (ARMENDARIS, MONTEIRO, 2012; SAINTRAIN, VIEIRA, 2008; RAMOS, 2003; LIMA-COSTA, 2003; PALLONI, PELÁEZ, 2002). Nesse contexto, é imprescindível abordar as principais políticas públicas e a legislação direcionada à população idosa brasileira.

A Lei 8.842 (BRASIL, 1994) criada em 04 de janeiro de 1994 instituiu a Política Nacional do Idoso. O seu artigo 1º diz que o principal objetivo desta política é assegurar os direitos sociais da pessoa idosa, visando principalmente à manutenção da sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Legalmente, portanto, foi a partir de 1994, com a criação da Política Nacional do Idoso, que os direitos da pessoa idosa passaram a ser assegurados e tornaram-se um dever de toda a população e também do Estado.

Esta mesma lei criou também os Conselhos do Idoso, em nível nacional, estadual, municipal e do Distrito Federal. A implantação destes Conselhos foi um passo muito importante no desenvolvimento e efetivação de políticas públicas para os idosos, por terem como principal objetivo a supervisão, acompanhamento, fiscalização e avaliação dos direitos dos idosos (BRASIL, 1994). No entanto, esta lei foi regulamentada somente após dois anos, pelo Decreto 1.948, de 03 de junho de 1996 (BRASIL, 1996).

Além disso, é importante ressaltar que os Conselhos têm a representatividade da sociedade civil e, assim como apontado por Bredemeire (2003), a participação dos idosos permite que os mesmos se posicionem e lutem pelos seus interesses, a fim de proporcionar um envelhecimento com mais qualidade e dignidade. Este fato reforça o grande avanço em relação à conscientização dos idosos sobre o quanto é importante sua participação neste espaço de deliberação sobre políticas públicas.

No ano de 2003, o Brasil avançou em relação às políticas públicas para a pessoa idosa, pois com a Lei 10.741, de 01 de outubro de 2003, foi criado o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003). O seu artigo 3º aponta que a família, a comunidade, a sociedade e o Poder Público devem garantir que os idosos tenham direito à vida, saúde, alimentação, educação, cultura, esporte, lazer, trabalho, cidadania, liberdade, dignidade, respeito e convívio social.

Além disso, o Estatuto do Idoso determina todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (BRASIL, 2003).

As principais melhorias trazidas junto com o Estatuto do idoso dizem respeito à aposentadoria, gratuidade nos transporte coletiva municipal e atendimento preferencial em filas (NERI, 2007). Para Camarano (2004), esse Estatuto, além de trazer dispositivos legais e políticas que já haviam sido aprovadas anteriormente, também incorpora novos elementos que visam proporcionar o bem-estar dos idosos. Dentre esses novos elementos, as autoras destacam que o Estatuto prevê que, caso alguma instituição não assegure os direitos desta população, a mesma poderá sofrer sanções administrativas. Em alguns casos, o descumprimento desses direitos poderá, até mesmo, ser considerado crime.

Sendo considerado um marco na legislação brasileira alguns autores e pesquisadores criticam o Estatuto do Idoso, que determina ações para a promoção da saúde do idoso, pela pouca aplicabilidade representada e pela insuficiente e baixa qualidade na assistência prestada aos idosos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Ressaltam também que os Programas de Atenção Domiciliar (PAD), subordinados à atenção secundária, estão em número muito aquém do ideal, sendo urgente ampliá-los. A assistência domiciliar e a internação domiciliar feita pelo Sistema Único de Saúde (SUS) trariam vantagens como conforto ao idoso, redução dos gastos públicos e dos recursos humanos. O problema atual está basicamente na gestão dos recursos públicos que bem aplicados, e sem superfaturamentos e desvios, seriam suficientes (MARTINS *et al.*, 2007; CAMACHO, COELHO, 2010).

Considerando a necessidade de uma política mais atualizada que fosse ao encontro das metas apresentadas no Pacto pela Saúde em 2006 e com o objetivo de fortalecer e complementar o Estatuto do Idoso, principalmente no que se refere à saúde, foi atualizada, em 2006, a Política Nacional de Saúde do Idoso, datada de 1999, sendo instituída em 19/10/2006 a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) por meio da Portaria nº2528/GM. Esta foi proposta de acordo com os princípios norteadores do SUS e promoveu como algumas de suas estratégias a criação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, a edição e distribuição do Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa nº19, do Guia Prático do Cuidador, a elaboração do Plano Integrado de Ações e Proteção à Pessoa Idosa SUAS-SUS e o fomento à pesquisa na área de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006).

Para a execução das diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso, no que se refere à assistência e reabilitação da saúde do idoso, o SUS conta com as Equipes de Saúde da Família para a assistência primária em saúde, hospitais gerais e centros de referência à saúde do idoso. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa apresenta a promoção do envelhecimento ativo e da capacidade funcional pela manutenção da autonomia, da independência, no sentido de permitir que o idoso permaneça inserido na sociedade (FERNANDES, SOARES, 2012).

No mesmo ano, o Ministério da Saúde, através da Série Normas e Manuais Técnicos, publicaram o Caderno de Atenção Básica Nº19, denominado Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Ele foi construído tendo como referência diversas Políticas nacionais e internacionais e objetivou oferecer uma abordagem integral às pessoas idosas na Atenção Básica, visando maior resolutividade nas ações. O manual fornece subsídios teóricos, tais como informações sobre algumas patologias que acometem esta população, e disponibiliza instrumentos aos profissionais que atuam nessa área, para que possam compreender o envelhecimento e atender de maneira adequada a população idosa (BRASIL, 2006a).

Ainda em 2006 foi criada a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, na qual constam as principais informações a respeito da saúde do idoso, facilitando assim a comunicação entre os diferentes profissionais que estão em contato direto com essa população (Brasil, 2006). Para os profissionais de saúde, esta caderneta possibilita o planejamento, organização das ações e um melhor acompanhamento do estado de saúde dessa população. Para os idosos é um instrumento de cidadania, onde elas têm informações relevantes para o melhor acompanhamento de sua saúde. Ela é composta pelos seguintes itens: identificação, avaliação da saúde, medicamentos, informações sobre internações, ocorrência de quedas, alergias, vacinas, agenda de consultas e controle de pressão arterial, peso e glicemia (BRASIL, 2006b).

Essas informações juntamente com outras demandas e padrões de uso de serviços de saúde, serão fundamentais para orientar as novas políticas de saúde voltadas a essa população (LIMA-COSTA, BARRETO, 2003). Assim, faz-se necessário conhecer o perfil dessa população, tanto daqueles que estão na velhice fragilizada, quanto na velhice ativa. Depois de identificado este perfil, seria necessário também identificar as principais demandas e, conseqüentemente, sugerir políticas direcionadas para aquela determinada parcela da população idosa (CAMARANO, 2004).

2.3 Estudo de gênero no envelhecimento

A OMS destaca o gênero entre os fatores mais relevantes que determinam a forma como ocorre o processo de envelhecimento humano (JACOB, FERNANDES, 2011).

A identidade depende de relações dialógicas entre os seres humanos, que devem ser construídas e reconhecidas nas relações afetivas, de trabalho e sociais. Entretanto, as relações de gênero ainda ocorrem de forma desequilibrada, uma vez que ainda existe uma relação de poder que acaba por propiciar e manter sua dominação pelo gênero masculino, oriunda de uma construção social aceita (MADERS, ANGELIN, 2012).

A formação da identidade de gênero é formada pelo conjunto de expectativas sociais e a construção econômica, política, social, histórica, dos papéis masculino e feminino. Essa construção faz parte tanto das atribuições de significados ao existir humano, bem como influem no modo como os seres humanos elaboram suas escolhas e as experimentam (FERNANDES, 2009).

Os estudos que abordam as relações de gênero acompanham os diferentes momentos dos movimentos sociais feministas (SILVA, 2000). Estes movimentos foram responsáveis por inserir temáticas relacionadas aos problemas enfrentados pelas mulheres, como campanhas pelos direitos das mulheres nos espaços públicos (MIRANDA, 2009).

Historicamente, o processo de reconhecimento social do papel das mulheres foi marcado por várias “fases” no decorrer da história. Na época da Idade Média, com o estabelecimento do patriarcado e da imposição moral das Igrejas Católica e Protestante sobre a sociedade, a relação de parceria que existia entre homens e mulheres em determinadas épocas e lugares transformou-se em uma relação de desigualdade e opressão (MADERS, ANGELIN, 2012). Menschik citado por Maders, Angelin (2012), contabiliza aproximadamente nove milhões de pessoas que foram acusadas, julgadas e mortas, sendo 80% mulheres, incluindo crianças e moças.

As mulheres foram estrategicamente encarregadas do trabalho doméstico, contribuindo para que as diferenças de relação de gênero fossem intensificadas (MADERS, ANGELIN, 2012). As dificuldades econômicas, a miséria e as guerras mundiais, consequências do desenvolvimento do capitalismo, que levaram as mulheres para o mercado de trabalho e para uma vida fora do lar. Nas fábricas, onde receberam os piores trabalhos e os menores salários e onde, conseqüentemente, vivenciaram situações de opressão e subalternidade. Por outro lado, esta foi uma ruptura importante no antigo paradigma que

diferencia o mundo do trabalho do mundo doméstico e confronta homens e mulheres assumindo os mesmos papéis (MÂCEDO, 2003).

A partir da década de 70, os movimentos sociais anticoloniais, étnicos, raciais, de homossexuais, ecológicos despontam e modificam lugares e mentalidades (SILVA, 2000). Nessa mesma época, a eclosão da segunda onda do feminismo no Brasil focada nas intensas polêmicas que envolvem a violência contra as mulheres culminou com a promulgação da Lei n. 11.340/2006 (BRASIL, 2006), de combate à violência familiar e doméstica contra a mulher. Para Lago, Wolf (2013), a lei representou um importante avanço nas lutas feministas, pois, além das medidas protetivas para as mulheres e os filhos, e das penalizações previstas para o "agressor", foi definida também a necessidade de atendimento aos homens autores de violência para que se estabeleçam novos valores e padrões de comportamento nas relações de gênero.

A conquista do voto e do ingresso das mulheres no espaço político em 1932/1934 foi o marco inicial para que as discussões de gênero ultrapassassem a luta por direitos fundamentais a uma necessidade urgente de completa mudança social (BRASIL, 2010). Na legislação brasileira, o direito de votar não era explicitamente negado à mulher, uma vez que os constituintes entendiam que a mulher não era um sujeito possuidor de direitos (NASCIMENTO, 2013).

A intensa utilização da imprensa, do rádio e a criação de jornais e revistas pelas feministas falam, por si, de novas práticas de liberdade e de deslocamentos de jogos de poder. Provocam, questionam, apontam caminhos de convivência entre os gêneros, redefinindo campos de relações de poder entre os gêneros, descortinando novos horizontes para mulheres e homens.

No entanto, a presença das mulheres na política continuou sendo ainda muito tímida, pois o voto feminino não teve forças para superar a despolitização das massas femininas e associações de mulheres criadas ao longo do tempo (NASCIMENTO 2013, p.43). Com isso, percebia-se que as mulheres continuavam vivendo em uma posição inferior na sociedade brasileira (BRASIL, 2010).

A Constituição Federal de 1988 igualou homens e mulheres em relação aos direitos fundamentais individuais e também em relação aos direitos civis, tanto no que se refere à vida pública quanto à privada. A Constituição representou um marco na conquista da igualdade de direitos entre os gêneros e instaurou um novo paradigma cultural no país, fundado na diversidade humana e na paridade dos diferentes (BRASIL, 1988).

A partir de 2000, o movimento feminista brasileiro passou a se organizar e participar de conferências para discutir metas e programas para proteção das questões de gênero. As articulações englobaram uma atuação conjunta para garantir um compromisso por parte dos candidatos com a demanda das mulheres, e a organização da Marcha Mundial de Mulheres que abrangeu movimentos de mais de 180 países (MADERS, ANGELIN, 2012).

Uma análise sobre a produção acadêmica brasileira entre 200 e 2009 sobre mulheres nos espaços de poder e decisão revelou que grande parte dos artigos trata sobre questões relacionadas aos movimentos sociais, à luta pela efetividade de direitos e uma cidadania ativa, às reflexões sobre o próprio movimento feminista, ao ativismo para o empoderamento de mulheres e às interseções entre raça e gênero (MARQUES, MATOS, MARTELLO, 2010).

As relações de gênero e o reconhecimento, por vezes equivocado, da identidade feminina são causas de conflitos sociais, uma vez que, ante esse cenário, sempre houve um movimento de resistência das mulheres em busca da equidade nas relações de gênero. Na modernidade, esses movimentos feministas e de mulheres se organizaram de tal forma que foram capazes de alterar a situação discriminatória existente, sendo considerados os precursores de muitos avanços na melhoria da vida das mulheres. Uma luta transforma-se, pois, em um luta ou conflito social quando se generaliza para além do individual e nasce por diferentes razões, também por questões ligadas ao reconhecimento por parte do outro, como é o caso da luta feminina (MADERS, ANGELIN, 2012).

As relações de gênero foram-se firmando ao longo da história, configurando-se como construções culturais de identidades masculinas e femininas, envolvendo relações de poder e impondo comportamentos incutidos na subjetividade humana (MADERS, ANGELIN, 2012).

Para Maders, Angelin (2012), acreditar que as desigualdades de gênero são “naturais” porque homens e mulheres são identificados por gêneros distintos, é um equívoco histórico. Estudos acerca das relações de gênero ao longo da história demonstraram que os papéis reservados ao gênero masculino e ao gênero feminino são construções sociais e culturais e, portanto, resultado das relações sociais entre os indivíduos de uma sociedade.

O Movimento Feminista não combateu a naturalização da diferença entre os gêneros, questionou seus pressupostos e desnudou a profunda e entranhada concepção de inferioridade das mulheres diante dos homens (NASCIMENTO, 2013). O estudo desses movimentos aponta para uma abordagem mais específica e dinâmica, identificando os sujeitos envolvidos no movimento, em suas práticas de ação e seus objetivos, sem desconsiderar suas diferenças (SILVA, 2000).

Todas essas transformações, especialmente nas relações conjugais e familiares, tiveram impactos importantes sobre a fecundidade e desdobramentos no que se refere à contestação não apenas de padrões “tradicionais” de relações entre gêneros e de famílias (ALVES, CORREA, 2009).

Na faixa etária acima de 60 anos de idade, a situação do homem e da mulher tem algumas peculiaridades, conferidas pelo exercício de papéis desempenhados socialmente (FERNANDES, 2009). O retorno do homem ao lar doméstico é uma tarefa difícil que envolve refazer sua identidade de gênero frente à perda de vários dos atributos que continuam a definir a masculinidade hegemônica, tais como capacidade para o trabalho, força física, assertividade, potência sexual (HEILBORN, CARRARA, 1998).

Um estudo qualitativo realizado com 20 idosos do Programa Terceira Idade em Ação – PTIA em Teresina, Piauí, teve como objeto investigar as questões de gênero presentes e determinantes da saúde e da qualidade de vida das pessoas que envelhecem. A análise dos discursos apontou baixa autoestima vivenciada pelos homens idosos em contraposição à maior autonomia e a liberdade conquistada pelas mulheres idosas. As autoras identificaram nas falas dos homens pouca aceitação da aposentadoria, perda da vontade de viver sem autonomia e com dependência e surgimento de doenças crônicas. Já a mulher idosa experimentou uma maior autonomia financeira, a liberdade parece ser evidente, pois tem mais tempo disponível para si própria, pelo fato de ter uma redução nas obrigações com a família (FIGUEIREDO *et al.*, 2007).

Nessa fase da vida, o indivíduo é desafiado a enfrentar a marginalização social, suscitando a possibilidade de um novo relacionamento entre homem e mulher com base cooperativa e auxílio mútuo. Essa situação tem contribuído para a redução da hierarquia entre os gêneros nessa fase da vida. Por outro lado, o mesmo autor revela que o exercício da autoridade dos homens sobre as mulheres e os filhos na família é o resultado direto das relações de poder e papéis sociais masculino/feminino calcadas num modelo tradicional de relações de gênero (FIGUEIREDO *et al.*, 2007).

As relações conjugais somadas às questões socioeconômicas provocam diferenças sociais importantes entre homens e mulheres durante o envelhecimento (CHAIMOWICZ, 1997). Enquanto os homens se casam novamente, as mulheres têm tendência de viverem sozinhas ou continuarem viúvas. Além disso, existe uma maior probabilidade das mulheres terem menor renda e morarem sozinhas (CAMARANO 2006).

Embora as mulheres tenham uma esperança de vida maior que a dos homens, a proporção de anos vividos com doença também é maior (CHAIMOWICZ, 2006). As

mulheres são mais vulneráveis não apenas aos problemas de saúde, mas passam por maior debilidade física antes da morte e são mais dependentes de cuidado, embora exerçam o papel de cuidadoras (LIMA, BUENO, 2009).

Essa maior longevidade das mulheres é conhecida como feminização, isto é, o predomínio de mulheres na população. Esta é uma característica comum do envelhecimento populacional de nações em diferentes estágios de desenvolvimento. Na América do Norte e Europa, em 1900, as mulheres viviam dois a três anos mais que os homens; hoje vivem em média sete anos mais. Na França elas vivem oito anos mais que os homens e no Japão quase sete anos. Esta longevidade diferencial continua nos países em fases avançadas da transição demográfica, sugerindo que países em desenvolvimento também seguirão esta tendência ainda por algumas décadas (CHAIMOWICZ, 1997; CHAIMOWICZ, 2006).

A razão de gêneros, ou “número de homens para cada 100 mulheres” é um índice demográfico que retrata a proporção dos gêneros em uma população e permite quantificar, de maneira prática, a feminização do envelhecimento. Como no restante do mundo, o processo de feminização do envelhecimento também é evidente no Brasil. Em 1950 existiam aproximadamente 100 homens para cada 100 mulheres na faixa etária de 65 a 69 anos, mas em 2000 eram somente 81 e em 2020 deverão ser apenas 78 homens para cada 100 mulheres. A razão entre os gêneros é ainda maior nas idades mais avançadas. Em 2000, no grupo de 80+ anos existiam somente 60 homens para cada 100 mulheres e em 2020 serão apenas 51 homens (CHAIMOWICZ, 2009).

Esta tendência é consequência da sobremortalidade masculina em todas as faixas etárias e para a maioria das causas de morte. Possivelmente associa-se à maior exposição dos homens a fatores de risco como álcool e fumo, aos acidentes de trabalho e de trânsito e homicídios e ao aumento da mortalidade por câncer de pulmão e doenças cardiovasculares. Por outro lado, o século XX assistiu um importante declínio na mortalidade materna perinatal e por câncer do útero; fatores hormonais são ainda determinantes de uma proteção cardiovascular que se estende até alguns anos após a menopausa. Além disso, mulheres frequentam mais os centros de saúde e participam mais de programas de saúde. Essa aparente vantagem feminina é parcialmente atenuada pela maior prevalência de demências, depressão e dependência funcional entre elas, reduzindo sua expectativa de vida livre de incapacidades (CHAIMOWICZ, COELHO, 2004; CHAIMOWICZ, GRECO, 1999).

O envelhecimento e gênero revelam que os valores e padrões socioculturais do comportamento humano estão presentes no cotidiano de homens e mulheres que envelhecem e determinam a ocorrência de eventos e atitudes que podem se tornar limites ou possibilidades

para conquista do envelhecimento ativo (FIGUEIREDO et al., 2007). Apesar dos inúmeros avanços políticos e legais, a equidade de gênero não será completa, enquanto houver mulheres ainda se encontram presas a lugares subalternos não somente na família, mas também nos campos econômicos e políticos (MIRANDA, 2009).

Nesse contexto, os estudos de gênero oferecem uma reflexão teórica na saúde coletiva diferenciada, podendo-se somar a outros esforços intelectuais e políticos para a compreensão da saúde e seus determinantes (AQUINO, 2006).

2.4 Envelhecendo com qualidade de vida e fatores determinantes

Desde épocas mais remotas, a qualidade de vida já era compreendida como resultado de percepções individuais sobre saúde, bem-estar e felicidade. Após a Segunda Guerra Mundial esse conceito emerge associado à satisfação e à realização psicológica com vários aspectos da vida, na perspectiva da prosperidade econômica e o aumento do poder aquisitivo da população em geral. Com o surgimento do movimento ambientalista em 1970, as preocupações com sustentabilidade e qualidade de vida começam a questionar os modelos predatórios de bem-estar da humanidade capitalista e consumista (BARROS *et al.*, 2006).

Trata-se de um construto multidimensional, que inclui aspectos do funcionamento físico e atividade, adaptação psicológica, funcionamento social, relacionamentos e sensação de bem-estar (CANTRELL, LUPINACCI, 2008). Está também relacionada com experiências e valores individuais e coletivos, à busca de conforto e bem-estar, variando com a época, valores, espaços e histórias diferentes. É influenciado por fatores que são próprios da essência humana; destacando-se os valores não materiais, como amor, liberdade, felicidade, solidariedade, realização pessoal e inserção social. Estes por sua vez envolvem idéias relacionadas à saúde, estilo de vida, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais (BRODER *et al.*, 2008).

A OMS entende por qualidade de vida “a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais se insere e, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Trata-se um amplo conceito de classificação, afetado de modo complexo pela saúde física do indivíduo, estado psicológico, relações sociais, nível de independência e pelas suas relações com as características mais relevantes do seu meio ambiente” (WHOQOL, 1994;1995). Nesta definição fica implícito que o conceito de

qualidade de vida é subjetivo, multidimensional e que inclui elementos de avaliação tanto positivos como negativos.

Uma perspectiva multifacetada da qualidade de vida é necessária, com uma mudança da abordagem de um único domínio que se concentram apenas em áreas individuais de vida (por exemplo, a saúde física e / ou funcional, saúde mental, apoio social, satisfação de vida e bem-estar) para um que também reflete os pontos de vista da população em causa. A medida de qualidade de vida exige uma definição do conceito. Qualidade de vida engloba teoricamente saúde do indivíduo físico, bem-estar e funcionamento psicossocial, independência, controle sobre a vida, as circunstâncias materiais e ambiente externo. É um conceito que depende das percepções dos indivíduos, e é provável que ser mediada por fatores cognitivos (BOWLING, 2005a,b). Ela reflete macro, da sociedade, bem como micro, individuais, influências, e é uma coleção de dimensões objetivas e subjetivas que interagem (LAWTON, 1991). Conseqüentemente, há poucos dados empíricos sobre a extensão em que os itens incluídos na maioria das escalas de medição ter qualquer relevância para as pessoas e suas vidas cotidianas.

Na área da saúde, o interesse pelo conceito qualidade de vida é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas. O estado de saúde e a qualidade de vida passaram a ser avaliados com o objetivo de obter melhor conhecimento sobre o impacto das doenças e informações que permitam comparar diferentes tratamentos, particularmente em portadores de doenças crônicas (TEIXEIRA, STRAUSS, 2004).

Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos. Assim, saúde e doença configuram processos relacionados aos aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e estilos de vida (SEIDL, ZANNON, 2004). Por outro lado, o estudo sobre a qualidade de vida não pode se restringir apenas a analisar doenças e seus pacientes ou ainda a expectativa de vida, pelo contrário, deve ser avaliada em toda e qualquer população.

O conhecimento sobre qualidade de vida vai aumentando ao longo dos anos, permitindo que os aspectos subjetivos e objetivos, em conjunto ou separadamente, fossem considerados em sua avaliação (KLUTHCOVSKY, TAKAYANAGUI, 2007). Os indicadores mensuráveis relacionados principalmente à saúde física, moradia e emprego compõem os aspectos objetivos na medição da qualidade de vida. Do outro lado a subjetividade é representada pelos sentimentos humanos, o ânimo geral e as percepções qualitativas das

experiências vividas, felicidade, amor, prazer; enfocando ora os âmbitos individuais ora o coletivo (VIDO, FERNANDES, 2007; OLIVEIRA, CIAMPONE, 2008).

Quando vista de forma mais focalizada, incorpora aspectos mais diretamente associados à capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade, sendo possível perceber as diferenças entre coletividades e entre indivíduos (NERI, SOARES, 2002; SEIDL, ZANNON, 2004).

A qualidade de vida dos idosos pode ser muito boa ou, pelo menos, preservada desde que haja autonomia e independência, boa saúde física, desempenhando papéis sociais, permanecendo ativos e desfrutando de senso de significado pessoal (MARTINS *et al.*, 2009). Uma pesquisa qualitativa com para idosos brasileiros sobre o conceito de qualidade de vida indicou maior valorização pelos do bom relacionamento com a família, com amigos e da participação em organizações sociais; da saúde; de hábitos saudáveis; de se possuir bem-estar, alegria e amor; de uma condição financeira estável; do trabalho; da espiritualidade; de se praticar trabalhos voluntários e de se poder aprender mais (FLECK, CHACHAMOVICH, TRENTINI, 2003).

Muitos avanços na mensuração de qualidade de vida foram alcançados, mas ainda é um desafio para avaliar algo tão vulnerável e mutável. Para idosos brasileiros uma qualidade negativa da vida está relacionado a ter menos saúde, enquanto uma qualidade de vida positiva engloba vários aspectos, tais como atividade, renda, vida social e às relações familiares, que diferem de indivíduo para indivíduo (XAVIER *et al.*, 2003).

Houve na última década uma proliferação de instrumentos de avaliação de qualidade de vida em idosos, a maioria desenvolvidos nos Estados Unidos, com um crescente interesse em traduzi-los para uso em outras culturas. Instrumentos de avaliação da qualidade de vida geral tendem a ter uma boa cobertura em relação ao seu potencial para determinar os níveis de bem-estar e satisfação com a vida em diferentes momentos e situações da vida (BOWLING, STENNER, 2011).

No entanto, a maioria dos estudos recentes em idosos têm investigado a relação entre qualidade de vida e doenças crônicas específicas, como câncer (WHEELWRIGHT *et al.*, 2013), hipertensão e problemas cardiovasculares (ALLEN *et al.*, 2013), diabetes mellitus (CAMPBELL *et al.*, 2013), osteoporose e artrite (CURTIS, 2011), doença de Parkinson (ANTONINI *et al.*, 2012), Alzheimer (CONDE-SALA *et al.*, 2013). Outros estudos investigaram os potenciais fatores de risco para fragilidade e incapacidade em pessoas mais velhas, como a depressão (RENAUD, BÉDARD, 2013), a dor crônica (HAWKINS *et al.*, 2013.) e prevalência de quedas (ROE *et al.*, 2009;. CHP, 2012).

No Brasil, observa-se que os estudos mais recentes estão relacionados à queda (Nicolussi et al., 2012), alterações e doenças do envelhecimento (MAGALHÃES, IÓRIO, 2011), avaliação do cuidador do idoso dependente (SANTOS, TAVARES, 2012; INOUE *et al.*, 2009), institucionalização do idoso (VITORINO, PASKULIN, VIANNA, 2013; ALMEIDA, RODRIGUES, 2008) e educação em saúde (MELO *et al.*, 2009).

Um estudo com 1.958 idosos de São Paulo, Brasil, para avaliar o impacto da doença crônica e o número de doenças sobre os vários aspectos da qualidade de vida. Os resultados indicaram uma alta prevalência de doenças crônicas na população idosa e constatou que o grau de impacto na qualidade de vida depende do tipo de doença. Os autores destacam a importância da prevenção e controle de doenças crônicas, a fim de reduzir o número de morbidades e diminuir seu impacto na qualidade de vida dos idosos (LIMA *et al.*, 2009).

No âmbito da saúde coletiva e das políticas públicas é possível identificar interesse crescente pela avaliação da qualidade de vida. Pois, as informações encontradas têm sido incluídas tanto como indicadores para avaliação da eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos para determinados grupos, quanto na comparação entre procedimentos para o controle de problemas de saúde. Outro interesse está diretamente ligado às práticas assistenciais cotidianas dos serviços de saúde, e refere-se à qualidade de vida como um indicador nos julgamentos clínicos de doenças específicas. Trata-se da avaliação do impacto físico e psicossocial que as enfermidades, disfunções ou incapacidades podem acarretar para os indivíduos acometidos, permitindo um melhor conhecimento do paciente e de sua adaptação à condição (KAPLAN, 1995).

Houve na última década uma proliferação de instrumentos de avaliação de qualidade de vida e afins, a maioria desenvolvida nos Estados Unidos com um crescente interesse em traduzi-los para aplicação em outras culturas.

A busca de um instrumento que avaliasse qualidade de vida dentro de uma perspectiva genuinamente internacional fez com que a OMS organizasse um projeto colaborativo multicêntrico. O resultado deste projeto foi a elaboração do World Health Organization Quality of Life instrument-100 itens (WHOQOL-100), um instrumento de avaliação de qualidade de vida baseado no levantamento sobre o que os indivíduos consideravam importante ao se medir a qualidade de vida, elaborou-se o WHOQOL-100 (WHOQOL Group, 1995).

É um instrumento desenvolvido considerando um conceito abrangente de qualidade de vida que possibilita sua aplicação a diversas doenças e condições não médicas. Abrange os aspectos objetivos e subjetivos; positivos e negativos da qualidade de vida (FLECK, 2000).

Suas principais vantagens seriam a facilidade de uso, a adaptação e validação para o português (FLECK *et al.*, 1999a,b) e medição da qualidade de vida nas duas semanas anteriores à entrevista, minimizando potencialmente o viés de memória (SANTOS, FRANÇA JÚNIOR, LOPES, 2007).

A necessidade de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, denominada WHOQOL-Bref. O fracionamento do WHOQOL-Bref em domínios (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente) pode contribuir na identificação de quais aspectos da vida do indivíduo são mais preocupantes e requerem intervenções (WHOQOL Group, 1998).

A seleção criteriosa de itens para composição da versão abreviada envolveu escolha de critérios conceituais e psicométricos; de modo que houvesse a preservação do caráter abrangente do instrumento original. A versão adaptada para o português foi realizada por Fleck *et al.* (2000) que apresentou características satisfatórias de coerência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste.

As facetas que englobam o domínio físico são: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade para o trabalho. O domínio psicológico está relacionado ao quanto o indivíduo aproveita sua vida e vê sentido nela, aceitação da aparência satisfação consigo mesmo, concentração e à frequência de pensamentos negativos. O domínio denominado Relações Sociais investiga a satisfação do indivíduo nas suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas), na vida sexual e no apoio dos amigos. O domínio Meio Ambiente do WHOQOL-Bref refere-se à satisfação e a percepção sobre a segurança física e proteção, local de moradia, recursos financeiros, disponibilidade e qualidade dos cuidados de saúde e sociais, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de lazer (WHOQOL Group, 1998).

Posteriormente, o projeto WHOQOL-Old pretendeu desenvolver e testar a avaliação da qualidade de vida para idosos. Teve início em 1999, como uma cooperação científica de diversos centros. O objetivo do projeto foi desenvolver e testar uma medida genérica da qualidade de vida em idosos para utilização internacional/transcultural. O módulo WHOQOL-Old pode ser usado numa variedade de estudos incluindo investigações transculturais, epidemiologia populacional, monitoramento de saúde, desenvolvimento de serviços e estudos de intervenção clínica em que questões sobre a qualidade vida sejam importantes. Permite a

avaliação do impacto da prestação do serviço e de diferentes estruturas de atendimento social e de saúde sobre a qualidade de vida em idosos e uma compreensão mais clara das áreas de investimento para obter melhores ganhos na qualidade de vida (WHOQOL-Old Group, 2005).

A versão brasileira validada por (Fleck, Chachamovich, Trentini, 2006) consiste em 24 itens da escala de Likert atribuídos a seis facetas: “Funcionamento do Sensorio” (FS), “Autonomia” (AUT), “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (PPF), “Participação Social” (PSO), “Morte e Morrer” (MEM) e “Intimidade” (INT). Cada uma das facetas possui 4 itens; portanto, para todas as facetas o escore dos valores possíveis pode oscilar de 4 a 20, desde que todos os itens de uma faceta tenham sido preenchidos. Os escores destas seis facetas ou os valores dos 24 itens do módulo WHOQOL-Old podem ser combinados para produzir um escore geral para a qualidade de vida em adultos idosos.

WHOQOL-Old é um módulo complementar para idosos, que podem ser adicionados os instrumentos WHOQOL existente, como (WHOQOL-Old, 2005) WHOQOL-Bref . Bowling (2007) fez comparações com genérico de qualidade de vida escalas usadas com pessoas mais velhas. Ela mostrou que o WHOQOL-Old foi o instrumento mais abrangente, mas ainda assim o seu guia perguntas é baseado na medição do sofrimento, o questionário é relativamente longo, e seu formato escala de Likert parece ser cansativo, embora não haja nenhuma evidência de que isso prejudicou resposta até o momento.

O mesmo autor enfatiza a necessidade de um genérico, qualidade verdadeiramente multidimensional de medida de vida para uso com populações mais velhas, com carga mínima entrevistado, para uso na avaliação dos resultados de saúde e assistência social nesse grupo (BOWLING, 2007). Mas a coisa mais importante agora é discutir, porque ainda há dificuldades na avaliação da qualidade de vida que limitam a sua inclusão na prática clínica e em serviços públicos de saúde (SEIDL , ZANNON , 2004).

A qualidade de vida global e os domínios da qualidade de vida parecem ser duas maneiras diferentes de se avaliar a qualidade de vida de idosos. Isso é especialmente importante no delineamento de pesquisas, uma vez que a medida a ser utilizada irá depender dos objetivos da pesquisa: avaliar a qualidade de vida com um todo (domínio global) ou apenas alguns aspectos da qualidade de vida (domínios físico, psicológico, social e ambiental). A dúvida é saber se o indivíduo é capaz de combinar diferentes aspectos de sua vida e os resume em uma avaliação global de sua qualidade de vida, ou se incluem apenas aspectos que os preocupam recentemente, ou se excluem esses aspectos da avaliação (PEREIRA *et al.*, 2006).

A saúde e a qualidade de vida dos idosos sofrem a influência de múltiplos fatores físicos, psicológicos, sociais e culturais (ANDERSON *et al.*, 1998). Pode-se destacar as características sociodemográficas (ALMEIDA, RODRIGUES, 2008; VITORINO, PASKULIN, VIANNA, 2013), condições de moradia (Pereira *et al.*, 2011), acesso aos serviços de saúde (PEREIRA *et al.*, 2011), dinâmica e relacionamento familiar (Torres *et al.*, 2009), autopercepção de saúde (PASKULIN, MOLZAHN, 2007) e condições de saúde (CAMPOLINA, DINI, CICONELLI, 2011).

Estudar as condições de saúde e bem-estar da população idosa implica, necessariamente, dar uma atenção especial à sua saúde mental, investigando, particularmente, a demência e a depressão que são os transtornos neuropsiquiátricos mais comuns em idosos (TRENTINI *et al.*, 2006; LEAL, 2006; OLIVEIRA *et al.* 2007). Essas doenças têm suas incidências e prevalências aumentadas com o avanço da idade e que podem levar o idoso à perda de sua autonomia, aumentando os anos de vida vividos com incapacidade (CAMARGOS, PERPÉTUO, MACHADO, 2005; MAIA *et al.*, 2006).

A demência afeta cerca de 5% dos idosos aos 65 anos de idade e cerca de 20% daqueles com 80 anos ou mais (JORM, JOLLEY, 1998; HERRERA *et al.*, 2002). No Brasil, o comprometimento cognitivo associada à dependência nas atividades da vida diária está fortemente relacionado com mortalidade em idosos residentes em centros urbanos (ALBERT, SIMÕES, RAMOS, 2001).

A avaliação cognitiva de idosos constitui um processo complexo devido à sobreposição dos limites entre os processos normal e patológico de envelhecimento (MOURA, HAASE, 2008). Os estudos disponíveis no Brasil, América Latina e Caribe sobre prevalência da demência na comunidade são raros, havendo pouco consenso sobre o impacto desse transtorno mental sobre a população idosa desses países (KALARIA, 2003).

Ritchie *et al.* (1997) examinaram a função cognitiva em idosos saudáveis por testagem computadorizada e identificaram entre eles um subgrupo com déficit cognitivo subclínico. Por outro lado, um estudo longitudinal com idosos com idade superior a 80 anos revelou uma pequena tendência de decréscimo no desempenho cognitivo em um período de três anos, não sendo suficiente para acarretar mudanças significativas no seu padrão cognitivo (ARGIMON, STEIN, 2005).

Em relação à depressão entre idosos, um em cada oito indivíduos com mais de 65 anos tem depressão (BEEKMAN, COPELAND, PRINCE, 1999). No estudo SABE (2003), verificou-se uma prevalência de 18,1% de sintomas depressivos, sendo esta de 12,7% entre os homens e de 22% entre as mulheres. Constatou-se, ainda, que foi mais alta a prevalência de

sintomas depressivos entre os indivíduos com 60 a 64 anos de idade (19,5%) atingindo 13% a prevalência para aqueles com 75 ou mais anos de idade.

Apesar de haver evidências de comprometimento da qualidade de vida de indivíduos deprimidos, não há consenso em relação à medição da qualidade de vida na depressão (Berlim et al., 2008). A variabilidade entre os sintomas depressivos e diferentes medidas utilizadas, pode obscurecer diferenças relevantes entre os indivíduos (BEEKMAN, COPELAND, PRINCE, 1999; COPELAND, 1999).

Para o idoso, a saúde não pode mais medida pela presença ou não de doenças, e sim pelo grau de preservação da capacidade funcional (FUENTES-GARCÍA, 2013). Capacidade funcional é a possibilidade de cuidar de si mesmo, de determinar e executar atividades da vida cotidiana, com autonomia e independência, mesmo apresentando morbidades. Nessa perspectiva, mesmo idosos que apresentam uma ou mais doenças crônicas adequadamente controladas, poderão ser considerados idosos saudáveis se conseguirem manter sua autonomia, sendo felizes e integrados socialmente (RAMOS, 2003).

Estes conceitos são úteis ao contexto do envelhecimento, pois estão ligados à manutenção da autonomia dos idosos, ou seja, ao grau de independência com que desempenham as funções no dia-a-dia dentro de seu contexto socioeconômicos e cultural (WHO, 2002). Do ponto de vista prático, as atividades da vida diária (AVD) são amplamente utilizadas para avaliar a capacidade de executar funções básicas, como lavar e comer, e as funções instrumentais importantes para a vida da comunidade, tais como compras e tarefas domésticas (MCCUSKER *et al.*, 1999).

Baseado no conceito de autonomia ou habilidade/capacidade funcional, a OMS (1983) classificou os pacientes idosos em 3 grupos: funcionalmente independente (vivem sem necessitar de ajuda); parcialmente independente (indivíduos incapazes de manter independência total sem uma assistência continuada); totalmente dependente (estão impossibilitadas de viver com independência e geralmente estão institucionalizadas, recebendo ajuda permanente).

Os estudos brasileiros sobre capacidade funcional e dependência têm evidenciado heterogeneidade do processo de envelhecimento (AIRES, PASKULIN, MORAIS, 2010), em relação a interação de fatores multidimensionais incluindo a saúde física, independência na vida diária, aspectos econômicos e psicossociais (CARDOSO, COSTA, 2010; NUNES *et al.*, 2010; TANNURE *et al.*, 2010; SANTOS *et al.*, 2007).

Sem assim, a limitação funcional não é uma consequência inevitável do envelhecimento, mas é um bom indicador para a avaliação do processo de envelhecimento. As

diferenças de gênero na incapacidade funcional pode ser explicada, pelo menos em parte, pela maior mortalidade experimentado por homens mais velhos e os níveis iniciais mais elevados de incapacidade entre as mulheres mais velhas (DRUMOND *et al.*, 2011).

A saúde percebida também é considerada um importante preditor de incapacidade funcional, pois se relaciona com a visão subjetiva, desempenhando também importante papel na avaliação da condição física. A ocorrência de problemas físicos, psíquicos, emocionais e sociais pode gerar sentimentos de fragilidade e insegurança que podem repercutir de forma negativa no desempenho funcional (NAKATANI *et al.*, 2003; MACIEL, GUERRA, 2005).

Os métodos tradicionais para avaliar a saúde, de maneira geral, utilizam principalmente índices baseados em critérios normativos que focam a presença ou a ausência de uma determinada doença ou agravo. Tais instrumentos não informam ao profissional sobre o bem estar dos indivíduos e a opinião dos mesmos sobre a própria saúde. Neste contexto, estão inseridos os estudos sobre a auto-avaliação que pode ser compreendida como a opinião ou julgamento dos indivíduos sobre eles mesmos (ZHANG *et al.*, 2006).

A utilização de perguntas simples e diretas apresenta-se como uma maneira eficaz para acessar a opinião dos indivíduos com relação à própria saúde e os possíveis impactos de determinados agravos sobre a vida diária dos mesmos. O Levantamento Epidemiológico Nacional da Saúde e Nutrição - NHANES, realizado nos Estados Unidos no ano de 1994, mediu o impacto dos agravos à saúde através da pergunta “*De um modo geral, você diria que a sua saúde é ruim, regular, boa, muito boa ou excelente?*” (NHANES, 1994). O Centro de Controle e Prevenção de Doenças - CDC utilizou a seguinte pergunta: “*De maneira geral, como você diria que está a sua saúde?*”, com as seguintes opções de respostas: não sabe/não informou, ruim, regular, boa (CDC, 2004).

No Brasil, perguntas simples e diretas também foram utilizadas em inquéritos nacionais para se conhecer a opinião dos indivíduos sobre a própria saúde. Podemos citar como exemplo o suplemento de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD – que utilizou a pergunta: “*De um modo geral (...) considera o seu próprio estado de saúde como?*”. As opções de resposta foram “muito ruim, ruim, regular, bom, muito bom (IBGE, 2000). Em 2003, o inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco de morbidades referidas de doenças e agravos não transmissíveis, realizado no Brasil, lançou mão de uma única pergunta: “*De um modo geral, em comparação com pessoas da sua idade, como o (a) Sr. (Sra.) considera o seu próprio estado de saúde?*” (INCA, 2004), evidenciando a importância e a aplicabilidade de perguntas simples e objetivas em inquéritos epidemiológicos.

Diante de todas essas premissas, é imperativo observar que se os indivíduos não existem isolados, fatores sociais podem influenciar a saúde do indivíduo (NUNES, BARRETO, GONÇALVES, 2012).

O suporte social e a participação ativa na comunidade favorecem a qualidade de vida dos idosos e tem papel importante no bem estar psicológico (NETUVELI, BLANE, 2008). Atividades em grupo é uma boa forma de manter o indivíduo funcional e engajado socialmente, onde a relação com outros indivíduos contribui de forma significativa em sua qualidade de vida (MENDES *et al.*, 2005).

Os resultados de um estudo qualitativo com idosos participantes de um grupo de promoção de saúde em São Paulo sugerem que os sujeitos valorizam a independência e autonomia, atribuem uma vida saudável a comportamentos adequados em relação aos cuidados com a saúde, destacando as atividades de lazer, bons relacionamentos. Esses por sua vez foram considerados essenciais para satisfação com a vida, para a qualidade de vida e para a formação de uma rede social de cuidado que integrou a comunidade e os serviços de saúde (TAHAN, CARVALHO, 2010). Em estudo semelhante, se observaram que as atividades em grupo consistiram espaço privilegiado para a constituição de redes de apoio, estabelecimento e ampliação de vínculos afetivos, reflexão e educação em saúde (COMBINATO *et al.*, 2010).

A promoção do envelhecimento ativo envolve a conquista de qualidade de vida para o enfrentamento das questões do envelhecimento fortalecendo e instrumentalizando a população idosa em busca de cidadania e justiça social (DIAS JUNIOR, COSTA, LACERDA, 2006). A construção social da velhice perpassa pela busca do envelhecimento saudável e ativo cujos principais facilitadores estão nos campos físico, social e espiritual (NERI, 2007).

O conceito de capital social pode dar uma contribuição para essa questão, pois este se baseia em relações não-monetárias precursoras de formação de vínculo, confiança e apoio social. É definido como *“as características da organização social, tais como confiança interpessoal, normas de reciprocidade e redes solidárias, que capacitam os participantes a agir coletivamente e mais eficientemente, na busca de objetivos e metas comuns”* (PATTUSSI *et al.*, 2006, p.1543).

Entende-se que como capital social o processo e o instrumento de cidadania e que pode mudar as relações pessoais e intercâmbios sociais que gerem mais redes de cooperação e solidariedade. Refere-se também a uma capacidade de viver em comunidade, através de relações de solidariedade e confiabilidade entre os indivíduos e organização comunitária. Assim, a elevação dos índices de capital social pode ter efeitos positivos pelo seu impacto na democracia e no desenvolvimento socioeconômico (MILANI, 2008).

Originalmente o capital social referia-se principalmente à explicação das conquistas educacionais e da estabilidade de suas redes familiares e sociais. Por outro lado, o desenvolvimento do termo estendeu sua abrangência muito além da família à valorização na confiança na sociedade abrangente (PUTNAM, 2000).

Recentemente, a inclusão de diferentes formas de capital social tem sido a concepção teórica acerca do conceito mais bem aceita: “vínculos” (*bonding*), “conexões” (*bridging*) e “ligações” (*linking*) (KAWACHI, KIM, 2004). A formação de vínculo está ligada aos relacionamentos horizontais próximos entre indivíduos ou grupos com características demográficas similares, como relações entre membros da família e amigos próximos.

As conexões referem-se a redes mais distantes do núcleo familiar e amplas de relacionamentos com outros indivíduos/comunidades, especialmente na busca de recursos ou oportunidades que estão fora das suas redes de relacionamentos pessoais (PATTUSSI *et al.*, 2006; SZRETER, WOOLCOCK, 2004). As redes sociais são formadas por amigos, parentes e vizinhos, grupos religiosos, associações sindicais, associações de moradores e clubes recreativos, os quais possibilitam que os grupos de pessoas estabeleçam as relações de solidariedade e confiança (GEIB, 2102).

Enfim, tem-se o conceito de “ligações” que pode reunir os relacionamentos verticais por meio de alianças com indivíduos em posições de poder, particularmente poder sobre recursos necessários para o desenvolvimento social e econômico (PATTUSSI *et al.*, 2006; SZRETER, WOOLCOCK, 2004).

A saúde começa a ser percebida como um fenômeno social que diz respeito à qualidade de vida e ao capital social (SOUZA, GRUNDY, 2004). Parece existir uma relação positiva entre redes sociais (amigos, vizinhos, comunidade religiosa e família) e qualidade da saúde dos idosos (LITWIN, 1998). Além disso, a participação religiosa foi apontada como maior fator de proteção da mortalidade dos idosos, mais até do que o suporte social (OMAM, REED, 1998).

Nesse contexto, a contribuição da participação religiosa para a criação e manutenção do capital social é obviamente interessante especialmente em países pobres ou de renda média onde são observados altos níveis de observância religiosa e/ou crença (INGLEHART, NORRIS, 2004).

Alguns estudos já evidenciam uma relação razoavelmente boa entre espiritualidade e qualidade de vida, sugerindo ainda a associação da espiritualidade com a percepção subjetiva do estado de saúde dos indivíduos (BOERO *et al.*, 2005). Entretanto, algumas divergências já

surgiram com relação a essa associação no sentido de alertar o quão difícil e delicado é o tema (MOREIRA-ALMEIDA, KOEING, 2006).

A religião foi afastada da ciência durante muito tempo. Tradicionalmente, a medicina não associa a espiritualidade e crenças pessoais à melhora dos pacientes. Parece haver um temor de que o valor do empenho da equipe de saúde não seja reconhecido (PANZINI *et al.*, 2008). Muitas vezes ocorre justamente o contrário, uma vez que crenças e atitudes positivas são ferramentas que ajudam os indivíduos procurar uma melhor solução para lidar com problemas (FU *et al.*, 2007).

Seu impacto na qualidade de vida tem sido estudado relacionado a doenças e a diversas situações da vida (BRAAM *et al.*, 1997; SLOAN *et al.*, 1999; PATEL *et al.*, 2002; GIOVAGNOLI *et al.*, 2006; LEUNG *et al.*, 2006). No estudo de Koenig, Pargament, Nielsen (1998), estratégias positivas de *Coping* Religioso-Espiritual apresentaram correlação positiva com menos sintomas depressivos e melhor qualidade de vida.

De um modo geral, a espiritualidade não faz distinções entre indivíduos, sendo que qualquer um pode ser considerado um pouco espiritual. Ao contrário, a religião é mais intrínseca e envolve diferentes convicções, doutrinas, e rituais que representam grupos bastante distintos (KOEING, 2008).

Para Boero *et al.* (2005) a espiritualidade é uma busca infinita do homem por um sentido, um significado para a vida. Pode ser vista ainda sob dois aspectos: vertical e horizontal. O primeiro está relacionado à relação do indivíduo com um poder superior, e o segundo, está mais ligado a uma relação mais interna, do indivíduo com ele mesmo (ROSS, 1995). A religião está estabelecida em um sistema de convicções, práticas, rituais e símbolos que são capazes de aproximar o indivíduo ao supremo, um poder maior, a verdade absoluta, Deus (MOREIRA-ALMEIDA, KOEING, 2006).

Para muitos indivíduos a religiosidade e a espiritualidade são fontes de conforto e força para o enfrentamento de doenças. Tanto a religiosidade quanto a espiritualidade possibilitam: uma visão positiva do mundo, um significado para a vida, além de esperança, empoderamento individual, controle, aceitação, ajuda para tomada de decisão, respostas e coesão social (KOEING, 2008).

A atividade física regular melhora a qualidade e expectativa de vida do idoso (VAGETTI *et al.*, 2013), devendo ser estimulada ao longo da vida (MACIEL, 2010; BENEDETTI, GONÇALVES, MOTA, 2007). A prevenção e tratamento de diversas doenças crônicas em idosos têm no combate ao sedentarismo um grande aliado como instrumento de promoção da saúde (SIQUEIRA *et al.*, 2008; ALVES *et al.*, 2010).

A mudança de hábitos e estilos de vida possui inúmeros benefícios, não em relação aos aspectos físico, funcional e mental dos indivíduos, bem como repercutem positivamente também na dimensão social, melhorando o desempenho funcional, mantendo e promovendo a independência e a autonomia daqueles que envelhecem (ZAITUNE *et al.*, 2007). Embora os indivíduos saibam disso, conseguir alterações na atitude é extremamente complicado.

Diminuir o sedentarismo e promover estilos de vida mais saudáveis com a profissionais de saúde pode representar um grande impacto na melhoria dos índices de saúde e na qualidade de vida especialmente de idosos (BARROS, NAHAS, 2001). Por isso, são necessários projetos e ações estruturadas e participativas entre os profissionais de saúde, sociedade e políticas públicas para essa população (SIQUEIRA *et al.*, 2008).

Nesse sentido, o foco das pesquisas se dirige para a atividade física como um meio de modificar os estilos e hábitos de vida dos idosos, controlando ou retardando o aparecimento de doenças crônicas e mantendo-os funcionalmente independentes por mais tempo (BENEDETTI, GONÇALVES, MOTA, 2007). A literatura aponta diversos benefícios da atividade física para os idosos, tais como controle das complicações de doenças crônicas, melhoria da qualidade de vida, perda de peso, aumento da autoestima, maior disposição para o trabalho e melhoria de quadros de dor (POZENA, CUNHA, 2009).

Programas e ações públicas de atividades físicas específicas voltadas para a população idosa representam também um desafio, pois deve ser levada em conta a preparação dos profissionais, a sensibilização da população, a implementação das atividades e a existência de políticas públicas e apoio dos gestores (MORETTI *et al.*, 2009). Dessa forma, espera-se que os idosos mais ativos tenham melhor qualidade de vida, evidenciando a atividade física como fator protetor para um envelhecimento mais ativo.

Enfim, o estudo da qualidade de vida e o envelhecimento ativo requerem uma compreensão mais abrangente e adequada de um conjunto de fatores que compõem o cotidiano do idoso (MENDES *et al.*, 2005). Portanto, a política pública brasileira na atenção ao idoso deve priorizar a manutenção da qualidade de vida dos idosos, monitoramento das condições de saúde, ações preventivas e diferenciadas de saúde e de educação (VERAS, 2009). A busca por um processo interativo na atenção à saúde do idoso, visando à obtenção da saúde integral, perpassa necessariamente por uma abordagem interdisciplinar (Saintrain, Vieira, 2008).

O processo de envelhecimento associado às mudanças verificadas na estrutura e comportamentos sociais e familiares determinará, nos próximos anos, novas necessidades em saúde e enormes desafios aos sistemas de saúde no que se refere não apenas à garantia de

acessibilidade e qualidade dos cuidados, como um envelhecimento ativo e com qualidade de vida (DGCG, 2004).

2.5 Saúde bucal do idoso

O envelhecimento ativo deve combinar boas condições de saúde e uma autopercepção de saúde favorável, incluindo uma boa saúde bucal (ATCHISON, ANDERSEN, 2000). No entanto, observa-se um paradoxo, uma vez que estudos mostram que os idosos apresentam uma percepção positiva sobre seus dentes, apesar de os problemas bucais terem impacto negativo nas suas vidas (SIMÕES, CARVALHO, 2011, UNFER *et al.*, 2006). Esta discrepância entre os dados sobre percepção e condições reais de saúde bucal revela a maneira singular como o idoso percebe sua saúde bucal (BENEDETTI, MELLO, GONÇALVES, 2007).

Em um estudo realizado por Haikal *et al.* (2011), os idosos perceberam alguns problemas ou a necessidade de tratamento, apesar da grande capacidade de aceitação das limitações impostas pelo precário estado clínico. Além disso, essas limitações são percebidas pelos idosos como consequências inevitáveis do envelhecimento e não como um problema que mereça ou possa ser corrigido. Outro estudo revelou que uma autoavaliação de saúde bucal ruim esteve associada a fatores de saúde geral e ao impacto psicossocial da saúde bucal na qualidade de vida, independentemente de medidas socioeconômicas e clínicas de saúde bucal (ANDRADE *et al.*, 2012).

A saúde bucal do idoso brasileiro encontra-se em situação precária, com elevados índices de edentulismo, (perda de todos os dentes), dentes cariados e com necessidades de próteses (COLUSSI *et al.*, 2002), refletindo a ineficácia historicamente presente nos serviços públicos de atenção odontológica, limitado a extrações em série e serviços de urgência, baseados no modelo curativista (MOREIRA *et al.*, 2005).

A expectativa com relação à perda de dentes tem mudado nas últimas décadas, valorizando-se sua manutenção e, muitos adultos, principalmente em países desenvolvidos, têm conseguido manter um número mais elevado de dentes. De fato, estudos comparativos de coortes nos Estados Unidos e na Austrália têm mostrado um declínio progressivo nas taxas de edentulismo (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2003; SANDERS *et al.*, 2004). No Brasil, não há informações sobre essa modificação de perfil epidemiológico, pois a faixa etária de 65 a 74 anos foi incluída apenas no mais recente levantamento nacional de saúde bucal (BRASIL, 2004).

No Brasil, ainda é elevada a proporção de edêntulos entre os idosos, e de indivíduos com prótese total em ao menos uma das arcadas. Estima-se, para o país, que 54,8% da população com idade de 65 a 74 anos é desdentada total, e que 18,7% dos idosos não usa prótese dentária (HUGO *et al.*, 2007).

O levantamento epidemiológico sobre saúde bucal realizado pelo Ministério da Saúde em nível nacional, o SB Brasil (BRASIL, 2004), finalizado em 2003, demonstrou a importância desses agravos e reforçou a necessidade de que os serviços de saúde estejam organizados para intervir e controlá-los. É de fundamental importância a responsabilização da equipe de saúde do nível local pela interferência positiva no quadro sanitário da saúde bucal brasileira (Brasil, 2008). No levantamento realizado em 2010, os resultados iniciais divulgados indicam que 23% dos idosos com idade entre 65 e 74 anos necessitam de prótese total em uma arcada e 15% necessitam de prótese total dupla (BRASIL, 2010).

Levando em consideração o caráter cumulativo das principais doenças bucais (cárie dentária e doença periodontal), o conhecimento do estado de saúde bucal da população idosa merece especial atenção, na medida em que estes indivíduos representam a coorte mais próxima da população idosa e que são objetos de futuras investigações sobre a saúde bucal dos idosos. Suas condições de vida e saúde poderão indicar um prognóstico epidemiológico bucal, possibilitando a chance de se intervir em grupos de risco de reprodução dos agravos bucais encontrados atualmente na população idosa (MOREIRA, 2009).

A perda dentária precoce em adultos é considerada um fator de risco para o edentulismo em idosos. Como interfere diretamente na qualidade de vida dos indivíduos, considera-se que esta seja uma medida de grande importância para a saúde bucal (STEELE *et al.*, 2004), sendo sua verificação cada vez mais relevante em termos de saúde pública.

Em um estudo realizado no estado de São Paulo por Frazão, Antunes, Narvai (2003) consideraram como indicador de perda dentária precoce a proporção de indivíduos com mais de 12 dentes perdidos. Ressaltando que este critério de classificação teve como base as recomendações de metas da OMS para o ano 2000, que recomendava para o grupo etário de 35 a 44 anos a presença de 20 ou mais dentes na boca em 75% desta população (FDI, 1982).

A perda dentária é um reconhecido problema de saúde pública. Sendo considerada como uma importante medida da condição de saúde bucal de uma população, a perda dentária possui forte efeito sobre a qualidade de vida dos indivíduos. Seus impactos podem ser expressos pela diminuição da capacidade funcional de mastigação e fonação, bem como por prejuízos de ordem nutricional, estética e psicológica, com reduções da autoestima e da integração social (MUSACCHIO *et al.*, 2007; PETERSEN, 2003; SLADE *et al.*, 2005;

STEELE *et al.*, 2004), além disto, estes impactos constituem em uma marca da desigualdade social existente.

Nesse contexto, é importante destacar que um melhor padrão de saúde bucal dos idosos poderá ser alcançado mediante mudança de práticas organizacionais, do processo de trabalho em saúde, de pesquisa e de avaliação (MELLO, MOYSÉS, 2010).

A promoção da saúde vem respaldando as atuais discussões de um novo modelo voltado para a Defesa da Vida, que tem por base alguns aspectos, dentre os quais: qualidade de vida e a consciência dos indivíduos sobre sua saúde; definição de prioridades a partir de indicadores e variáveis preditoras, centradas nas populações; reconhecimento das diferenças sociais, econômicas e culturais, nas diferentes populações, como definidoras das condições de saúde; territórios como espaços sociais em que tendem a se agrupar indivíduos que compartilham características similares de natureza cultural e socioeconômica; promoção da saúde por meio da assistência, da participação ativa dos sujeitos e modificação das condições objetivas de vida (BRASIL, 2008).

A promoção de saúde e saúde bucal na população idosa brasileira deve ser estimulada em todos os ambientes sociais, tanto nos serviços de saúde quanto na família, promovendo a autonomia do idoso, possibilitando a consolidação da relação inegável entre o suporte social e a promoção de saúde, pois na medida em que se implementa o primeiro, trabalha-se promovendo a saúde (ARAÚJO *et al.*, 2006).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- ❖ Verificar diferenças de gênero relacionadas à qualidade de vida e envelhecimento ativo entre idosos residentes em comunidade.

3.2 Objetivos específicos

- Avaliar os determinantes para o envelhecimento ativo e sua relação com qualidade de vida segundo gênero;
- Identificar as diferenças de gênero em relação aos fatores associados à satisfação com a saúde bucal de idosos;
- Estimar a prevalência de edentulismo por gênero e faixa etária;

4 MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo e participantes

O Estudo AGEQOL - “Aging, Gender and Quality of Life (Envelhecimento, Gênero e Qualidade de Vida)” é um estudo de linha base de uma coorte com idosos com 60 anos e mais de idade residentes na área urbana e rural do município de Sete Lagoas, Minas Gerais, Brasil realizado em 2012.

Este município está situado a 72 km de Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais, Brasil. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é 0,760, em 2010, valor situado na faixa alta (IDHM entre 0,700 e 0,799). A renda per capita média cresceu 45,8% na última década (R\$809,26 em 2010) e a desigualdade diminuiu, com Índice de Gini de 0,57 em 2000 para 0,53 em 2010. Entre 2000 e 2010, a razão de dependência do município passou de 49,6% para 39,6% e a taxa de envelhecimento evoluiu de 5,0% para 6,8% (PNAD, 2012).

A esperança de vida ao nascer é maior que a média nacional (73,9 anos) aumentou 7,3 anos nas últimas duas décadas, passando de 68,0 anos em 1991 para 75,4 anos em 2010. No entanto, este é um município com alta taxa de analfabetismo entre idosos (24,0%), com 2,5% da população vivendo na zona rural e 0,3% sem energia elétrica em casa (PNAD, 2012).

O município possui 34 unidades básicas da Estratégia de Saúde da Família, 08 Centros de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), 02 Centros de Atenção Psicossocial adulto e infantil (CAPS), 01 Centro Viva Vida, 01 Policlínica, 01 Hospital Municipal, 02 Pronto-Atendimentos (IBGE, 2009).

O município é dividido em 17 Regiões Administrativas (RA), um distrito fora da sede e área rural (Sete Lagoas, 2009). As RA, oficializadas por lei municipal, são unidades espaciais criadas em 1998 para englobar melhor os limites dos 183 bairros existentes no município que, por serem imaginários, não podiam ser usados como unidades oficiais de estatística. Cada região foi formada através de critérios de homogeneidade estrutural, obstáculos físicos naturais ou construídos por meio de geoprocessamento na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (ALVES, 2000).

Sete Lagoas é um município de médio porte populacional com uma população residente de 214.152 habitantes, sendo que 103.991 são do gênero masculino e 110.161 são do gênero feminino. Do total de habitantes do município, 21.758 (10,16%) tem a idade igual ou superior a 60 anos (IBGE, 2010).

A população de referência do presente estudo foi composta por indivíduos de ambos os gêneros com idade igual ou superior a 60 anos residentes em Sete Lagoas, Minas Gerais.

4.2 Processo de amostragem

A técnica de amostragem foi probabilística por conglomerados sob o critério de partilha proporcional ao tamanho (PPT) em três estágios: setores censitários, domicílios e indivíduos. Os setores e domicílios foram sorteados proporcionalmente ao número de domicílios permanentes particulares ocupados por estrato (área urbana, zona rural, distrito). Para este estudo os estratos utilizados foram as 17 Regiões Administrativas e área rural do município de Sete Lagoas. Em seguida os domicílios foram sorteados da mesma maneira e, por último, todos os idosos localizados no momento da visita e que concordaram em participar da pesquisa foram entrevistados (Figura 1).

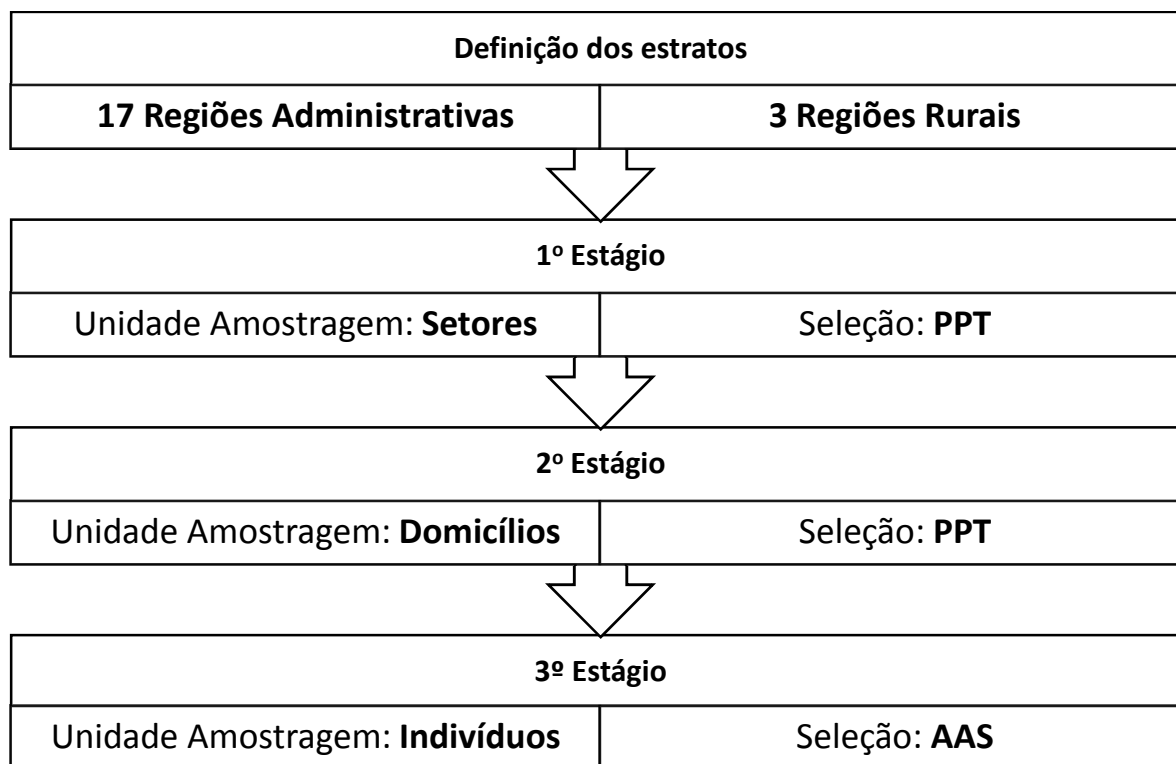


Figura 1. Resumo do processo de amostragem

PPT: Probabilidade Proporcional ao Tamanho

4.2.1 Cálculo amostral

Inicialmente, foi realizada uma busca na literatura por um parâmetro de saúde que melhor representasse esse estudo com valores conhecidos na população de idosos brasileiros. A manutenção da capacidade funcional no idoso permite que este tenha um envelhecimento ativo e com qualidade de vida (BRASIL, 1999; OMS, 2005; TAHAN, CARVALHO, 2010) e essa relação parece ser diferente entre os gêneros (ALVES *et al.*, 2007; CAMARGOS, PERPÉTUO, MACHADO, 2005; PAIXÃO, REICHENHEIM, 2005; DUATRE, LEBRÃO, LIMA, 2005; BURSTRON *et al.*, 2001; NJEGOVAN *et al.*, 2001; GILL, ROBISON, TINETTI, 1998).

Assim, para este estudo a amostra de idosos foi calculada por gênero utilizando como parâmetros a prevalência de independência funcional nos gêneros masculino (86,6%) e feminino (72,9%) (SANTOS *et al.*, 2008).

O número de idosos necessários para realização da investigação proposta foi determinado por cálculo amostral. Utilizou-se a seguinte fórmula para o cálculo amostral (KIRKWOOD, STERN, 2003, p.413):

$$n = \frac{\left(z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right)^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Em que:

α = nível de significância

$1 - \beta$ = poder do teste

p_1 = estimativa de proporção do grupo 1(homens)

p_2 = estimativa de proporção do grupo 2 (mulheres)

$\bar{p} = [(p_1 + p_2) / 2]$

$p_1 - p_2$ = diferença entre os grupos que se deseja detectar.

O erro estimado foi de até cinco pontos percentuais, poder de teste de 80%, com intervalos de 95% de confiança (IC95%), considerando um efeito de delineamento (deff) de 2. Foi utilizado um adicional de 20% para perdas. A amostra parcial foi estratificada por faixa etária e gênero e corrigida pela probabilidade do risco de morrer. O tamanho amostral final foi de 1146 idosos.

Tabela 1. Correção da distribuição da amostra de idosos proporcionalmente segundo faixa etária e gênero em relação à população total e probabilidade de morte.

Faixa Etária	Masculino				Feminino			
	População	f_1^*	f_2^{**}	Amostra final ^{***}	População	f_1^*	f_2^{**}	Amostra final ^{***}
60 a 64	3273	0,0233	1,00	152	3929	0,0173	1,00	136
65 a 69	2356	0,0233	1,00	110	2841	0,0173	1,00	98
70 a 74	1633	0,0233	1,36	104	2247	0,0173	1,20	94
75 a 79	1027	0,0233	1,87	90	1599	0,0173	1,56	86
80 anos e mais	976	0,0233	2,50	114	1883	0,0173	2,50	162
Total	9265			570	12499			576

* f_1 = amostra parcial/população total em cada faixa etária por gênero.

** f_2 = diferença entre a probabilidade de morte por gênero entre as faixas etárias com intervalo de $1 \leq f_2 \leq 2$.

*** Amostragem final = ($f_1 * f_2 * \text{População}$) * efeito de delineamento + 0,20%.

O critério de Probabilidade Proporcional ao Tamanho (PPT) é um método frequentemente utilizado para obter clusters com tamanhos proporcionais ao seu tamanho. As vantagens são facilidade de aplicação e redução da variância entre as unidades de seleção (ALVES, SILVA, 2007; KORN, GRAUBARD, 1991; COCHRAN, 1965). Esse processo também controla o tamanho da amostra, mantendo-a autoponderada (PESSOA, SILVA, 1998).

O número de domicílios foi estimado pela probabilidade de localizar um idoso em seu domicílio (LEBRÃO, LAURENTI, 2005; DUARTE, LEBRÃO, LIMA 2005). Para isso, utilizou-se a fórmula do termo geral do binômio de Newton que considera a probabilidade de sucesso e fracasso de um evento ocorrer.

$$P = \binom{n}{k} p^k * q^{(n-k)}, \text{ em que:}$$

n é o número de tentativas de encontrar um idoso, portanto n = 3.

k é o número de tentativas nas quais o idoso é encontrado, portanto k = 1.

p é a probabilidade de encontrar um idoso, considerando-se o número total de idosos sob o total de domicílios do município, logo $p = 21.764/61.993=0,35$.

q é a probabilidade do idoso não ser encontrado, logo $q = 1 - 0,35=0,65$.

Considerando-se que essa operação de localização tenha uma taxa esperada de 80% de sucesso (LEBRÃO, LAURENTI, 2005; DUARTE, LEBRÃO, LIMA 2005), obteve-se uma amostra de 1.515 domicílios. As frações de amostragem, que correspondem à probabilidade de um determinado domicílio fazer parte deste estudo (PALLONI, PELÁEZ, 2002; SILVA, CUNHA, QUINTANILHA, 2003) foi calculada pela expressão $f_3 = [(D_i * 1515)/D_i]$, em que D_i é o número de domicílios de cada setor (i) e D_i é o total de domicílios existentes em Sete Lagoas. Para os setores a fração de amostragem foi calculada pela fórmula $f_4 = (D_a * S_i)/D_i$, sendo D_a o número de domicílios amostrados.

Os resultados desses cálculos indicaram que seriam necessários 165 setores censitários, 1.647 domicílios para localizar uma amostra inicial de 1.146 idosos.

4.3 Critérios de elegibilidade

4.3.1 Critérios de inclusão

- ❖ Ter idade igual ou superior 60 anos completos na primeira entrevista.

4.3.2 Critérios de exclusão

- ❖ Indivíduos residentes em instituição de longa permanência no período da coleta de dados, uma vez que as condições contextuais são diferentes nesses ambientes,
- ❖ Indivíduos que, pessoalmente ou por meio de informante, declarem ser portador de deficiência visual e/ou auditiva, graves e não corrigidas,
- ❖ Indivíduos com incapacidade cognitiva que impeça a compreensão das entrevistas, com ou sem ajuda parcial.

4.4 Ponderação

Nesse processo de amostragem, a seleção dos domicílios em cada um dos estágios ocorre de forma desigual. A seleção desigual infere diferenças na probabilidade de sorteio dos domicílios que devem ser corrigidos por pesos amostrais ou fatores naturais de expansão. Os pesos correspondem ao inverso do produto das probabilidades de inclusão nos diversos estágios de seleção (SKINNER *et al.*, 1989; LUMLEY, 2004).

Os pesos estão apresentados no Quadro 1.

Quadro 1. Ponderações para correção no processo de amostragem

Fração de amostragem	Pesos	Objetivo
f₁ e f₂	$P_h = 1/(f_1 * f_2)$	Ajustar a distribuição da amostra à composição da população segundo faixa etária e gênero
f₃ e f₄	$P_i = 1/(f_3 * f_4)$	Ajustar a distribuição da amostra ao número de domicílios e setores censitários em cada estrato
Taxa de não-resposta	$P_r = 1/(\text{amostra real}/\text{amostra calculada})$	Ajustar a distribuição da amostra obtida em relação amostra planejada
Peso global	$P_w = P_h * P_j * P_r$	Multiplicação de todos os pesos parciais

4.5 Exame bucal

Os exames bucais foram realizados no domicílio do idoso sob iluminação natural, espelho bucal plano e uma espátula de madeira, logo após a aplicação do instrumento de pesquisa.

O índice CPO, que indica o número de dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados, foi utilizado para estimar a experiência de cárie dentária, segundo critérios preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) adaptado (WHO, 1997).

Foi realizada também uma avaliação do uso e necessidade de prótese superior e inferior. Esses dois critérios não são excludentes, portanto, é possível estar usando e também necessitar de uma prótese. Algumas condições foram estabelecidas para determinar se uma prótese em uso necessitaria ser trocada: retenção – está folgada ou apertada; estabilidade e reciprocidade – apresenta deslocamento ou báscula; fixação – lesiona os tecidos; estética – apresenta manchas ou fraturas e não está adequada ao perfil facial do paciente. Os códigos foram: 0) não usa prótese dental, 1) usa uma ponte fixa, 2) usa mais do que uma ponte fixa, 3) usa prótese parcial removível, 4) usa uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis, 5) usa prótese total, 9) sem informação. A necessidade de prótese foi avaliada por: 0) não necessita de prótese dental, 1) necessita uma prótese, fixa ou removível,

para substituição de um elemento, 2) necessita uma prótese, fixa ou removível, para substituição de mais de um elemento, necessita uma combinação de próteses, fixas e/ou removíveis, para substituição de um e/ou mais de um elemento, 4) necessita prótese dental total, 9) sem informação (WHO, 1997). Neste estudo, as variáveis foram agrupadas, seguindo recomendações da OMS, para medir o “agravamento” do edentulismo.

4.6 Instrumento

O questionário estruturado continha 50 perguntas semelhantes às da PNAD de 2011 (IBGE, 2011) incluindo perguntas sobre estilo de vida e acesso e utilização de serviços de saúde bucal. Para as variáveis relacionadas à saúde bucal utilizaram-se perguntas selecionadas do SB Brasil 2010, o mais recente levantamento epidemiológico sobre saúde bucal no Brasil (BRASIL, 2010). Outra parte do questionário continha testes e escalas de avaliação, validados e utilizados amplamente em estudos com idosos (Apêndice A).

Organizou-se um quadro (Quadro 2) com informações sobre os objetivos e validação para o português desses instrumentos sendo este nosso principal critério para utilizar os mesmos.

Quadro 2. Instrumentos para avaliação dos participantes de acordo com objetivo, autoria do instrumento original e de tradução/validação para o português.

Instrumento	Objetivo	Original	Tradução / Validação em português
Índice de Katz	Avaliar funcionalmente o indivíduo nas Atividades básicas da Vida Diária (AVD): banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência, alimentação.	Katz et al. (1963). Gallo, Reichei, Andersen (1995).	Lino et al. (2008).
ILB	Avaliar funcionalmente o indivíduo nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)	Lawton, Brody (1969).	Araújo et al. (2008).
Mini-Mental	Avaliar funções cognitivas específicas, como orientação, memória, atenção, linguagem e capacidade construtiva visual	Folstein, Folstein (1975).	Bertolucci et al. (1994) Brucki et al. (2003).
Escala GDS-15	Avaliar o nível de depressão especificamente voltado para a população idosa	Yesavage et al. (1983).	Almeida, Almeida (1999a,b). Paradela, Lourenço, Veras (2005)
APGAR Familiar	Mensurar o funcionamento familiar: adaptação; companheirismo; desenvolvimento; afetividade; capacidade resolutiva	Smilkstein (1978). Smilkstein et al. (1982).	Duarte (2001).
DUREL	Mensurar a religiosidade por meio de três dimensões que mais se relacionam com desfechos em saúde: organizacional (RO), não organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI).	Koenig, Meador, Parkerson (1997).	Moreira-Almeida et al. (2008).
QI-MCS	Mensurar o capital social	Grootaert et al. (2003).	Grootaert et al. (2003).
WHOQoL-Bref	Mensurar a qualidade de vida	The WHOQOL Group (1998a,b).	Fleck et al. (2000).
WHOQoL-Old	Módulo complementar do WHOQoL usado para mensurar a qualidade de vida em idosos	WHOQoL-Old Group (2005)	Fleck, Chachamovich, Trentini (2006).

ILB=Índice de Lawton-Brody; Mini mental=Mini-Exame do Estado Mental; GDS-15=Escala de Depressão Geriátrica 15 itens; APGAR Familiar=Adaptability, Partnership, Growth, Affection, and Resolve Scale; DUREL=Duke Religious Index; QI-MCS=Questionário Integrado para Medir Capital Social; WHOQoL-Bref=World Health Organization Quality of Life Assessment-Brief Instrument; WHOQoL-Old=World Health Organization Quality of Life Instrument-Older Adults Module.

4.7 Calibração e estudo piloto

O projeto piloto foi conduzido anteriormente à coleta de dados com 107 idosos (aproximadamente 10% da amostra) nos municípios de Paraopeba e Caetanópolis, vizinhos a Sete Lagoas (CAMPOS *et al.*, 2014). Os exames foram realizados em duplicata por dois pesquisadores para verificação da concordância inter e intraexaminadores, utilizando-se coeficiente Kappa (Tabela 2).

Tabela 2. Concordância interexaminadores e intraexaminadores.

Parâmetro	Concordância interexaminadores	Concordância intraexaminadores
CPOD	92,0%	98,5%
Prótese	98,0%	99,9%

Apesar dos instrumentos serem validados para o Brasil, para verificação da confiabilidade e desempenho dos questionários e testes nesta população, o método teste/reteste foi empregado.

A fidedignidade foi avaliada pela Correlação de Spearman para teste de associação simples entre as variáveis do instrumento e pela Correlação *Partial Rank de Kendall* para avaliar a interferência ou não de um fator externo comum a todos os sujeitos.

Os modelos log-lineares foram aplicados para avaliar a estrutura de concordância e discordância dos dados. Esta modelagem se mostrou apropriada em estudos com medidas subjetivas em questionários que não dispõem do cálculo do escore total (GRIEP *et al.*, 2003); como é o caso do QI-MCS, DUREL e WHOQOL-Bref neste estudo. Além disso, tem sido recomendada, em função das limitações da estatística Kappa ponderado como única medida de concordância (SILVA, PEREIRA, 1998).

Para todas as estatísticas foram estimados intervalos de 95% de confiança. Foram considerados os critérios de (LANDIS, KOCK, 1977) para interpretação da concordância: 1) quase perfeita: 0,80 a 1,00; 2) substancial: 0,60 a 0,80; 3) moderada: 0,40 a 0,60; 4) regular: 0,20 a 0,40; 5) discreta: 0 a 0,20; 6) pobre: -1,00 a 0.

Obtiveram-se correlações superiores a 0,80 ($p < 0,001$); Kappa Ponderado (IC 95 %) = 0,81 (0,71-0,91); Kappa ajustado = 0,86.

4.8 Coleta de dados

O presente estudo constitui a linha base de uma coorte, cuja coleta de dados foi realizada no domicílio do idoso entre os meses de janeiro e julho de 2012. O instrumento (Apêndice A) foi aplicado por meio de entrevista e os exames foram realizados por três examinadores e três anotadores calibrados.

Utilizou-se o mapa de cada região administrativa, subdistritos e área rural disponibilizado pela Secretaria de Planejamento e Obras do município, como itinerário para a seleção dos domicílios. Quando todo o setor censitário sorteado foi percorrido e não se alcançou o número de idosos desejado, voltou-se ao início do setor no domicílio subsequente ao primeiro domicílio selecionado e, repetiu todos os procedimentos até obter o número desejado de idosos.

O projeto de pesquisa foi divulgado junto às autoridades municipais, meios de comunicação e por meio de folder próprio (Apêndice B). O coordenador local da pesquisa realizou palestras e oficinas dirigidas aos profissionais de saúde, cuidadores de idosos, público e aos docentes de duas universidades do município. No caso de domicílios sorteados em edifícios, cartas foram enviadas com antecedência de uma semana para informar aos zeladores os objetivos do estudo, visando a facilitar o acesso da equipe aos moradores dos apartamentos. Caso a moradia estivesse fechada no momento da primeira visita, foram feitas mais duas tentativas e o folder foi deixado na residência contendo informações sobre a pesquisa avisando que os entrevistadores iriam retornar em outra data. Foram consideradas perdas de entrevista/exame os casos em que o idoso não foi localizado no domicílio após três tentativas incluindo final de semana.

Inicialmente, os pesquisadores informavam aos idosos, seus familiares e/ou responsáveis os objetivos da pesquisa, o caráter voluntário de sua participação, o direito a abandonar a pesquisa a qualquer momento, o sigilo dos dados individuais e a ausência de riscos à saúde física e mental. Posteriormente, o idoso era convidado a assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas duravam de 40 a 60 minutos. Ao final da entrevista cada idoso recebia orientações sobre cuidados à saúde, sobre opções de atividades para idosos no município e recebiam o contato pessoal do pesquisador responsável.

4.9 Variáveis do estudo

As variáveis primárias, coletadas por meio de entrevista foram:

- **Características demográficas**
 - Faixa etária: 60 a 64 anos; 65 a 69 anos; 70 a 74 anos; 75 a 79 anos; 80 anos e mais
 - Gênero: Masculino; Feminino
 - Cor auto-relatada: Branca; Preta; Amarela; Parda; Indígena
- **Fatores ambientais**
 - Mora sozinho: Sim; Não
 - Tempo de moradia no domicílio (em anos)
 - Domicílio: Próprio; Alugado; De parentes; Outro
 - Construção do domicílio: Alvenaria (tijolo); Outro
 - Abastecimento de água: Rede geral canalizada; Poço ou nascente
 - Sanitário: Sim; Não
 - Banheiro: Rede geral de esgoto ou pluvial; Fossa
 - Lixo: Coletado por serviço de limpeza; Outro
 - Energia elétrica: Sim; Não
 - Localização geográfica: RA; Área urbana isolada; Rural; Distrito
- **Características socioeconômicas**
 - Estado Civil: Casado; Solteiro; Viúvo; Separado
 - Escolaridade: Analfabeto; 1º grau; 2º grau; Graduado
 - Renda mensal (em reais)
 - Aposentado: Sim; Não
 - Naturalidade: Sete Lagoas; Outra cidade mineira; Outro estado
- **Uso dos serviços de saúde**
 - Tratamento médico: Sim; Não
 - Consulta médica 6 meses: Sim; Não
 - Plano de saúde: Sim; Não
 - Serviços de saúde: Público; Particular; Plano/Convenio; Outro
 - Hospitalização: Sim; Não
 - Cirurgia: Sim; Não

- PSF: Sim; Não
- Atividade PSF: Sim; Não
- Visita frequente ao dentista: Sim, Não
- Plano odontológico: Sim, Não
- Tipo de serviços de saúde bucal: Público, Particular, Plano/Convênio, Outro
- Consulta dentista nos últimos seis meses: Sim, Não
- Motivo consulta ao dentista: Dor, Prevenção, Tratamento, Não Consultou
- **Comportamentos em saúde e estilo de vida**
 - Fuma: Sim; Não
 - Bebidas alcoólicas: Sim; Não
 - Problema para dormir: Sim; Não
 - Atividade física: Sim; Não
 - Uso de lentes: Sim; Não
 - Uso de aparelho de audição: Sim; Não
 - Uso de medicamento: Sim; Não
 - Uso de medicamento controlado
 - Participação em grupo: Sim; Não
 - Falta de apetite: Sim; Não
 - Problema na mastigação: Sim; Não
 - Número de refeições diárias: Uma refeição; Duas refeições; Três refeições; Quatro ou mais
 - Ingestão diária de líquido: 1 copo; 2 copos; 3 copos; 4 copos ou mais
 - Auto avaliação do peso: Abaixo do peso; No peso normal; Acima do peso
- **Saúde**
 - Avaliação da saúde: Muito ruim; Ruim; Regular; Boa; Muito boa
 - Problema de saúde: Sim; Não
 - Pressão alta: Sim; Não
 - Diabetes: Sim; Não
 - Problema cardíaco: Sim; Não
 - Câncer: Sim; Não
 - Embolia: Sim; Não
 - Derrame/AVE: Sim; Não
 - Doença crônica pulmonar: Sim; Não
 - Artrite/reumatismo/artrose: Sim; Não

- Osteoporose: Sim; Não
 - Alzheimer: Sim; Não
 - Parkinson: Sim; Não
 - Enxaqueca: Sim; Não
 - Náuseas/vômito: Sim; Não
 - Tremores: Sim; Não
 - Tonturas: Sim; Não
 - Desequilíbrio: Sim; Não
 - Desmaio: Sim; Não
 - Zumbido no ouvido: Sim; Não
 - Distúrbio de marcha: Sim; Não
 - Distúrbios da fala: Sim; Não
 - Convulsão: Sim; Não
 - Depressão: Sim; Não
 - Quedas: Nenhuma; Apenas 1; 2 a 4; 5 ou mais
- **Saúde bucal**
 - Satisfação com saúde bucal: muito insatisfeito; insatisfeito; nem insatisfeito nem satisfeito; satisfeito; muito satisfeito
 - Edentulismo: sim; não
 - Autoavaliação da necessidade de usar/trocar prótese: sim, não
 - Avaliação clínica do uso e necessidade de prótese superior: não usa e não necessita; não usa e necessita; usa e não necessita; usa e necessita
 - Avaliação clínica do uso e necessidade de prótese inferior: não usa e não necessita; não usa e necessita; usa e não necessita; usa e necessita
- **Funcionamento familiar**
 - APGAR: Disfunção familiar; Apoio familiar
 - Filhos: Sim; Não
 - Netos: Sim; Não
 - Animal de estimação: Sim; Não
 - Cuidador: Sim; Não
- **Religiosidade**
 - Religião: Católica; Evangélica; Espírita; Outra; Sem religião
 - Importância da religião
 - DUREL

- **Capital social**
 - Capital social: Baixo; Alto
- **Estado emocional**
 - GDS: Suspeita de depressão; Sem depressão
- **Capacidade funcional**
 - KATZ: Muito dependente AVD; Dependência moderada AVD; Independente AVD
 - ILB: Dependente AIVD; Realiza AIVD com ajuda; Independente AIVD
- **Capacidade cognitiva**
 - Mini Mental: Sem alteração cognitiva; Suspeita déficit cognitivo
- **Qualidade de vida**
 - Escore Total (WHOQoL-old)
 - Qualidade de vida por domínio (WHOQoL-bref): Físico; Psicológico; Social; Ambiental

As variáveis secundárias, referentes à localização e características comunitárias foram coletadas do banco de dados do IBGE referente ao censo 2010, a fim de investigar os fatores contextuais associados ao envelhecimento ativo:

- Região geográfica: Central; Oeste; Noroeste; Norte; Nordeste; Centro Leste, Leste; Sudeste; Sul; Sudoeste;
- Renda média domiciliar per capita: média das rendas domiciliares per capita das pessoas residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Considerou-se como renda domiciliar per capita a soma dos rendimentos mensais dos moradores do domicílio dividida pelo número de seus moradores. Mede a capacidade de aquisição de bens e serviços dos moradores do domicílio (RIPSA, 2011);
- Taxa de alfabetização: é o percentual de pessoas de 15 anos ou mais de idade que sabem ler e escrever pelo menos um bilhete simples, dividido pela população total da mesma faixa etária, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Essa variável expressa a situação educacional mínima da população (OPAS, 2008);
- Média de moradores: média de moradores por domicílio e por estrato;
- Número de domicílios, setores, bairros, quadras, ruas;
- Número de serviços públicos e privados (escola, unidade de saúde, clínicas hospital, hotel, banco, empresas, fábrica, ONG, restaurantes);

- Número de locais de lazer (zoológico, praça, ginásio / área de esportes / campo futebol, clube, museu);
- Número de igrejas e templos religiosos;
- Hidrografia (lagoa, lago, açude, córrego);
- População por faixa etária e gênero;
- Mortalidade específica do ano de 2010 por faixa etária e gênero: calculada pelo número total de óbitos dividido pela população total residente no mesmo ano multiplicado por 1.000;
- Razão de dependência por gênero adaptado: peso da população considerada inativa (0 a 14 anos e 60 anos e mais de idade) sobre a população potencialmente ativa (15 a 60 anos de idade) (RIPSA, 2011);
- Índice de envelhecimento por gênero: definido como o número de pessoas de 60 e mais anos de idade, para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Este índice avalia o processo de ampliação do segmento idoso na população total em relação à variação relativa no grupo etário jovem (RIPSA, 2011).

4.10 Análise estatística dos dados

Todos os dados coletados foram processados utilizando-se o software *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS versão 19 onde foi construído o banco de dados e realização das análises estatísticas considerando-se nível de significância de $p \leq 0,05$.

Todos os instrumentos fornecem escore final ou parcial por domínio, no caso do WHOQoL-Bref, com exceção do QI-MCS. Para este questionário, a análise de segmentação foi utilizada para computar as questões criando uma variável denominada “capital social”. O Quadro 3 resume o cálculo dos escores e pontos de cortes adotados por cada um dos questionários que compõem o instrumento deste estudo.

Quadro 3. Cálculo dos escores e pontos de cortes adotados por questionário do instrumento de coleta de dados.

Instrumento	Escala / Cálculo escore	Ponto de corte	Referência
Índice de Katz	Nominal: 0-3 / \sum questões (0-6) Pontuação= 1 ponto para atividade sem supervisão, orientação ou assistência pessoal / 0 pontos com supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral.	6 = Independente; 4 = Dependência moderada; ≤ 2 = Muito dependente	Duarte, Andrade, Lebrão (2007)
ILB	Nominal: 1-3 / \sum questões (0-8)	0-5 = Dependência total; 6-21 = Dependência parcial; 21 = Independência	Santos, Virtuoso Júnio (2008)
Mini- Mental	Pontuação por questão \sum questões (0-30)	Para idosos analfabetos= 21 Para idosos escolarizados =22	Quiroga et al. (2004)
GDS-15	Pontuação por questão \sum questões (0-15)	0-5: Normal; ≥ 6 Sintomas depressivos	Almeida, Almeida (1999)
APGAR Familiar	Ordinal: 0-4 / \sum questões (0-20)	0-8: Elevada disfunção familiar 9-12: Moderada disfunção familiar 13-20: Boa funcionalidade familiar	Duarte (2001)
DUREL	Ordinal: 1-6,1-5 / RO= questão 1; RNO= questão 2; RI= \sum questão 3, 4,5	-	Moreira-Almeida et al. (2008).
QI-MCS	Diversas / sem escore	Análise de segmentação: alto e baixo capital social	Campos et al. (2013)
WHOQoL-Bref	Likert: 1-5 / Escore Domínios Físico, Psicológico, Social, Ambiental (0-100) e Global (0-20)	-	Fleck et al. (2000)
WHOQoL-Old	Likert: 1-5 / Escore QUALIDADE DE VIDA Total = \sum (1-24)	-	Fleck, Chachamovich, Trentini (2006)

4.11 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG), CAAE-0413.0.203.000-11 (Anexo 1) e autorizado no município (Anexo 2).

Os participantes e seus familiares receberam informações completas referentes aos objetivos e às justificativas da pesquisa, conforme orientações no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o assinaram em duas vias juntamente com os pesquisadores responsáveis, conforme explicitado no capítulo IV da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96 (Brasil, 1996). O TCLE (Apêndice C) esclarece as características do exame bucal a ser realizado, o sigilo dos dados obtidos e a livre decisão de participação do sujeito desautorizando qualquer forma de pressão ou coação para essa colaboração.

Os instrumentais clínicos utilizados para o exame bucal foram: espelhos clínicos Duflex tamanho 5, esterilizados e armazenados de acordo com as normas de biossegurança adotadas pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

Ao final da entrevista cada idoso recebia orientações sobre cuidados à saúde, sobre opções de atividades para idosos no município e recebiam o contato pessoal do pesquisador responsável. Foram encaminhados 17 idosos para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), três para internação hospitalar, seis para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), duas idosas ao Programa de Monitoramento Domiciliar de uma seguradora de saúde no município, duas idosas à Fonoaudiologia, além de 20 recomendações de acompanhamento domiciliar para as unidades de saúde do município.

5 REFERÊNCIAS

AIRES, M.; PASKULIN, L.M.G.; MORAIS, E.P. Functional Capacity of Elder Elderly: Comparative Study in Three Regions of Rio Grande do Sul. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.1, p.11-17, jan,-feb. 2010.

ALBALA, C.; LEBRÃO, M.L.; LEÓN DÍAZ, E.M. et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. **Rev Panam Salud Publica**,v.17, n.5-6, p.307-322, 2005.

ALLEN, J., INDER, K.J.; HARRIS, M.L. et al. Quality of life impact of cardiovascular and affective conditions among older residents from urban and rural communities. **Health Qual Life Outcomes**. v.11, n. 1, p.140, aug. 2013.

ALMEIDA, O.P. Mini mental state examination and the diagnosis of dementia in Brazil. **Arq Neuropsiquiatr**, v.56, n.3B, p.605-612, 1998.

ALMEIDA, O.P.; ALMEIDA, S.A. Short version of geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depression episode according to ICD-10 and DSM-IV. **International Journal of Geriatric Psychiatry**,v.14, n.10, p. 858-865, 1999a.

ALMEIDA, O.P.; ALMEIDA, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq Neuropsiquiatr**, v.57, n.2B, p.421-426, 1999b.

ALMEIDA, A.J.P.S.; RODRIGUES, V.M.C.P. The quality of life of aged people living in homes for the aged. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.16, n.6, p.1025-1031, nov-dez. 2008.

ALVES, L.L.F. **A criação de um SIG para a prefeitura municipal de Sete Lagoas**. Monografia (Especialização em Geoprocessamento). Centro de Sensoriamento Remoto. Universidade Federal de Minas Gerais. 2000. Disponível em: <<http://www.csr.ufmg.br/geoprocessamento/centrorecursos/.../ferreiraalves2000.pdf>>. Acesso em: 5 mai 2010.

ALVES, L.C.; LEIMANN, B.C.Q.; VASCONCELOS, M.E.L. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2007;23(8):1924-1930.

ALVES, M.C.G.P.; SILVA, N.N. Variance estimation methods in samples from household surveys. **Rev Saúde Pública**, v.41, n.6, p.1-8, 2007.

ALVES, J.G.B.; SIQUEIRA, F.V.; FIGUEIROA, J.N. et al. Prevalência de adultos e idosos insuficientemente ativos moradores em áreas de unidades básicas de saúde com e sem Programa Saúde da Família em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.3, p.543-556, 2010.

ALVES, L.S.; RODRIGUES, R.N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**,v.17, n.5-6, p.333-341, 2005.

ANDERSON MIP, ASSIS M, PACHECO LC, et al. Saúde e qualidade de vida na terceira idade. **Textos Envelhecimento**, v.1, n.1, nov. 1998. Disponível em: http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517. Acesso em: 06 mai. 2010.

ANDRADE, F.B.; LEBRÃO, M.L.; SANTOS, J.L.F. et al. Factors related to poor self-perceived oral health among community-dwelling elderly individuals in São Paulo, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.10, p.1965-1975, out. 2012.

ANTONINI, A.; BARONE, P.; MARCONI, R. et al. The progression of non-motor symptoms in Parkinson's disease and their contribution to motor disability and quality of life. **J Neurol.**, v.259, n.12, p.2621-2631, dec. 2012.

ARAÚJO, F.; PAIS RIBEIRO, J.; OLIVEIRA, A. et al. Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In: I. LEAL, J. PAIS-RIBEIRO, I. SILVA & S. MARQUES (Edts.). Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa: ISPA. 2008, p.217-220.

ARAÚJO, S.S.C.; FREIRE, D.B.L.; PADILHA, D.M.P. et al. Social support, health and oral health promotion among the elderly population of Brazil. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.19, p.203-216, jan-jun. 2006.

ARGIMON, I.L.L.; STEIN, L.M. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.64-72, jan-fev. 2005.

ARMENDARIS, M.K.; MONTEIRO, P.S. Multidimensional evaluation of the elderly undergoing cardiac surgery. **Acta paul. enferm.** v.25, n.spe.1, p. 122-128, 2012.

APA. American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4th ed. Washington (DC), 1994.

ATCHISON, K.A.; ANDERSEN, R.M. Demonstrating successful aging using the International Collaborative Study for Oral Health Outcomes. **J Public Health Dent.**, v.60, n.4, p.282-288, 2000.

BALTES, P.B. Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. **Developmental Psychology**, v.32, n.5, p.611-626, 1987.

BALTES, P.B. On the incomplete architecture of human ontogeny: selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. **Am Psychol.**, v.52, n.4, p.366-380, 1997.

BALTES, P.B.; BALTES, M.M. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: BALTES, P.B.; BALTES, M.M. (Eds.). **Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences**. New York: Cambridge University Press, 1990, p.1-34

BALTES, P.B.; SINGER, T. Plasticity and the ageing mind: an exemplar of the bio-cultural orchestration of brain and behaviour. **European Review**, v.9, n.1, p.59-76, 2001.

BALTES, M.M.; MAYR, U.; BORCHELT, M. et al. Everyday competence in Old and very old age: an inter-disciplinary perspective. **Ageing Soc.**, v.13, n.4, p.657-680, 1993.

BALTES, M.M. Successful Ageing. In: EBRAHIM, S.; KALACHE, A. **Epidemiology in old age**. London: BMJ Publishing Group, 1996, p.163-167.

BALTES, P.B.; SMITH, J. New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. **Gerontology**, v.49, n.2, p.123-135, 2003.

BARBATO, P.R.; NAGANO, H.C.M.; ZANCHET, F.N. et al. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (SB Brasil 2002-3). **Cad Saude Publica.**, v.23, n.8, p.1803-1814, 2007.

BARROS, A.J.; HIRAKATA, V.N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Med Res Methodol.**, v.3, p.21-33, 2003.

BARROS, M.V.; NAHAS, M.V. Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. **Rev Saúde Pública**, v.35, n.6, p.554-563, 2001.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BEEKMAN, A.T.; COPELAND, J.R.; PRINCE, M.J. Review of community prevalence of depression in latter life. **Br J Psychiatry**, v.174, p.307-311, 1999.

BENEDETTI, T.R.B.; ANTUNES, P.C.; RODRIGUEZ-AÑEZ, C.R. et al. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos. **Rev Bras Med Esporte**, v.13, n.1, p.11-16, jan-fev. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v13n1/04.pdf>>. Acesso em 30 mai. 2014.

BENEDETTI, T.R.B.; GONÇALVES, L.H.T.; MOTA, J.A.P.S. Uma proposta de política pública de atividade física para idosos. **Texto Contexto Enferm**, v.16, n.3, p. 387-398, jul-set. 2007.

BENEDETTI, T.R.B.; MAZO, G.Z.; BARROS, M.V.G. Aplicação do questionário internacional de atividades físicas para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. **R. bras. Cienc. e Mov.**, v.12, n.1, p.25-34, 2004.

BENEDETTI, T.R.B.; MELLO, A.L.S.F.; GONÇALVES, L.H.T. Idosos de Florianópolis: autopercepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. **Cien Saude Colet.**, v.12, n.6, p.1683-1690, 2007.

BERLIM, M.T.; BRENER, J.K.; CALDIERARO, M.A.K. et al. Qualidade de vida em pacientes deprimidos. In: FLECK, M.P.A. & cols. **Avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008, cap. 11, p.123-32.

BERTOLUCCI, P.H.F.; BRUCKI, S.M.D.; CAMPACCI, S.R. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq Neuropsiquiatr**, v.52, n.1, p.1-7, 1994.

BEZERRA, F.C.; ALMEIDA, M.I.; NÓBREGA-THERRIEN, S.M. Estudos sobre Envelhecimento no Brasil: Revisão Bibliográfica. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.155-167, 2012.

BOERO, M.E.; CAVIGLIA, M.L.; MONTEVERDI, R. et al. Spirituality of health workers – a descriptive study. **Int J Nurs Stud.**, v.42, n.8, p.915-921, 2005.

BOWLING, A.; STENNER, P. Which measure of quality of life performs best in older age? A comparison of the OPQOL, CASP-19 and WHOQOL-OLD. **J Epidemiol Community Health.**, v.65, n.3, p.273-280, mar. 2011.

BRAAM, A.W.; BEEKMAN, A.T.F.; DEEG, D.J.H. et al. Religiosity as a protective or prognostic factor of depression in later life; results from a community survey in The Netherlands. **Acta Psychiatr Scand**, v.96, n.3, p.199-205, 1997.

BREDEMEIRE, S.M.L. Conselho do idoso como espaço público. **Rev Serviço Social Sociedade**, ano XXIV, n.75, p.84-102, 2003.

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

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 05 jan. 1994.

BRASIL. Decreto de Lei nº 1948 de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 03 jul. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n.196, de 10 de outubro de 1996**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: MS, 1996.

BRASIL. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 dez. 1999.

Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, Distrito Federal: **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 out. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil: Condições de saúde bucal da população Brasileira 2002-2003 – resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas**. Circular Normativa Nº: 13/DGCG: Divisão de Doenças Genéticas, Crônicas e Geriátricas. Portugal. 2 Jul. 2004. Disponível em: <<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2011.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 07 ago. 2006.

BRASIL. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica 17**. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal**. Projeto Técnico. Disponível em: <http://www.mrchip.com.br/mrchip/angelo/Projeto_SB2010_VersaoFinal.pdf> Acesso em: 24 abr. 2011.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Tempos e Memórias do Feminismo no Brasil**. Brasília: SPM, 2010. Disponível em:

<<http://www.spm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2010/titulo-e-memorias>.> Acesso em: 02 abr. 2014.

BRITTON, A.; SHIPLEY, M.; SINGH-MANOUX, A. et al. Successful aging: the contribution of early-life and midlife risk factors. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.56, n.6, p.1098-1105, 2008.

BRUCKI, S.M.D.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq Neuropsiquiatr**, v.61, n.3-B, p.77-81, 2003.

NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BOTTINO, C.M.C. et al. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil. Avaliação cognitiva e funcional. Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Arq Neuropsiquiatr**, v.63, n.3-A, p.720-772, 2005.

BURSTRON, K.; JOAHANNESSON, M.; DIDERICHSEN, F. Health-related quality of life by disease and socioeconomic group in general population in Sweden. **Health Policy**, v.55, n.1, p.51-69, 2001.

CAMACHO, A.C.L.F.; COELHO, M.J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Rev. bras. Enferm**, v.63, n.2, p.279-284, mar-abr. 2010.

CAMARANO, A.A. **Novos idosos brasileiros. Muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2004. p. 253-292.

CAMARANO, A.A. Envelhecimento da população brasileira: Uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2006. p. 88-105.

CAMARGOS, M.C.S.; PERPÉTUO, I.H.O.; MACHADO, C.J. Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica.**,v.17, n.-6, p.379-386, 2005.

CAMPBELL, K.H.; HUANG, E.S.; DALE, W. et al. Association between estimated GFR, health-related quality of life, and depression among older adults with diabetes: the Diabetes and Aging Study. **Am J Kidney Dis.**, v.62, n.3, p.541-548, sep. 2013.

CAMPOLINA, A.G.; DINI, O.S.; CICONELLI, R.M. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). **Cien Saude Colet.**, v.16, n.6, p.2919-2925, 2011.

CAMPOS, A.C.V.; BORGES, C.M.; LELES, C.R. et al. Social capital and quality of life in adolescent apprentices in Brazil: an exploratory study. **Health (Irvine)**, v.5, n.6, p. 973-980, 2013.

CAMPOS, A.C.V.; BORGES, C.M.; VARGAS, A.M.D. et al. Social and health indicators as a measure of access to primary healthcare in Brazil. **Cien Saude Colet.** 2011;16:4349-55.

CAMPOS, A.C.V.; CORDEIRO, E.C.; REZENDE, G.P. et al. Qualidade de vida de idosos praticantes de atividade física no contexto da Estratégia Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm.* 2014 [no prelo].

CANESQUI, A.M. Produção Científica das Ciências Sociais e Humanas em Saúde e Alguns Significados. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.1, p.15-23, 2012.

CANTRELL, M.A.; LUPINACCI, P. Investigating the determinants of health-related quality of life among childhood cancer survivors. **J Adv Nurs.**, v.64, n.1, p.73-83, 2008.

CARDOSO, J.H.; COSTA, J.S.D. Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. **Cien Saude Colet.**,v.15, n.6, p.2871-2878, 2010.

CARVALHO, E.D.; VALADARES, A.L.R.; COSTA-PAIVA, L.H. et al. Atividade física e qualidade de vida em mulheres com 60 anos ou mais: fatores associados. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.32, n.9, p.433-440, 2010.

CASTRO, P.R.; FRANK, A.A. Mini avaliação nutricional na determinação do estado de saúde de idosos com ou sem a doença de Alzheimer: aspectos positivos e negativos. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 45-64, 2009.

CDCP. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics. **National Health and Nutrition Examination Survey – NHANES (1988-1994)** [online]. Atlanta, USA; 1994. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/nchs/about/major/nhanes/Anthropometric%20Measures.htm>> Acesso em: 15 ago. 2007.

CDCP. Centers for Disease Control and Prevention. Department of Health and Human Services U.S. **Behavioral risk factor surveillance system survey questionnaire - 2004** [online]. Atlanta, USA; 2004. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/brfss/questionnaires/pdf-ques/2004brfss.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2007.

CDCP. Centers for Disease Control and Prevention. Public health and aging: retention of natural teeth among older adults—United States, 2002. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep.**,v.19, n.52, p.1226-1229, 2003.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros as vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev Saúde Pública**, v.31, n.2, p.184-200, 1997.

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do idoso**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG: Coopmed; 2009. Disponível: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4000.pdf>> Acesso em: 12 mar. 2013.

CHAIMOWICZ, F.; COELHO, G.L.L.M. **Expectativa de vida livre de incapacidade em Ouro Preto**. Relatório técnico final. Brasília: Conselho Nacional de Pesquisa, 2004. 50p.

CHAIMOWICZ, F.; GRECO, D.B. A dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte. **Rev Saúde Pública**, v.33, n.5, p.454-460, 1999.

CHAIMOWICZ, F. Epidemiologia e o envelhecimento populacional no Brasil. In: Freitas EV [et. al.] (org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.106-130.

COCHRAN, W.G. **Técnicas de Amostragem**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1965.

COLUSSI, C.F.; FREITAS, S.F. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Cad Saude Publica**, v.18, n.5, p.1313-1320, 2002.

COLUSSI, C.F.; FREITAS, S.F. Edentulousness and associated risk factors in a south Brazilian elderly population. **Gerodontology**, v.24, n.2, p.93-97, 2007.

CONDE-SALA, J.L.; REÑÉ-RAMÍREZ, R.; TURRÓ-GARRIGA, O. et al. Clinical differences in patients with Alzheimer's disease according to the presence or absence of anosognosia: implications for perceived quality of life. **J Alzheimers Dis.**, v.33, n.4, p.1105-1116, 2013.

COMBINATO, D.S.; DALLA, V.M.; LOPES, E.G. “Grupos de conversa”: saúde da pessoa idosa na Estratégia Saúde da Família. **Psicologia & Sociedade**, v.22, n.3, p.558-568, 2010.

COPELAND, J.R.M. Depression of older age: origins of the study (Eurodep study). **Br J Psychiatry**, v.174, p.304-306, 1999.

CRAIG, C.L.; MARSHALL, A.L.; SJÖSTRÖM, M. et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. **Med Sci Sports Exerc.**,v.35, n.8, p.1381-1395, 2003.

CRISTOFALO, V.J.; GERHARD, G.S.; PIGNOLO, R.J. Molecular biology of aging. **Surg. Clin. North Am.**, v.74, n.1, p.1-21, 1994.

CROWTHER, M.R.; PARKER, M.W.; ACHENBAUM, W.A. et al. Rowe and Kahn's model of successful aging revisited: positive spirituality - the forgotten factor. **Gerontologist.**, v.42, n.5, p.613-620, 2002.

REBOK, G.W.; GALLO, J.J. O envelhecimento bem-sucedido: otimizando as estratégias para a assistência primária em geriatria. In: GALLO, J.J.; WHITEHEAD, J.B.; RABINS, P.V. & cols. **Assistência ao idoso aspectos clínicos do envelhecimento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p. 465-71

CUPERTINO, A.P.F.B.; ROSA, F.H.M.; RIBEIRO, P.C.C. Definição de Envelhecimento Saudável na Perspectiva de Indivíduos Idosos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.20, n.1, p.81-86, 2007.

CURTIS, H. Biological mechanisms underlying the aging process. **Science**, v.141, n. 3582, p.686-694, 1963.

CURTIS, J.R.; SAFFORD, M.M. Management of osteoporosis among the elderly with other chronic medical conditions. **Drugs Aging**, v.29, n.7, p.549-564, jul. 2012.

DIAS JÚNIOR, C.S.; COSTA, C.S.; LACERDA, M.A. O envelhecimento da população brasileira: uma análise de conteúdo das páginas da REBEP. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.9, n.2, p.7-24, 2006.

DIENER, E.; SUH, M.E. Subjective well-being and old age: an international analysis. In: SAHAIE, K.W.; LAWTON, M.P. (orgs.) **Annual Review of Gerontology and Geriatrics 17** (Focus on emotion and adult development). New York: Springer 1998, p.304-324.

DRUMOND ANDRADE, F.C.; GUEVARA, P.E.; LEBRÃO, M.L. et al. Gender differences in life expectancy and disability-free life expectancy among older people in São Paulo, Brazil. **J Womens Health**, v.21, n.1, p.64-70, 2011.

DUARTE, Y.A.O. Família: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares. 2001. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

DUARTE, Y.A.O.; LEBRÃO, M.L.; LIMA, F.D. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. **Pan Am J Public Health**, v.17, n.5-6, p.370-378, 2005.

EMED, T.C.X.S.; KRONBAUER, A.; MAGNONI, D. Mini-avaliação nutricional como indicador de diagnóstico em idosos de asilos. **Rev Bras Nutr Clin**, v.21, n.3, p.219-223, 2006.

ERKINJUNTTI, T.; OSTBYE, T.; STEENHUIS R. et al. The effect of different diagnostic criteria on the prevalence of dementia. **N Engl J Med**, v.337, n.23, p.1667-1674, 1997.

FARINATTI, P.T.V. Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. **Rev Bras Med Esporte**, v.8, n.4, p.129-138, jul-ago, 2002.

FDI. Fédération Dentaire Internationale. Global goals for oral health in the year 2000. **Int Dent J.**, v.32, n.1, p.74-77, 1982.

FEDRIGO, C.R.A.M. Fisioterapia na Terceira Idade: o futuro de ontem é realidade de hoje. **Rev Reabilitar**, v.5, n.18, p.26, 1999.

FERNANDES, M.G.M. Papéis sociais de gênero na velhice: o olhar de si e do outro. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.62, n.5, p.705-710, set-out. 2009.

FERNANDES, M.T.O.; SOARES, S.M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev Esc Enferm USP.**, v.46, n.6, p.1494-1502, 2012.

FERREIRA, O.G.L.; MACIEL, S.C.; COSTA, S.M.G. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.21, n.3, p.513-518, jul-set. 2012.

FERREIRA, O.G.L.; MACIEL, S.C.; SILVA, A.O. et al. Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. **Psico-USF.**, v.15, n.3, p.357-364, set-dez. 2010.

FIGUEIREDO, M.L.F.; TYRREL, M.A.; CARVALHO, C.M.R.G. et al. As diferenças de gênero na velhice. **Rev Bras Enferm.**, v.60, n.4, p.422-427, 2007.

FILLENBAUM, G.G.; GEORGE, L.K.; BLAZER, D.G. Scoring nonresponse on the Mini-Mental State Examination. **Psychol Med.**, v.18, n.4, p.1021-1025, 1988.

FLECK, M.P.A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQoL-100): características e perspectivas. **Cien Saude Colet.**, v.5, n.1, p.33-38, 2000.

FLECK, M.P.A.; FACHEL, O.; LOUZADA, S. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQoL-100). **Rev Bras Psiquiatria**, v.21, n.1, p.19-28, 1999a.

FLECK, M.P.A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQoL-100). **Rev. Saúde Pública**, v.33, n.2, p.198-205, 1999b.

FLECK, M.P.A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref” **Rev. Saúde Pública**, v.34, n.2, p.178-183, 2000.

FLECK, M.P.A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C.M. Projeto WHOQoL-Old: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.37, n.6, p.793-799, 2003.

FLECK, M.P.A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C.M. Development of the WHOQoL-Old Module in Brazil. **Rev Saúde Pública**, v.40, n.5, p.785-791, 2006.

FOLSTEIN, M.; FOLSTEIN, S.; MCHUGH, P. Mini-Mental state: a practical method for grading the mental state of patients for the clinician. **J Psychiatr Res.**, v.12, n.3, p.189-198, 1975.

FONSECA, A.M. **Desenvolvimento humano e envelhecimento**. Lisboa: Climepsi Editores, 2005. p. 286.

FRAZÃO, P.; ANTUNES, J.L.F.; NARVAI, P.C. Perda dentária precoce em adultos de 35 a 44 anos de idade: estado de São Paulo, Brasil, 1998. **Rev Bras Epidemiol.**, v.6, n.1, p.49-57, 2003.

FREITAS, E.V.; PY, L.; CANÇADO, F.A.X. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

FREUND, A.M.; BALTES, P.B. Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: correction to Freund and Baltes (1998). **Psychol Aging**, v.14, n.4, p.700-702, 1999.

FUENTES, A.J.M.; DÍAZ, I.E.F. Ancianos y salud. **Rev Cubana Med Gen Integr.**, v.24 n.4 oct.-dic. 2008. Ciudad de La Habana. Disponível em: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_4_08/mgi10408.htm. Acesso em: 25 mar. 2014.

FUENTES-GARCÍA, A.; SÁNCHEZ, H.; LERA, L. et al. Desigualdades socioeconómicas en el proceso de discapacidad en una cohorte de adultos mayores de Santiago de Chile. **Gac Sanit.**, v.27, n.3, p.226-232, 2013.

GALLO, J.J.; REICHEI, W.; ANDERSEN, L.M. **Handbook of Geriatric Assessment**. 2 ed. Aspen Publishers, Gaithersburg, Maryland, 1995.

GELDMACHER, D.S.; WHITEHOUSE, P.J. Evaluation of dementia. **N Engl J Med.**, v.335, p.330-336, 1996.

GEIB, L.T.C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Cien Saude Colet.**, v.17, n.1, p.123-133, 2012.

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

GILL, T.M.; ROBISON, J.T.; TINETTI, M.E. Difficulty and dependency: two components of the disability continuum among community-living older persons. **Ann Intern Med**, v.128, n.2, p.96-101, 1998.

GIOVAGNOLI, A.R.; MENESES, R.F.; SILVA, A.M. The contribution of spirituality to quality of life in focal epilepsy. **Epilepsy & Behavior**, v.9, n.1, p.133-139, 2006.

GREEN, R. **Diagnóstico e tratamento da doença de Alzheimer e outras demências**. Rio de Janeiro: Publicações Científicas, 2001.

GRIEP, R.H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E. et al. Confiabilidade teste-reteste de aspectos da rede social no Estudo Pró-Saúde. **Rev Saúde Pública**, v.37, n.3, p.379-385, 2003.

GONÇALVES, L.H.T.; ALVAREZ, A.M.; SENA, E.L.S. et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.4, p.570-557, out-dez. 2006.

GROOTAERT, C.; NARAYAN, D.; JONES, V.N. et al. **Integrated Questionnaire for the Measurement of Social Capital (IQ-MS)**. World Bank, 2003.

GROOTAERT, C.; NARAYAN, D.; JONES, V.N. et al. **Questionário Integrado para Medir Capital Social (QI-MCS)**. World Bank, Grupo Temático sobre Capital Social, jun. 2003.

HAIKAL, D.S.; PAULA, A.M.B.; MARTINS, A.M.E.B.L. et al. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. **Cien Saude Colet.**, v.16, n.7, p.3317-3329, 2011.

HAWKINS, K.; MUSICH, S.; BOTTONE, F.G. Jr. et al. The impact of pain on physical and mental quality of life in adults 65 and older. **J Gerontol Nurs.**, v.39, n.6, p.32-44, jun. 2013.

HEILBORN, M.L.; CARRARA, S. "Dossiê Masculinidade. Em cena, os homens...". **Rev. Estud. Fem.**, IFCS/UFRJ, v. 6, n. 2, p. 270-421, 1998.

HEIN, M.A.; ARAGAKI, S.S. Saúde e envelhecimento: um estudo de dissertações de mestrado brasileiras (2000-2009). **Cien Saude Colet.**, v.17, n.8, p.2141-2150, 2012.

HERRERA, E.; CARAMELLI, P.; SILVEIRA, A.S.B. et al. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. **Alzheimer Dis Assoc Disord.**, v.16, n.2, p.103-108, 2002.

HORTA, A.L.M.; FERREIRA, D.C.O.; ZHAO, L.M. Envelhecimento, estratégias de enfrentamento Envelhecimento, estratégias de enfrentamento do idoso e repercussões na família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.63, n.4, p.523-528, jul-ago. 2010.

HUGO, F.N.; HILGERT, J.B.; de SOUSA, M.da L. et al. Correlates of partial tooth loss and edentulism in the Brazilian elderly. **Community Dent Oral Epidemiol.**, v.35, n.3, p.224-232, 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Acesso e utilização de serviços de saúde – PNAD, 1998**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/analise.shtm>> Acesso em: 15 mar. 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais: 1999**. Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro (RJ): IBGE, 2000.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Tendências demográficas: uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2000**. Estudos e pesquisas informação demográfica, Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem da população 2009**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 07 abr. 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Índice Provisório População 2011. Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/MG2010.pdf>>. Acesso em 07 abr. 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Ficha da PNAD 2011**. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_anual/2011/q_pnad2011.pdf>. Acesso em 07 abr. 2011.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2004.

Inouye K, Pedrazzani ES, Pavarini SCI, Toyoda CY. Percepção de qualidade de vida do idoso com demência e seu cuidador familiar: avaliação e correlação. **Rev Latino-am Enfermagem** 2009 março-abril; v.17, n.2. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em 12 set. 2012.

JACOB, L.; FERNANDES, H. (coords.). **Ideias para um envelhecimento activo**. Lisboa: RUTIS, 2011.

KALARIA, R.N. Dementia comes of age in the developing world. **Lancet**, v.361, n. 9361, p.888-889, 2003.

KAPLAN, R.M. Quality of life, resource allocation, and the U.S. Health - care crisis. In: DIMSDALE, J.E.; BAUM, A. (edit). **Quality of life in behavioral medicine research**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1995, p. 3-30.

KATZ, S.; FORD, A.B.; MOSKOWITZ, R.W. et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v.185, p.94-99, 1963.

KATZ, S.; AKPOM, C.A. A measure of primary sociobiological functions. **Int J Health Serv.**, v.6, n.3, p.493-508, 1976.

KAWACHI, I.; KIM, D.; COUTTS, A. et al. Commentary: reconciling the three accounts of social capital. **Int J Epidemiol.**, v.33, n.4, p.682-690, 2004.

KIRKWOOD, B.R.; STERNE, J.A.C. **Essential Medical Statistics**. 2nd Edition. Blackwell Science, Oxford, 2003.

KOEING, M.D. **Medicine, Religion and Health: Where Science and Spirituality Meet**. Pennsylvania: Templeton Science and religion Series, 2008.

KOENIG, H.G.; MEADOR, K.; PARKERSON, G. Religion Index for Psychiatric Research: a 5-item Measure for Use in Health Outcome Studies. **Am J Psychiatry**, v.154, p.885-886, 1997.

KOENIG, H.G.; PARGAMENT, K.I.; NIELSEN, J. Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v.186, n.9, p.513-521, 1998.

KORN, E.L.; GRAUBARD, B.I. Epidemiologic studies utilizing surveys: accounting for the sampling design. **Am J of Public Health**, v.81, n.9, p.1166-1173, 1991.

KRAUSE, N.; LIANG, J.; YATONI, N. Satisfaction with social support and depressive symptoms: a panel analysis. **Psychology and Aging**, v.4, n.1, p.88-97, 1989.

JORM, A.F.; JOLLEY, D. The incidence of dementia: a meta-analysis. **Neurology**, v.51, n.3, p.728-733, 1998.

LAGO, M.C.S.; WOLFF, C.S. Masculinidades, diferenças, hegemonias. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, Apr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2013000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 jun. 2014.

LANDIS, J.R.; KOCH, G.G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, v.33, n.1, p.159-174, 1977.

LAWTON, M.P.; BRODY, E.M. Assessment of older people: selfmaintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, v.9, n.3, p.179-186, 1969.

LEAL, A.J.C. Metodologias e indicadores para avaliação funcional: análise preliminar do Suplemento Saúde Da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, Brasil, 2003. **Cienc. Saúde Col.**, v.11, n.4, p.927-940, 2006.

LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol.**, v.8, n.2, p.127-141, 2005.

LEHMANN, D. A milagrosa economia da religião: um ensaio sobre capital social. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v.13, n.27, p.69-98, jan-jul. 2007.

LEMESHOW, S.; COOK, E.D. Practical considerations in the analysis of complex sample survey data. **Rev Epidem et Santé Publ.**, v.47, n.5, p.479-487, 1999.

LEUNG, K.K.; CHIU, T.Y.; CHEN, C.Y. The Influence of Awareness of Terminal Condition on Spiritual Well-Being in Terminal Cancer Patients. **Journal of Pain and Symptom Management**, v.31, n.5, p.449-456, mai. 2006.

LIMA, M.G.; BARROS, M.B. CÉSAR, C.L. et al. Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study. **Rev Panam Salud Publica.**, v.25, n.4, p.314-321, apr. 2009.

LIMA, L.C.V.; BUENO, C.M.L.B. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosas no Brasil. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 2, n. 2, p. 273-280, mai-ago. 2009.

LIMA-COSTA, M.F.; VERAS, R. Aging and public health. *Cad Saude Publica.*, v.19, n.3, p.701, 2003.

LIMA-COSTA, M.F. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO N. **Epidemiologia & Saúde**. 6^a Ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde** v.12 n.4, p.189-201, 2003.

LINO, V.T.S.; PEREIRA, S.R.M.; CAMACHO, L.A.B. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cad Saúde Pública**, v.24, n.1, p.103-112, jan. 2008.

LITVAK, J. El envejecimiento de la población: un desafío que va más allá del año 2000. **Bol. Of. Sanit. Panam**, v.109, n.1, p.1-5, 1990.

LITWIN, H. Social network type and health status in a national sample of elderly in Israelis. **Social Science & Medicine**, v.46, n.4-5, p.599-609, 1998.

LITVOC, J.; BRITO, F.C. **Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004.

LOCKER, D.; FORD, J. Using Area-based measures of socioeconomic status in dental health service research. **J Public Health Dent**, v.56, p.69-75, 1996.

LOURENÇO, R.A.; VERAS, R.P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Rev Saúde Pública**, v.40, n.4, p.712-719, 2006.

LUMLEY, T. Analysis of complex survey samples. Department of Biostatistics. University of Washington, april 15, 2004. Disponível em: <<http://www.jstatsoft.org/v09/i08/paper>>. Acesso em: 24 abr. 2011

LWANGA, S.K.; LEMESHOW, S. **Sample size determination in health studies: a practical manual**. Geneva: WHO, 1991.

MACÊDO, G.N.S. **A construção da relação de gênero no discurso de homens e mulheres, dentro do contexto organizacional**. Dissertação (mestrado), Universidade Católica de Goiás, 2003. Disponível em: <http://www.ucg.br/ucg/katiamacedo/dissertacoes/pdf/Goiacira_ConstrucaoRelacaoGeneroHomemMulher.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2014.

MACIEL, A. **Avaliação multidisciplinar do paciente geriátrico**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

MACIEL, A.C.C.; GUERRA, R.O. Prevalência e fatores associados ao déficit de equilíbrio em idosos. **Rev Bras Ci e Mov.**, v.13, p.37-44, 2005.

MACIEL, A.C.C.; GUERRA, R.O. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos. **Rev Bras Epidemiol**, v.10, n.2, p.178-189, 2007.

MACIEL, M.G. Atividade física e funcionalidade do idoso. **Motriz**, Rio Claro, v.16, n.4, p.1024-1032, out/dez., 2010.

MADERS, A.M.; ANGELIN, R. Os movimentos feministas e de mulheres e o combate aos conflitos de gênero no Brasil. **Prisma Jurídico**, v. 11, n.1, p. 13-31, 2012.

MAGALHÃES, R.; IÓRIO, M.C.M. Quality of life and participation restrictions, a study in elderly. **Braz J Otorhinolaryngol.**, v.77, n.5, p.628-638, 2011.

MAIA, F.O.M.; DUARTE, Y.A.O.; LEBRÃO, M.L. et al. Risk factors for mortality among elderly people. **Rev Saúde Pública**, v.40, n.6, p.1049-1056, 2006.

MAROCO, J.; GARCIA-MARQUES, T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? **Laboratório de Psicologia**, v.4, n.1, p.65-90, 2006.

MARQUES, D.; MATOS, M.; MARTELLO, L.F. A produção acadêmica brasileira sobre mulheres nos espaços de poder e decisão - 2000 a 2009. **Fazendo Gênero**. Diásporas, Diversidades, Deslocamentos 23 a 26 de agosto de 2010. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278430264_ARQUIVO_fg9matos,marqueuemartello.pdf. Acesso em: 14 abr. 2014.

MARTINS, J.J.; SCHNEIDER, D.G.; COELHO, F.L. et al. Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. **Acta Paul Enferm.**, v.22, n.3, p.265-271, 2009.

MARTINS, J.J.; SCHNEIDER, D.G.; ERDMANN, A.L. et al. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2007. Disponível em <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000300009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 jun. 2014.

MAZO, G.Z.; BENEDETTI, T.R.B. Adaptação do questionário internacional de atividade física para idosos. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum**, v.12, n.6, p.480-484, 2010.

MCCUSKER, J.; BELLAVANCE, F.; CARDIN, S. et al. Validity of an activities of daily living questionnaire among older patients in the emergency department. **J Clin Epidemiol.**, v.52, n.11, p.1023-1030, 1999.

MELO, M.C.; SOUZA, A.L.; LEANDRO, E.L. et al. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. **Cien Saude Colet.**, v.14, n. supl. 1, p.1579-1586, 2009.

MELLO, A.L.S.F.; ERDMANN, A.L.; CAETANO, J.C. Saúde bucal do idoso: por uma política inclusiva. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v.17, n.4, p.696-704, out-dez. 2008.

MELLO, A.L.S.F.; MOYSÉS, S.J. **Melhores práticas em sistemas locais de saúde: sob foco, a saúde bucal do idoso.** **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.785-809, 2010.

MELLO, M.H.P.J.; GOTLIEB, S.L.D.; LAURENTIE, R. **A saúde bucal no Brasil: Análise do período de 1996 a 1999.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2001. 244p.

MENDES, M.R.S.S.B.; GUSMÃO, J.L.; FARO, A.C.M. et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paul Enferm.**, v.18, n.4, p.422-426, 2005.

MIRANDA, C.C. **Os movimentos feministas e a construção de espaços institucionais para a garantia dos direitos das mulheres no Brasil.** Artigos e papers do Núcleo Interdisciplinar de estudos sobre a Mulher e Gênero da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Niem/UFRGS. Porto Alegre, 2009. Disponível em: http://www.ufrgs.br/nucleomulher/arquivos/os%20movimentos%20feministas_cynthia.pdf. Acesso em 14 abr. 2014.

MONTEIRO, M.F.G.; ALVES, M.I.C. Aspectos demográficos da população idosa no Brasil. In: Veras RP (org.). **Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro.** Rio de Janeiro, Relume-Dumará/UNATI-UERJ, 1995.

MORAES, J.F.D.; SOUZA, V.B.A. Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. **Rev Bras Psiquiatr.**, v.27, n.4, p.302-308, 2005.

MOREIRA, R.S. **A perda dentária em adultos e idosos no Brasil: a influência de aspectos individuais, contextuais e geográficos.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2009.

MOREIRA, R.S.; NICO, L.S.; TOMITA, N.E. et al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cad Saude Publica.**, v.21, n.6, p.1665-1675, 2005.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H.G. Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: a commentary on the WHOQoL SRPB group's "a cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life". **Soc Sci Med.**, v.63, n.4, p.843-845, 2006.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; PERES, M.F.; ALOE, F. et al. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. **Rev. Psiq. Clín.**, v.35, n.1, p.31-32, 2008.

MORETTI, A.C.; ALMEIDA, V.; WESTPHAL, M.F. et al. Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da saúde. **Saude soc.**,v.18, n.2, p.346-354, 2009.

MOTA, M.P.; FIGUEIREDO, P.A.; DUARTE, J.A. Teorias biológicas do envelhecimento. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, v.4, n.1, p.81-110, 2004.

MOURA, S.M.; HAASE, V.G. Características psicométricas e dados normativos do Teste das Três Palavras e Três Figuras (3P3F) no Brasil. **PSiCo**, Porto Alegre, PUCRS, v. 39, n. 4, p. 500-508, out-dez. 2008.

MUSACCHIO, E.; PERISSINOTTO, E.; BINOTTO, P. et al. Tooth loss in the elderly and its association with nutritional status socio-economic and lifestyle factors. **Acta Odontol Scand.**, v.65, n.2, p.78-86, apr. 2007.

NAKATANI, A.Y.K.; COSTA, E.F.A.; TELES, S.A. et al. Perfil sócio-demográfico e avaliação funcional de idosos atendidos por uma equipe de saúde da família na periferia de Goiânia, Goiás. **Rev Soc. Bra Clín Méd.**, v.1, n.5, p.131-136, 2003.

NASCIMENTO, A.C. O bonde do desejo: o Movimento Feminista no Recife e o debate em torno do sexismo (1927-1931). **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.21, n.1, p.41-57, jan-abr. 2013.

NERI, A.L. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papyrus, 1993.

NERI, A.L. **Idosos no Brasil: vivências desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/Sesc SP, 2007.

NERI, A.L. **Palavras-chave em Gerontologia**. 2 ed. Campinas: Alínea, 2005.

NETUVELI, G.; BLANE, D. Quality of life in older ages. **British Medical Bulletin**, v.85, n.1, p.113-126, 2008.

NJEGOVAN, V.; HING, M.M.; MITCHELL, S.L. et al. The hierarchy of functional loss associated with cognitive decline in older persons. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v.56, p.M638-M643, 2001.

NICOLUSSI, A.C.; FHON, J.R.S.; SANTOS, C.A.V. et al. Qualidade de vida em idosos que sofreram quedas: revisão integrativa da literatura. **Cien Saude Colet.**, v.17, n.3, p.723-730, 2012.

NUNES, A.P.N.; BARRETO, S.M.; GONÇALVES, L.G. Relações sociais e autopercepção da saúde: Projeto Envelhecimento e Saúde. **Rev Bras Epidemiol.**, v.15, n.2, p.415-428, 2012.

NUNES, D.P.; NAKATANI, A.Y.K.; SILVEIRA, E.A. et al. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). **Cien Saude Colet.**, v.15, n.6, p.2887-2898, 2010.

OLIVEIRA, R.A.; CIAMPONE, M.H.T. Qualidade de vida de estudantes de enfermagem: a construção de um processo e intervenções. **Rev Esc Enferm USP**, v.42, n.1, p.57-65, 2008.

OLIVEIRA, S.M.J.V.; SANTOS, J.L.F.; LEBRÃO, M.L. et al. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.17, n.2, p.241-249, 2008.

OMAM, D.; REED, D. Religion and mortality among the community-dwelling elderly. **Am J Public Health.**, v.88, n.10, p.1469-1475, oct. 1998.

OMRAN, A.R. The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. **Milbank Mem Fund Q.**, v.49, n.4, p.509-538, 1971. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/bwho/v79n2/v79n2a11.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2012.

OMS. Organización Mundial de la Salud. **Aplicaciones del epidemiología al estudio de los ancianos**. Informe de un Grupo científico de la OMS sobre la Epidemiología del Envejecimiento. Ginebra: Informe Técnicos 706, 1983. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_706_spa.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2013.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2010.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. **Guía clínica para atención primaria a las personas mayores**. Washington: OPAS, 2003. Disponível em: <<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/03presentacion.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2013.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/indicadores.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2012.

PACHECO, R.O.; SANTOS, S.S.C. Avaliação global de idosos em unidades de PSF. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, 2004. Disponível em <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282004000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 jun. 2014.

PAES-SOUZA, R. Diferenciais intra-urbanos de mortalidade em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1994: revisitando o debate sobre transições demográfica e epidemiológica. **Cad Saúde Pública**, v.18, n.5, p.1411-1422, set-out. 2002.

PAIXÃO JÚNIOR, C.M.; REICHENHEIM, M.E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.7-19, 2005.

PALLONI, A.; PELÁEZ, M. SABE: Survey on Health and Well-Being of Elders: preliminary report. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2002. Disponível em: <<http://www.ssc.wisc.edu/sabe/docs/informeFinal%20Ingles%20noviembre%202004.pdf>>. Acesso em: 07 abr. 2010.

PANZINI, R.G.; ROCHA, N.S.; BANDEIRA, D. et al. Desenvolvimento do módulo para avaliar espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais do WHOQoL (WHOQoL-SRPB). In: FLECK, M.P.A. & cols. **Avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed 2008, cap.17, p.178-196.

PARAHYBA, M.I.; VERAS, R. Diferenciais sociodemográficos no declínio funcional em mobilidade física entre os idosos no Brasil. **Cien Saude Colet.**, v.13, n.4, p.1257-1264, 2008.

PARADELA, E.M.P.; LOURENÇO, R.A.; VERAS, R.P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Rev Saúde Pública**, v.39, n.6, p.918-923, 2005.

PASKULIN, L.M.; MOLZAHN, A. Quality of life of older adults in Canada and Brazil. **West J Nurs Res.**, v.29, n.1, p.10-26; discussion 27-35, feb. 2007.

PASKULIN, L.M.G.; AIRES, M.; GONÇALES, A.V. et al. Aging, Diversity, and Health: the Brazilian and the Canadian context. **Acta Paul Enferm.**, v.24, n.6, p.851-856, 2011.

PATEL, S.S.; SHAH, V.S.; PETERSON, R.A. et al. Psychosocial Variables, Quality of Life, and Religious Beliefs in ESRD Patients Treated With Hemodialysis. **Am J Kidney Dis.**, v.40, n.5, p.1013-1022, nov. 2002.

PATTUSSI, M.P.; MOYSES, S.J.; JUNGES, J.R. et al. Capital social e a agenda de pesquisa em epidemiologia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.1525-1246, 2006.

PEREIRA, R.J.; COTTA, R.M.; FRANCESCHINI, S.C.C. et al. Influência de fatores socio sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. **Cien Saude Colet.**, v.16, n.6, p.2907-2917, 2011.

PEREIRA, R.J.; COTTA, R.M.; FRANCESCHINI, S.C.C. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev Psiquiatr.**, v.28, n.1, p.27-38, jan-abr. 2006.

PERES, M.A.; TRAEBERT, J.; MARCENES, W. Calibração de examinadores para estudos epidemiológicos de cárie dentária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.153-159, jan-fev. 2001.

PERISTA, H.; PERISTA, P. **Gênero e envelhecimento: Planear o futuro começa agora! Estudo de diagnóstico.** Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa, 2012.

PESSOA, D.G.C.; SILVA, P.L.N. **Análise de dados amostrais complexos.** São Paulo: ABE – Associação Brasileira de Estatística; 1998. Disponível em: <<http://www.ie.ufrj.br/download/livro.pdf>>. Acesso em 01 jun 2011.

PETERSEN, P.E. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. **Community Dent Oral Epidemiol.**, v.31. n. Suppl 1, p.3-23, 2003.

PNAD. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Síntese de indicadores 2012.** Disponível em:

ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_anual/2012/tabelas_pdf/sintese_ind_7_1_9.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2013.

POWER, M.; QUINN, K.; SCHMIDT, S.; the WHOQoL-Old Group. Development of the WHOQoL-Old module. **Quality of Life Research**, v.14, n.10, p.2197-2214, 2005.

POZENA, R.; CUNHA, N.F.S. Projeto “Construindo um futuro saudável através da prática da atividade física diária”. **Saude soc.** v.18, n. supl. I, p.52-56, 2009.

PUTNAM, R.D. **Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad Saude Publica**, v.19, n.3, p.793-798, 2003.

RAMOS, L.R. TONIOLO, J.N.; CENDOROGLIO, M.S. et al. Two-year follow-up study of elderly residents in S. Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. **Rev. Saúde Pública**, v.32, n.5, p.397-407, 1998.

RAMOS, L.R.; SIMÕES, E.J.; ALBERT, M.S. Dependence in activities of daily living and cognitive impairment strongly predicted mortality in older urban residents in Brazil: a 2-year follow-up. **J Am Geriatr Soc.**, v.49, n.9, p.1168-1175, 2001.

RAO, J.K.N.; WU, C.F.J. Resampling inference with complex survey data. **J of Am Statistical Association**, v.83, p.231-241, 1998.

RENAUD, J.; BÉDARD, E. Depression in the elderly with visual impairment and its association with quality of life. **Clin Interv Aging.**, v.8, p.931-943, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3722036/>>. Acesso em: 28 nov. 2013.

RIBEIRO, O.; PAÚL, C. **Manual de envelhecimento activo**. Lisboa: LIDEL; 2011.

RIBEIRO, P.C.C.; NERI, A.L.; CUPERTINO, A.P.F.B. et al. Variabilidade no envelhecimento ativo segundo sexo, idade e saúde. **Psicol. estud.**, v.14, n.3, p.501-509, 2009.

RIPSA. Rede Internacional de Informações para a saúde. **Características dos indicadores – Fichas de qualificação**. Departamento de Informática do SUS/Ministério da Saúde (DATASUS), 2011. Disponível em: <<http://www.ripsa.org.br>>. Acesso em: 12 set. 2012.

REGOLIN, F.; KARNIKOWSKI, M.G.O. Teorias biológicas que justificam a necessidade de envelhecimento individual. **Revista Kairós**, São Paulo, v.12, n.1, p. 233-245, jan. 2009.

RITCHIE, K.; TOUCHON, J.; LEDESERT, B. et al. Establishing the limits and characteristics of normal age-related cognitive decline. **Rev Epidemiol Sante Publique**, v.45, n.5, p.373-381, oct. 1997.

ROE, B.; HOWELL, F.; RINIOTIS, K. et al. Older people and falls: health status, quality of life, lifestyle, care networks, prevention and views on service use following a recent fall. **J Clin Nurs.**, v.18, n.16, p.2261-2272, aug. 2009.

RONCALLI, A.G. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil. In: ANTUNES, J.L.F.; PERES, M.A. **Epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006. Cap.3, p.32-48.

ROSE, M.R.; GRAVES, J.L. What evolutionary biology can do for gerontology. **J Gerontol.**,v.44, n.2, p.B27-B29, mar. 1989.

ROWE, J.W. The new gerontology. **Science**. 1997;278(5337):367.

ROWE, J.W.; Kahn RL. Human aging: usual and successful. **Science**, v.237, n.4811, p.143-149, 1987.

ROWE, J.W.; Kahn RL. **Successful aging**. New York: Pantheon Books, 1998.

ROWE, J.W.; Kahn RL. Successful aging. **Gerontologist.**, v.38, n.2, p.151, 1998.

ROWE, J.W.; Kahn RL. Successful aging and prevention. **Adv Ren Replace Ther.**, v.7, n.1, p.70-77, 2000.

SAINTRAIN, M.V.L.; VIEIRA, L.J.E.S. Saúde bucal do idoso: abordagem interdisciplinar. **Cien Saude Colet.**, v.13, n.4, p.1127-1132, 2008.

SANDERS, A.E.; SLADE, G.D.; CARTER, K.D. et al. Trends in prevalence of complete tooth loss among Australians, 1979-2002. **Aust N Z J Public Health.**, v.28, n.6, p.549-554, 2004.

SANTOS, S.S.C. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v.63, n.6, p.1035-1039, nov-dez. 2010.

SANTOS, E.C.M.; FRANÇA JÚNIOR, I.; LOPES, F. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. **Rev Saúde Pública**, v.41, n. Supl.2, p.64-71, 2007.

SANTOS, F.H.; ANDRADE, V.M.; BUENO, O.F.A. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 3-10, jan./mar. 2009.

SANTOS, I.; ALVES, A.C.S.; SILVA, A.F.L. et al. O grupo pesquisador construindo ações de autocuidado para o envelhecimento saudável: pesquisa sociopoética. **Esc Anna Nery** (impr.), v.15, n.4, p.746-754, out-dez. 2011.

SANTOS, J.L.F.; LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. et al. Functional performance of the elderly in instrumental activities of daily living: an analysis in the municipality of São Paulo, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p.879-886, abr. 2008.

SANTOS, K.A.; KOSZUOSKI, R.; DIAS-DA-COSTA, J.S. et al. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.11, p.2781-2788, nov. 2007.

SANTOS, N.M.F.; TAVARES, D.M.S. Correlação entre qualidade de vida e morbidade do cuidador de idoso com acidente vascular encefálico. **Rev Esc Enferm USP.**, v.46, n.4, p.960-966, 2012.

SANTOS, M.R.D.R.; MENDES, S.C.S.M.; COIMBRA, M.P.S.M. et al. Caracterização nutricional de idosos com hipertensão arterial em Teresina, PI. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p., 2007. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 set. 2012.

SANTOS, S.R.; SANTOS, I.B.C.; FERNANDES, M.G.M. et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. **Rev Latino-Am Enfermagem.**, v.10, n.6, p.757-764, 2002.

SANTOS, R.L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J.S. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária. **RBPS** v.21, n. 4, p. 290-296, 2008. Disponível em: < <http://toneurologiaufpr.files.wordpress.com/2013/03/lawton-e-brody-validac3a7c3a3o.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2011.

SCORALICK-LEMPKE NN, BARBOSA AJG. Educação e envelhecimento: contribuições da perspectiva Life-Span. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.29, n.Supl., p.647s-655s, out-dez. 2012.

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.580-588, 2004.

SHEIK, J.I.; YESAVAGE, J.A. Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version. **Clin. Geront.** v.5, p.165-172, 1986.

SIEGEL, S.; CASTELLAN, N.J. **Nonparametric statistics for the behavioral sciences**. McGraw Hill, 1988. Disponível em: < <http://www.mun.ca/biology/quant/siegel.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2012.

SILVA, E.D. Saúde mental e idade avançada. In: PAÚL, C.; FONSECA, A.M. (org.). **Envelhecer em Portugal**. Lisboa: Climepsi Editores, 2005, p.139-158.

SILVA, E.F.; PEREIRA, M.G. Avaliação das estruturas de concordância e discordância nos estudos de confiabilidade. **Rev Saúde Pública**, v.32, n.4, p.383-393, 1998.

SILVA, H.S.; LIMA, A.M.M.; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectiva. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.35, p.867-877, out-dez. 2010.

SILVA, N.N. Amostragem probabilística: um curso introdutório. 2. Ed. São Paulo: EDUSP, 2001.124p.

SILVA, N.N. Aspectos metodológicos: processo de amostragem. In: LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. (orgs.). **O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. São Paulo: OPAS, 2003, 47-57.

SILVA, T.M.N. A construção de uma pedagogia do idoso. A terceira idade, São Paulo, v.13, n.25, p.62-75, 2002.

SILVA, S.R.C.; FERNANDES, R.A.C. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n.4, p.349-355, 2001.

SILVA SLA, VIEIRA RA, ARANTES P, et al. Avaliação de fragilidade, funcionalidade e medo de cair em idosos atendidos em um serviço ambulatorial de Geriatria e Gerontologia. *Fisioter Pesq.* 2009;16(2):120-5.

SILVA, S.V. Os estudos de gênero no Brasil: algumas considerações. **Biblio 3W. Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales**, Universidad de Barcelona., n.262, nov. 2000. Disponível em: <http://www.ub.edu/geocrit/b3w-262.htm>. Acesso em: 02 abr. 2014.

SIMÕES, A.C.A.; CARVALHO, D.M. A realidade da saúde bucal do idoso no Sudeste brasileiro. **Cien Saude Colet.**, v.16, n.6, p.2975-2982, 2011.

SIMÕES, C.C.S. **Perfis de saúde e da mortalidade no Brasil: uma análise dos condicionantes em grupos populacionais específicos**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 141p. Disponível em: <<http://www.liminar.net/direito/pdf/med/Perfis%20de%20Sa%C3%BAde%20e%20de%20Mortalidade%20no%20Brasil.pdf>>. Acesso em 12 set. 2012.

SIQUEIRA, F.V.; FACCHINI, L.A.; PICCINI, R.X. et al. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.39-54, 2008.

SKINNER, C.J.; HoLT, D.; SMITH, T.M.F. **Analysis of complex surveys**. Chichester: John Wiley and Sons, 1989.

SLADE, G.D.; NUTTALL, N.; SANDERS, A.E. et al. Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. **Br Dent J.**, v.198, n.8, p.489-493, 2005.

SLOAN, R.P.; BAGIELLA, E. POWELL, T. Religion, spirituality, and medicine. **The Lancet**, v.353, n.9153, p. 664-667, fev. 1999.

SMILKSTEIN, G. The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians. **J Fam Pract.**, v.6, n.6, p.1231-1239, 1978.

SMILKSTEIN, G.; ASHWORTH, C.; MONTANO, D. Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. **J Fam Pract.**, v.15, n.2, p.303-311, 1982.

SOUZA, E.H.A.; OLIVEIRA, P.A.P.; PAEGLE, A.C. et al. Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos. **Cien Saude Colet.**, v.17, n.8, p.2063-2070, 2012.

SOUZA, E.M. de, GRUNDY, E. Promoção de saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1354-1360, set-out. 2004.

SOUZA, M.H.; SILVA, N.N. Estimativas obtidas de um levantamento complexo. **Rev Saúde Pública**, v.37, n.5, p.662-670, 2003.

STAUDINGER, U.M.; MARSISKER, M.; BALTES, P.B. Resiliência e níveis de capacidade de reserva na velhice: Perspectivas da teoria de curso da vida. In: NERI, A.L. (Ed.). **Psicologia do envelhecimento**. Campinas: Papyrus; 1995. p.195-228.

STEELE, J.G.; SANDERS, A.E.; SLADE, G.D. et al. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. **Community Dent Oral Epidemiol.**, v.32, n.2, p.107-114, 2004.

SZRETER, S.; WOOLCOCK, M. Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. **Int J Epidemiol**, v.33, n.4, p.650-667, 2004.

TAHAN, J.; CARVALHO, A.C.D. Reflexões de Idosos Participantes de Grupos de Promoção de Saúde Acerca do Envelhecimento e da Qualidade de Vida. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.19, n.4, p.878-888, 2010.

TANNURE, M.C.; ALVES, M.; de SENA, R.R. et al. Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.63, n.5, p.817-822, set-out. 2010.

TEIXEIRA, M.C.D.; STRAUSS, E. Instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes com doenças hepáticas, LDQOL 1.0 (“Liver Diseases Quality of Life”): tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa. **GED**, v.23, n.6, p.255-259, nov-dez. 2004.

TEIXEIRA, I.N.D.O.; GUARIENTO, M.E. Biologia do envelhecimento: teorias, mecanismos e perspectivas. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n.6, p.2845-2857, sep. 2010.

The Whoqol Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: ORLEY J, KUYKEN W, (ed.). **Quality of life assessment: international perspectives**. Joint-Meeting Organized by the World Health Organization and the Fondation IPSSEN, Paris, July 2 – 3, 1993, p.41-60.

The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med.**, v.41, n.10, p.1403-1410, 1995.

The WHOQoL Group. WHOQoL-bref. Quality of Lifeassessment. Development of the World Health Organizacion. **Psychol Med.**, v.28, n.3, p.551-558, 1998a.

The WHOQoL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQoL): development and general psychometric properties. **Soc Sci Med.**, v.46, n.12, p.1569-1585, 1998b.

The Whoqol-Old Group. Development of the WHOQoL-Old module. **Qual Life Res.**, v.14, n.10, p.2197-2214, 2005.

TRENTINI, C.M.; CHACHAMOVICH, E.; FIGUEIREDO, M. et al. A percepção de qualidade de vida do idoso avaliada por si próprio e pelo cuidador. **Estudos de Psicologia**, v.11, n.2, p.191-197, 2006.

TRENTINI, C.M.; CHACHAMOVICH, E.; FLECK, M.P.A. Qualidade de vida em idosos. In: FLECK, M.P.A. & cols. **Avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed 2008, cap. 20, p.218-228.

TORRES, G.V.; REIS, L.A.; REIS, L.A. et al. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. **J Bras Psiquiatr.**, v.58, n.1, p.39-44, 2009.

UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.849-853, mai-jun. 2003.

UNFER, B.; BRAUN, K.; SILVA, C.P. et al. Self-perception of the loss of teeth among the elderly. **Interface - Comunic., Saúde, Educ. Educ.**, v.10, n.19, p.217-26, jan-jun. 2006.

UFMG. Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de Referência do Idoso Professor Caio Benjamin Dias. Hospital das Clínicas. **Protocolo de avaliação multidimensional do idoso**. Belo Horizonte, MG: Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG (NUGG-UFMG). 1996. 30p. Disponível em: <http://www.hc.ufmg.br/geriatria/>. Acesso 02 mai. 2010.

VAGETTI, G.C.; BARBOSA FILHO, V.C.; MOREIRA, N.B. et al. Condições de saúde e variáveis sociodemográficas associadas à qualidade de vida em idosas de um programa de

atividade física de Curitiba, Paraná, Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.5, p.955-969, 2013.

VARGAS, A.M.D.; PAIXÃO, H.H. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista em Belo Horizonte. **Cien Saude Colet.**, v.10, n.4, p.1015-1024, 2006.

VAROTO, V.A.G.; TRUZZI, O.M.S.; PAVARINI, S.C.I. Programas para idosos independentes: um estudo sobre seus egressos e a prevalência de doenças crônicas. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.13, n.1, p.107-114, 2004.

VELLAS, B.; GUIGOZ, Y.; GARRY, P.J. et al. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its Use in Grading the Nutritional State of Elderly Patients. **Nutrition**, Burbank, v.15, n.2, p.116-122, 1999.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, v.43, n.3, p.548-554, 2009.

VERAS RP, SOUZA CAM, CARDOSO RF et al. Pesquisando populações idosas – A importância do instrumento e o treinamento de equipe: uma contribuição metodológica. **Rev Saude Publica**, v.22, n.6, p.513-518, 1988.

VIANA, S.D.L. **Gênero e saúde: uma análise dos trabalhos publicados nos Anais dos Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO (1995-2011)**. 2013. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, University of São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-04032013-003326/>>. Acesso em: 2014-05-30. Acesso em: 30 mai. 2014.

VIDO, M.B.; FERNANDES, R.A.Q. Qualidade de Vida: considerações sobre conceito e instrumentos de medida. **Brazilian J. Nursing**, v.6, n.2, 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.870/197>>. Acesso em: 20 dez. 2008.

VITORINO, L.M.; PASKULIN, L.M.G.; VIANNA, L.A.C. Quality of life of seniors living in the community and in long term care facilities: a comparative study. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.21, n.Spec, p.3-11, jan-feb. 2013.

XAVIER, F.M.F.; FERRAZ, M.P.T.; NORTON, M. et al. Elderly people's definition of quality of life. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.25, n.1, p.31-39, mar. 2003.

WHEELWRIGHT, S.; DARLINGTON, A.S.; FITZSIMMONS, D. et al. International validation of the EORTC QLQ-ELD14 questionnaire for assessment of health-related quality of life elderly patients with cancer. **Br J Cancer**. v.109, n.4, p.852-858, aug. 2013.

WHO. World Health Organization. **Calibration of examiners for oral health epidemiological surveys**. Geneva: ORH/EPID, 1993.

WHO . World Health Organization. **Oral health surveys: basic methods**. 4thEd. Geneva: World Health Organization, 1997. Disponível em: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OH_st_Esurv.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2011.

YESAVAGE, J.A.; BRINK, T.L.; ROSE, T.L. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J Psychiat Res**, v.17, n.1, p.37-49, 1983.

ZAITUNE, M.P.A.; BARROS, M.B.A.; CÉSAR, C.L.G. et al. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1329-1338, 2007.

ZHANG, M.; MCGRATH, C.; HAGG, U. The impact of malocclusion and its treatment on quality of life: a literature review. **Int J Paediatric Dent.**, v.16, n.6, p.381-387, 2006.

PARTE II

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na presente tese os resultados e a discussão foram apresentados no formato de artigo científico, segundo as normas do Colegiado de Pós-graduação da Faculdade de Odontologia, UFMG.

Artigo 1 – Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero.

Artigo submetido na Revista Ciência e Saúde Coletiva; cujo Qualis na área da Odontologia é B1 (Anexo 3).

Artigo 2 - Satisfação com saúde bucal de idosos brasileiros: um estudo de sexo com modelo hierárquico¹.

Publicado em Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.30, n.4, p.757-773, abr. 2014. Aceito em 04/10/2013; cujo Qualis na área da Odontologia é B1.

¹ <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00088813>

Artigo 1

Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero

Determinants of active aging according to quality of life and gender

Ana Cristina Viana Campos

Andréa Maria Duarte Vargas

Efigênia Ferreira e Ferreira

RESUMO

Os objetivos deste estudo foram construir um indicador de envelhecimento ativo e testar sua associação com qualidade de vida e possíveis determinantes segundo gênero. O estudo AGEQOL (Aging, Gender and Quality of Life) entrevistou 2052 indivíduos com 60 anos e mais de idade residentes em Sete Lagoas, MG. A associação entre envelhecimento ativo, qualidade de vida e possíveis determinantes foi realizada por meio da regressão logística múltipla com nível de 5% de significância estatística separadamente para cada gênero. A maioria dos homens pertenceu ao grupo com envelhecimento ativo (58,0%), enquanto 51,8% das mulheres foram alocadas no grupo com envelhecimento normal ($p < 0,001$). A qualidade de vida nos domínios Físico, Psicológico e Escore total mantiveram-se associada ao desfecho no modelo final para ambos os gêneros. Entre os homens, os fatores comportamentais (não fumar, praticar atividade física e não ter relatado perda de apetite) e participação comunitária foram preditores positivos para envelhecimento ativo. Mulheres com maior renda, que não sofreram quedas e com participação comunitária tiveram maior chance de pertencer ao grupo com envelhecimento ativo. Conclui-se que qualidade de vida e a participação em grupos são

os principais determinantes de envelhecimento ativo, e que os demais fatores determinantes associados são diferentes para cada gênero.

Palavras chave: Envelhecimento, Gênero, Qualidade de vida, Saúde do idoso, Idoso.

ABSTRACT

We aimed to construct an indicator of active aging and associate its relationship with quality of life possible determinants according to gender. The AGEQOL study (Aging, Gender and Quality of Life) interviewed 2052 individuals aged 60 years and older residing in Sete Lagoas, Minas Gerais. The association between active aging, quality of life and possible determinants was performed by multiple logistic regression with the 5% level of statistical significance separately for each gender. Most men was in active aging group (58.0%), and 51.8% of women were in normal aging group ($p < 0.001$). The quality of life in physical, psychological, and overall domain score remained associated with the outcome in the final model for both genders. Among men, the behavioral factors (no smoking, physical activity and not reporting loss of appetite) and community participation were positive predictors of active aging. Women with higher incomes, who did not suffer fall with one or more social groups, had more chance belong to active aging group. We conclude that quality of life and participation in groups are the main determinants of active aging, and other factors associated with active aging are different for each gender.

Keywords: Aging, Gender, Quality of life, Health of the Elderly, Aged.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um fenômeno complexo que está exigindo, cada vez mais, estudos multidisciplinares para seu melhor entendimento e compreensão. O envelhecimento ativo foi

definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS)¹ (p.13) como “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”. De modo geral, este conceito parte do pressuposto de envelhecer significa favorecer oportunidades para que os indivíduos possam optar por estilos de vida saudáveis e, ainda, fazer controle do próprio status de saúde e melhor qualidade de vida.²

De acordo com a OMS, qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida em relação ao contexto e sistemas de valores nos quais se insere bem como seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Trata-se de um amplo conceito de classificação, afetado de modo complexo pela saúde física do indivíduo, estado psicológico, relações sociais, nível de independência e pelas suas relações com as características mais relevantes do seu meio ambiente.³ A qualidade de vida dos idosos pode ser muito boa ou, pelo menos, preservada desde que os indivíduos permaneçam ativos, com autonomia e independência, boa saúde física e relações sociais⁴.

Os novos estudos sobre envelhecimento apontam desafios voltados para compreensão das condições associadas à possibilidade de se tomar o envelhecimento como processo positivo e a velhice como etapa da vida que pode ser acrescida de saúde, bem-estar, prazer e qualidade de vida.⁵⁻⁷

Portanto, os objetivos do presente estudo foram construir um indicador de envelhecimento ativo e testar sua associação com qualidade de vida e possíveis determinantes segundo gênero.

MÉTODOS

Desenho do estudo

O presente estudo foi desenvolvido a partir de dados coletados pelo estudo AGEQOL (Aging, Gender and Quality of Life), uma coorte de base populacional sobre envelhecimento ativo, qualidade de vida e gênero realizado no município de Sete lagoas, Minas Gerais, Brasil em 2012. O município é dividido em 17 Regiões Administrativas (RA), um distrito fora da sede e área rural⁸ e possui 214.152 habitantes, sendo 51,4% mulheres.⁹

A população de referência do presente estudo foi composta por indivíduos de ambos os gêneros com idade igual ou superior a 60 anos residentes no município. Os critérios de exclusão foram: indivíduos residentes em instituição de longa permanência no período da coleta de dados, uma vez que as condições contextuais são diferentes nesses ambientes; indivíduos que, pessoalmente ou por meio de informante, declarem ser portador de deficiência visual e/ou auditiva, graves e não corrigidas; indivíduos com incapacidade cognitiva que impeça a compreensão das entrevistas, com ou sem ajuda parcial.

Amostragem e participantes

O plano de amostragem adotado para este estudo foi desenho complexo de amostragem. O cálculo amostral foi realizado para comparação entre os gêneros considerando-se a prevalência de incapacidade funcional para atividades instrumentais no gênero masculino (86,6%) e feminino (72,9%).¹⁰ O erro estimado foi de até cinco pontos percentuais, poder de teste de 80%, com intervalos de 95% de confiança (IC95%), considerando um efeito de delineamento de dois. Foi utilizado um adicional de 20% para perdas e recusas. Em seguida, a amostra de cada grupo (homens e mulheres) foi estratificada por faixa etária em relação à população e corrigida pela probabilidade do risco de morrer, resultando em 1.146 idosos.

Para sorteio dos setores e domicílios, utilizou-se a técnica de amostragem probabilística por conglomerados sob o critério de partilha proporcional ao tamanho (PPT) em dois estágios: setores censitários e domicílios. Os setores e domicílios foram sorteados proporcionalmente

ao número de domicílios permanentes particulares ocupados por estrato (área urbana, zona rural, distrito). Todos os indivíduos de ambos os sexos dos domicílios selecionados com idade igual ou superior a 60 anos que concordaram em participar desta pesquisa foram entrevistados e examinados.

Instrumentos e variáveis estudadas

O instrumento foi formado por informações sobre características socioeconômicas e demográficas, saneamento básico, suporte social, religiosidade, comportamentos em saúde, autopercepção de saúde, acesso e utilização de serviços de saúde.¹¹ A segunda parte do questionário continha testes e escalas de avaliação, validados para o português, considerando-se o conceito de envelhecimento ativo da OMS. O exame bucal foi feito sob iluminação natural, espelho bucal plano e uma espátula de madeira. O índice CPOD (dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados) foi utilizado para estimar o edentulismo, segundo critérios preconizados pela OMS¹², mas adaptados.

Os indicadores utilizados como *proxy* de envelhecimento ativo foram os que seguem: capacidade funcional, capacidade cognitiva, percepção de saúde, sintomas depressivos e funcionalidade familiar. A dependência funcional foi investigada por seis atividades básicas – AVD (tomar banho, vestir, ir ao banheiro, comer, deitar e levantar da cama/cadeira e incontinência urinária e fecal) e oito atividades instrumentais de vida diária – AIVD (uso do telefone, vá usar o transporte, fazer compras, preparar uma refeição, limpar a casa, lavar a roupa, tomar cuidar das finanças e tomar medicamentos drogas). Os indivíduos foram classificados como independentes, parcialmente dependentes e completamente dependentes para AVD e AIVD, separadamente. Para a avaliação do estado cognitivo dos idosos, utilizou-se o Mini-Exame do Estado Mental—MEEM¹³, com ponto de corte 21/22 pontos.¹⁴ A presença de sintomas depressivos foi avaliada pela Escala Geriátrica de Depressão versão

curta (GDS-15), com ponto de corte de 5/6. A pontuação de cinco ou mais foi considerado como indicativo de sintomas depressivos¹⁵. O funcionamento familiar foi avaliado pelo APGAR Familiar que mensura a satisfação do idoso em relação a vários aspectos da convivência familiar. As respostas têm valores entre 1 (dificilmente) e 3 (quase sempre), de modo que a soma pode ter pontuação total de 5 a 15. Pontuação inferior a 9 indica disfunção familiar.¹⁶ A autopercepção de saúde foi avaliada por uma escala de likert para as respostas (muito ruim, ruim, regular, boa e muito boa). Para esse estudo as categorias foram agrupadas em ruim (muito ruim, ruim e regular) e boa (boa e muito boa).

Para criar uma variável binária chamada “envelhecimento ativo”, foi utilizado a análise de segmentação (cluster) com validação da divisão dos grupos por meio de análise discriminante dos quatro proxies de envelhecimento ativo (dependência para AVD – $p < 0,001$, dependência para AIVD – $p < 0,001$, funcionalidade familiar – $p < 0,001$, sintomas depressivos – $p < 0,001$, déficit cognitivo – $p = 0,003$, percepção de saúde – $p < 0,001$), resultando em dois grupos (normal e ativo) – dados não apresentados. A análise de segmentação é uma ferramenta estatística utilizada para agrupar dados, alocando os casos mais similares no mesmo grupo com base nas características medidas entre os participantes do estudo.¹⁷ Empregou-se o método K-Mean Cluster a fim de medir a contribuição de cada variável na formação dos clusters por meio do teste de ANOVA.

A análise discriminante canônica foi utilizada posteriormente para validar a análise de cluster descrita anteriormente. O objetivo da discriminação é maximizar a variância entre e dentro de grupos e verificar a eficiência da classificação correta global do modelo. Finalmente, o programa estatístico realiza uma validação interna dos resultados obtidos para verificar que a eficiência de classificação entre os clusters analisados.¹⁷

A qualidade de vida foi medida por meio do World Health Organization Quality of Life instrument-Bref (WHOQoL-Bref)¹⁸ e World Health Organization Quality of Life instrument-

Old (WHOQoL-Old)¹⁹. O primeiro é composto por quatro domínios e não possui escore total. O domínio Físico avalia dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, capacidade de trabalho. O domínio Psicológico envolve questões sobre sentimentos positivos, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e espiritualidade, religiosidade, crenças pessoais. As relações pessoais, suporte (apoio) social e atividade sexual compõem o domínio das Relações Sociais. O último domínio – Meio ambiente – é o maior e mede a segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico e transporte.¹⁸ O módulo WHOQoL-Old consiste em 24 itens da escala de likert atribuídos a seis facetas: “Funcionamento do Sensório” (FS), “Autonomia” (AUT), “Atividades Passadas, Presentes e Futuras”(PPF), “Participação Social”(PSO), “Morte e Morrer”(MEM) e “Intimidade”(INT). Os escores destas seis facetas foram combinados para produzir um escore total para a qualidade de vida em idosos.¹⁹

Para conhecer mais detalhadamente a expressão dos determinantes do envelhecimento ativo na vida dos idosos, as variáveis independentes foram agrupadas em um modelo multidimensional elaborado a partir dos determinantes de envelhecimento ativo propostos pela OMS^{20,21}, quais sejam: fatores comportamentais, pessoais, ambiente físico, ambiente social, econômico, sistemas de saúde e serviço social e fatores transversais (cultura e gênero). Os fatores transversais foram avaliados por naturalidade (Sete Lagoas, outra cidade mineira, outro estado), faixa etária (60-74 anos, ≥ 75 anos), cor da pele (branca, preta/parda, outras), estado civil (casado, separado/solteiro/viúvo), religião (católica, evangélica, espírita, outra, sem religião). Os fatores relacionados aos sistemas de saúde foram: consulta médica (sim, não), plano de saúde (sim, não), serviço de saúde mais utilizado (público, plano/convênio, particular). Os hábitos e estilo de vida forma agrupados em fatores comportamentais: fumo

(sim, não), álcool (sim, não), atividade física (sim, não), uso de medicamento (sim, não), perda de apetite (sim, não), edentulismo (sim, não). Os fatores pessoais foram avaliados pela satisfação com a vida (feliz, nem feliz, nem infeliz, infeliz). Em relação os fatores relacionados ao ambiente físico investigaram-se: local de moradia: (área urbana, rural/distrito), posse do domicílio (próprio, alugado, de parentes, outro), tipo de construção do domicílio (concreto, outros) esgoto canalizado (sim, não), abastecimento de água canalizado (sim, não), sanitário no domicílio (sim, não), coleta de lixo (sim, não), eletricidade (sim, não), quedas nos últimos seis meses anteriores à entrevista (sim, não). O ambiente social foi investigado por meio de: nível de escolaridade (analfabeto, 1º grau, 2º grau), tipo de arranjo domiciliar (mora com cônjuge, arranjos mistos/intergeracionais, mora sozinho), participação em grupos formais ou informais (nenhum; ≥ 01), número de amigos (nenhum, 1-10, ≥ 11), confiança nas pessoas (sim; não), sentimento de segurança quando está sozinho em casa (seguro; nem seguro, nem inseguro; inseguro). A renda mensal dicotomizada pela mediana ($\leq R\$622,00$; $>R\$622,00$), aposentado (sim, não) foram os fatores econômicos investigados.

Estudo piloto e coleta de dados

O projeto piloto foi conduzido anteriormente à coleta de dados com 107 idosos (10% da amostra total) em um município vizinho. Apesar dos instrumentos serem validados para o Brasil, para verificação da confiabilidade e desempenho dos questionários e testes nesta população, o método teste/reteste foi empregado. Obtiveram-se coeficientes superiores a 0,80 ($p < 0,001$); Kappa Ponderado (IC 95 %) = 0,81 (0,71-0,91); Kappa ajustado = 0,86.

A coleta de dados foi realizada no domicílio do idoso entre os meses de janeiro e julho de 2012 por três examinadores e três anotadores calibrados. As entrevistas duravam de 40 a 60 minutos. Foram consideradas perdas de entrevista/exame os casos em que o idoso não foi

localizado no domicílio após três tentativas, incluindo fim de semana. O projeto foi divulgado junto às autoridades municipais, meios de comunicação e por meio de folder próprio.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG), CAAE-0413.0.203.000-11.

Análise dos dados

Para o presente artigo foram selecionadas análises de frequências entre os gêneros mediante testes chi-quadrado, com margem de erro aceitável de 5%. Todas as informações sobre as variáveis do estudo foram armazenadas em um banco de dados do Statistical Package for Social Sciences (SPSS) para Windows, versão 19.0 e a análise dos dados se deu em duas fases. Na primeira, foram descritas as variáveis em relação ao envelhecimento ativo, calculando-se frequências relativas e absolutas. Para os escores do WHOQOL-bref e WHOQOL-old foram calculadas médias e desvio-padrão. Em seguida, foi feita a avaliação por bloco das variáveis em estudo, por meio da regressão logística múltipla, de natureza exploratória, pelo método backward. As variáveis que alcançaram significância estatística inferior a 0,25 ($p < 0,25$)²², na primeira fase, foram incluídas no modelo saturado. O modelo final ajustado conservou apenas as variáveis que atingiram o nível de 5% de significância estatística ($p < 0,05$).

Todas as análises foram realizadas para homens e mulheres separadamente. Os testes de homogeneidade dos declives e de multicolinearidade foram realizados com ajuste de Pearson para analisar a validade do modelo construído. Para verificar a possível interferência do número reduzido de algumas observações, utilizou-se a análise dos resíduos de Pregibon.²³ O efeito do desenho amostral complexo foi considerado em todas as análises realizadas.

RESULTADOS

Entre os domicílios sorteados para obter a amostra de idosos, 27 idosos haviam mudado de endereço, 38 não foram localizados e 35 faleceram no período de coleta de dados, totalizando uma perda de 4,8%. Entre os idosos encontrados nos domicílios, houve 5,8% de recusa e 1,2% de perdas por outros motivos. Dos idosos entrevistados, 25 entrevistas foram realizadas com o cuidador do idoso, devido a dificuldades físicas e/ou mentais, não tendo sido, por esse motivo, incluídas no estudo. Portanto, a amostra final foi constituída por 2.052 indivíduos, sendo 59,7% do gênero feminino.

A idade da amostra total no início do estudo variou entre 60 e 106 anos. A idade média foi de $70,9 \pm 8,1$ anos ($71,3 \pm 8,3$ anos para as mulheres e de $70,7 \pm 7,8$ anos para os homens).

Na tabela 1 encontram-se as estatísticas descritivas dos fatores transversais, comportamentais, pessoais, ambiente físico, ambiente social, econômico, sistemas de saúde e serviço social dos participantes, além das análises de significação estatística entre os gêneros. A maioria dos homens (70,8%) e mulheres (68,7%) tinha entre 60 e 74 anos de idade. Não houve diferença na distribuição etária entre os diferentes gêneros.

Não houve diferenças entre os gêneros em relação à escolaridade. No entanto, 10,4% dos homens e 8,6% das mulheres cursaram o segundo grau (Tabela 1).

Além disso, observou-se que houve diferença estatisticamente significante entre os gêneros relacionados ao estado civil, consulta médica, plano de saúde, fumo, álcool, medicamento, perda de apetite, edentulismo, satisfação com a vida, tipo de domicílio, esgoto canalizado, eletricidade, arranjo domiciliar, percepção da segurança, renda mensal e aposentadoria (Tabela 1).

Foram identificadas quarenta e oito tipos de condições de vida entre idosos na cidade em estudo. Levando-se em conta os três grupos de condições de vida estabelecidos neste estudo, observou-se que a maioria dos idosos que vivem sozinhos são mulheres (71,5%), enquanto 75,5% dos homens viviam com seus cônjuges ($p < 0,001$). A maioria dos homens na amostra

era casada (74,5%), enquanto 61,7% das mulheres eram solteiros, separados ou viúvos. A maioria dos idosos tem baixa renda mensal (66,1%), sendo esse percentual foi maior entre as mulheres (71,5%) em comparação com o gênero masculino (58,1%) (Tabela 1).

Em relação ao envelhecimento ativo, a maioria dos idosos (n = 1070) pertenceu ao grupo de envelhecimento ativo ao passo que 982 (47,85%) idosos representaram o grupo com envelhecimento normal. Na análise de gênero, observou-se que a maioria homens pertenceu ao grupo com envelhecimento ativo (58,0%), enquanto 51,8% das mulheres foram alocadas no grupo com envelhecimento normal ($p < 0,001$).

Nas Tabelas 2 e 3 podem ser observados os indicadores de associação entre envelhecimento ativo, os domínios da qualidade de vida e fatores determinantes para os gêneros feminino e masculino, respectivamente. Na análise da odds ratio bruto, observou-se uma forte associação do envelhecimento ativo com Domínio Físico (OR=1,07 para homens e OR=1,05 para mulheres) e Escore total do WHOQOL-old (OR=1,03 para homens e OR=1,03 para mulheres). Os homens do grupo com envelhecimento ativo tiveram 1,03 (IC95%:1,01-1,05) e 1,02 (IC95%:1,00-1,04) mais chances de ter maiores médias no Domínio Psicológico e Ambiental, em comparação com seus pares com envelhecimento normal. O Domínio Psicológico também esteve diretamente associado com envelhecimento ativo nas idosas (OR=1,01, $p=0,023$).

Na análise bruta, observou-se que os fatores comportamentais (atividade física, medicamento, perda de apetite) se associaram significativamente com envelhecimento ativo para o gênero feminino (Tabela 2) e masculino (Tabela 3). Para ambos os gêneros, também houve associação estatística entre envelhecimento ativo, quedas (OR= 0,51 para sexo feminino e OR=0,55 para o sexo masculino), percepção de felicidade (OR= 0,51 para sexo feminino e OR=0,55 para o sexo masculino) e analfabetismo (OR= 0,54 para sexo feminino e OR=0,43

para o sexo masculino) e 1º grau escolar (OR= 0,48 para sexo feminino e OR=0,42 para o sexo masculino).

Para o gênero feminino, os fatores relacionados aos sistemas de saúde se associaram inversamente com o desfecho. Mulheres que tiveram consulta médica nos últimos seis meses (OR=0,42), possuem plano de saúde (OR=0,68) e consultaram o serviço público de saúde (OR=0,67) tiveram maior chance de pertencerem ao grupo com envelhecimento normal (Tabela 2).

Homens fumantes e aposentados tiveram 0,64 (IC95%:0,43-0,95) e 0,64 (IC95%:0,43-0,95) menos chance de ter envelhecimento ativo, quando comparados aos homens que não fumavam e aos não aposentados, respectivamente (Tabela 3).

Os resultados do modelo de regressão logística para estimar OR de envelhecimento ativo para o gênero masculino e feminino são mostrados na Tabela 4. Para ambos os gêneros, o envelhecimento ativo foi explicado pela qualidade de vida, fatores comportamentais, fatores relacionados ao ambiente social e econômicos.

A qualidade de vida nos domínios Físico, Psicológico e Escore total mantiveram-se associada ao desfecho no modelo final para ambos os gêneros. Maiores escores no domínio físico aumentaram em 1,07 (OR=1,07; p=0,000) e 1,05 (OR=1,05; p=0,000) as chances de envelhecimento ativo para homens e mulheres, respectivamente (Tabela 4).

Para ambos os sexos, houve uma forte associação entre envelhecimento ativo e participação em grupos. A participação em grupos aumentou em 88% (OR=1,88) e 65% (OR=1,65) a chance de envelhecimento ativo para homens e mulheres, respectivamente (Tabela 4).

Entre os homens, observou-se uma associação significativa entre envelhecimento ativo e atividade física (OR=1,63; p=0,008), ou seja, envelhecimento ativo foi de 1,63 vezes superior entre os homens que praticavam atividade física (Tabela 4).

Perda de apetite em ambos os gêneros, aposentadoria entre os homens e baixa renda mensal entre as mulheres foram fatores de risco para envelhecimento normal. Homens que fumavam (OR=0,53; IC95%:0,34-0,82) e mulheres que sofreram queda (OR=0,64; IC95%:0,49-0,84) tiveram menor chance de ter um envelhecimento ativo quando comparadas aos homens não-fumantes e às mulheres que não sofreram queda, respectivamente (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Independência funcional, capacidade cognitiva, depressão, percepção de saúde e funcionamento familiar representam fatores importantes para a ação política do envelhecimento ativo²⁴⁻²⁷, porque eles têm o potencial de afetar a saúde e a qualidade de vida de idosos. Sendo assim, assumimos o desafio de construir um indicador multidimensional de envelhecimento ativo unindo todas essas variáveis e testar a influência de determinantes na associação com qualidade de vida.

O envelhecimento ativo é diferente entre os gêneros, sendo que 64,7% dos idosos do grupo desfavorável são do sexo feminino. Esses resultados indicam que as mulheres possuem maiores taxas de dependência funcional, déficit cognitivo, depressão, pior funcionamento familiar e uma percepção negativa da própria saúde quando comparadas com os homens. Uma possível explicação é alta prevalência de dependência funcional entre as mulheres (33,0%) quando comparada aos homens (23,7%) e depressão (34,4% no sexo feminino e 23,8% no sexo masculino).

As diferenças de gênero estão relacionadas aos padrões socioculturais do comportamento humano e são fatores relevantes que determinam a ocorrência de eventos e atitudes que podem se tornar limites ou possibilidades para conquista do envelhecimento mais ativo e com qualidade de vida.^{28,29}

Este estudo é original e inovador, pois apresenta informações a respeito de uma associação positiva entre envelhecimento ativo e qualidade de vida em uma amostra representativa de idosos para ambos os gêneros. Além disso, nossos resultados indicam que os fatores mais importantes para o envelhecimento ativo para ambos os sexos é melhor qualidade de vida, participar de grupos comunitários e não ter relatado perda de apetite, mesmo quando o modelo foi ajustado para as condições socioeconômicas.

Estudos mostram que o envelhecimento ativo está relacionado à maior longevidade dos idosos, boa participação social, melhorias nas condições de saúde e cuidado, com manutenção ou melhoria da qualidade de vida.^{20,21}

Nossos resultados indicam que qualidade de vida é o preditor mais forte para envelhecimento ativo nesta amostra de idosos, corroborando a outros estudos.^{30,31} Neste estudo, a associação entre envelhecimento ativo e qualidade de vida para ambos os gêneros se manteve fortemente significativa, mesmo depois que o modelo foi ajustado por todas as outras variáveis; embora a direção de causa e efeito não pode ser confirmada.

Outros estudos realizados no Brasil³² e em outros países^{33,34} mostram que há uma relação de impacto entre gênero, qualidade de vida sobre o envelhecimento que merece ser mais bem investigada.

Observou-se também uma relação diretamente proporcional entre envelhecimento ativo e participação em grupos, ou seja, quanto maior a participação comunitária dos idosos, maior a chance de envelhecimento ativo .

Uma rede social reduzida pode contribuir para exacerbar incapacidades ou impor limitações no estilo de vida, contribuindo para o isolamento social, que por sua vez, pode interferir na saúde e na qualidade de vida do idoso.³⁵

Por outro lado, a participação comunitária dos idosos deste estudo é muito baixa (21,9%), sendo que a maioria das mulheres do grupo com envelhecimento normal não participavam de

nenhum grupo. De modo geral, as idosas podem ter tendência para o excesso de informar o número de envolvimento do grupo em comparação com homens.³⁶ Além disso, as redes sociais dessas idosas são menos heterogêneas, constituídas essencialmente por familiares, filhos e netos³⁷ e associações religiosas.³⁸

Para entender melhor como a participação comunitária pode interferir positivamente no envelhecimento ativo e na melhoria da qualidade de vida de idosos, seria imperativo investigar em longo prazo a densidade e a diversidade dessas associações, o nível de funcionamento democrático, e a extensão das conexões com outros grupos.

Entre os homens, os fatores comportamentais (não fumar, praticar atividade física e não ter relatado perda de apetite) foram preditores positivos para envelhecimento ativo.

Sedentarismo e tabagismo são importantes fatores de risco para a saúde e qualidade de vida de idosos, amplamente discutidos na literatura.^{30,39,40} Neste estudo, homens que praticavam alguma atividade física (OR=1,63; p=0,008) e que não fumavam (OR=0,53; p=0,012) apresentaram maior probabilidade de ter envelhecimento ativo. No entanto, a atividade física e o hábito de fumar foram medidos usando uma única pergunta com resposta dicotômica (sim/não). Esta é uma limitação importante deste estudo, uma vez que estes resultados podem indicar que qualquer nível de atividade física será associado ao envelhecimento. Em relação ao tabagismo seria importante investigar o tempo e a frequência do hábito no passado e atualmente.

O modelo feminino foi formado pelos fatores comportamentais, fatores relacionados ao ambiente físico e social e fatores econômicos. Mulheres com maior renda, que não sofreram quedas e com participação comunitária tiveram melhores escores de qualidade de vida e maior chance de pertencer ao grupo com envelhecimento ativo.

A prevalência de quedas entre mulheres foi alta (37,6%), particularmente entre as idosas com mais de 75 anos (41,1%). Este percentual é particularmente elevado em comparação com os

dados do estudo SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento), que foi realizado em São Paulo com mulheres mais jovens (33,0%) e mulheres com mais de 75 anos de idade (36,9%).⁴¹ Um estudo qualitativo buscou explorar por que as mulheres mais velhas procuram ou não o médico depois de uma queda. Algumas mulheres não procuram ajuda porque acreditavam que sua queda ou lesão relacionada à queda não foi grave o suficiente para ir ao médico. Esses dados fornecem subsídios para destacar a importância do tema deste estudo, uma vez que essas prevalências poderiam ser bem maiores.⁴² Nesse sentido, programas de prevenção de quedas podem melhorar a qualidade de vida de idosos.⁴³

Finalmente, é importante discutir algumas limitações do estudo. Os resultados encontrados fazem parte da linha base do projeto AGEQOL. Por isso, ainda não é possível determinar se existe uma relação temporal entre envelhecimento ativo, qualidade de vida e as demais variáveis analisadas.

Apesar da iniciativa brasileira de propor um instrumento para mensurar o envelhecimento ativo^{20,21}, ainda não há na literatura instrumentos validados. Não há consenso entre os autores sobre a melhor forma de realizar esta análise. Na literatura internacional, encontrou-se um modelo comunitário de prevenção de doenças crônicas para envelhecimento ativo desenvolvido e implantado no México⁴⁴ e uma escala de envelhecimento ativo para adultos tailandeses (Scale of Active Aging for Thai Adults - AAS-Thai).⁴⁵ Bowling³⁰ tem investigado o envelhecimento ativo por meio de duas perguntas: “O que, em sua opinião, são as coisas associadas a "envelhecimento ativo"?” e “Pensando nas coisas que você listou como associada ao envelhecimento ativo, você diria que você está envelhecendo 'ativamente' até agora?”.

Este estudo é um dos primeiros a propor um método específico de análise para medir o envelhecimento ativo em uma amostra de idosos brasileiros. Utilizou-se a análise de segmentação e discriminante canônica para compilar os testes de rastreio usados em pesquisas

com idosos (capacidade funcional, capacidade cognitiva, percepção de saúde, sintomas depressivos e funcionalidade familiar) em uma medida única para envelhecimento ativo. Esta análise foi efetuada para criar dois grupos internamente mais homogêneos. Encontramos classificação correta de 100% e alto coeficiente de correlação (0,90), indicando que a medida de envelhecimento ativo para os idosos desta amostra é estaticamente confiável ($p=0,000$).

Este estudo é um dos poucos estudos realizados com uma amostra probabilística de idosos vivendo em comunidade sem déficits cognitivos e/ou físicos significativos com número suficiente de participantes para realizar uma análise estatística separada por gênero. Esta amostra corresponde a 10% de todos os idosos do município.

Conclui-se que qualidade de vida e a participação em grupos são os principais determinantes de envelhecimento ativo, e que os demais fatores associados são diferentes para cada gênero. Sugere-se que futuras pesquisas englobem outros testes de força, mobilidade e equilíbrio na construção de uma escala psicométrica que possibilite medir ainda melhor o nível de envelhecimento ativo entre idosos vivendo em comunidade. Além disso, seria interessante incluir mais variáveis relacionadas aos aspectos culturais (etnia, origem, religiosidade e espiritualidade) e aspectos pessoais (imagem corporal, sexualidade, fatores genéticos e psicológicos).

Nesse contexto, espera-se que as diferenças de gênero sejam ainda mais marcantes na avaliação dos determinantes do envelhecimento ativo na vida dos idosos e sua repercussão em sua qualidade de vida.

COLABORADORES

ACVC participou da concepção, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. AMDV e EFF participaram da interpretação dos dados e revisão crítica do artigo. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo.

AGRADECIMENTOS

À CAPES e ao CNPq pelo financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. World Health Organization. (S, Gontijo Trad.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); 2005. [acessado 2010 maio 28]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/svs/pub/pdfs/envelhecimento_ativo.pdf.
2. Silva HS, Lima, A.M.M.; Galhardoni, R. Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectiva. *Interface - Comunic., Saude, Educ.* 2010 out.-dez.; 14(35):867-877.
3. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995; 41(10):1403-1410.
4. Martins JJ, Schneider DG, Coelho FL, Nascimento ERP, Albuquerque GL, Erdmann AL et al. Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(3):265-271.
5. Lowsky DJ, Olshansky SJ, Bhattacharya J, Goldman DP: Heterogeneity in healthy aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2014,69:640-649.

6. Hekmatpou D, Shamsi M, Zamani M: The effect of a healthy lifestyle program on the elderly's health in Arak. *Indian J Med Sci* 2013,67:70-77.
7. De Luca d'Alessandro E, Bonacci S, Giraldi G: Aging populations: the health and quality of life of the elderly. *Clin Ter* 2011,162:e13-18.
8. Lei nº 7804 de 14 de outubro de 2009 de Sete Lagoas. *Define as Regiões Administrativas - RA no perímetro urbano do distrito sede do município de Sete Lagoas*. [acessado 2011 abril 07]. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/834407/lei-7804-09-sete-lagoas>.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Índice Provisório População 2011. Censo Demográfico 2010*. [acessado 2011 abril 07]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/MG2010.pdf>.
10. Santos JLF, Lebrão ML, Duarte YAO, Lima FD. Functional performance of the elderly in instrumental activities of daily living: an analysis in the municipality of São Paulo, Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(4):879-886.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Ficha da PNAD 2011*. [acessado 2011 abril 07]. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_anual/2011/q_pnad2011.pdf.
12. World Health Organization (WHO). *Oral health surveys: basic methods*. 4thEd. Geneva: World Health Organization (WHO); 1997. Disponível em: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OH_st_Esurv.pdf.
13. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr* 2003, 61(3B):77-81.
14. Quiroga P, Albala C, Klaasen. Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad, en Chile. *Rev Med Chil* 2004; 132(4):467-478.

15. Almeida OP, Almeida AS. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr* 1999; 57(2B):421-426.
16. Duarte YAO, Lebrão ML, Lima FD. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. *Pan Am J Public Health* 2005; 17(5/6):370-378.
17. Hair JF, Black WC, Babin JB, Anderson RE, Tatham RL. *Multivariate Data Analysis*. New Jersey: PrenticeHall; 2006.
18. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQoL-bref. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(2):178-183.
19. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM: Development of the WHOQoL-old module in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(5):785-791.
20. Farias RG, Santos SMA. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. *Texto Contexto Enferm* 2012; 21(1): 167-176.
21. Vicente FR, Santos SMA. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. *Texto Contexto Enferm* 2013; 22(2): 370-378.
22. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. 2th ed. New York: John Wiley and Sons Inc; 1989.
23. Pregibon D. *Logistic Regression Diagnostics*. Mineapolis: Annals of Statistic; 1981.
24. Oliveira SES, Hohendorff JV, Müller JL, Bandeira DR, Koller SH, Fleck MPA, Trentini CM. Associations between self-perceived quality of life and socio-demographic, psychosocial, and health variables in a group of elderly. *Cad Saúde Pública* 2013; 29(7):1437-1448.

25. Trentini CM, Chachamovich E, Wagner GP, Müller DH, Hirakata VN, Fleck MPA. Quality of life (QoL) in a Brazilian sample of older adults: the role of sociodemographic variables and depression symptoms. *Appl Res Qual Life* 2011; 6(3):291-309.
26. Alexandre TS, Cordeiro RC, Ramos LR. Factors associated to quality of life in active elderly. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(4):613-621.
27. Bowling A, Banister D, Sutton S, Evans O, Windsor J. A multidimensional model of the quality of life in older age. *Aging Ment Health* 2002; 6(4):355-371.
28. Fernandes MGM. Papéis sociais de gênero na velhice: o olhar de si e do outro. *Rev Bras Enferm.* 2009; 62(5):705-710.
29. Figueiredo MLF, Tyrrel MA, Carvalho CMRG, Luz MHBA, Amorim FCM, Loiola NLA. As diferenças de gênero na velhice. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60(4):422-427.
30. Bowling A. Perceptions of active ageing in Britain: divergences between minority ethnic and whole population samples. *Age Ageing* 2009; 38(6):703-710.
31. de Moraes JF, de Azevedo e Souza VB. Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005; 27(4):302-308.
32. Figueira HA, Giani TS, Beresford H, Ferreira MA, Mello D, Figueira AA, Figueira JA, Dantas EH. Quality of life (QOL) axiological profile of the elderly population served by the Family Health Program (FHP) in Brazil. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009; 49(3):368-372.
33. Kirchengast S, Haslinger B. Gender differences in health-related quality of life among healthy aged and old-aged Austrians: cross-sectional analysis. *Gend Med.* 2008; 5(3):270-278.
34. Cherepanov D, Palta M, Fryback DG, Robert SA, Hays RD, Kaplan RM. Gender differences in multiple underlying dimensions of health-related quality of life are associated with sociodemographic and socioeconomic status. *Med Care.* 2011; 49(11):1021-1030.

35. Kishimoto Y, Suzuki E, Iwase T, Doi H, Takao S. Group involvement and self-rated health among the Japanese elderly: an examination of bonding and bridging social capital. *BMC Public Health*. 2013; 13:1189. [acessado 2014 setembro 15]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3878629/pdf/1471-2458-13-1189.pdf>.
36. Camarano AM. *Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA; 2004.
37. Gontijo EEL, Gontijo M, Lourenço AFE, Inocente NJ. O capital social de idosos atendidos no ambulatório do Centro Universitário UNIRG na cidade de Gurupi, Tocantins. *Saud. Pesq*. 2013; 6(1):43-51. [acessado 2014 setembro 15]. Disponível em: <http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/view/2482/1844>.
38. Geib LLTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciênc. saúde coletiva* 2012; 17(1):123-133.
39. Ribeiro PCC, Neri AL, Cupertino APFB Yassuda MS. Variabilidade no envelhecimento ativo segundo sexo, idade e saúde. *Psicol. estud*. 2009; 14(3):501-509.
40. Ferreira OGL, Maciel SC, Costa SMG, Silva AO, Moreira MASP. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto Contexto Enferm*. 2012; 21(3):513-518.
41. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(2):127-141.
42. Dollard J, Braunack-Mayer A, Horton K, Vanlint S. Why older women do or do not seek help from the GP after a fall: a qualitative study. *Fam Pract*. 2014 Jan 13.
43. Nicolussi AC, Fhon JRS, Santos CAV, Kusumota L, Marques S, Rodrigues RAP. Qualidade de vida em idosos que sofreram quedas: revisão integrativa da literatura. *Ciênc. saúde coletiva* 2012; 17(3):723-730.
44. Mendoza-Núñez VM, Martínez-Maldonado Mde L, Correa-Muñoz E. Implementation of an active aging model in Mexico for prevention and control of chronic diseases in the elderly.

BMC Geriatr. 2009; 9:40. [acessado 2014 setembro 15]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2739527/pdf/1471-2318-9-40.pdf>.

45. Thanakwang K, Isaramalai SA, Hatthakit U. Development and psychometric testing of the active aging scale for Thai adults. *Clin Interv Aging.* 2014; 9:1211-1221. [acessado 2014 setembro 15]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4116362/pdf/cia-9-1211.pdf>.

Tabela 1 Fatores transversais, comportamentais, pessoais, ambiente físico, ambiente social, econômico, sistemas de saúde e serviço social de idosos residentes em comunidade de Sete Lagoas, Minas Gerais, Brasil em função do gênero, 2012.

	Masculino		Feminino		p-valor
	n	%	n	%	
Fatores transversais					
Naturalidade					
Sete Lagoas	235	28,5	362	29,6	0,859
Outra cidade mineira	561	67,9	818	66,8	
Outro estado	30	3,6	45	3,7	
Faixa etária					
60-74 anos	585	70,8	842	68,7	0,305
≥ 75 anos	241	29,2	384	31,3	
Cor da pele					
Branca	298	36,4	421	34,7	0,585
Preta/Parda	132	16,1	188	15,5	
Outras	389	47,5	605	49,8	
Estado civil					
Casado	615	74,5	469	38,3	<0,001
Separado/solteiro/viúvo	211	25,5	754	61,7	
Religião					
Católica	664	80,4	925	75,4	<0,001
Evangélica	115	13,9	263	21,5	
Espírita	13	1,6	09	0,7	
Outra	06	0,7	16	1,3	
Sem religião	28	3,4	13	1,1	
Fatores relacionados aos sistemas de saúde					
Consulta médica					
Sim	700	84,7	1107	90,3	<0,001
Não	126	15,3	119	9,7	
Plano de saúde					

Sim	466	56,4	761	62,1	0,012
Não	360	43,6	465	37,9	
Serviço de saúde					
Público	477	57,7	676	55,1	0,261
Plano/Convênio	242	29,3	401	32,7	
Particular	107	13,0	149	12,2	
Fatores comportamentais					
Fumo					
Sim	143	17,3	82	6,7	<0,001
Não	683	82,7	1144	93,3	
Álcool					
Sim	257	31,1	126	10,3	<0,001
Não	569	68,9	1100	89,7	
Atividade física					
Sim	216	26,2	329	26,8	0,760
Não	610	73,8	897	73,2	
Medicamento					
Sim	579	70,1	973	79,4	<0,001
Não	247	29,9	253	20,6	
Perda de apetite					
Sim	179	21,7	390	31,8	<0,001
Não	647	78,3	836	68,2	
Edentulismo					
Sim	520	63,0	843	68,8	0,008
Não	305	37,0	382	31,2	
Fatores pessoais					
Satisfação com a vida					
Feliz	706	85,5	968	79,0	0,001
Nem feliz, nem infeliz	98	11,9	215	17,5	

Infeliz	22	2,7	43	3,5	
Fatores relacionados ao ambiente físico					
Área					
Urbana	724	87,7	1089	88,8	0,440
Rural/distrito	102	12,3	137	11,2	
Domicilio					
Próprio	739	89,5	1094	89,2	0,010
Alugado	33	4,0	67	5,5	
De parentes	36	4,4	57	4,6	
Outro	18	2,2	08	0,7	
Esgoto canalizado					
Sim	761	92,1	1158	94,5	0,044
Não	65	7,9	68	5,5	
Tipo de construção domicílio					
Concreto	826	100,0	1222	99,7	0,153
Outros	00	0,0	04	0,3	
Abastecimento de água					
Canalizado	806	97,6	1204	98,2	0,077
Outros	20	2,4	22	1,8	
Sanitário no domicilio					
Sim	818	99,0	1222	99,7	0,411
Não	08	1,0	04	0,3	
Coleta de lixo					
Sim	719	87,0	1082	88,3	0,643
Não	107	13,0	144	11,7	
Eletricidade					
Sim	825	99,9	1225	99,9	<0,001
Não	01	0,1	01	0,1	

Quedas					
Sim	196	23,7	461	37,6	0,072
Não	630	76,3	765	62,4	
Fatores relacionados ao ambiente social					
Escolaridade					
Analfabeto	240	29,1	339	27,7	0,224
1 grau	500	60,5	782	63,8	
2 grau	86	10,4	105	8,6	
Arranjo domiciliar					
Mora com cônjuge	616	74,6	449	36,6	<0,001
Arranjos mistos	121	14,6	547	44,6	
Mora sozinho	79	9,6	198	16,2	
Participação em grupos					
0	662	80,1	941	76,8	0,072
≥1	164	19,9	285	23,2	
Amigos					
0	122	14,8	159	13,0	0,325
1-10	431	52,2	677	55,2	
≥11	273	33,1	390	31,8	
Confiança					
Sim	111	13,4	195	15,9	0,130
Não	715	86,6	1031	84,1	
Percepção da segurança					
Seguro	397	48,1	491	40,0	<0,001
Nem seguro, nem inseguro	145	17,6	211	17,2	
Inseguro	284	34,4	524	42,7	

Fatores econômicos

Renda

≤ R\$622,00	480	58,1	877	71,5	<0,001
>R\$622,00	346	41,9	349	28,5	
Aposentado					
Sim	699	84,6	819	66,8	<0,001
Não	127	15,4	407	33,2	

Tabela 2. Fatores associados ao envelhecimento ativo entre mulheres idosas residentes em comunidade. Sete lagoas-MG, 2012.

Fatores determinantes	Envelhecimento				OR bruto (IC95%)	p-valor
	Normal (N=635)		Ativo (N=591)			
	n	%	n	%		
QUALIDADE DE VIDA						
Domínio Físico*	53,80 (±16,86)		68,78 (±14,32)		1,05 (1,04-1,06)	0,000
Domínio Psicológico*	61,90 (±15,71)		71,96 (±11,88)		1,01 (1,00-1,03)	0,023
Domínio Relações Sociais*	65,93 (±15,54)		70,97 (±14,04)		0,99 (0,98-1,00)	0,202
Domínio Ambiental*	56,68 (±12,77)		64,19 (±12,17)		1,01 (0,99-1,02)	0,248
Escore total*	61,90 (±11,27)		70,23 (±10,99)		1,03 (1,01-1,04)	0,001
FATORES TRANSVERSAIS						
Naturalidade						
Sete Lagoas	181	28,5	181	30,6	1,66 (0,87-3,19)	0,125
Outra cidade mineira	424	66,9	394	66,7	1,56 (0,83-2,93)	0,168
Outro estado	29	4,6	16	2,7	1	
Faixa etária						
60-74 anos	434	68,3	408	69,0	1,03 (0,80-1,33)	0,794
≥ 75 anos	201	31,7	183	31,0	1	
Cor da pele						
Branca	213	33,8	208	35,7	1,03 (0,80-1,32)	0,842
Preta/Parda	103	16,3	85	14,6	0,90 (0,65-1,26)	0,546

Outras	315	49,9	290	49,7	1	
Estado civil						
Casado	234	37,0	235	39,8	1,12 (0,88-1,42)	0,361
Separado/solteiro/viúvo	399	63,0	355	60,2	1	
Religião						
Católica	466	73,4	459	77,7	1,91 (0,57-6,41)	0,297
Evangélica	147	23,1	116	19,6	1,54 (0,45-5,26)	0,495
Espírita	04	0,6	05	0,8	2,44 (0,41-14,54)	0,327
Outra	10	1,6	06	1,0	1,30 (0,27-6,32)	0,744
Sem religião	08	1,3	05	0,8	1	

FATORES
RELACIONADOS AOS
SISTEMAS DE SAÚDE

Consulta médica

Sim	597	94,0	510	86,3	0,42 (0,28-0,64)	0,000
Não	38	6,0	81	13,7	1	

Plano de saúde

Sim	395	62,2	366	61,9	0,68 (0,51-0,90)	0,008
Não	240	37,8	225	38,1	1	

Serviço de saúde

Público	384	60,5	292	49,4	0,67 (0,46-0,97)	0,038
Plano/Convênio	179	28,2	222	37,6	1,34 (0,90-1,98)	0,141
Particular	72	11,3	77	13,0	1	

FATORES
COMPORTAMENTAIS

Fumo

Sim	43	6,8	39	6,6	0,92 (0,58-1,59)	0,761
Não	592	93,2	552	93,4	1	

Álcool						
Sim	60	9,4	66	11,2	0,99 (0,67-1,47)	0,966
Não	575	90,6	525	88,8	1	
Atividade física						
Sim	142	22,4	187	31,6	1,42 (1,08-1,85)	0,011
Não	493	77,6	404	68,4	1	
Medicamento						
Sim	541	85,2	432	73,1	0,50 (0,37-0,67)	0,000
Não	94	14,8	159	26,9	1	
Perda de apetite						
Sim	265	41,7	125	21,2	0,40 (0,31-0,52)	0,000
Não	370	58,3	466	78,8	1	
Edentulismo						
Sim	456	71,8	387	65,6	0,82 (0,63-1,05)	0,116
Não	179	28,2	203	34,4	1	
FATORES PESSOAIS						
Percepção de felicidade						
Feliz	453	71,3	515	87,1	2,36 (1,23-4,50)	0,010
Nem feliz, nem infeliz	153	24,1	62	10,5	0,84 (0,42-1,69)	0,625
Infeliz	29	4,6	14	2,4	1	
FATORES RELACIONADOS AO AMBIENTE FÍSICO						
Área						
Urbana	558	87,9	531	89,8	0,80 (0,49-1,32)	0,389
Rural/distrito	77	12,1	60	10,2	1	
Domicilio						

Próprio	566	89,1	528	89,3	1,04 (0,24-4,43)	0,959
Alugado	35	5,5	32	5,4	0,98 (0,21-4,54)	0,984
De parentes	30	4,7	27	4,6	1,09 (0,23-5,06)	0,916
Outro	04	0,6	04	0,7	1	
Esgoto canalizado						
Sim	592	93,2	566	95,8	2,24 (1,08-4,63)	0,030
Não	43	6,8	25	4,2	1	
Tipo de construção domicílio						
Concreto	634	99,8	588	99,5	0,27 (0,02-3,45)	0,317
Outros	01	0,2	03	0,5	1	
Abastecimento de água						
Canalizado	622	98,0	582	98,5	0,95 (0,32-2,81)	0,928
Outros	13	2,0	09	1,5	1	
Sanitário no domicílio						
Sim	634	99,8	588	99,5	0,26 (0,02-3,42)	0,308
Não	01	0,2	03	0,5	1	
Coleta de lixo						
Sim	558	87,9	524	88,7	1,04 (0,70-1,55)	0,850
Não	77	12,1	67	11,3	1	
Eletricidade						
Sim	635	100,0	590	99,8	0,00 (0,00-0,00)	1,000
Não	00	0,0	01	0,2	1	
Quedas						
Sim	286	45,0	175	29,6	0,51 (0,40-0,64)	0,000
Não	349	55,0	416	70,4	1	

FATORES
RELACIONADOS AO

AMBIENTE SOCIAL

Escolaridade

Analfabeto	188	29,6	151	25,5	0,54 (0,35-0,83)	0,005
1 grau	408	64,3	374	63,3	0,48 (0,30-0,77)	0,002
2 grau	39	6,1	66	11,2	1	

Arranjo domiciliar

Mora com cônjuge	227	36,4	222	38,9	1,16 (0,83-1,64)	0,381
Arranjos mistos	290	46,5	257	45,1	1,07 (0,76-1,49)	0,704
Mora sozinho	107	17,1	91	16,0	1	

Participação em grupos

0	486	76,5	455	77,0	1,10 (0,84-1,46)	0,481
≥1	149	23,5	136	23,0	1	

Amigos

0	88	13,9	71	12,0	0,75 (0,51-1,10)	0,141
1-10	367	57,8	310	52,5	0,72 (0,56-0,93)	0,013
≥11	180	28,3	210	35,5	1	

Confiança

Sim	95	15,0	100	16,9	0,93 (0,67-1,30)	0,672
Não	540	85,0	491	83,1		

Percepção da segurança

Seguro	222	35,0	269	45,5	1,67 (1,28-2,18)	0,000
Nem seguro, nem inseguro	107	16,9	104	17,6	1,30 (0,93-1,81)	0,119
Inseguro	306	48,2	218	36,9	1	

FATORES ECONÔMICOS

Renda

≤ R\$622,00	483	76,1	394	66,7	0,63 (0,49-0,81)	0,000
>R\$622,00	152	23,9	197	33,3	1	
Aposentado						
Sim	417	65,7	402	68,0	1,07 (0,84-1,36)	0,605
Não	218	34,3	189	32,0	1	

* Valores expressados em média (\pm desvio padrão)

Tabela 3. Fatores associados ao envelhecimento ativo entre homens idosos residentes em comunidade. Sete lagoas-MG, 2012.

Fatores determinantes	Envelhecimento				OR bruto (IC95%)	p-valor
	Normal (N=347)		Ativo (N=479)			
	n	%	n	%		
QUALIDADE DE VIDA						
Domínio Físico*	57,01 (±16,17)		72,03 (±12,52)		1,07 (1,05-1,08)	0,000
Domínio Psicológico*	64,53 (±15,11)		74,54 (±11,45)		1,03 (1,01-1,05)	0,001
Domínio Relações Sociais*	66,19 (±17,16)		72,48 (±13,64)		0,99 (0,98-1,01)	0,231
Domínio Ambiental*	58,58 (±12,97)		64,93 (±12,23)		1,02 (1,00-1,04)	0,032
Escore total*	63,51 (±11,39)		71,19 (±9,70)		1,03 (1,01- 1,05)	0,008
FATORES TRANSVERSAIS						
Naturalidade						
Sete Lagoas	87	25,1	148	30,9	1,02 (0,47-2,25)	0,954
Outra cidade mineira	248	71,5	313	65,3	0,80 (0,37-1,71)	0,565
Outro estado	12	3,5	18	3,8	1	
Faixa etária						
60-74 anos	235	67,7	350	73,1	1,31 (0,96-1,78)	0,091
≥ 75 anos	112	32,3	129	26,9	1	
Cor da pele						
Branca	115	33,2	183	38,7	1,29 (0,94-1,76)	0,117
Preta/Parda	58	16,8	74	15,6	1,03 (0,69-1,54)	0,894
Outras	173	50,0	216	45,7	1	
Estado civil						
Casado	253	72,9	362	75,6	1,11 (0,80-1,54)	0,531
Separado/solteiro/viúvo	94	27,1	117	24,4	1	
Religião						
Católica	274	79,0	390	81,4	1,61 (0,74-3,47)	0,227
Evangélica	46	13,3	69	14,4	1,72 (0,74-4,03)	0,207
Espírita	08	2,3	05	1,0	0,75 (0,19-2,92)	0,682
Outra	04	1,2	02	0,4	0,61 (0,09-3,97)	0,604
Sem religião	15	4,3	13	2,7	1	
FATORES RELACIONADOS AOS SISTEMAS DE SAÚDE						
Consulta médica						
Sim	308	88,8	392	81,8	0,56 (0,38-0,85)	0,006
Não	39	11,2	87	18,2	1	
Plano de saúde						
Sim	205	59,1	261	54,5	0,73 (0,52-1,03)	0,069
Não	142	40,9	218	45,5	1	
Serviço de saúde						

Público	199	57,3	278	58,0	1,19 (0,77-1,84)	0,436
Plano/Convênio	97	28,0	145	30,3	1,53 (0,95-2,46)	0,081
Particular	51	14,7	56	11,7	1	
FATORES COMPORTAMENTAIS						
Fumo						
Sim	73	21,0	70	14,6	0,64 (0,43-0,95)	0,025
Não	274	79,0	409	85,4	1	
Álcool						
Sim	111	32,0	146	30,5	0,90 (0,65-1,25)	0,544
Não	236	68,0	333	69,5	1	
Atividade física						
Sim	66	19,0	150	31,3	1,82 (1,29-2,56)	0,001
Não	281	81,0	329	68,7	1	
Medicamento						
Sim	268	77,2	311	64,9	0,57 (0,41-0,80)	0,001
Não	79	22,8	168	35,1	1	
Perda de apetite						
Sim	114	32,9	65	13,6	0,36 (0,25-0,51)	0,000
Não	233	67,1	414	86,4	1	
Edentulismo						
Sim	227	65,6	293	61,2	0,92 (0,68-1,25)	0,594
Não	119	34,4	186	38,8	1	
FATORES PESSOAIS						
Percepção de felicidade						
Feliz	267	76,9	439	91,6	5,59 (2,04-15,33)	0,001
Nem feliz, nem infeliz	63	18,2	35	7,3	1,89 (0,64-5,56)	0,248
Infeliz	17	4,9	05	1,0	1	
FATORES RELACIONADOS AO AMBIENTE FÍSICO						
Área						
Urbana	309	89,0	415	86,6	0,88 (0,46-1,68)	0,700
Rural/distrito	38	11,0	64	13,4	1	
Domicílio						
Próprio	300	86,5	439	91,6	2,57 (0,96-6,87)	0,060
Alugado	14	4,0	19	4,0	2,44 (0,74-8,08)	0,143
De parentes	22	6,3	14	2,9	1,13 (0,34-3,71)	0,842
Outro	11	3,2	07	1,5	1	
Esgoto canalizado						
Sim	324	93,4	437	91,2	0,95 (0,40-2,27)	0,914
Não	23	6,6	42	8,8	1	
Tipo de construção domicílio						
Concreto	347	100,0	479	100,0
Outros	0,0	0,0	0,0	0,0		
Abastecimento de água						
Canalizado	341	98,3	465	97,1	0,59 (0,17-2,09)	0,412
Outros	6	1,7	14	2,9	1	
Sanitário no domicílio						

Sim	345	99,4	473	98,7	0,37 (0,04-3,38)	0,375
Não	02	0,6	06	1,3	1	
Coleta de lixo						
Sim	303	87,3	416	86,8	0,97 (0,61-1,53)	0,888
Não	44	12,7	63	13,2	1	
Eletricidade						
Sim	346	99,7	479	100,0	0,0 (0,00-0,00)	1,000
Não	01	0,3	00	0,0	1	
Quedas						
Sim	104	30,0	92	19,2	0,55 (0,40-0,76)	0,000
Não	243	70,0	387	80,8	1	
FATORES						
RELACIONADOS AO						
AMBIENTE SOCIAL						
Escolaridade						
Analfabeto	107	30,8	133	27,8	0,43 (0,25-0,73)	0,002
1 grau	218	62,8	282	58,9	0,42 (0,24-0,74)	0,003
2 grau	22	6,3	64	13,4	1	
Arranjo domiciliar						
Mora com cônjuge	252	73,3	364	77,1	1,30 (0,81-2,09)	0,285
Arranjos mistos	55	16,0	66	14,0	1,11 (0,62-1,98)	0,719
Mora sozinho	37	10,8	42	8,9	1	
Participação em grupos						
0	280	80,7	382	79,7	0,96 (0,67-1,39)	0,833
≥1	67	19,3	97	20,3	1	
Amigos						
0	50	14,4	72	15,0	0,98 (0,63-1,54)	0,930
1-10	185	53,3	246	51,4	0,90 (0,66-1,23)	0,504
≥11	112	32,3	161	33,6	1	
Confiança						
Sim	44	12,7	67	14,0	1,07 (0,70-1,65)	0,749
Não	303	87,3	412	86,0	1	
Percepção da segurança						
Seguro	156	45,0	241	50,3	1,24 (0,90-1,70)	0,196
Nem seguro, nem inseguro	67	19,3	78	16,3	0,97 (0,65-1,46)	0,893
Inseguro	124	35,7	160	33,4	1	
FATORES						
ECONÔMICOS						
Renda						
≤ R\$622,00	214	61,7	266	55,5	0,78 (0,59-1,03)	0,082
>R\$622,00	133	38,3	213	44,5	1	
Aposentado						
Sim	305	87,9	394	82,3	0,64 (0,43-0,95)	0,029
Não	42	12,1	85	17,7	1	

* Valores expressados em média (± desvio padrão)

Tabela 4. Associações múltiplas entre envelhecimento ativo, qualidade de vida e fatores determinantes por gênero.

Variáveis	OR ajustado	IC95%	p-valor
MASCULINO			
Domínio Físico	1,07	1,05-1,09	0,000
Domínio Psicológico	1,03	1,01-1,05	0,022
Escore total	1,03	1,01-1,05	0,021
Fumo			
Sim	0,53	0,34-0,82	0,012
Não	1		
Atividade física			
Sim	1,63	1,09-2,44	0,008
Não	1		
Perda de apetite			
Sim	0,53	0,35-0,80	0,003
Não	1		
Participação em grupos			
≥1	1,88	1,21-2,93	0,005
0	1		
Aposentado			
Sim	0,48	0,29-0,79	0,004
Não	1		
FEMININO			
Domínio Físico	1,05	1,03-1,06	0,000
Domínio Psicológico	1,01	1,00-1,03	0,040
Escore total	1,02	1,01-1,04	0,002
Perda de apetite			
Sim	0,66	0,49-0,89	0,006
Não	1		
Quedas			
Sim	0,64	0,49-0,84	0,001
Não	1		
Participação em grupos			
≥1	1,65	1,20-2,26	0,002
0	1		
Renda			
≤ R\$622,00	0,66	0,50-0,80	0,006
>R\$622,00	1		

Artigo 2

Satisfação com saúde bucal de idosos brasileiros: um estudo de sexo com modelo hierárquico

Satisfaction with oral health of Brazilian elderly: a study of gender with hierarchical model

Satisfacción con la salud oral de adultos mayores brasileños: un estudio del género con el modelo jerárquico

Ana Cristina Viana Campos

Andréa Maria Duarte Vargas

Efigênia Ferreira e Ferreira

Resumo

Os objetivos do presente estudo foram identificar as diferenças de sexo em relação aos fatores associados à satisfação com saúde bucal de idosos e estimar a prevalência de edentulismo por sexo e faixa etária. Foram incluídos 2052 idosos com 60 anos e mais de idade residentes em Sete Lagoas, MG. A regressão de Poisson foi utilizada para estimar a prevalência de edentulismo por sexo e faixa etária. A associação entre satisfação bucal e as variáveis independentes foi realizada por meio da regressão ordinal seguindo um modelo hierárquico multidimensional. A prevalência de edentulismo nos sexos masculino e feminino foi 63,0% e 68,8%, respectivamente. A maioria dos idosos do sexo masculino (63,0%) e feminino (57,0%) estava satisfeita com a saúde bucal. O modelo final ajustado, para ambos os sexos, foi formado por variáveis referentes ao ambiente externo, comportamentos de saúde e condições de saúde bucal. Conclui-se que a satisfação com a saúde bucal dos idosos deste estudo é diferente entre os sexos e influenciada fortemente pelas condições de saúde bucal e comportamentos de saúde.

Descritores: Saúde bucal, satisfação, autoimagem, idoso

Abstract

The objectives of this study were to identify gender differences in relation to the factors associated with satisfaction with oral health of the elderly and to estimate the prevalence of

edentulism by gender and age. We included 2052 elderly aged 60 and older residing in Sete Lagoas, MG. A Poisson regression analysis was used to estimate the prevalence of edentulism by gender and age. The association between oral satisfaction and independent variables was performed using the ordinal regression following a hierarchical multidimensional. The prevalence of edentulism in males and females was 63.0% and 68.8%, respectively. Most elderly males (63.0%) and female (57.0%) are satisfied with their oral health. The final adjusted model, for both genders, was formed by variables related to external environment, health behaviors and oral health conditions. We concluded that satisfaction with the oral health of the elderly in this study is different between genders and strongly influenced by oral health status and health behaviors.

Resumen

Los objetivos de este estudio fueron identificar las diferencias de género en relación con los factores asociados a la satisfacción con la salud oral de los ancianos y para estimar la prevalencia de edentulismo por género y edad. Se incluyó a 2.052 personas mayores de 60 años y más que reside en Sete Lagoas, MG. Un análisis de regresión de Poisson se utilizó para estimar la prevalencia de edentulismo por género y edad. La asociación entre la satisfacción oral y las variables independientes se realizó mediante la regresión ordinal tras una multidimensional jerárquica. La prevalencia de edentulismo en hombres y mujeres era 63,0% y 68,8%, respectivamente. La mayoría de los hombres de edad avanzada (63,0%) y mujeres (57,0%) estaban satisfechos con su salud oral. El modelo ajustado final, para ambos sexos, fue formado por las variables relacionadas con el entorno externo, las conductas de salud y las condiciones de salud bucal. Se concluye que la satisfacción con la salud bucal de los ancianos en este estudio es diferente entre los sexos y fuertemente influenciados por el estado de salud oral y las conductas de salud.

Introdução

O último levantamento epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde em 2010 indica um panorama ainda crítico para os idosos brasileiros, com elevada perda dentária e edentulismo¹. Um estudo de revisão sistemática sobre saúde bucal dos idosos brasileiros revelou uma prevalência de edentulismo média de 60,13% e elevado uso de prótese nas diferentes populações e contextos abordados².

Diante desse quadro, se faz cada vez mais necessário o desenvolvimento de ações sociais de prevenção, diagnóstico e intervenção³. Apesar dos resultados positivos da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente – junto à estratégia de Saúde da Família, o uso dos serviços odontológicos é muito baixo entre idosos e pouco se sabe em que medida este estava relacionado à percepção da necessidade de tratamento odontológico e à autopercepção da saúde bucal⁴.

A obtenção de dados epidemiológicos por meio de índices e indicadores quantitativos é importante, mas leva em conta apenas a visão do profissional⁵. Considerando-se que o comportamento dos indivíduos é condicionado por suas percepções e pela importância dada a elas, a avaliação da autopercepção das condições de saúde bucal representa um ganho substancial para o planejamento dos serviços de saúde bucal⁶.

A utilização dos modelos sociológicos de interação entre variáveis subjetivas e objetivas para o estudo da percepção e autoavaliação da saúde bucal da população idosa vêm ganhando repercussão internacional^{7,8}. Esses modelos levam em consideração as características individuais, ambientais, sócio-comportamentais e culturais, as condições clínicas, e também a experiência subjetiva dos indivíduos sobre o seu bem-estar funcional, social e psicológico, refletindo a natureza multidimensional da autoavaliação da saúde bucal^{9,11}.

Concomitantemente, estudos nacionais têm evidenciado que o envelhecimento é diferente para homens e mulheres¹², mas os estudos de sexo ainda são escassos e recentes na literatura¹³. Em relação à saúde bucal, a maioria dos estudos aborda apenas o perfil epidemiológico bucal¹⁴, com amostras não comparáveis entre os sexos^{15,16}, realizados com idosos institucionalizados¹⁷.

Portanto, os objetivos do presente estudo são identificar as diferenças de sexo em relação aos fatores associados à satisfação com saúde bucal de idosos e estimar a prevalência de edentulismo por sexo e faixa etária.

Métodos

Desenho do estudo e participantes

Este trabalho é parte de um estudo longitudinal realizado no município de Sete Lagoas, Minas Gerais, Brasil com uma população residente de 214.152 habitantes, sendo que 10,16% tem a idade igual ou superior a 60 anos¹⁸. O município é dividido em 17 Regiões Administrativas

(criadas para substituir os limites dos 183 bairros existentes no município)¹⁹, três áreas urbanas isoladas, um distrito fora da sede e, área rural.

O cálculo amostral foi realizado para comparação entre sexos considerando-se a prevalência de incapacidade funcional para atividades instrumentais nos sexos masculino (86,6%) e feminino (72,9%)²⁰. O erro estimado foi de até cinco pontos percentuais, poder de teste de 80%, com intervalos de 95% de confiança (IC95%), considerando um efeito de delineamento de 2. Foi utilizado um adicional de 20% para perdas e recusas. Em seguida, a amostra de cada grupo (homens e mulheres) foi estratificada por faixa etária em relação à população e corrigida pela probabilidade do risco de morrer, resultando em 1146 idosos.

Os critérios de exclusão adotados foram: ser residente em instituição de longa permanência no período da coleta de dados, indivíduos portadores de deficiência visual e/ou auditiva graves e não corrigidas, indivíduos com deficiência cognitiva que impeçam o entendimento e execução da entrevista e do exame clínico e indivíduos que se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A técnica de amostragem foi probabilística por conglomerados sob o critério de partilha proporcional ao tamanho (PPT) em dois estágios: setores censitários e domicílios. Os setores e domicílios foram sorteados proporcionalmente ao número de domicílios permanentes particulares ocupados por estrato (área urbana, zona rural, distrito). Por último, todos os indivíduos dos domicílios selecionados com idade igual ou superior a 60 anos que concordaram em participar foram entrevistados e examinados clinicamente.

Os exames bucais foram realizados nos domicílios dos idosos sob iluminação natural, espelho bucal plano e uma espátula de madeira. Foram consideradas perdas de entrevista/exame os casos em que o idoso não foi localizado no domicílio após três tentativas incluindo final de semana. O projeto foi divulgado junto às autoridades municipais, meios de comunicação e por meio de folder próprio.

O índice CPO, que indica o número de dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados, foi utilizado para estimar o edentulismo, segundo critérios preconizados pela Organização Mundial de Saúde²¹ (OMS) adaptado. O número de dentes perdidos foi apurado e a variável foi dicotomizada em: ausência de todos os dentes e presença de um ou mais dentes.

Foi realizada também uma avaliação clínica sobre o uso e necessidade de prótese superior e inferior. Esses dois índices não são excludentes, portanto, é possível estar usando e também

necessitar de uma prótese. Algumas condições foram estabelecidas para determinar se uma prótese em uso deve ser trocada: retenção – estava folgada ou apertada; estabilidade e reciprocidade – apresenta deslocamento ou báscula, fixação – lesiona os tecidos e, estética – apresenta manchas ou fraturas e não estava adequada ao perfil facial do paciente. Os possíveis códigos foram: 0) não usa prótese dental, 1) usa uma ponte fixa, 2) usa mais do que uma ponte fixa, 3) usa prótese parcial removível, 4) usa uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis, 5) usa prótese total, 9) sem informação. A necessidade de prótese foi avaliada por: 0) não necessita de prótese dental, 1) necessita uma prótese, fixa ou removível, para substituição de um elemento, 2) necessita uma prótese, fixa ou removível, para substituição de mais de um elemento, necessita uma combinação de próteses, fixas e/ou removíveis, para substituição de um e/ou mais de um elemento, 4) necessita prótese dental total, 9) sem informação. Neste estudo, as variáveis foram agrupadas, seguindo recomendações da OMS, para medir o “agravamento” do edentulismo²¹.

O questionário estruturado continha 50 perguntas semelhantes às da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2011 incluindo perguntas sobre estilo de vida e acesso e utilização de serviços de saúde bucal. Para as variáveis relacionadas à saúde bucal utilizaram-se perguntas selecionadas do SB Brasil 2010. Para verificação da confiabilidade e desempenho dos questionários e testes nesta população, o método teste/reteste foi empregado. A fidedignidade foi avaliada pela Correlação de *Spearman* para teste de associação simples entre as variáveis do instrumento e pela Correlação *Partial Rank de Kendall* para avaliar a interferência ou não de um fator externo comum a todos os sujeitos. Obtiveram-se coeficientes de correlações superiores a 0,80 ($p < 0,001$).

O projeto piloto foi conduzido anteriormente à coleta de dados com 106 idosos (10% da amostra total) em um município vizinho, sendo que as entrevistas foram realizadas em duplicata para verificação da concordância inter e intraexaminadores, utilizando-se coeficiente Kappa. Obteve-se 92% de concordância interexaminadores e 98,5% para intraexaminadores, seguindo os parâmetros adotados pela OMS²¹.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de janeiro e julho de 2012 por uma equipe formada por três examinadores e três anotadores treinados e calibrados. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG), CAAE-0413.0.203.000-11.

Satisfação com saúde bucal

A variável dependente estudada – satisfação com a saúde bucal – foi obtida por meio da resposta à seguinte pergunta: “Com relação aos seus dentes/boca o Sr(a) estava”. As respostas foram agregadas em três categorias: “insatisfeito” (união de muito insatisfeito a insatisfeito), “nem insatisfeito nem satisfeito” e, “satisfeito” (união de muito satisfeito a satisfeito). Essa agregação permite investigar os fatores associados à percepção negativa da saúde bucal em idosos, sem perder o caráter ordinal entre as categorias da variável⁷.

Modelo teórico conceitual

O presente estudo utilizou o modelo comportamental em saúde²² adaptado por Martins et al.²³ para investigar os fatores associados ao grau satisfação bucal em idosos. Esse modelo foi desenvolvido para explicar os comportamentos de saúde e resultados de saúde por meio de “sistemas”. As variáveis exógenas, mais distais, são as características demográficas (idade, sexo, etnia). O modelo comportamental expandido conceitua os comportamentos de saúde (práticas de higiene bucal e utilização de serviços odontológicos) e os determinantes primários (características do ambiente externo e recursos socioeconômicos) como variáveis intermediárias, que por sua vez influenciam os resultados de saúde oral (avaliada, percebida, satisfação do indivíduo).

As variáveis independentes foram agrupadas em seis níveis hierárquicos distintos entre distal, intermediário e proximal em direção ao desfecho (Figura 1). As variáveis distais, localizadas no 1º nível de análise, foram denominadas de *características individuais*: faixa etária (60 a 64 anos, 65 a 69 anos, 70 a 74 anos, 75 a 79 anos, 80 anos e mais); cor da pele auto relatada (branca, preta, amarela, parda, indígena). O *ambiente externo* foi avaliado pela localização do domicílio (urbana, rural, distrito); se o idoso morava sozinho (sim, não); tempo moradia no domicílio (≤ 10 anos, 11 – 24 anos, 25 – 37 anos, 38 anos e mais); condição de propriedade do domicílio (próprio, alugado, de parentes, outro); tipo de construção do domicílio (alvenaria, outro); abastecimento de água (rede geral canalizada, poço ou nascente); presença de sanitário no domicílio (sim, não); rede de esgoto domiciliar (rede geral ou pluvial, fossa); coleta de lixo (serviço de limpeza público, outro); energia elétrica no domicílio (sim, não). A *disponibilidade de recursos* foi medida por meio do nível de escolaridade (analfabeto, 1º grau, 2º grau, graduado); renda mensal do idoso (R\$ $\leq 622,00$, R\$622,00 - 820,00, > R\$820,00); aposentado (sim, não); estado civil (casado, solteiro, viúvo, separado,); participação em grupo da terceira idade (sim, não). O 4º nível reuniu as variáveis sobre os *comportamentos de saúde*: fuma (sim, não); ingere bebidas alcoólicas (sim, não); possui algum problema para dormir

(sim, não); pratica atividade física (sim, não); teve perda de apetite nos últimos seis meses (sim, não); possui algum problema para mastigar ou deglutir os alimentos (sim, não); número de refeições diárias (uma, duas, três, 4 ou mais); ingestão diária de líquido (uma, duas, três, 4 ou mais); auto avaliação do peso (abaixo do peso, peso normal, acima do peso). As variáveis sobre o *uso de serviços odontológicos* localizaram-se no penúltimo nível de análise: visita frequente ao dentista (sim, não); plano odontológico (sim, não); tipo de serviços de saúde bucal (público, particular, plano/convênio, outro); consulta dentista nos últimos seis meses (sim, não); motivo consulta ao dentista (dor, prevenção, tratamento, não consultou). Finalmente, no nível proximal localizaram-se as *condições de saúde bucal*: edentulismo (sim, não); autoavaliação da necessidade de usar/trocar prótese (sim, não); avaliação clínica do uso e necessidade de prótese superior (não usa e não necessita, não usa e necessita, usa e não necessita, usa e necessita); avaliação clínica do uso e necessidade de prótese inferior (não usa e não necessita, não usa e necessita, usa e não necessita, usa e necessita).

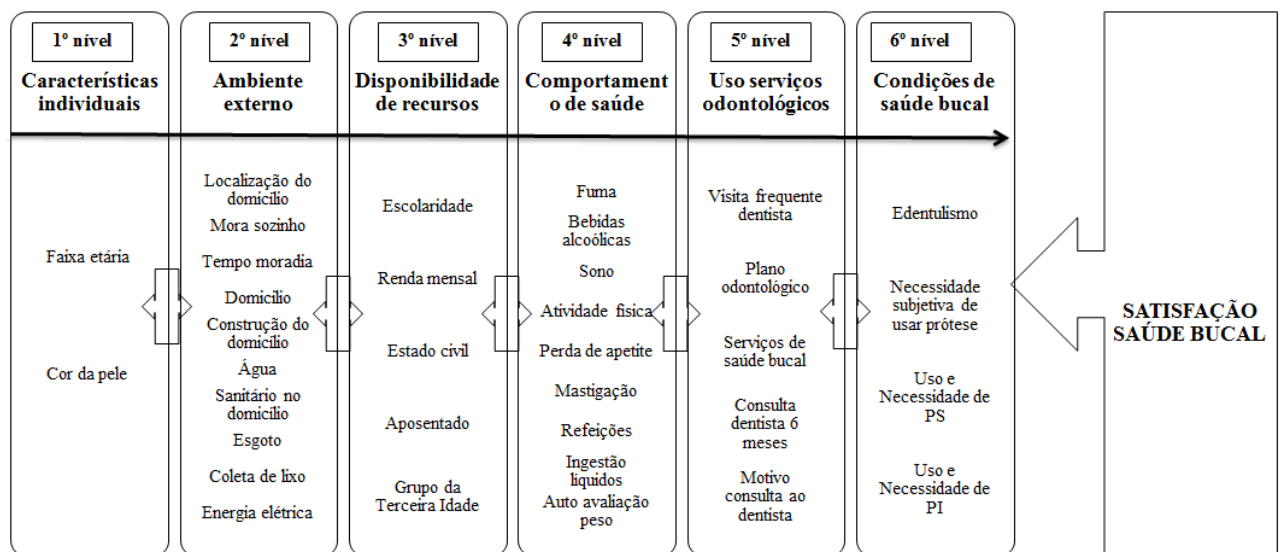


Figura 1. Modelo hierárquico para análise de dados adaptado por Martins et al.²³

Legenda: PS: prótese superior; PI: prótese inferior.

Análise dos dados

Inicialmente realizou-se uma análise descritiva da amostra, estratificada por sexo. A análise de regressão de Poisson foi utilizada para estimar a prevalência de edentulismo por sexo e faixa etária. A satisfação bucal e a necessidade subjetiva de prótese para cada grupo (homens,

mulheres e total) foi comparado em relação ao edentulismo. Os resultados foram expressos como *Odds Ratio* (OR) e 95% intervalos de confiança (IC).

Muitas variáveis de interesse são ordinais, mas, apesar de ser possível classificar os valores, a real distância entre as categorias é desconhecida²⁵. Entretanto, os estudos vêm utilizando modelos multinominais que ignoram qualquer ordenação de valores¹¹ ou transformam a variável dependente em nominal dicotômica^{9,10}. Para esse estudo, optou-se por aplicar o modelo PLUM (*Polytomous Universal Model*) que incorpora a natureza ordinal da variável dependente na análise. Sendo assim, foi realizada uma regressão logística ordinal (modelo “*Odds Proporcional*” e função *Logit*). Esse modelo compara a probabilidade de uma resposta igual ou inferior a uma dada categoria com a probabilidade de uma resposta maior baseado no cálculo da OR bruta e ajustada²⁴. Para obter um modelo ordinal adequado, é recomendado executar uma análise univariada para seleção dos efeitos principais e incluir no modelo apenas as variáveis significativamente associadas ao desfecho com um nível de significância pré-fixado. Em seguida, ajusta-se o modelo verificando sua adequação por meio dos testes e interpretar o modelo por meio da estimativa de OR²⁵.

Para identificar os fatores associados à satisfação com saúde bucal, realizou-se uma análise univariada para cada variável independente e, posteriormente, em cada bloco de associação. Dentro de cada nível hierárquico, as variáveis com $p < 0,20$ foram testadas em modelos múltiplos. Ao final, as variáveis com $p < 0,05$ permaneceram no modelo final de cada nível e foram consideradas fatores de ajuste para os blocos subsequentes. Para estimar as probabilidades do ponto de corte da variável dependente, o modelo construído apresenta limiares (*thresholds*) para as categorias inferiores (“insatisfeito”, “nem insatisfeito nem satisfeito”) em relação à de maior ordem (“satisfeito”). Para além desta utilização, o seu interesse é reduzido^{24,25}.

Considerando-se que a depressão e ansiedade afetam a auto avaliação/percepção de saúde na população idosa²⁶, foi realizado um ajuste no modelo final considerando-se a presença de depressão medida pela Escala Geriátrica de Depressão versão curta com 15 itens (GDS-15)²⁷.

Todas as análises foram realizadas para homens e mulheres separadamente. Os testes de homogeneidade dos declives e de multicolinearidade foram realizados com ajuste de Pearson para analisar a validade do modelo construído. Algumas variáveis (cor da pele, domicílio, escolaridade) apresentaram número reduzido de observações ao se adotar estratificação por sexo e o modelo ordinal. Para verificar a possível interferência desse fator, utilizou-se a

análise dos resíduos para dados ordinais proposta por McCullagh²⁸. Esses testes evidenciaram que o modelo tinha todos os pressupostos satisfeitos. O efeito do desenho amostral complexo foi considerado em todas as análises realizadas, utilizando-se o software estatístico SPSS versão 18.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos).

Resultados

Entre os domicílios sorteados para obter a amostra de idosos, 27 idosos haviam mudado de endereço, 38 não foram localizados, 35 faleceram no período de coleta de dados, totalizando uma perda de 4,8%. Entre os idosos encontrados nos domicílios, houve 5,8% de recusa e 1,2% de perdas por outros motivos. Dos idosos entrevistados, 25 entrevistas foram realizadas com o cuidador do idoso, devido a dificuldades físicas e/ou mentais, não tendo sido, por esse motivo, incluídos nesta análise. Portanto, a amostra do presente estudo foi constituída por 2.052 indivíduos.

Em relação à satisfação com saúde bucal, 25,9% dos idosos estavam insatisfeitos, 14,7% nem insatisfeito nem satisfeito e 59,4% estavam satisfeitos. No grupo insatisfeito com a saúde bucal (531 idosos), a maioria era do sexo feminino (65,3%), tinha menos de 70 anos de idade (59,2%), edêntulo (58,7%) e acham que é necessário trocar/usar prótese (69,7%).

Na análise por sexo, observou-se que a maioria dos idosos do sexo masculino (63,0%) e feminino (57,0%) estava satisfeita com a saúde bucal. Em relação à faixa etária, os idosos mais velhos estavam mais satisfeitos para ambos os sexos (resultados não apresentados).

A prevalência de edentulismo nos sexos masculino e feminino foi 63,0% e 68,8%, respectivamente, sendo que houve diferença entre os sexos apenas na faixa etária de 65 a 69 anos de idade (RP=1,13; p=0,026). Evidenciou-se ainda um aumento dessa prevalência devido ao aumento da idade, sendo 85,5% entre as mulheres e 66,1% para os homens com 80 anos e mais de idade. De acordo com modelo de Poisson, não houve diferença de prevalência de edentulismo estaticamente significativa entre as faixas etárias para o sexo masculino. No sexo feminino, a prevalência de edentulismo nas faixas etárias 60 a 64 anos e 65 e 69 anos de idade é 1,20 e 1,23 maiores, respectivamente, quando comparados às idosas com 80 anos e mais (Tabela 1).

Na análise univariada, a satisfação com saúde bucal estabeleceu uma relação direta estaticamente significativa com a faixa etária dos idosos em ambos os sexos, sendo que quanto mais velho o idoso, mais satisfeito ele estava com a saúde bucal. Para o sexo masculino, a

maioria das variáveis referentes ao ambiente externo, disponibilidade de recursos e uso serviços odontológicos não esteve associada à satisfação com saúde bucal. Na análise por nível, verifica-se que para ambos os sexos todas as variáveis referentes às condições de saúde bucal foram significativamente associadas ao desfecho (resultados não apresentados).

As tabelas 2 e 3 revelaram que o modelo, para ambos os sexos, foi formado por variáveis referentes às características individuais, ao ambiente externo, comportamentos de saúde e condições de saúde bucal. Para o sexo feminino, a variável sobre plano odontológico também permaneceu associada ao desfecho. A chance de o idoso edêntulo estar satisfeito com a saúde bucal é de 60,0% ($p=0,003$) para homens e 55,0% ($p<0,0001$) para mulheres quando comparados aos idosos dentados. A autoavaliação de necessidade de prótese permaneceu inversamente associada ao desfecho para homens ($OR=5,08$; $p=0,001$) e mulheres ($OR=4,66$; $p<0,0001$). Os idosos do sexo masculino que não usam e necessitam de algum tipo de prótese tiveram 2,54 mais chances de estarem menos satisfeitos com a saúde bucal quando comparados àqueles que usam e necessitam trocar as próteses ($p<0,0001$).

Os limiares que separam a categoria “insatisfeito” da “nem satisfeito, nem satisfeito” foram 2,4 e 2,2 vezes maiores em relação à categoria “satisfeito”, para os sexos masculino e feminino, respectivamente (Tabelas 2 e 3).

Após o ajuste pela variável depressão, a faixa etária e a presença de sanitário no domicílio foram excluídas no modelo final para o sexo masculino (Tabelas 2). Em relação ao sexo feminino, a cor da pele auto relatada, auto avaliação do peso, número de refeições por dia não se mantiveram associadas no modelo ajustado (Tabelas 3).

Discussão

Devido à sua importância para avaliar os aspectos subjetivos de saúde bucal, a autoavaliação da saúde bucal é uma medida cada vez mais utilizada em estudos de base populacional²⁹. No Brasil, a satisfação ganhou destaque no projeto SB Brasil 2010, sendo este o principal motivo para ter-se utilizado essa variável também no presente estudo¹.

Os resultados mais importantes desse estudo se referem à análise da associação estaticamente significativa entre sexo e satisfação com a saúde bucal ($p=0,007$), sendo que as mulheres estavam menos satisfeitas quando comparadas aos homens. Esses resultados estão de acordo com os dados da Pesquisa Mundial de Saúde¹⁶. Bulgarelli e Manço³⁰ relataram maior

satisfação com a saúde bucal entre os idosos mais velhos, mas sem associação significativa com o sexo.

Por outro lado, de modo geral, a maioria dos idosos de ambos os sexos estava satisfeita com a própria saúde bucal, ainda que as condições clínicas observadas tenham mostrado precariedade, com alta prevalência de perda dentária e necessidade de tratamento odontológico restaurador e/ou reabilitador. Apenas um estudo avaliou a satisfação com saúde bucal na população idosa brasileira mostrando que 61,5% dos idosos estavam satisfeitos e/ou muito satisfeitos em relação à própria saúde bucal³⁰.

Outros estudos têm mostrado boa autopercepção da saúde bucal^{3,5,6} e autoavaliação positiva de saúde bucal em idosos^{8,9} associadas às condições de saúde bucal precárias. Esses resultados indicam que o idoso percebe sua saúde bucal de maneira peculiar refletindo atitude de resignação culturalmente difundida¹¹, especialmente quando comparados a outras faixas etárias¹⁰.

Na análise univariada, os idosos mais jovens deste estudo (idade inferior a 70 anos) estavam menos satisfeitos com a saúde bucal, quando comparados aos octogenários. Entretanto, essa associação apenas se manteve para os idosos com 60 a 64 anos de idade do sexo masculino no modelo não ajustado. Os resultados em relação à idade são controversos, alguns estudos relatam que os idosos têm uma avaliação melhor do que os mais jovens¹⁰, outros observaram uma relação inversa²⁶ e alguns não encontraram nenhuma associação significativa^{9,11}. Para Bulgarelli e Manço³⁰, os mais idosos aceitam mais facilmente os problemas da cavidade bucal como inevitáveis, e, neste contexto antagônico, relatam maior satisfação com a saúde bucal.

Neste estudo as mulheres pardas tiveram uma pior satisfação com a saúde bucal, tanto na análise por nível, mas não no modelo final ajustado. De acordo com Martins et al.⁹, a autoavaliação de saúde bucal é mais positiva entre os indivíduos brancos do que os não-brancos. Esses achados representam a importância de se reconhecer que as diferenças entre os grupos étnicos no Brasil devem ser levadas em consideração no planejamento das ações em saúde.

As condições de moradia influenciam na saúde bucal dos idosos. Entretanto, a maioria dos estudos não encontrou relação entre autoavaliação em saúde bucal e as características do ambiente externo^{9,10}.

Em relação à satisfação com saúde bucal, os idosos do sexo masculino desse estudo residentes na área urbana estavam menos satisfeitos quando comparados àqueles que vivem no distrito. Semelhante a este estudo, Martins et al.²³ encontraram associação negativa entre residir no meio rural e autopercepção boa de saúde bucal de idosos. Uma possível explicação para esses achados é que o meio social interfere de forma diferenciada a maneira pela qual os indivíduos pensam, sentem e agem a respeito de sua saúde¹¹.

A falta de saneamento básico estava ligada a piores condições de saúde geral, porém esse é um dos poucos estudos que investigou a relação entre condições e moradia e satisfação com saúde bucal. O acesso aos serviços de saneamento básico no Brasil apresenta um sério déficit distribuído de maneira desigual entre as regiões, municípios e domicílios pelo país³¹. Portanto, espera-se que municípios menores, zona rural das regiões Norte e Nordeste tem menor taxa de saneamento.

O acesso à rede pluvial de esgoto se manteve associada à satisfação com saúde bucal de maneira inversa para ambos os sexos. Os idosos que não tinham rede canalizada de esgoto têm 72,0% e 42,0% mais chance de relatarem menor satisfação com a saúde bucal, para o sexo masculino e feminino respectivamente. Uma possível explicação para esses achados podem estar relacionada às diferenças estaticamente significantes entre localização do domicílio (urbana, rural, distrito) e as condições de moradia (resultados não apresentados). O sanitário da maioria dos domicílios na área rural do município estava ligado à fossa (60,9%), em 50,0% o sanitário estava localizado fora do domicílio e a fonte de água vem de poço ou nascente. Considerando-se que outras variáveis sobre saneamento coletadas no presente estudo (abastecimento de água, presença de sanitário e energia elétrica no domicílio, coleta de lixo) não foram associadas ao desfecho, não é possível garantir uma relação precisa entre rede de esgoto e satisfação com saúde bucal desses idosos.

De modo geral, morar sozinho e o tempo de moradia não são variáveis muito utilizadas nos estudos epidemiológicos com idosos. No presente estudo, somente no modelo final ajustado para o sexo feminino, o tempo de moradia se manteve associada ao desfecho. Um estudo realizado em Campinas mostrou que o idoso que mora sozinho avalia sua saúde geral mais positivamente em relação aos que moram acompanhados³².

O perfil socioeconômico da grande maioria dos idosos brasileiros, em especial na zona rural é marcado por condições de moradia e saneamento sanitário precárias, baixo nível de renda e de escolaridade e atividade remunerada em idades avançadas³³. Além disso, sabe-se que um

maior nível de escolaridade e renda favorece maior busca por informações de saúde e uma autoavaliação mais positiva da saúde^{16,29}. Nesse contexto, esperava-se que as variáveis de disponibilidade de recursos se mantivessem associadas ao desfecho no modelo final. Apenas na análise univariada houve associação significativa inversa entre renda e satisfação com saúde bucal para os homens.

As comparações de perfil socioeconômico entre os sexos ainda são inconsistentes, pois faltam recursos metodológicos que permitam esse tipo de comparação. O Inquérito Nacional de Saúde realizado em Portugal encontrou diferenças de sexo no relacionadas ao nível socioeconômico que explicam parte das diferenças das condições de saúde analisadas³⁴. Outra investigação demonstrou que as variáveis de predisposição e de disponibilidade de recursos pouco contribuíram para a identificação dos fatores associados à autoavaliação⁹.

Os aspectos mais importantes que compõe o conceito de percepção de saúde perpassam pela compreensão dos comportamentos de saúde e qualidade de vida relacionada à saúde¹¹. Apesar disso, as variáveis que dizem respeito aos comportamentos de saúde, como tabagismo, alcoolismo, atividade física e sono não contribuíram para explicar a variabilidade do grau de satisfação bucal entre os idosos do presente estudo. Os homens fumantes tinham 1,6 mais chances ($p=0,014$) de estarem menos satisfeitos com a própria saúde bucal, mas essa associação não se manteve no modelo hierárquico.

A relação entre saúde bucal com a alimentação, mastigação, deglutição em idosos ainda é pouco explorada na literatura³⁵. Os idosos que relataram problemas para mastigar os alimentos tiveram 2,11 e 2,02 mais chances estarem menos satisfeitos com saúde bucal, para o sexo masculino e feminino, respectivamente. No modelo ajustado masculino, a perda de apetite nos últimos seis meses também se manteve associada a menor satisfação com saúde bucal. Para o sexo feminino, o maior número de refeições foi fator preditor de maior satisfação com saúde. Entretanto, quando a variável depressão foi inserida no modelo, esta associação não se manteve estaticamente significativa.

Segundo Lima et al.³⁶, os idosos se adaptam durante o processo de mastigação a fim de manter sua dieta o mais próximo possível da realizada quando jovem. Por outro lado, a perda dentária e o uso de próteses influenciam diretamente na capacidade mastigatória, percepção do sabor e textura dos alimentos, podendo resultar em menor ingestão de nutrientes, prejudicando o estado nutricional do idoso³⁷.

Para o presente estudo as questões relacionadas à alimentação e mastigação foram importantes na avaliação de satisfação com a saúde bucal. Esses resultados são diferentes de um estudo realizado na Índia no qual cerca de 30% dos idosos acham que não houve mudanças na dieta por causa da perda dentária³⁸.

Outro achado interessante desse estudo se refere à autoavaliação do peso corporal entre os idosos. Para ambos os sexos, os idosos com peso normal avaliaram mais positivamente sua saúde bucal em relação aos obesos. Entretanto, essa associação não foi forte suficiente para manter-se no modelo ajustado. A obesidade é um problema nutricional complexo que pode causar graves prejuízos à qualidade de vida³⁹, e merece uma atenção melhor por parte do profissional de saúde e da equipe interdisciplinar para se obter ações coletivas eficientes.

O uso dos serviços odontológicos é um importante preditor para uma autoavaliação positiva da saúde bucal^{16,30}. Nesse estudo, as variáveis sobre acesso e uso dos serviços odontológicos não se mantiveram associadas ao desfecho, com exceção do plano odontológico para o sexo feminino.

No último nível da análise aparecem as condições de saúde bucal, tanto as medidas objetivas (edentulismo, avaliação clínica do uso e necessidade de prótese) e a autoavaliação da necessidade de prótese. Na maioria dos estudos internacionais, quanto maior o número de dentes permanentes presentes, mais positivamente o idoso avalia sua saúde bucal²⁶. Entretanto, na presente pesquisa verificou-se que a satisfação com saúde bucal associou-se significativa e negativamente com o edentulismo, em todos os modelos da análise. No modelo ajustado, os idosos edêntulos do sexo masculino e feminino tinham 57,0% e 56,0%, respectivamente mais chance de estarem satisfeitos, quando comparados aos não-edêntulos.

Resultados semelhantes foram encontrados em dois estudos brasileiros^{6,9}. De acordo com esses autores, possivelmente os idosos desdentados avaliam positivamente a saúde bucal porque se veem livres de um ciclo de péssimas condições bucais (dentes cariados, dor de dente, exodontia, prótese). Por outro lado, em um estudo realizado em São Paulo, 49,2% dos desdentados totais estava satisfeito com a própria saúde bucal³⁰. Martins et al.²³ não encontrou nenhuma associação entre perda dentária e número de dentes com autopercepção de saúde bucal.

Alguns estudos tentaram entender essa inversão de gradiente de associação de diversas maneiras, sendo que a maioria dos autores relata que essa associação é fraca^{8,9,11,15}. Outra

possível explicação seria assumir que diferentes contextos podem influenciar na direção de associação entre percepção de saúde bucal e condições objetivas de saúde. Entretanto, falta maior poder de comparabilidade entre os estudos nacionais em relação ao grupo de pesquisadores que trabalha esse tema há muitos anos.

A avaliação da necessidade de prótese é um assunto controverso, pois os julgamentos do profissional e do idoso são, muitas vezes, completamente divergentes. Os idosos que declararam que necessitavam usar/trocar prótese estavam menos satisfeitos com a própria saúde bucal. Apesar disso, a maioria dos idosos dessa investigação que não usavam nenhum tipo de prótese e necessitam não percebeu necessidade de usá-la. Ariga et al.³⁸ mostrou que dos 70,3% dos idosos que tinham necessidade de usar prótese, apenas 14,4% percebeu a necessidade de substituir dentes perdidos. Percebe-se que os idosos têm percepções diferentes relacionadas à condição de saúde bucal e à necessidade de tratamento odontológico⁴.

Por último, destaca-se que a avaliação clínica do uso e necessidade de prótese em idosos é diferente entre as arcadas superior e inferior, especialmente em relação ao uso de prótese total⁴⁰. Nesse estudo, somente um pequeno percentual dos idosos não necessita nem usam qualquer tipo de prótese inferior (12,6%) ou superior (8,1%).

Considerando-se o impacto da saúde bucal na saúde geral e no bem estar do idoso, outro objetivo da presente investigação foi avaliar a prevalência de edentulismo dos idosos em relação ao sexo e faixa etária. A perda dentária não pode ser mais considerada uma consequência normal do envelhecimento. Trata-se de um processo cumulativo de exposição à cárie, doença periodontal, periapical ou trauma que acarreta problemas na mastigação, satisfação com a aparência dos dentes, autopercepção de saúde ruim, necessidade de reabilitação protética^{5,15}.

A prevalência de edentulismo desse estudo foi elevada (66,4%), sendo maior ainda entre as mulheres ($p=0,004$). Outra investigação também constatou uma maior perda dentária entre as mulheres¹⁴. Por outro lado, apesar de o estudo de Moreira et al.²³ ter encontrado uma prevalência de edentulismo 1,21 maior em mulheres, essa diferença não foi estaticamente significativa.

De acordo com a literatura, com aumento da idade tem-se a redução do número de dentes, aumento do índice CPO e do percentual de dentes perdidos por cárie⁴⁰. No presente estudo a razão de prevalência de edentulismo foi estaticamente maior apenas para as idosas mais

jovens, revelando muito mais uma particularidade do sexo feminino do que diferenças reais entre as cinco faixas etárias do envelhecimento. Esses resultados refletem a situação nacional⁵, mas devem ser interpretados com cautela, uma vez que a maioria da amostra deste e de diversos estudos é de mulheres. O tamanho, as estratificações e correções da amostra minimizam esses efeitos, possibilitando as comparações realizadas nesse estudo.

Em relação à utilização do modelo multidimensional por meio da regressão logística ordinal, podemos afirmar que foi possível identificar os fatores determinantes para satisfação com saúde bucal, seguindo os níveis hierárquicos teóricos de determinação de maneira independente. Nesse tipo de análise, o modelo a ser utilizado depende do caráter da variável resposta ordinal, ou seja, se essa variável foi ordenada a partir de uma variável contínua reagrupada ou se originou de uma variável discreta, como é o caso do presente estudo.

Para a variável dependente que apresenta três categorias de respostas, o modelo apresenta dois limiares (*thresholds*). Interessante observar que o ponto de corte entre a categoria do meio (nem insatisfeito nem satisfeito) e a superior (satisfeito), para o modelo feminino não foi significativo ($p=0,367$), mesmo após ajuste do modelo ($p=0,438$). Possivelmente isso indica que as idosas desses dois grupos podem ter percepções semelhantes de respostas em relação às variáveis independentes do modelo, mas não há uma base teórica concreta para garantir essa interpretação.

A taxa de resposta do presente estudo pode ser considerada alta (98,8%), sendo este um dos poucos estudos domiciliares com idosos que obteve amostra probabilística suficiente para realizar aferições e comparações por sexo. De modo geral, o perfil epidemiológico de saúde bucal de idosos no Brasil tem sido avaliado por meio de pesquisas com amostras não probabilísticas, tais como usuários de centros de saúde e centros de convivência², idosos institucionalizados¹⁷ e usando resultados referentes aos inquéritos epidemiológicos do Ministério da Saúde¹⁰. Entretanto, faz-se necessário especificar que os resultados encontrados são válidos e representativos para a população do município que vive em comunidade, sem déficits cognitivos e/ou físicos importantes.

Finalmente, é importante discutir algumas limitações do estudo. Os resultados encontrados fazem parte da linha base do projeto sobre envelhecimento ativo. Por isso, ainda não é possível determinar se existe uma relação temporal entre a satisfação com saúde bucal e as demais variáveis analisadas. Além disso, a incorporação de outras variáveis e o

geoprocessamento dos dados poderá ajudar a ampliar a discussão levantada no presente estudo.

Destaca-se ainda que a medida da satisfação com saúde bucal é influenciada diretamente pela memória do entrevistado, pelas características físicas e psicológicas dos entrevistados, e também dos aspectos contextuais e culturais de cada grupo populacional. Portanto, quantificar o que é subjetivo é sempre limitado, pois envolve valores e sentimentos que podem mudar ao longo da vida e até mesmo em um curto espaço de tempo⁹.

Em suma, o processo que relaciona a autopercepção às variáveis objetivas e subjetivas de saúde é dinâmico. Sendo assim, as ações integradas de promoção da saúde e do bem-estar que abordam, simultaneamente, os principais fatores determinantes da autopercepção de saúde poderão contribuir significativamente para qualidade de vida dos idosos^{7,23}.

Conclusão

Conclui-se que a satisfação com a saúde bucal dos idosos deste estudo é diferente entre os sexos e influenciada fortemente pelas condições de saúde bucal e comportamentos de saúde. Os fatores referentes às características individuais e uso serviços odontológicos pouco contribuíram para o entendimento da variabilidade da satisfação nos dois sexos.

Para o sexo feminino, a prevalência de edentulismo foi maior nas faixas etárias inferiores a 70 anos. Entre os homens, não se observou diferenças significantes entre as prevalências por faixa etária. Quando se comparou homens e mulheres, observou-se uma razão de prevalência maior na faixa etária entre 65 e 69 anos.

As discussões de sexo no envelhecimento precisam ser aprofundadas em relação às condições e percepção de saúde bucal, pois existem particularidades de cada grupo que podem passar despercebidas nas análises rotineiras.

Agradecimentos

ACVC recebeu auxílio para a realização da pesquisa mediante bolsa, concedida pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico na modalidade doutorado no país (nº 141307/2011-0) e o projeto foi financiado pelo CNPq (nº14/2011, protocolo 1829669704655455).

Contribuições de cada autor

ACVC realizou a coleta dos dados, análise estatística e redação do artigo. AMDV realizou a revisão crítica e intelectual do conteúdo e EFF participou da concepção do projeto e interpretação dos dados. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Projeto Técnico.<http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/download.htm>. (acessado em 24/Abr/2011).
2. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad Saúde Pública* 2005;21(6):1665-75.
3. Costa EHM, Saintrain MVL, Vieira APGF. Autopercepção da condição de saúde bucal em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Ciênc saúde coletiva*, 2010;15(6):2925-30.
4. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Fatores relacionados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos. *Rev Saúde Pública* 2008;42(3):487-96.
5. Silva DD, Sousa MRL, Wada RS. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. *Cad Saúde Pública* 2005;21(4):1251-59.
6. Haikal DS, Paula AMB, Martins AMEBL, Moreira AN, Ferreira EF. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. *Ciênc saúde coletiva* 2011;16(7):3317-29.
7. Locker D, Gibson B. Discrepancies between self-ratings of and satisfaction with oral health in two older adult populations. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33:280-8.
8. Locker D, Clarke M, Payne B. Self perceived oral health status, psychological well-being, and life satisfaction in an older population. *J Dent Res* 2000; 79:970-5.
9. Martins AMEBL, Barreto SM. Auto-avaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. *Cad Saúde Pública* 2009;25(2):421-35.
10. Matos DL, Lima-Costa MF. Auto-avaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na Região Sudeste: resultados do Projeto SB-Brasil, 2003. *Cad Saúde Pública* 2006;22(8):1699-707.
11. Silva SRC, Fernandes RAC. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saúde Pública* 2001;35(4):349-55.
12. Paskulin LMG, Aires M, Gonçalves AV, Kottwitz CCB, Morais EP, Brondani MA. Aging, Diversity, and Health: the Brazilian and the Canadian context. *Acta Paul Enferm* 2011;24(6):851-6.

13. Flores VB, Benvegnú LA. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008;24(6):1439-46.
14. Cardoso EM, Parente RCP, Vettore MV, Rebelo MAB. Condição de saúde bucal em idosos residentes no município de Manaus, Amazonas: estimativas por sexo. *Rev Bras Epidemiol* 2011;14(1):131-40.
15. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE. Oral health conditions among the elderly in southeastern São Paulo state. *J Appl Oral Sci* 2009; 17: 170-8.
16. Mendonça HLC, Szwarcwald CL, Damascena GN. Autoavaliação de saúde bucal: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde– Atenção Básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2005. *Cad Saúde Pública* 2012;28(10):1927-38.
17. Carneiro RMV, Silva DD, Souza MLR, Wada RS. Saúde bucal de idosos institucionalizados, zona leste de São Paulo, Brasil, 1999. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(6):1709-16.
18. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem da população 2009. <http://www.ibge.gov.br>. (acessado em 07/Abr/2011).
19. Sete Lagoas. Lei nº 7804 de 14 de outubro de 2009 de Sete Lagoas. Define as Regiões Administrativas - RA no perímetro urbano do distrito sede do município de Sete Lagoas. <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/834407/lei-7804-09-sete-lagoas>. (acessado em 07/Abr/2011).
20. Santos JLF, Lebrão ML, Duarte YAO, Lima FD. Desempenho funcional de idosos nas atividades instrumentais da vida diária: uma análise no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008;24(4):879-86.
21. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4thEd. Geneva: World Health Organization; 1997. http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OH_st_Esurv.pdf. (acessado em 07/Abr/2011).
22. Andersen RM, Davidson PL. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. *Adv Dent Res* 1997;11(2):203-9.
23. Martins AB, Dos Santos CM, Hilgert JB, de Marchi RJ, Hugo FN, Pereira Padilha DM. Resilience and self-perceived oral health: a hierarchical approach. *J Am Geriatr Soc* 2011;59(4):725-31.
24. De Carlo LT. Using the PLUM procedure of SPSS to fit unequal variance and generalized signal detection models. *Behav Res Methods Instrum Comput* 2003; 35:49-56.
25. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. 2. ed. New York: John Wiley & Sons; 2000.

26. Blazer DG. How do you feel about...? Health outcomes in late life and self-perceptions of health and well-being. *Gerontologist* 2008; 48:415-22.
27. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999;57:421-6.
28. McCullagh P. Rgression models for ordinal data. *J R Stat Soc Series B Stat Methodol* 1980;42(2):109-42.
29. Atchison KA, Gift HC. Perceived oral health in a diverse sample. *Adv Dent Res* 1997;11:272-80.
30. Bulgarelli AF, Manço ARX. Idosos vivendo na comunidade e a satisfação com a própria saúde bucal. *Ciênc saúde coletiva* 2008;13(4):1165-74.
31. Saiani CC, Toneto Júnior R. Evolução do acesso a serviços de saneamento básico no Brasil (1970 a 2004). *Econ soc* 2010;19(1):79-106.
32. Borim FSA, Barros MBA, Neri AL. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2012;28(4):769-80.
33. Anderson MIP. Saúde e condições de vida do idoso no Brasil. *Textos Envelhecimento* 1998;1(1):7-22
34. Perelman J, Fernandes A, Mateus C. Gender disparities in health and healthcare: results from the Portuguese National Health. Interview Survey. *Cad Saúde Pública* 2012;28(12):2339-48.
35. Marshall TA, Warren JJ, Hand JS, Xie XJ, Stumbo PJ. Oral health, nutrient intake and dietary quality in the very old. *J Am Dent Assoc* 2002;133(10):1369-79.
36. Lima RMF, Amaral AKFJ, Aroucha EBL, Vasconcelos TMJ, Silva HJ, Cunha DA. Adaptações na mastigação, deglutição e fonoarticulação em idosos de instituição de longa permanência. *Rev CEFAC* 2009;11(Supl3):405-422.
37. Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Lowe C, Finch S, Bates CJ, Prentice A, Walls AW. The relationship among dental status, nutrient intake, and nutritional status in older people *J Dent Res* 2001;80(2):408-13.
38. Ariga P, Bridgitte A, Rangarajan V, Philip JM. Edentulousness, denture wear and denture needs of the elderly in rural South India. *Iran J Public Health*. 2012;41(7):40-3.
39. Silveira EA, Kac G, Barbosa LS. Prevalência e fatores associados à obesidade em idosos residentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: classificação da obesidade segundo dois pontos de corte do índice de massa corporal. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(7):1569-77.

40. Colussi CF, Freitas SFT. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. Cad Saúde Pública 2002;18(5):1313-20.

Tabela 1. Descrição dos idosos por sexo em relação à satisfação com saúde bucal, segundo características individuais, ambiente externo, disponibilidade de recursos, comportamentos de saúde, uso serviços odontológicos e condições de saúde bucal. Sete Lagoas, Minas Gerais, Brasil. 2012.

Variáveis Categorias	Masculino (N=826)						Feminino (N=1226)					
	Insatisfeito (N=184)		Nem insatisfeito nem satisfeito (N=122)		Satisfeito (N=520)		Insatisfeito (N=347)		Nem insatisfeito nem satisfeito (N=180)		Satisfeito (N=699)	
CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Faixa etária												
60 a 64 anos	60	27,1	39	17,6	122	55,3	97	31,3	53	17,1	160	51,6
65 a 69 anos	49	25,4	30	15,5	114	59,1	94	32,5	45	15,6	150	51,9
70 a 74 anos	32	18,7	26	15,2	113	66,1	71	29,2	30	12,3	142	58,5
75 a 79 anos	20	17,1	11	9,4	86	73,5	46	24,1	27	14,1	118	61,8
80 anos e mais	23	18,5	16	14,9	85	66,6	39	20,2	26	13,0	132	66,8
Cor da pele auto relatada												
Branca	51	17,1	40	13,4	207	69,5	110	26,1	55	13,1	255	60,8
Preta	36	29,0	14	11,3	74	59,7	55	32,5	28	16,6	86	50,9
Amarela	87	23,5	64	17,3	220	59,2	160	28,5	91	15,6	325	55,9
Parda	01	12,5	01	12,5	06	75,0	9	47,4	1	5,3	9	47,3
Indígena	06	33,3	02	11,1	10	55,6	3	13,0	4	17,4	16	69,6
AMBIENTE EXTERNO												
Localização do domicílio												
Urbana	174	24,0	95	13,1	455	62,9	316	29,0	154	14,1	619	56,9
Rural	07	8,9	26	32,9	46	58,2	18	16,8	22	20,6	67	62,6
Distrito	03	13,0	01	4,3	19	82,7	13	43,3	4	13,3	13	43,3
Mora sozinho												
Sim	24	30,4	10	12,7	45	56,9	58	29,3	27	13,6	113	57,1
Não	158	21,2	112	15,0	475	63,8	287	28,0	152	14,8	586	57,2
Tempo moradia												
≤ 10 anos	62	28,7	33	15,3	123	56,0	85	27,9	49	16,1	171	56,0
11 – 24 anos	50	23,1	30	13,9	136	63,0	93	30,9	48	15,9	160	53,2
25 – 37 anos	43	21,9	27	13,8	126	64,3	99	31,8	50	15,9	164	52,2
38 anos e mais	29	14,6	32	16,2	137	69,2	70	22,4	35	11,2	207	66,3
Domicílio												
Próprio	156	21,1	112	15,2	471	63,7	308	28,2	155	14,2	631	57,6
Alugado	13	39,4	03	9,1	17	51,5	25	37,3	10	14,9	32	47,8

De parentes	08	22,2	03	8,3	25	69,5	12	20,1	14	24,6	31	54,5
Outro	07	38,9	04	22,2	07	38,9	2	25,0	1	12,5	5	62,5
Construção do domicílio												
Alvenaria (tijolo)	184	22,3	122	14,8	520	62,9	347	28,4	179	14,6	696	57,0
Outro	0	0,0	00	0,0	00	0,0	0	0,0	1	25,0	3	75,0
Abastecimento de água												
Rede geral canalizada	180	22,3	116	14,4	510	63,3	344	28,4	177	14,7	683	56,9
Poço ou nascente	04	20,0	06	30,0	10	50,0	3	13,6	3	13,6	16	72,8
Sanitário no domicílio												
Sim	183	22,4	122	14,9	513	62,7	347	28,4	180	14,7	695	56,9
Não	01	12,5	00	0,0	07	87,5	0	0,0	0	0,0	4	100,0
Esgoto												
Rede pluvial	175	23,0	100	13,1	480	63,9	328	28,3	160	13,8	670	57,7
Fossa	09	13,8	22	33,8	34	52,4	19	27,9	20	29,4	29	42,6
Coleta de lixo												
Serviço de limpeza	179	22,2	119	14,9	502	62,9	343	28,6	175	14,6	682	56,8
Outro	05	19,2	3	11,5	18	69,3	4	15,4	5	19,2	17	65,4
Energia elétrica												
Sim	166	22,6	114	15,5	454	61,9	319	29,2	170	15,5	605	55,3
Não	18	19,1	09	9,6	67	71,3	28	21,2	10	7,6	94	71,2
DISPONIBILIDADE DE RECURSOS												
Escolaridade												
Analfabeto	53	22,1	32	13,3	155	64,6	92	27,1	51	15,0	196	57,9
1 grau	113	22,6	79	15,8	308	61,6	231	29,5	109	13,9	442	56,6
2 grau	13	20,6	10	15,9	40	63,5	18	26,9	13	19,4	36	53,7
Graduado	05	21,7	1	4,3	17	74,0	6	15,8	7	18,4	25	65,8
Renda mensal												
R\$ ≤622,00	115	23,5	75	15,3	300	61,2	243	27,7	137	15,6	497	56,4
R\$622,00 - 820,00	21	28,0	14	18,7	40	53,3	31	30,1	14	13,6	58	56,3
> R\$820,00	49	18,1	37	13,7	185	68,2	73	29,7	29	11,8	144	58,9
Estado civil												
Casado	119	19,4	95	15,6	401	65,0	130	27,7	66	14,1	273	58,2
Solteiro	14	22,2	12	19,0	34	58,8	42	30,0	31	22,1	67	47,9
Viúvo	34	36,6	12	12,9	47	50,5	148	28,5	67	12,9	304	58,6
Separado	17	28,8	04	6,8	38	64,4	25	26,3	16	16,8	54	57,0
Aposentado												
Sim	148	21,2	104	14,6	456	64,2	222	27,1	126	15,4	471	57,5
Não	36	28,3	22	17,3	69	54,4	125	30,7	54	13,3	228	56,0
Grupo da Terceira Idade												
Sim	06	14,6	06	14,6	29	70,8	38	32,8	20	17,2	58	50,0
Não	179	22,7	116	14,8	496	62,5	309	27,6	160	14,4	641	57,7
COMPORTAMENTOS												

DE SAÚDE												
Fuma												
Sim	40	28,0	25	17,5	78	54,5	30	36,6	8	9,8	44	53,6
Não	144	21,1	97	14,8	442	64,1	317	27,7	172	15,0	655	57,3
Ingere bebidas alcoólicas												
Sim	61	23,7	36	14,0	160	62,3	37	29,1	21	16,5	68	54,4
Não	123	21,6	86	15,1	360	63,3	310	28,2	159	14,5	631	57,3
Problema para dormir												
Sim	67	26,0	42	16,3	149	57,7	179	34,3	82	15,7	261	50,0
Não	117	20,6	80	14,1	371	65,3	168	23,9	98	13,9	438	62,2
Prática atividade física												
Sim	42	19,4	33	15,3	141	65,3	97	29,5	45	13,7	187	56,8
Não	142	23,3	89	14,6	379	62,1	250	27,9	135	15,1	512	57,0
Perda de apetite												
Sim	56	31,3	28	15,6	95	53,1	142	36,4	61	15,6	187	48,0
Não	128	19,8	94	14,5	425	65,7	205	24,5	119	14,2	512	61,3
Problema para mastigar ou deglutir												
Sim	28	37,8	18	24,3	28	37,9	94	50,8	21	11,4	70	37,8
Não	156	20,7	104	13,8	492	65,5	253	24,3	159	15,3	629	60,4
Refeições por dia												
1	07	24,1	03	10,3	19	65,6	26	48,1	6	11,1	22	40,8
2	56	28,0	22	11,0	122	61,0	61	29,3	25	12,0	122	58,7
3	57	19,9	43	15,0	187	65,1	102	24,0	60	14,1	263	61,9
4 ou mais	64	20,8	53	17,2	191	62,0	156	29,2	89	16,7	289	54,1
Copos de líquido por dia												
1	09	26,5	04	11,8	21	61,7	18	34,6	3	5,8	31	59,6
2	18	23,7	13	17,1	45	59,2	33	27,5	18	15,0	69	57,5
3	26	19,0	19	13,9	92	67,1	53	23,8	36	16,1	135	60,1
4 ou mais	131	22,6	86	14,9	362	62,5	242	29,3	123	14,9	462	55,8
Auto avaliação do peso												
Abaixo do peso	20	24,1	16	19,3	47	56,6	40	32,2	24	19,4	60	48,4
No peso normal	117	20,2	81	14,0	381	65,8	175	24,2	101	14,0	447	61,8
Acima do peso	47	28,8	25	15,3	91	55,9	132	34,9	55	14,6	191	50,5
USO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS												
Visita frequente dentista												
Sim	24	16,8	22	15,4	97	67,8	75	30,2	33	13,3	140	56,5
Não	160	23,4	100	14,6	423	62,0	272	27,8	147	15,0	559	57,2
Plano odontológico												
Sim	13	16,9	17	21,1	47	62,0	33	22,8	19	13,3	93	63,9
Não	171	22,8	105	14,4	473	62,0	316	29,0	161	14,9	606	56,1
Serviços de saúde bucal												
Público	84	29,3	54	18,8	149	51,9	139	34,1	71	17,4	198	48,5

Particular	79	21,0	45	12,1	248	66,9	151	26,9	76	13,5	335	59,6
Plano/Convênio	05	10,6	12	25,5	30	63,9	21	23,9	15	17,0	52	59,1
Outro	17	14,0	11	9,3	93	76,7	36	21,4	18	10,7	114	67,9
Consulta dentista 6 meses												
Sim	42	22,8	27	14,7	115	62,5	99	30,9	44	13,8	177	55,3
Não	142	22,1	95	14,8	408	63,1	248	27,4	136	15,0	522	57,6
Motivo consulta ao dentista												
Dor	35	42,7	14	17,1	33	40,2	44	38,3	16	13,5	55	48,2
Prevenção	15	20,3	6	8,1	53	71,6	23	22,1	17	16,3	64	61,6
Tratamento	84	18,7	58	12,9	307	68,4	202	27,7	96	13,2	430	59,1
Não consultou	50	22,6	44	19,5	127	57,9	78	28,0	51	18,3	150	53,7
CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL												
Edentulismo												
Sim	100	19,2	70	13,5	350	67,3	211	25,0	119	14,1	513	60,9
Não	83	27,2	52	17,0	170	55,9	136	35,6	61	16,0	185	48,4
Necessidade subjetiva de usar prótese												
Sim	124	44,4	43	15,4	112	40,2	246	48,1	77	15,1	188	36,8
Não	60	11,0	79	14,4	408	74,6	101	14,1	103	14,4	511	71,5
Uso e Necessidade de Prótese Superior												
Não usa e não necessita	10	13,0	12	15,6	55	71,4	23	25,8	17	19,1	49	55,1
Não usa e necessita	87	38,2	33	14,5	108	47,3	92	38,3	37	15,4	111	46,3
Usa e não necessita	35	10,9	45	14,1	240	75,0	79	15,7	62	12,4	361	71,9
Usa e necessita	50	25,1	32	16,1	117	58,8	153	39,0	64	16,3	175	44,7
Uso e Necessidade de Prótese Inferior												
Não usa e não necessita	14	12,6	20	18,0	77	69,4	38	25,9	26	17,7	83	56,4
Não usa e necessita	104	34,0	47	15,4	155	50,6	147	38,1	63	16,3	176	45,6
Usa e não necessita	21	8,5	33	13,4	192	78,1	50	13,0	45	11,7	291	75,3
Usa e necessita	44	27,2	22	13,6	96	59,2	112	36,6	46	15,0	148	48,4

Tabela 2. Análise do modelo de regressão de Poisson para a prevalência de edentulismo em idosos segundo sexo e faixa etária. Sete Lagoas, Minas Gerais, Brasil. 2012.

Variáveis	Edentulismo						RP	IC95%		p-valor
	Masculino		Sim		Não			Total	Início	
Faixa etária	n	%	n	%	n	%				
60 a 64 anos	109	49,3	112	50,7	221	100,0	0,98	0,80	1,20	0,839
65 a 69 anos	116	60,1	77	39,9	193	100,0	0,95	0,82	1,11	0,522
70 a 74 anos	120	70,6	50	29,4	170	100,0	0,99	0,85	1,17	0,929
75 a 79 anos	93	79,5	24	20,5	117	100,0	0,87	0,74	1,02	0,090
80 anos e mais	82	66,1	42	33,9	124	100,0	1,00			
Feminino										
60 a 64 anos	173	56,0	136	44,0	309	100,0	1,19	1,07	1,33	0,009
65 a 69 anos	185	64,0	104	36,0	289	100,0	1,19	1,04	1,35	0,003
70 a 74 anos	175	72,0	68	28,0	243	100,0	1,23	1,07	1,41	0,917
75 a 79 anos	145	75,9	46	24,1	191	100,0	1,01	0,88	1,15	0,138
80 anos e mais	165	85,5	28	14,5	193	100,0	1,00			
Total										
60 a 64 anos	282	53,2	248	46,8	530	100,0	1,10*	0,97	1,26	0,133
65 a 69 anos	301	62,4	181	37,6	482	100,0	1,13*	1,01	1,26	0,026
70 a 74 anos	295	71,4	118	28,6	413	100,0	1,00*	0,90	1,11	0,976
75 a 79 anos	238	77,3	70	22,7	308	100,0	1,04*	0,93	1,17	0,517
80 anos e mais	247	77,9	70	22,1	317	100,0	1,00			

*Razão de prevalência entre os sexos por faixa etária, considerando o sexo masculino como referência.

Tabela 3. Modelo de Regressão Ordinal final para satisfação com saúde bucal para o sexo masculino segundo características individuais, ambiente externo, disponibilidade de recursos, comportamentos de saúde, uso serviços odontológicos condições de saúde bucal. Sete Lagoas, MG, Brasil. 2012.

Variáveis	Modelo Bruto			Modelo Ajustado*		
	OR	IC95%	p-valor	OR	IC95%	p-valor
Limiares do modelo ordinal						
Insatisfeito	9,80	1,09-10,76	<0,001	7,31	1,89-28,23	0,004
Nem insatisfeito nem satisfeito	3,89	1,44-4,51	0,003	3,05	0,79-11,72	0,010
CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS						
Faixa etária						
60 a 64 anos	1,87	1,13-3,12	0,016	1,43	0,88-2,33	0,150
65 a 69 anos	1,64	0,98-2,76	0,061	1,30	0,79-2,14	0,302
70 a 74 anos	1,33	0,78-2,28	0,301	1,03	0,61-1,73	0,912
75 a 79 anos	1,08	0,59-1,97	0,808	1,24	0,69-2,22	0,471
80 anos e mais	1,00		.	1,00		
AMBIENTE EXTERNO						
Localização do domicílio						
Urbana	4,99	1,22-20,41	0,025	4,24	1,10-16,31	0,036
Rural	2,76	0,76-9,99	0,122	2,48	0,72-8,51	0,150
Distrito	1,00		.	1,00		
Sanitário no domicílio						
Sim	7,68	0,86-68,13	0,067			
Não	1,00		.			
Esgoto						
Rede pluvial	0,19	0,08-0,51	0,001	0,28	0,12-0,68	0,005
Fossa	1,00		.	1,00		
COMPORTAMENTOS DE SAÚDE						
Perda de apetite						
Sim	1,94	1,33-2,84	0,001	1,92	1,33-2,79	0,001
Não	1,00		.	1,00		
Problema para mastigar ou deglutir						
Sim	2,13	1,28-3,57	0,004	2,11	1,27-3,50	0,004
Não	1,00		.	1,00		
CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL						
Edentulismo						
Sim	0,60	0,42-0,84	0,003	0,57	0,42-0,79	0,001
Não	1,00		.	1,00		
Necessidade subjetiva de usar prótese						
Sim	5,08	3,58-7,21	<0,001	5,36	3,93-7,32	<0,001
Não	1,00		.			

Uso e Necessidade de Prótese Superior

Não usa e não necessita	0,81	0,41-1,60	0,542	0,78	0,41-1,48	0,444
Não usa e necessita	2,54	1,67-3,87	<0,001	1,94	1,27-2,96	0,002
Usa e não necessita	0,93	0,60-1,44	0,754	0,77	0,47-1,26	0,305
Usa e necessita	1,00			1,00		

* Ajustado pela presença de depressão

Tabela 4. Modelo de Regressão Ordinal final para satisfação com saúde bucal para o sexo feminino segundo características individuais, ambiente externo, disponibilidade de recursos, comportamentos de saúde, uso serviços odontológicos condições de saúde bucal. Sete Lagoas, MG, Brasil. 2012.

Variáveis	Modelo Bruto			Modelo Ajustado*		
	OR	IC95%	p-valor	OR	IC95%	p-valor
Limiares do modelo ordinal						
Insatisfeito	3,81	1,19-12,16	0,024	3,57	1,07-11,95	0,039
Nem insatisfeito nem satisfeito	1,70	0,54-5,42	0,367	1,61	0,48-5,37	0,438
CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS						
Cor da pele auto relatada						
Branca	1,67	0,61-4,54	0,318	1,28	0,64-2,56	0,493
Preta	2,06	0,74-5,78	0,168	1,69	0,83-3,46	0,151
Amarela	1,70	0,63-4,60	0,296	1,38	0,70-2,76	0,354
Parda	5,19	1,32-20,32	0,018	1,91	0,69-5,31	0,216
Indígena	1,00			1,00		
AMBIENTE EXTERNO						
Tempo de moradia						
≤ 10 anos	1,34	0,95-1,90	0,097	1,39	1,07-1,82	0,015
11 – 24 anos	1,79	1,27-2,52	0,001	1,49	1,14-1,95	0,003
25 – 37 anos	1,66	1,19-2,34	0,003	1,54	1,18-2,02	0,002
38 anos e mais	1,00			1,00		
Esgoto						
Rede pluvial	0,53	0,32-0,88	0,014	0,58	0,40-0,83	0,004
Fossa	1,00			1,00		
COMPORTAMENTOS DE SAÚDE						
Problema para mastigar ou deglutir						
Sim	2,02	1,46-2,82	<0,001	2,20	1,68-2,89	<0,001
Não	1,00			1,00		
Refeições por dia						
1	1,80	0,99-3,27	0,056	0,72	0,44-1,15	0,171
2	0,91	0,65-1,28	0,602	1,07	0,83-1,38	0,612
3	0,74	0,57-0,98	0,034	1,23	0,99-1,52	0,062
4 ou mais	1,00			1,00		
Auto avaliação do peso						
Abaixo do peso	1,17	0,76-1,81	0,479			
No peso normal	0,77	0,59-1,00	0,051			
Acima do peso	1,00					
USO SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS						
Plano odontológico						
Sim	0,55	0,38-0,81	0,003	1,40	1,03-1,91	0,031

Não	1,00			1,00		
CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL						
Edentulismo						
Sim	0,48	0,37-0,62	<0,001	0,54	0,44-0,66	<0,001
Não	1,00			1,00		
Necessidade subjetiva de usar prótese						
Sim	4,66	3,64-5,98	<0,001	4,79	3,95-5,80	<0,001
Não	1,00			1,00		

* Ajustado pela presença de depressão

PARTE III

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Eu nasci em 1982 e fui criada em Sete Lagoas pelos meus pais Oldac Campos e Ilidia Vieira Viana Campos. Tenho seis irmãos: Giovane, Gisele, Naira, Vagner, Oldac e Fernando; e todos eles juntamente com meu marido - Antônio Henrique da Mata Corrêa - fazem parte desse sonho que defendo hoje. Minha vida mudou quando li no quadro de avios da Faculdade de Odontologia “Aprovada em 1º lugar na seleção 2/2010 para Doutorado em Odontologia (UFMG) na área de concentração em Saúde Coletiva”. No entanto, a verdadeira história deste projeto começou há muitos anos e, primeiro, sinto o prazer em contar um pouco do que eu sei da história da cidade.

Sete Lagoas, localizada a 72 km de Belo Horizonte, é uma cidade conhecida como a "Terra das Lagoas Encantadas", por possuir sete lagoas: Paulino, Boa Vista, José Félix, Cercadinho, Matadouro, Catarina e da Chácara.

Em 1677, Fernão Dias Paes Leme, Governador das Esmeraldas saiu de São Paulo e cruzou as terras de Minas Gerais até o Grão Mogol. Ao meio da jornada, internou-se pelos arredores na expectativa de descobrir alguma novidade que lhe fosse útil e ao Rei de Portugal. Foi então que encontrou, em um serrote das Sete Lagoas, um minério argentífero na Fazenda das Melancias. As primeiras casas surgiram à várzea do João Corrêa (avô do meu marido). O apego ao bairro da várzea dos Corrêa e Pereira da Cunha que, segundo a tradição, descendem dos nossos primeiros povoadores. O povoamento inicia-se a partir de 1820, com a construção da igreja de Santo Antônio, hoje, catedral da Diocese de Sete Lagoas².

Nesta mesma época, um comerciante chamado Raimundo Viana (meu avô materno) se instalou no lado esquerdo da região da várzea e foi um dos promovedores da economia local. Mais tarde, meu tio Newton Viana abre uma das primeiras mercearias da cidade, chamada “Casas Viana”, que vendia produtos variados.

Sete Lagoas possuem inúmeras belezas naturais, como a Serra de Santa Helena e a Gruta Rei do Mato. A serra serviu de caminho para os tropeiros que cortavam caminho de São Paulo para Diamantina. A capela de Santa Helena foi construída em 1852, pelo fazendeiro Antônio Lino de Avelar². Todos os anos, no primeiro domingo do mês de maio é celebrada a festa de Santa Helena. Meus sogros, Maria Anunciação da Mata e Dilermando Corrêa fazem parte dos zeladores da capela. Nós ajudamos na preparação da comida para as guardas de Congo e de Moçambique que sobem a serra em procissão levando a bandeira rumo à capela.

² http://www.setelagoas.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=41:historia&catid=1:historia

A Gruta Rei do Mato fica a 62 quilômetros de Belo Horizonte (MG), pela BR-040, possui desnível de 30 metros, 235 metros de extensão e três salões cujas pinturas rupestres, datam de seis mil anos. Suas formações de estalagmite são raras no mundo. Além de pinturas rupestres, feitas com sangue e gordura vegetal, foram encontradas soterradas, ferramentas indígenas petrificadas, em perfeito estado. Nela encontra-se, ainda, uma réplica, em resina, do *Xenorhinothericen Bahiense* - a macraoquemia - animal herbívoro que habitou Minas, Bahia e sul de São Paulo, há cerca de seis mil anos. O nome do local, se deve ao fato de ter sido ela habitada por um homem solitário, louro, forte e cabeludo, de identidade ignorada, possivelmente fugitivo da Revolução de 30, que foi chamado de "Rei do Mato"³.

Quando cursei o Mestrado na UFMG, em uma das aulas de Saúde Coletiva com a Fi, lá na sua sala ela perguntou: o que você faz se o seu açúcar acabar? Minha resposta foi imediata: peço na vizinha (Inês). Ela ficou impressionada porque esperava uma resposta do tipo “vou ao supermercado comprar”. Isso era o que ela estava acostumada ouvir, uma vez que a maioria dos alunos da pós mora em BH ou em grandes cidades.

Passei a observar mais a minha cidade e, percebi o quanto a cidade estava ficando diferente. Esta era uma a cidade pacífica e pequena que se transformou em um polo industrial mineiro em menos de dez anos. Hoje, moro no bairro São Geraldo e na minha rua existem apenas duas casas em que não há idoso. Este é um dos bairros, juntamente com Boa Vista e Santa Luzia mais envelhecidos da cidade. Isto me chamou atenção, e despertou em mim a curiosidade de investigar porque alguns lugares tinham mais idosos que outros.

Minha irmã Gisele é TO, formada na UFMG, e foi a primeira a me incentivar a estudar o Envelhecimento. Ela era apaixonada pelo tema e, chegamos a fazer cursos juntas. Primeiro quis conhecer a cidade e suas características. Para isso, contei com a ajuda do meu irmão Giovane que era supervisor do Censo 2010. Agendamos um horário com o chefe do Departamento do IBGE de Sete Lagoas. A partir daí, coletei mais dados no banco SIDRA e Datasus e montei o projeto de pesquisa para seleção do Doutorado em agosto de 2010. Descobri que 10% da população da cidade tinham mais de 60 anos. Essa informação foi muito importante para eu conseguir o apoio da Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Saúde e até mesmo de algumas empresas, como a Usimetal, Usitec.

Foi exatamente nesta época que meu pai fez 60 anos. Passei a conviver com mudanças de comportamento e físicas impressionantes. Ele mora sozinho em um apartamento, parou de dirigir e quase não sai de casa. Minha mãe, ao contrário, mora em uma casinha com lago (onde minha avó morava), adora viajar e anseia por sua festa de 60 anos. Então, fiz uma

³ www.caminhosdocerrado.org

montagem com eles para ver o que era envelhecer para ambos. Estes desenhos eu apresentei ao Colegiado na disciplina “Seminários de Pesquisa em Odontologia” para mostrar a nossa hipótese: homens e mulheres envelhecem diferentemente. Estudar o processo de envelhecimento não me bastaria mais, eu queria estudar as diferenças de gênero relacionadas a este processo.

O projeto como um todo foi um desafio, não só pelo tamanho quanto pela complexidade do tema. Sozinho seria impossível realizar este sonho. Sem o apoio, a confiança, o conhecimento e carinho inestimável da professora Efigênia Ferreira e Ferreira (afetuosamente conhecida como Fi), este projeto jamais sairia do papel.

Como eu queria focar no estudo da qualidade de vida, troquei alguns e-mails com o professor Marcelo Fleck que me ajudou na revisão da literatura sobre o tema e apontou alguns problemas a serem corrigidos no projeto. Fui a Juiz de Fora, conhecer o professor Alexander Moreira-Almeida que me mostrou o projeto da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e me explicou como deveria estruturar um formulário multidimensional. Para fazer o cálculo amostral, eu estudei em todos os livros que consegui reservar no ICEX – Instituto de Ciências Exatas. Virei figura carimbada da biblioteca. A primeira vez foi estranha porque a funcionária olhou minha carteirinha e me perguntou “você estuda na Odontologia, certo? Então para quê vai levar esses livros?”. Envie e-mail para Professora Nilza Nunes da Silva (USP). Ela me ajudou e confirmou todos os meus cálculos. Combinamos de nos conhecer durante o EPI 2011, mas eu sofri um acidente no metrô de São Paulo e tivemos que desmarcar. Foi uma experiência incrível, apresentar o trabalho na cadeira de rodas com a mesa sendo coordenada pela Professora Sandhi Barreto.

O ano de 2011 foi inteiramente dedicado ao cumprimento dos créditos e planejamento do projeto. Após apresentar o projeto na Secretaria de Saúde, consegui uma lista de endereços de todos os idosos cadastrados na ESF. Faltavam ainda as áreas não cobertas. Com ajuda das ACS, agentes de zoonoses e agentes do IBGE, foi possível fazer uma previsão dos endereços faltantes e da quantidade exata de setores não cobertos pela ESF. Meu irmão Fernando, que trabalhava na empresa de transporte público de Sete Lagoas, me ajudou a rastrear os endereços. Com um banco de dados de endereços, pudemos realizar o sorteio proporcional ao tamanho de cada área administrativa da cidade e zona rural. Com do Departamento de Geoprocessamento da Secretaria de Obras, conseguimos quatro mapas da cidade que incluía detalhes de ruas, setores, casas. Vendo o trabalho deles, decidi que precisávamos investir em um GPS. No final do ano Fi conseguiu o financiamento do CNPq Universal e pudemos comprar o GPS Oregon 550 e um Software para informatizar o questionário.

Depois de muitos orçamentos, Fi decidiu dar uma oportunidade a meu irmão caçula, Oldac, estudante de Engenharia de Controle e Automação da UFMG. Ele construiu nas férias de janeiro de 2012 um programa específico para o projeto chamado “Avaliação Global dos Idosos Maker”. Com esse recurso as entrevistas seriam menos demoradas e o banco seria construído automaticamente.

No início, eu achei que cada porta que se abrisse eu me apresentaria como foi no projeto da RMBH “bom dia, meu nome é Ana Cristina, sou aluna da Faculdade de Odontologia da UFMG, estamos fazendo uma pesquisa...”. Ao contrário, falar assim dificultou minha entrada na casa. Mas, deu muito certo quando eu passei a me apresentar falando “olá eu sou Ana Cristina, nasci aqui em Sete Lagoas, e estou fazendo uma pesquisa sobre envelhecimento e qualidade de vida”. Fico emocionada de me lembrar de quando eu era reconhecida porque me pareço com minha mãe “você é filha de Lidinha Laranjeira?” ou “Ah, neta de Raimundo Laranjeira é bem-vinda a nossa casa” ou “você é aquela menina que canta o salmo no Santuário todo sábado?”. Isso não tem preço!

Obviamente nem tudo foram maravilhas. Tivemos recusas, problemas em localizar endereços, histórias tristes, pessoas falecidas. A coleta de dados começou em janeiro de 2012 com dois alunos de iniciação científica que nos ajudaram na coleta dos dados e na confecção do banco de dados. No entanto, vir para Sete Lagoas era uma tarefa complicada e eles abandonaram o projeto.

No fim do mês de janeiro, indo para casa almoçar, me envolvi em um grave acidente de carro que interrompeu todos os trabalhos por algum tempo. O carro ficou destruído, mas nem eu ou minha prima tivemos nada. Neste acidente, um idoso de 72 anos faleceu. “Eu perdi o chão”. Foi um período extremamente complicado em que a vida pessoal se misturou com a profissional e eu não conseguia seguir em frente. Foi com o amor e dedicação incondicional do meu marido, Henrique, que eu pude atravessar esse desafio. Ele é meu companheiro, confidente, amigo e advogado.

Minha irmã Naiara se dedicou a orar e pedir a Deus por minha vida. Ela é uma pessoa de fé inabalável e foi meu espelho para redescobrir meus sonhos. Era meu dever terminar o projeto de dar uma resposta àquelas pessoas que confiaram suas vidas a mim. Retomamos a coleta de dados, contando com a ajuda de amigos, primos, ACS, alunos voluntários da UNIFEMM e Faculdade Ciências da Vida. Meus pais me acompanharam diversas vezes. Duas alunas da Odontologia, Gabriela Ribeiro de Araújo e Stéfany Alcantara Vargas, fizeram estágio conosco em julho de 2012. Foi um ajuda valiosa e um período divertido. Nas áreas

mais complicadas, por causa de violência e tráfico de drogas, nós contamos com a proteção de Nossa Senhora das Graças e com meu irmão Wagner.

Aproveitando o novo gás para seguir o doutorado, eu senti a necessidade de me tornar alguém formalmente, e de verdade, da área de estatística. Entre 2012 e 2013, nas poucas horas vagas, eu cursei e finalizei o curso de Bioestatística pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas). O trabalho de conclusão foi uma junção de tudo que eu precisava aprofundar nos estudos sobre o envelhecimento junto ao novo conhecimento estatístico adquirido. Eu e Gisele, sob a orientação da Prof. Dra. Tânia Fernandes Bogutchi (PUC Minas) e co-orientação da Prof. Dra. Maria Helena Morgani de Almeida (USP) submetemos nosso artigo “Prevalência de incapacidade funcional por gênero em idosos brasileiros: uma revisão sistemática com metanálise” na *Brazilian Journal of Physical Therapy*.

A coleta dos dados com o GPS foi realizada para localizar geograficamente do endereço de cada idoso da pesquisa. Nessa etapa eu contei com a ajuda de um casal de amigos especial, Janaina Fonseca (enfermeira) e Marcus Nicholas Esquivel (engenheiro de Minas). Esses dados ainda não foram analisados. Essas informações serão processadas, associando informações gráficas (mapas) a bases de dados primários coletados em 2012 (alfanuméricas) para identificar condições socioeconômicas, ambientais e de vida similares compartilhadas pelos idosos em áreas geográficas homogêneas.

Depois partimos para a análise dos dados primários. Realizei um estágio pelo Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE) da CAPES, entre outubro de 2013 e janeiro de 2014, em Santiago, Chile. Foi um período de intensa produção científica e estudo interdisciplinar na Unidad Nutrición, Salud Pública y Envejecimiento Saludable, INTA, Universidad de Chile. Trabalhei ao lado de uma grande pesquisadora latino-americana, integrante do Projeto SABE, Dra. Cecilia Albala. Com seu carisma e sabedoria, descobri pontos fortes e fracos na linha base que nos ajudarão na próxima fase da coorte.

Observamos que os resultados encontrados foram semelhantes aos de outras cidades brasileiras. Apesar disso, algumas particularidades chamam atenção, 28,2% são analfabetos e 66,1% recebem menos de R\$622,00 (valor do salário mínimo na época da coleta de dados). Esses fatores socioeconômicos foram surpreendentes para Cecilia, uma vez que taxa de analfabetismo de idosos no Chile não passa de 12%. Quando ela se encontrou com um pesquisador brasileiro nem um Congresso na Argentina, ficou surpresa pela confirmação do fato em todo o território brasileiro.

Já a percepção de saúde dos idosos é boa, mas existem diferenças de gênero ($p < 0.001$) e de área de residência (< 0.05). Em relação à satisfação com a saúde bucal, 59,4% dos idosos

estavam satisfeitos, sendo que a maioria era do sexo feminino (57,3%), edêntula (70,9%) e achava que não era necessário trocar/usar prótese (72,8%). Isso significa dizer que mesmo sem nenhum dente na boca, a maioria dos idosos não tinha motivos para reclamar da própria saúde bucal. Essa é uma realidade que se repete no Brasil e nos alerta para o grau de importância da boca em relação ao corpo e o nível de entendimento dos idosos sobre a importância da saúde bucal para qualidade de vida. As mulheres têm piores escores em todos os domínios do WHOQOL-bref quando comparadas aos homens, com exceção do domínio psicológico. A maioria das mulheres da zona rural obtiveram os menores escores no WHOQOL-old, ou seja, percebem sua qualidade de vida pior que os homens residentes na área urbana.

Os resultados encontrados fazem parte da linha base do projeto AGEQOL. Por isso, ainda não é possível determinar se existe uma relação temporal entre a qualidade de vida e as demais variáveis analisadas. Além disso, a incorporação de variáveis secundárias (análise multinível) e o geoprocessamento dos dados poderão ajudar a ampliar a discussão levantada no presente estudo.

Devido ao tamanho do projeto, às dificuldades na coleta de dados epidemiológicos, e ao prazo do doutorado, os dados referentes ao acompanhamento dos idosos após dois anos (2014), não foram apresentados neste documento. Utilizou-se um questionário anterior reduzido contendo perguntas sobre qualidade de vida e os critérios para a identificação de idoso saudável de CARRASCO *et al*⁴: autopercepção de saúde, capacidade funcional, mobilidade, número de doenças agudas ou crônicas conhecidas, consumo de medicamentos, fumar ou beber em forma ativa.

Podemos concluir que mesmo em uma cidade com bons indicadores socioeconômicos, existem iniquidades e diferenças de gênero na distribuição dos determinantes da qualidade de vida. A explicação para esse fato será possível com a criação de uma linha de pesquisa na cidade, onde a continuidade poderá oferecer maior consistência ao conhecimento sobre o envelhecimento de sua população.

Finalmente, eu gostaria de fazer uma análise autocrítica. Minha avaliação é positiva deste processo de doutoramento, que culminaram em uma pessoa e um profissional melhor, com potencialidades e, defeitos e mais coisas e sonhos a percorrer. Em relação à produção acadêmica, tenho o orgulho de ter publicado 16 artigos com a Fi, organizado e publicado 1 livro, escrito 4 capítulos, apresentado 14 resumos publicados em anais de congressos, entre os anos de 2011 e 2014. Só posso dizer: Muito obrigada por tudo, pessoal!

⁴ <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n9/art01.pdf>

APÊNDICES

Apêndice A. Instrumento de coleta de dados.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Odontologia
Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia
Av. Pres. Antônio Carlos, 6627 - Pampulha
Belo Horizonte - MG - 31.270-901
Tel: (31) 3499 2470 Fax: (31) 3499 2472
Email: posgrad@odonto.ufmg.br



Ficha:
Nome:
Abreviação do nome ou apelido:
Endereço:
Telefone:
Celular:
E-mail:
Familiar responsável contato: Endereço: Telefones:
Médico responsável contato: Endereço: Telefones:
Data 1:
Data 2:

1. **Idade:** _____
2. **Gênero:** 1) Masculino 2) Feminino
3. **Escolaridade:** 1) analfabeto 2) 1º grau 3) 2º grau 4) graduado
4. **Profissão:** _____
5. **Aposentado:** 1) Sim 2) Não
6. **Naturalidade:** 1) Sete Lagoas 2) Outra cidade MG 3) Fora de MG
7. **Estado Civil:** 1) casado/amasiado 2) solteiro 3) viúvo 4) separado/divorciado
8. **Cor auto-relatada:** 1) branca 2) preta 3) parda 5) outra
9. **Renda mensal em R\$:** _____
10. **Há quanto tempo (em anos) você mora na sua casa?** _____
11. **Você mora sozinho?** 1) Sim 2) Não
12. **Se NÃO, com quem?** _____
13. **Você tem filhos?** 1) Sim 2) Não 14. **Quantos?** _____
15. **Você tem netos?** 1) Sim 2) Não 16. **Quantos?** _____
17. **Você tem animal de estimação?** 1) Sim 2) Não
18. **Você tem religião?** 1) Sim 2) Não
19. **Qual?** 1) Católica 2) Evangélica 3) Espírita 4) Outra religião
20. **Você se considera praticante da sua religião?** 1) Sim 2) Não
21. **Qual a importância da religião na sua vida?**
1) Muito Importante 2) Mais ou menos importante 3) Sem importância
22. **Você possui um cuidador?** 1) Sim 2) Não

FATORES AMBIENTAIS

23. **O domicílio onde você mora hoje é:**
1) próprio 2) alugado 3) de parentes 4) outro
24. **Tipo de construção do domicílio:**
1) alvenaria (tijolo) 2) outro
25. **A forma de abastecimento de água utilizada na sua casa é:**
1) rede geral canalizada 2) outra
26. **No seu domicílio, terreno ou propriedade existe sanitário?**
1) Sim 2) Não
27. **O banheiro ou sanitário da sua casa é ligado a:**
1) rede geral de esgoto ou pluvial 2) outra
28. **O lixo deste domicílio é:**
1) coletado por serviço de limpeza 2) outro
29. **Você tem energia elétrica na sua casa?**

1) Sim 2) Não

MINI-MENTAL

Orientação Temporal (5): Dê um ponto para cada ítem	1. Ano	
	2. Mês	
	3. Dia do Mês	
	4. Dia da Semana	
	5. Semestre/hora (variação de ±1 hora)	
Orientação Espacial (5): Dê um ponto para cada ítem	6. Estado	
	7. Cidade	
	8. Bairro / Rua próxima	
	9. Local Geral (que local é este aqui)	
	10. Local específico (tipo de local, cômodo)	
Registro (3):	11. Repetir: gelo, leão, planta, carro, vaso, tijolo	
Atenção e Cálculo (5): Dê 1 ponto para cada acerto. Considere a tarefa com melhor aproveitamento.	12. Calcular: $100 - 7 = 93 - 7 = 86 - 7 = 79 - 7 = 72 - 7 = 65$	
	13. Soletrar inversamente a palavra: MUNDO=ODNUM	
Memória de Evocação (3):	14. Quais os três objetos perguntados anteriormente?	
Nomear dois objetos (0 a 2):	15. Relógio e caneta	
Repetir (0 a 1):	16. "NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ"	
Comando de estágios (0 a 3):	17. "Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão"	
Escrever uma frase completa (0 a 1):	18. Escrever alguma frase que tenha começo, meio e fim	

Ler e executar (0 a 1)	19. FECHER SEUS OLHOS	
Copiar diagrama (0 a 1)	20. Copiar dois pentágonos com interseção	

WHOQOL-BREF

1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?

- 1) Muito ruim
- 2) Ruim
- 3) Nem ruim nem boa
- 4) Boa
- 5) Muito boa

2. Quão satisfeito você está com sua saúde?

- 1) Muito insatisfeito
- 2) Insatisfeito
- 3) Nem satisfeito nem insatisfeito
- 4) Satisfeito
- 5) Muito Satisfeito

	<i>Nada</i>	<i>Muito pouco</i>	<i>Mais ou menos</i>	<i>Bastante</i>	<i>Extremamente</i>
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 sua vida?	1	2	3	4	5
6. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7. O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8. Quão seguro você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5

9. Quão saudável é seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10. Você tem energia suficiente para o 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
	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15. Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Muito insatisfeito	Insatisfeito
16. Quão satisfeito você está com seu sono?	1	2	3	4	5
17. Quão satisfeito você está com sua capacidade de desempenhar as atividades no seu dia a dia?	1	2	3	4	5
18. Quão satisfeito com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19. Quão satisfeito você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

20. Quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21. Quão satisfeito você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22. Quão satisfeito você está com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23. Quão satisfeito você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24. Quão satisfeito você está com o acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25. Quão satisfeito você está com seus meios de transporte?	1	2	3	4	5
	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequente	Sempre
26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

WHOQoL-Old

	<i>Nada</i>	<i>Muito pouco</i>	<i>Mais ou menos</i>	<i>Bastante</i>	<i>Extremamente</i>
F25.1 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?	1	2	3	4	5
F25.3 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?	1	2	3	4	5
F26.1 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?	1	2	3	4	5

F26.2 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?	1	2	3	4	5
F26.4 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?	1	2	3	4	5
F29.2 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?	1	2	3	4	5
F29.3 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?	1	2	3	4	5
F29.4 O quanto você tem medo de morrer?	1	2	3	4	5
F29.5 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?	1	2	3	4	5
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
F25.4 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?	1	2	3	4	5
F26.3 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?	1	2	3	4	5
F27.3 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?	1	2	3	4	5
F27.4 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?	1	2	3	4	5
F28.4 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?	1	2	3	4	5
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
F27.5 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?	1	2	3	4	5

F28.1 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?	1	2	3	4	5
F28.2 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?	1	2	3	4	5
F28.7 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?	1	2	3	4	5
	Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito feliz
F27.1 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?	1	2	3	4	5
	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
F25.2 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?	1	2	3	4	5
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
F30.2 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?	1	2	3	4	5
F30.3 Até que ponto você sente amor em sua vida?	1	2	3	4	5
F30.4 Até que ponto você tem oportunidades para amar?	1	2	3	4	5
F30.7 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?	1	2	3	4	5

ACESSO/USO SERVIÇOS DE SAÚDE

30. Avaliação do seu estado de saúde:

1) Muito ruim 2) Ruim 3) Regular 4) Boa 5) Muito boa

31. Você tem algum problema de saúde? 1) Sim 2) Não

32. Faz algum tratamento médico? 1) Sim 2) Não

33. Você vai ao médico com frequência? 1) Sim 2) Não

34. Você consultou o médico no último ano? 1) Sim 2) Não

- 35. Você tem plano de saúde?** 1) Sim 2) Não
- 36. Qual dos serviços de saúde você mais utiliza?**
1) Público 2) Particular 3) Plano/Convenio 4) outro
- 37. Você vai ao dentista regularmente?** 1) Sim 2) Não
- 38. Você tem plano odontológico?** 1) Sim 2) Não
- 39. Qual dos serviços de saúde odontológico você mais utiliza?**
1) Público 2) Particular 3) Plano/Convenio 4) outro
- 40. Você consultou algum dentista no último ano?** 1) Sim 2) Não
- 41. Quantas vezes?** _____
- 42. Qual foi o motivo da sua última consulta ao dentista:**
1) Dor 2) Prevenção 3) Tratamento 4) Outro
- 43. Você vem ao PSF ou ao posto de saúde com frequência?** 1) Sim 2) Não
- 44. Você participa de alguma atividade ou grupo no PSF ou no posto de saúde?**
1) Sim 2) Não
- 45. Participa de algum grupo da terceira Idade?** 1) Sim 2) Não

ESTILO DE VIDA

- 46. Fuma?** 1) Sim 2) Não
- 47. Ingere bebidas alcoólicas?** 1) Sim 2) Não
- 48. Tem algum problema para dormir a noite?** 1) Sim 2) Não
- 49. Pratica atividade física / esportes?** 1) Sim 2) Não
- 50. Está com cartão de vacina em dia?** 1) Sim 2) Não
- 51. Tem medo de vacinar?** 1) Sim 2) Não
- 52. Já foi hospitalizado alguma vez?** 1) Sim 2) Não
- 53. Já fez alguma cirurgia?** 1) Sim 2) Não
- 54. Faz uso de óculos ou lentes?** 1) Sim 2) Não
- 55. Usa aparelho de audição?** 1) Sim 2) Não
- 56. Usa medicamento por conta própria?** 1) Sim 2) Não
- 57. Usa algum medicamento controlado?** 1) Sim 2) Não
- 58. Nos últimos 6 meses você teve alguma perda de apetite?** 1) Sim 2) Não
- 59. Nos últimos 6 meses você teve algum problema para mastigar ou deglutir?** 1) Sim 2) Não
- 60. Quantas refeições você faz por dia?**
1) Uma refeição 2) Duas refeições 3) Três refeições 4) Quatro ou mais
- 61. Quantos copos de líquido (água, suco, café, chá, outros) você toma por dia?**
1) Um 2) Dois 3) Três 4) Quatro ou mais

62. Como você avalia seu próprio peso?

1) Abaixo do peso 2) No peso normal 3) Acima do peso

DIAGNÓSTICOS ANTERIORES RELATADOS

Você tem ou teve alguma destas doenças?	Sim	Não	Não lembro	Não sei
63. Pressão alta				
64. Diabetes	1	2	3	4
65. Problema cardíaco	1	2	3	4
66. Câncer	1	2	3	4
67. Embolia	1	2	3	4
68. Derrame/AVE	1	2	3	4
69. Doença crônica pulmonar	1	2	3	4
70. Artrite/reumatismo/artrose	1	2	3	4
71. Osteoporose	1	2	3	4
72. Alzheimer	1	2	3	4
73. Parkinson	1	2	3	4
74. Enxaqueca	1	2	3	4
75. Náuseas/vômito	1	2	3	4
76. Tremores	1	2	3	4
77. Tonturas	1	2	3	4
78. Desequilíbrio	1	2	3	4
79. Desmaio	1	2	3	4
80. Zumbido no ouvido	1	2	3	4
81. Distúrbio de marcha	1	2	3	4
82. Distúrbios da fala	1	2	3	4
83. Convulsão	1	2	3	4
84. Depressão	1	2	3	4

MARCHA**85. Quedas (último ano):** 1) nenhuma 2) apenas 1 3) 2 a 4 4) 5 ou mais**86. Você teve alguma fratura óssea durante a queda?** 1) Sim 2) Não**87. Local (nome do osso fraturado)** _____

ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (Índice de Katz)

FUNÇÃO	INDEPENDÊNCIA Faz sozinho, totalmente, habitualmente e corretamente atividade considerada	DEPENDÊNCIA			
		PARCIAL		COMPLETA	
		Faz parcialmente ou não corretamente a atividade ou com pouca dificuldade		O idoso não faz a atividade considerada	
		Ajuda não humana	Ajuda humana		
BANHAR-SE Usa adequadamente chuveiro, sabão e/ou esponja	Independente para entrar e sair do banheiro.	Necessidade de ajuda através do uso de órtese ou algum apoio material para o banho.	Necessidade de ajuda humana para lavar algumas partes do corpo (costas ou pernas) ou supervisão	Recebe assistência no banho para mais de uma parte do corpo (ou não se banha)	
VESTIR-SE Apanha a roupa do armário ou gaveta, veste-se e consegue despir-se. Exclui-se calçados.	Independente para pegar a roupa e se vestir	Necessidade de apoio de algum objeto para se vestir.	Necessidade de ajuda humana para pegar a roupa.	Dependência total para vestir-se.	
USO DO BANHEIRO Locomove-se até o banheiro, despe-se e limpa-se e arruma a roupa.	Independente para ir ao banheiro e se limpar.	Necessidade de ajuda através do uso de órtese ou marreco, comadre e urinol para a higiene	Necessidade de ajuda humana para ir ao banheiro ou se limpar.	Não vai ao banheiro para o processo de eliminação	
TRANSFERIR-SE Locomove-se da cama para a cadeira e vice-versa	Independente para entrar ou sair do leito, sentar e levantar da cadeira.	Necessidade de ajuda através do uso de órtese ou de algum apoio material para realizar a transferência	Necessidade de ajuda humana parcial para entrar e sair do leito, sentar e levantar da cadeira.	Não sai da cama. Restrito ao leito	
CONTROLE ESFINCTERIANO	MICÇÃO	<i>Independência para controlar a micção</i>	Necessidade de ajuda através do uso regular de urinol, comadre ou marreco para controle da micção e defecação.	Necessidade de ajuda humana para controle da micção) ou usa fralda noturna somente (supervisão)	Dependência total através do uso constante de cateteres ou fraldas
	EVACUAÇÃO	<i>Independência para controlar os movimentos intestinais</i>	Necessidade de ajuda através do uso regular de urinol, comadre ou marreco para controle da defecação.	Necessidade de ajuda humana para controle da defecação (supervisão) ou usa fralda noturna somente.	Dependência total através do uso constante de fraldas
ALIMENTAR-SE Consegue apanhar a comida do prato ou equivalente e levar à boca	Independente para pegar o alimento e levá-lo até a boca.	Necessidade de ajuda através do uso de adaptadores para a alimentação	Alimenta-se sozinho exceto pela assistência para cortar a carne e passar manteiga no pão.	Dependência total para a alimentação.	

ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA INSTRUMENTAIS (Índice de Lawton–Brody)

- 1) Sem ajuda 2) Com ajuda parcial 3) Incapaz

Atividade de vida diária	
--------------------------	--

1. Você é capaz de preparar as suas refeições?	
2. Você é capaz de tomar os seus remédios na dose certa e horário correto?	
3. Você é capaz de fazer compras?	
4. Você é capaz de controlar o seu dinheiro ou finanças?	
5. Você é capaz de usar o telefone?	
6. Você é capaz de fazer pequenos trabalhos domésticos?	
7. Você é capaz de lavar e passar sua roupa?	
8. Você é capaz de sair de casa sozinho para lugares mais distantes usando algum transporte, sem necessidade de planejamento especiais?	

ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO (GDS-15)

1) Sim 2) Não

Para cada questão, escolha a opção que mais se assemelha ao que você está sentindo nas últimas semanas:	Respostas
1. Você está satisfeito com a sua vida?	
2. Você deixou de lado muitos de suas atividades e interesses?	
3. Você sente que sua vida está vazia?	
4. Você sente-se aborrecido com frequência?	
5. Está você de bom humor na maioria das vezes?	
6. Você teme que algo de ruim lhe aconteça?	
7. Você se sente feliz na maioria das vezes?	
8. Você se sente frequentemente desamparado?	
9. Você prefere permanecer em casa do que sair e fazer coisas novas?	
10. Você sente que tem mais problemas de memória que antes?	
11. Você pensa que é maravilhoso estar vivo?	
12. Você se sente inútil?	
13. Você se sente cheio de energia?	
14. Você sente que sua situação é sem esperança?	
15. Você pensa de que a maioria das pessoas estão melhores do que você?	

APGAR FAMILIAR

0) Quase nunca 1) Algumas vezes 2) Quase sempre

1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa	
--	--

2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema	
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de iniciar novas atividades ou de modificar o estilo de vida	
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor	
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família	

ÍNDICE DE RELIGIOSIDADE DA UNIVERSIDADE DUKE (DUREL)

1. Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

- 1) Mais do que uma vez por semana
- 2) Uma vez por semana
- 3) Duas a três vezes por mês
- 4) Algumas vezes por ano
- 5) Uma vez por ano ou menos
- 6) Nunca

2. Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

- 1) Mais do que uma vez ao dia
- 2) Diariamente
- 3) Duas ou mais vezes por semana
- 4) Uma vez por semana
- 5) Poucas vezes por mês
- 6) Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

3. Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

- 1) Totalmente verdade para mim
- 2) Em geral é verdade
- 3) Não estou certo
- 4) Em geral não é verdade
- 5) Não é verdade

4. As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

- 1) Totalmente verdade para mim
- 2) Em geral é verdade
- 3) Não estou certo
- 4) Em geral não é verdade
- 5) Não é verdade

5. Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

- 1) Totalmente verdade para mim
- 2) Em geral é verdade
- 3) Não estou certo
- 4) Em geral não é verdade
- 5) Não é verdade

QI-MCS

1. De quantos grupos (associação, rede, clube, sindicato, partido, torcida organizada) você faz parte? _____

2. Quantos amigos próximos você diria que tem hoje? _____

3. Falando em geral, você diria que se pode confiar na maioria das pessoas ou que nunca é demais ter cuidado ao lidar com as pessoas?

- 1) Pode-se confiar nas pessoas
- 2) Nunca é demais ter cuidado

4. Você acha que a maioria das pessoas do seu bairro está disposta a ajudar caso você precise?

- 1) Sim
- 2) Não tenho certeza/talvez
- 3) Não

5. Se um projeto da comunidade não lhe beneficia diretamente, mas traz benefícios para as pessoas do bairro você contribuiria com:

A. seu tempo para o projeto? 1) Sim 2) Não

B. seu dinheiro para o projeto? 1) Sim 2) Não

6. No último ano, você participou de alguma atividade comunitária para pedir algum benefício para o bairro? 1) Sim 2) Não

7. Se faltar água no seu bairro, você acha que as pessoas vão se unir para resolver este problema?

- 1) Sim
- 2) Não tenho certeza/talvez
- 3) Não

8. No último mês, com que frequência você fez ou recebeu um telefonema?

- 1) Pouco
- 2) Mais ou menos
- 3) Muito

9. Qual é a fonte de informação mais importante a respeito do que o governo faz?

- 1) Parentes, amigos e vizinhos;
- 2) Grupos ou associações;
- 3) Colegas de trabalho;
- 4) Jornal;
- 5) Revista;
- 6) Rádio;
- 7) Televisão;
- 8) Internet

10. Até que ponto você diria que as pessoas são diferentes no seu bairro?

- 1) Muito diferentes 2) Mais ou menos diferentes 3) Pouco diferentes

11. Em geral, como você se sente em relação ao crime e à violência quando está sozinho(a) em casa?

- 1) Seguro 2) Nem seguro nem inseguro 3) Inseguro

12. Em geral, você se considera uma pessoa...

- 1) Feliz 2) Nem feliz, nem infeliz 3) Infeliz

13. Você sente que tem poder para tomar decisões que podem mudar o rumo da sua vida?

- 1) Incapaz 2) Nem capaz, nem incapaz 3) Capaz

14. Você votou na última eleição? 1) Sim 2) Não

SAÚDE BUCAL (SB Brasil 2010)

1. Com relação aos seus dentes/boca o Sr(a) está:

- 1) Muito satisfeito
- 2) Satisfeito
- 3) Nem satisfeito nem insatisfeito
- 4) Insatisfeito
- 5) Muito insatisfeito

2. O Sr(a) considera que necessita usar prótese total (dentadura) ou trocar a que está usando atualmente? 1) Sim 2) Não

3. Cariados = _____

4. Obturados = _____

5. Perdidos = _____ (Dentes superiores: _____ / Dentes inferiores: _____)

Uso e necessidade de prótese

Arcada	Uso de prótese	Necessidade de prótese
Superior		
Inferior		

Código	Critério
Uso de Prótese	
0	Não usa prótese dental
1	Usa uma ponte fixa
2	Usa mais do que uma ponte fixa
3	Usa prótese parcial removível
4	Usa uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis
5	Usa prótese dental total
9	Sem informação
Necessidade de Prótese	
0	Não necessita de prótese dental
1	Necessita uma prótese, fixa ou removível, para substituição de um elemento
2	Necessita uma prótese, fixa ou removível, para substituição de mais de um elemento
3	Necessita uma combinação de próteses, fixas e/ou removíveis, para substituição de um e/ou mais de um elemento
4	Necessita prótese dental total
9	Sem informação

Apêndice B. Folder do Projeto de Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Odontologia
Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia
Av. Pres. Antônio Carlos, 6627 - Pampulha
Belo Horizonte – MG – 31.270-901



VIVER BEM NA TERCEIRA IDADE É UMA ARTE: um estudo sobre envelhecimento ativo e qualidade de vida

Este projeto de pesquisa pretende investigar como vivem as pessoas com mais de 60 anos em Sete Lagoas.

Quais são os objetivos do projeto?

1. Descrever as condições de saúde dos idosos;
2. Avaliar o acesso e o uso pelos idosos dos serviços de saúde;
3. Analisar o desempenho em testes do envelhecimento;
4. Analisar e fazer previsões sobre qualidade de vida dos idosos.

A quem se pede que participe?

Pessoas com 60 anos ou mais que moram em Sete Lagoas.

Como foram feitas as entrevistas?

Todas as entrevistas foram realizadas com pessoal treinado pela UFMG.

Onde será feita a pesquisa?

Os pesquisadores irão realizar uma visita em casa, podendo retornar até três vezes para agendar o melhor dia e horário para o participante. A participação é completamente voluntária, sem gasto nem recebimento para o participante.

Que tipo de perguntas serão feitas?

As perguntas da entrevista cobrirão vários temas: saúde bucal, física, emocional, mental, funcional, a relação com amigos e familiares, meio-ambiente, qualidade de vida.

O que acontece com as respostas?

Todas as respostas foram estritamente confidenciais. A identidade dos participantes não será revelada a nenhuma pessoa.

De posse dos resultados, poderemos propor um Programa de Acompanhamento para Promoção de Saúde do Idoso em Sete Lagoas.

Quem estiver interessado em participar e saber mais entre em contato:

VIVER BEM NA TERCEIRA IDADE É UMA ARTE

Celular: (31) 7164-1345 E-mail: viverbem3idade@yahoo.com.br

Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de um trabalho de pesquisa chamado **“VIVER BEM NA TERCEIRA IDADE É UMA ARTE: um estudo sobre envelhecimento ativo e qualidade de vida”**. Este projeto irá realizar uma avaliação multidimensional, ou seja, uma entrevista sobre os mais diferentes aspectos de sua vida em relação aos últimos seis meses. Para isto, gostaríamos de contar com a colaboração durante alguns minutos para responder a um questionário. Foram feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos da vida de sua vida: sua saúde bucal, física, emocional, mental, funcional, sua relação com amigos e familiares, seu meio-ambiente, qualidade de vida.

Além disso, no Brasil, até o momento não existem estudos longitudinais que avaliem a qualidade de vida de idosos e seus possíveis determinantes. Essa experiência se faz necessária, uma vez que os idosos estão sujeitos a inúmeras variações e poderá contribuir para o conhecimento mais profundo do processo de envelhecimento da população. Não será realizado nenhum procedimento invasivo no senhor (a), apenas contagem de dentes ausentes e averiguação sobre uso e/ou necessidade de prótese dentária. O exame é uma observação da boca, feita na própria residência, com toda técnica, segurança e higiene, conforme normas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. Não representa riscos nem desconforto para quem será examinado.

Além disso, sua participação consiste responder às perguntas do questionário. A sua participação neste estudo é muito importante e voluntária. Você tem o direito de não querer participar ou de sair deste estudo a qualquer momento. Asseguramos que todas as informações prestadas pelo senhor (a) são sigilosas e foram utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

Este estudo se repetirá mais uma vez com o intervalo de um ano, por isso, voltaremos a procurá-lo para realizar a mesma pesquisa. Apesar de o questionário ser o mesmo, você receberá novamente uma cópia deste termo podendo aceitar participar mais uma vez ou não.

Ana Cristina Viana Campos

Efigênia Ferreira e Ferreira

Nome e assinatura dos pesquisadores

Declaração de Consentimento

Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que toda a linguagem técnica utilizada na descrição deste

estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando também que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

Assinatura do participante ou responsável

_____/_____/_____
Data

Obrigado pela sua colaboração e por merecer sua confiança!

Está com alguma dúvida? Não fique com vergonha de nos perguntar!


Efigênia Ferreira e Ferreira. Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia.
Tel: (31) 3499-2470. Email: efigeniaf@gmail.com

Ana Cristina Viana Campos. Dentista, aluna da Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia (UFMG). (31) 9771-5409. Email: anacvcampos@ufmg.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais – COEP/UFMG.
Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II – 2º andar – Sala 2005
CEP: 31270-901 – BH – MG / Telefax: 31 3409-4592. Email: coep@prpq.ufmg.br

ANEXOS

Anexo 1. Aprovação no Comitê de Ética (UFMG)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

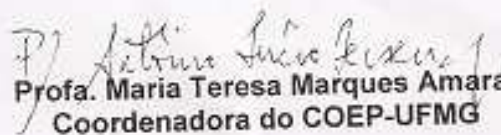
Projeto: CAAE – 0413.0.203.000-11

Interessado(a): **Profa. Efigênia Ferreira e Ferreira**
Departamento de Odontologia Social e Preventiva
Faculdade de Odontologia - UFMG

DECISÃO

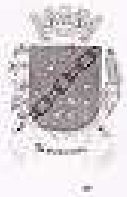
O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 07 de outubro de 2011, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"Viver bem na terceira idade é uma arte: um estudo longitudinal sobre a qualidade de vida e seus possíveis determinantes"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

Av. Pres. Antonio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II - 2º andar – Sala 2005 – Cep-31270-901 – BH-MG
Telefax: (031) 3409-4592 - e-mail: coep@pesp.ufmg.br

Anexo 2. Autorização do município



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS


AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA

A Prefeitura de Sete Lagoas, Minas Gerais, representada pelo prefeito Excelentíssimo Sr. **Mário Márcio Campolina Paiva**, declara estar ciente e autoriza a realização do projeto de pesquisa “Viver bem na terceira idade é uma arte: um estudo longitudinal sobre qualidade de vida e seus possíveis determinantes”, cuja a responsável é a Sra. **Ana Cristina Viana Campos**, aluna do curso de Doutorado em Odontologia, área de concentração em Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais (FO-UFMG) sob a orientação da Professora Dra. **Efigênia Ferreira e Ferreira**.


O estudo pretende verificar a associação entre qualidade de vida e possíveis fatores determinantes em indivíduos com idade igual e superior a 60 anos residentes em Sete Lagoas, Minas Gerais. Trata-se de um estudo longitudinal analítico domiciliar a ser realizado durante dois anos consecutivos com 889 indivíduos e ambos os sexos com idade igual ou superior a 60 anos. A coleta de dados será realizada no domicílio por meio de uma entrevista com questionário e todos os gastos serão de responsabilidade única exclusivamente dos pesquisadores envolvidos.

De acordo com o proposta apresentada, o trabalho de pesquisa está bem delineado e contempla as diretrizes normas regulamentadoras da Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996 que regem as pesquisas envolvendo seres humanos.

Sete Lagoas, 02 de Agosto de 2011.



Mário Márcio Campolina Paiva
Prefeito Municipal



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
Praça Barão do Rio Branco, 16 – 3º andar - Centro - Sete Lagoas / MG - Fone (31)3778-7123 – Fax 3776-7878

Anexo 3. Submissão do Artigo 1 no periódico Ciência & Saúde Coletiva^{##}

ScholarOne Manuscripts

<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>

 **Ciência & Saúde Coletiva**

Submission Confirmation

Thank you for submitting your manuscript to *Ciência & Saúde Coletiva*.

Manuscript ID: CSC-2014-1407

Title: Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero

Campos, Ana

Authors: Ferreira, Efigenia
Vargas, Andréa Maria

Date Submitted: 16-Sep-2014

 Print  Return to Dashboard

^{##} <http://www.scielo.br/revistas/csc/pinstruc.htm>