



UNICAMP

KEILA CRISTIANNE TRINDADE DA CRUZ

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À
SAÚDE DOS IDOSOS DO ESTUDO SABE**

Campinas

2012



UNICAMP

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

KEILA CRISTIANNE TRINDADE DA CRUZ

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DOS IDOSOS DO
ESTUDO SABE**

Orientadora: Profa. Dra. Maria José D'Elboux

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA
TESE DEFENDIDA PELA ALUNA KEILA CRISTIANNE
TRINDADE DA CRUZ E ORIENTADA PELA PROFA. DRA.
MARIA JOSÉ D'ELBOUX.

Assinatura da Orientadora

Campinas

2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
MARISTELLA SOARES DOS SANTOS – CRB8/8402
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

C889q

Cruz, Keila Cristianne Trindade da, 1973-
Qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos do
Estudo SABE / Keila Cristianne Trindade da Cruz. --
Campinas, SP : [s.n.], 2012.

Orientador : Maria José D'Elboux.
Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Idoso. 2. Qualidade de vida. 3. Envelhecimento. I.
D'Elboux, Maria José, 1958-. II. Universidade Estadual
de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III.
Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Health related quality of life – SABE Study.

Palavras-chave em inglês:

Aged

Quality of life

Aging

Área de concentração: Enfermagem

Titulação: Doutora em Enfermagem

Banca examinadora:

Maria José D'Elboux [Orientador]

Yeda Aparecida de Oliveira Duarte

Miako Kimura

Roberta Cunha Matheus Rodrigues

Marilisa Berti de Azevedo Barros

Data da defesa: 17-12-2012

Programa de Pós-Graduação: Enfermagem

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

KEILA CRISTIANE TRINDADE DA CRUZ

Orientador (a) PROF(A). DR(A). MARIA JOSÉ D'ELBOUX

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). MARIA JOSÉ D'ELBOUX

Maria José D'Elboux

2. PROF(A). DR(A). YEDA APARECIDA DE OLIVEIRA DUARTE

Yeda Aparecida de Oliveira Duarte

3. PROF(A). DR(A). MIAKO KIMURA

Miako Kimura

4. PROF(A).DR(A). ROBERTA CUNHA MATHEUS RODRIGUES

Roberta Cunha Matheus Rodrigues

5. PROF(A).DR(A). MARILISA BERTI DE AZEVEDO BARROS

Marilisa Berti de Azevedo Barros

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 17 de dezembro de 2012

Dedico este trabalho...

*ao amado e estimado **Claudio Marcelo**, meu companheiro e fiel escudeiro,*

*às nossas filhas, **Ana Luiza e Laura**, razões do meu viver,*

à todos os idosos com quem convivi, que serviram de exemplo, inspiração, motivo,

incentivo e muito contribuíram para a realização dessa pesquisa, que ora são

*representados pela sempre presente **Dinda Luiza** e pela saudosa lembrança de*

*meu sogro, **Francisco Manoel Raposo de Almeida**, exemplos de idosos que*

souberam envelhecer com dignidade e qualidade.

AGRADECIMENTOS

Nesse momento, quando finalizo uma grande etapa da minha vida não há como não olhar para trás e recordar a trajetória, os detalhes da caminhada, os acertos, os erros, o aprendizado e o amadurecimento que os últimos quatro anos e meio me trouxeram. Para iniciar e concluir o doutorado, contei com muitas pessoas especiais, que estiveram ao meu lado e a quem tenho muito, muito a agradecer...

A todos os idosos com quem convivi pessoal, científica, particular e profissionalmente, que direta ou indiretamente contribuíram na realização dessa pesquisa. Vocês são a principal razão desse trabalho.

A minhas filhas, Ana Luiza e Laura, minhas maiores motivadoras, a quem agradeço de corpo e alma por todos os sorrisos e por todos os chamados - “mamãe” - especialmente naquelas horas cruciais, em que eu tinha que decidir sobre o que era mais importante, e meu coração se acalmava com a melhor escolha de todas, estar com vocês. Que as gotas da chuva e as estrelas do céu possam ser testemunhas eternas de nossa cumplicidade e do nosso amor...

Ao Claudio Marcelo, meu amor, com quem compartilho nossas vidas. Quando sonhamos juntos, sonhos se transformam em realidade... Sem você, não estaríamos comemorando essa vitória. Obrigada pela paciência, tolerância e por se “desdobrar em muitos”, para que juntos pudéssemos avançar nas diferentes fases desta pesquisa. Nós sabemos o que isso significou e significa.

A meus pais, Antonio Carlos e Clenir, importantes incentivadores, pelo amparo e disponibilidade, sempre presentes em minha vida. Pais muito jovens, desejo que tenham um envelhecimento cheio de vida e de saúde, digno e com qualidade. Amo vocês!

À Sra. Ana Maria Luiza de Barros, a “Dinda”, por compartilhar sua vida e a experiência adquirida com o passar dos anos, por sua dedicação constante, plenamente incondicional e por mostrar uma nobre, digna e exemplar maneira de envelhecer. Por tudo, Muito Obrigada!

A minha mestre e dedicada amiga, sempre presente, Prof^a. Dr^a. Rachel Noronha, obrigada por seu exemplo, pelo convívio constante e especialmente pela atenção, carinho, dedicação, paciência e incentivo, além dos inúmeros telefonemas que me acalentaram e confortaram minha alma.

À Prof^{te}. Dr^a. Maria José D’Elboux, meu exemplo de dedicação e de superação... Tive o privilégio de ser sua aluna em momentos e contextos diferentes de nossas vidas e tenho muito orgulho disso. Agradeço pela confiança, por me possibilitar descobrir os meus limites e por respeitá-los sempre, pelos ensinamentos que me fizeram olhar o idoso com outros olhos e me fazem redescobrir a cada dia novas possibilidades. Se tivesse oportunidade de voltar no tempo, certamente escolheria caminhar ao seu lado outra vez. Muito obrigada!!!!

A minha amiga de tantos anos, Elisângela Bernardino Sena, por realizar a formatação e os ajustes finais desta tese, por sua grande ajuda, empenho e dedicação, seu exemplo de ternura e amizade, que tenho o privilégio de desfrutar desde os tempos em que eu era estudante de graduação. Ninguém melhor do que você acompanha, conhece e entende meus passos.

À Sra. Fatme Abou Adile, ou simplesmente minha querida Dona Fátima, pelo exemplo de coragem, força e disposição, pelo delicado e amoroso cuidado que sempre dispensou à mim e a minha família. Sempre pronta para nos auxiliar e nos socorrer, sua presença e seu convívio foram, e sempre serão, muito valiosos.

À Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Lebrão, por me conceder o privilégio de trabalhar com os dados do estudo SABE.

À Prof^a. Dr^a. Yeda Aparecida de Oliveira Duarte, que esteve presente em várias fases dessa pesquisa e com contribuições importantes, muito obrigada!

Ao Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos, pelas análises estatísticas e pelas orientações recebidas. Sua humildade, sua atenção, dedicação e carinho, nas nossas trocas de “e-mails”, suas respostas delicadas às minhas dúvidas tão ingênuas e até mesmo imaturas, fazem com que eu o admire e o respeite sem mesmo poder dar aquele “super beijo” tantas vezes escritos e desejados...

Ao meu grande mestre e amigo Prof. Dr. José Luis Tatagiba Lamas, pelo carinho e pela atenção sempre presentes em minha vida.

À Prof^a. Dr^a. Roberta Cunha Matheus Rodrigues, pelas contribuições no desenvolvimento desta pesquisa, por sua presença constante em minha vida, por suas palavras incentivadoras, seu ombro amigo e seu sorriso doce, tão importante para mim...

À Prof^a. Dr^a. Marilisa Berti de Azevedo Barros e Prof^a. Dr^a. Rosalina Partezani pelas contribuições na fase final desta pesquisa.

A minha irmã e amiga, Karine Trindade da Cruz e sua filha, Amanda Trindade da Cruz Moura, que me ajudaram em muitos momentos, obrigada pelo carinho, apoio e dedicação.

A minha cunhada, Nyssia Barros Raposo de Almeida, grande amiga, por sua atenção, dedicação, auxílio, apoio, carinho e presença em tantos momentos.

As minhas amigas Ana Raquel Medeiros Beck, Cândida Márcia de Brito, Cleuza Vedovato, Déborah Cristina de Oliveira, Elenice Valentim Carmona, Juliana Bastoni, Maria Cristina Gomes de Oliveira, Maria Gorete Bernardelli, Maria Helena de Melo Lima e

Marisa Dibbern Lopes Correia. Conviver com vocês durante anos é mais do que especial... Obrigada pelo apoio em todos os momentos, especialmente nos mais difíceis...

Ao Departamento de Enfermagem-FCM/UNICAMP, local em que tive a oportunidade, a honra e o orgulho de tornar-me enfermeira, descobrir-me professora e ainda, de ganhar “asas para voar”... E, claro, a todos os colegas e amigos do Departamento de Enfermagem-FCM/UNICAMP, pelos anos de estudo, companheirismo e colaboração.

Ao Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, representado pelas Prof^{as}. Dr^{as}. Leides Barroso de Azevedo Moura e Prof^{as}. Dr^{as}. Luciana Neves da Silva Bampi, em razão do incentivo e do apoio recebidos na fase final desta tese.

Às colegas de trabalho, Prof^{as}. Dr^{as}. Aline Cristina Martins Gratão, Prof^{as}. Andréa Mathes Faustino e Prof^{as}. Giovana Rezende Simino, pelo incentivo, auxílio e pela força



“Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura enquanto durar. Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.”

(Cora Coralina)

A qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) é uma forma utilizada para avaliar a saúde das pessoas bem como detalhes subjetivos de suas vidas. Esta pesquisa teve por objetivo avaliar a QVRS dos idosos do Estudo SABE por meio do SF-12 e de variáveis que contemplem as características peculiares dessa faixa etária. O presente estudo foi realizado a partir dos dados do Estudo Longitudinal Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE) coletados em 2006, com uma amostra representativa de 1031 idosos residentes no município de São Paulo, sem sintomas depressivos que responderam o “*The Medical Outcomes Study 12-item Short-Form Health Survey*” (SF-12). Os escores do SF-12 são resumidos em dois grandes componentes, o escore do componente físico (ECF) e o escore do componente mental (ECM). Foi realizada uma busca na literatura sobre os significados atribuídos por idosos brasileiros sobre QV e agrupados em quatro categorias de informações contidas no questionário do Estudo SABE 2006: a categoria sociodemográfica, relacionada à saúde, de relacionamento/apoio e de bem-estar subjetivo. Os ECF e ECM do SF-12 foram categorizados em tercís sendo o primeiro constituído pelos escores mais baixos dos componentes e os demais pelos escores intermediários e mais altos, respectivamente. Foi realizada a Regressão Logística Multinomial para modelar a chance de um idoso pertencer a um dos tercís de cada componente de QVRS. Os componentes físico e mental apresentaram médias e amplitudes de variação maiores para os homens, com exceção do ECF cuja variação foi maior para as mulheres. No ECF, o maior número de idosos apresentaram piores valores desse componente. Houve associação significativa entre o componente físico e sexo, faixa etária, ter casa própria, escolaridade, morbididades, número de medicamentos, dificuldade para ABVDs e AIVDs, paz/tranquilidade e religião. Em relação ao componente

mental, houve associação significativa com ter dinheiro suficiente, escolaridade, morbidade, número de medicamentos, sentir-se nutrido, sentir-se amado pela família, APGAR de Família, paz/tranquilidade e satisfação com a vida. No componente físico houve influência das categorias sociodemográfica e relacionadas à saúde e no componente mental, de variáveis pertencentes às categorias dados sociodemográficos, relacionados à saúde e bem estar subjetivo. Espera-se com esse trabalho subsidiar o planejamento e implantação de intervenções que visem favorecer a QV do idoso.

Palavras-chave: idoso, qualidade de vida, envelhecimento.

Linha de pesquisa: Processo de cuidar em saúde e enfermagem

The Health related quality of life (HRQoL) is a kind of health assessment as well as an evaluation of subjective details of people lives. This research aimed to evaluate HRQOL of no depressed elderly people, that were subjects of a Longitudinal Study on Health, Wellbeing and Aging (SABE Study), using "The Medical Outcomes Study 12-item Short-Form Health Survey "(SF-12) and variables that cover specific characteristics of this age group. The present study have used SABE Study data that were collected in 2006 on a sample of 1031 older adults that were living in São Paulo, without depressive symptoms, those who responded SF-12. The scores of SF-12 are summarized into two major components: the physical component score (PCS) and the mental component score (MCS). It were done a literature review on the meanings attributed by Brazilian elderly on Quality of Life(QOL) and these meanings were grouped into four categories of information in the survey of SABE Study: sociodemographic category, health-related category, relationship / support and subjective well-being. The PCS, MCS and the SF-12 were categorized as terciles. The first of these have consisted of the lowest scores of the components. The others have presented intermediate and highest scores, respectively. It were performed a Multinomial Logistic Regression to investigate the chance of an elderly to belong to one of terciles of each component of HRQOL. The physical and mental components showed averages and amplitudes of variation greater for men, except for PCS which variation was greater for women. In the PCS, largest number of elderly have the worst scores of this component. There was a significant association between physical component and some variables as: sex, age group, homeownership,

education, comorbidities, number of medications in use, difficulty for Basic Activities of Daily Living (BADL) and Instrumental Activities of Daily Living (IADL), peace / tranquility and religion. Regarding the mental component, there was significant association with having enough money, education, comorbidity, number of medications in use, to feel nurtured, feeling of being loved by family, Family APGAR, peace / tranquility and life satisfaction. The physical component were influenced by sociodemographic and health-related categories. The mental component received influence by variables of the following categories: sociodemographic, health-related and subjective well-being. It is expected that this work supports the planning and implementation of interventions designed to improve the QOL of the elderly.

Key-words: aged, quality of life, aging.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição do número e da proporção de idosos segundo o status. Município de São Paulo (SP), 2000-2006. São Paulo, 2006.	70
TABELA 2 - Questões do questionário SABE 2006, selecionadas para representar os atributos da categoria 1- Dados sociodemográficos. São Paulo, 2006.....	86
TABELA 3 - Questões do questionário SABE 2006, selecionadas para representar os atributos da categoria 2- Dados relacionados à saúde. São Paulo, 2006.	87
TABELA 4 - Questões do questionário SABE 2006, selecionadas para representar os atributos da categoria 3 – Relacionamento e apoio. São Paulo, 2006.	88
TABELA 5 - Questões do questionário SABE 2006, selecionadas para representar os atributos da categoria 4 – Bem estar subjetivo. São Paulo, 2006.....	88
TABELA 6 - Distribuição dos idosos segundo os dados da categoria sociodemográficos. São Paulo, 2006.	96
TABELA 7 - Distribuição dos idosos segundo as categorias dados relacionados à saúde, relacionamento/apoio e bem estar subjetivo. São Paulo, 2006.	97
TABELA 8 - Apresentação das médias, erro padrão (EP) e valores mínimos e máximos dos ECF e ECM do SF-12, segundo o sexo. São Paulo, 2006.....	99
TABELA 9 - Distribuição absoluta e relativa, médias, erro padrão (EP), medianas e intervalos de confiança (IC) dos idosos, segundo os tercis dos ECF e ECM. São Paulo, 2006.....	100
TABELA 10 - Análise bivariada dos tercis dos componentes físico e mental do SF-12, segundo as variáveis da categoria “dados sociodemográficos”. São Paulo, 2006.....	101
TABELA 11 - Análise bivariada dos tercis dos componentes físico e mental do SF-12, segundo as variáveis das categorias “dados relacionadas à saúde” e “relacionamento/apoio”. São Paulo, 2006.....	102
TABELA 12 - Análise bivariada dos tercis dos componentes físico e mental do SF-12, segundo as variáveis da categoria “bem estar subjetivo”. São Paulo, 2006.	103
TABELA 13 - Regressão logística multinomial do ECF do SF-12 e das variáveis “dados sóciodemográficos”, “dados relacionados à saúde”, “relacionamento/apoio” e “bem estar subjetivo”, segundo o sexo dos idosos do estudo SABE. São Paulo, 2006.....	105
TABELA 14 - Regressão logística multinomial do ECM do SF-12 e das variáveis sóciodemográficas, relacionadas à saúde, ao relacionamento/apoio e ao bem estar subjetivo, segundo o sexo dos idosos do estudo SABE. São Paulo, 2006.	107

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Correspondência das alternativas de respostas entre o SF-12 e as questões do estudo SABE. São Paulo, 2006.....	79
QUADRO 2 - Itens de maior impacto clínico na QV de idosos, em ordem decrescente, segundo Paschoal, 2004.....	81
QUADRO 3 - Classificação e situação dos atributos segundo as definições das dimensões do SF-12.	83
QUADRO 4 - Distribuição dos atributos segundo as categorias criadas a partir do referencial de Lawton. São Paulo, 2012.....	85

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1 - Fluxograma da amostra do estudo SABE 2000-2006, conforme critérios de exclusão da presente pesquisa. São Paulo, 2006. 75
- FIGURA 2 - Divisão das dimensões do SF-12 em dois componentes segundo Ciconelli (modificado). São Paulo, 2007. 78

LISTA DE ABREVIATURAS

AAVDs	– Atividades Avançadas da Vida Diária
ABVDs	– Atividades Básicas da Vida Diária
AIVDs	– Atividades Instrumentais da Vida Diária
APGAR	– Adaptação (Adaptation), Participação (Partnership), Crescimento (Growth), Afeição (Affection) e Resolução (Resolve) (APGAR de família)
AE	– Aspectos Emocionais
AF	– Aspectos Físicos
AS	– Aspectos Sociais
CF	– Capacidade Funcional
D	– Dor
ECF	– Escore do Componente Físico
ECM	– Escore do Componente Mental
EGS	– Estado Geral de Saúde
FAPESP	– Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
GDS	– Escala de Depressão Geriátrica
IC	– Intervalo de Confiança
MCS	– “ <i>Mental Component Score</i> ”
OMS	– Organização Mundial da saúde
ONU	– Organização das Nações Unidas
PCS	– “ <i>Physical Component Score</i> ”

PNAD	– Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
QV	– Qualidade de Vida
QVRS	– Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
RRR	– Razão de Risco Relativo
SABE	– Saúde, Bem-estar e Envelhecimento
SF-36	– <i>“The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey”</i>
SF-12	– <i>“The Medical Outcomes Study 12-item Short-Form Health Survey”</i>
SF-6D	– <i>“The Medical Outcomes Study 6 Dimensions Short-Form Health Survey”</i>
SM	– Saúde Mental
SMI	– Salário Mínimo
STATA	– <i>“Data Analysis and Statistical Software STATA”</i>
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHOQOL	– <i>“World Health Organization Quality of Life Assessment”</i>
WHOQOL100	– <i>“World Health Organization Quality of Life assessment instrument” (com 100 questões)</i>
WHOQOL- Breve	– <i>“World Health Organization Quality of Life assessment instrument” abreviado</i>
WHOQOL-Old	– <i>“World Health Organization Quality of Life assessment instrument” idosos</i>
V	– Vitalidade

SUMÁRIO

RESUMO.....	xviii
ABSTRACT	xxi
LISTA DE TABELAS	xxv
LISTA DE QUADROS	xxvii
LISTA DE FIGURAS	xxix
1. INTRODUÇÃO	37
1.1 Apresentação do tema	39
1.2 Contextualização do tema.....	42
1.2.1 - Aspectos históricos e evolução do conceito Qualidade de Vida	42
1.2.2 - Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS).....	46
1.2.3 - Instrumentos para avaliação da QVRS	48
1.2.4 - Qualidade de vida na velhice	52
1.2.5 - O que o idoso brasileiro considera importante para a sua QV?	57
2. OBJETIVOS	61
2.1 - Objetivo Geral	63
2.2 – Objetivos específicos	63
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	65
3.1 Estudo SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento	67
3.1.1- Sujeitos do estudo SABE	68
3.1.2- Procedimento de coleta de dados.....	69
3.1.3- Instrumento utilizado no estudo SABE.....	70
3.2 Descrição do presente estudo.....	74
3.2.1- Sujeitos do estudo	74
3.2.2- Instrumentos de coleta de dados	75
3.2.3- Definição e operacionalização das variáveis	89
3.2.4- Análise estatística	90
3.2.5- Aspectos éticos.....	93
4. RESULTADOS	95
4.1 Caracterização sociodemográfica dos idosos do estudo	96
5. DISCUSSÃO	110
6. CONCLUSÕES	129
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	133
8. REFERÊNCIAS	138
ANEXOS	160
APÊNDICES.....	172

1. INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação do tema

A Qualidade de Vida (QV) tem sido reconhecida como um construto importante no meio científico. Trata-se de uma medida subjetiva, que considera a opinião dos indivíduos aos quais são aplicados instrumentos genéricos e específicos, cujos resultados têm possibilitado tomada de decisão em programas e tratamentos na área da saúde, dentre outros. Assim, passa a ser possível identificar situações das vidas das pessoas que podem ser melhoradas ou reforçadas no sentido de melhorar a sua QV.

Pesquisadores definem a QV como: “... uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial.” Acrescentam que o termo possui muitos significados que estão relacionados a conhecimentos, experiências e valores dos indivíduos⁽¹⁾.

No Brasil, pesquisas tem sido realizadas nessa área do conhecimento com diversos grupos de pessoas, de diferentes faixas etárias, afecções e tratamentos que, de acordo com suas respectivas avaliações, passaram a ter a QV como medida de saúde^(2,3).

Acompanhando o processo demográfico do Brasil, o envelhecimento ganha destaque com o aumento da expectativa de vida, bem como com os ganhos e perdas decorrentes desse aumento. A expectativa de vida aumentou para 73,5 anos no censo demográfico de 2010, 11,5 anos a mais do que em 1980, o que representa um aumento no número de anos vividos, anos esses que merecem atenção e respeito em todas as áreas do conhecimento, para que sejam vividos com dignidade e qualidade⁽⁴⁾.

Atualmente, na área da saúde, muitos indicadores são utilizados para avaliar como os idosos tem vivido, como se sentem em relação a sua vida, às afecções, aos

tratamentos. A Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) surge nesse contexto como um indicador importante da avaliação subjetiva da QV do idoso, identificando possibilidades de intervenções que possam proporcionar condições para melhorar o seu modo de viver e, conseqüentemente, sua QV.

Existem inúmeros instrumentos genéricos e específicos para a avaliação da QV e QVRS, porém, a maioria deles originalmente foi elaborada para mensuração desse constructo em uma população adulta jovem. Poucos são os instrumentos genéricos destinados à medida da QVRS no idoso. A faixa etária com idade igual ou superior a 60 anos possui muitas peculiaridades que devem ser consideradas nesse tipo de avaliação.

Esses instrumentos de medidas são multidimensionais e tendem a ser extensos, porém, versões mais simplificadas deles têm surgido na literatura com validade e confiabilidade satisfatórias.

O SF-12, instrumento de avaliação da QVRS, consiste na versão abreviada do SF-36, um instrumento muito utilizado no meio científico nacional e internacional, em diferentes situações e populações. O SF-12 manteve as dimensões e as medidas psicométricas do instrumento original e tem sido recomendado para avaliação da QVRS em estudos populacionais por ser mais curto e de rápida aplicação.

Por se tratar de um instrumento de QVRS genérico, as dimensões são abordadas de forma geral para diferentes faixas etárias. Os idosos possuem peculiaridades em relação às outras faixas etárias, o que está associado ao processo de senescência e senilidade, fatores que devem ser considerados em medidas subjetivas, como a avaliação da QVRS.

Dentre os estudos populacionais envolvendo idosos no Brasil, o estudo Saúde Bem Estar e Envelhecimento (SABE) destaca-se por sua representatividade populacional em um importante centro urbano. Nos últimos 10 anos tem sido a base para importantes investigações na área de geriatria e gerontologia.

No ano de 2006, no estudo SABE foi utilizado o SF-12 para mensurar a QVRS de idosos arrolados.

No Brasil, em 2000, Paschoal iniciou a construção de um instrumento de avaliação da QV específico para idosos, considerando a opinião dessa faixa etária⁽⁵⁾. Dentre dezenas de itens levantados, foram selecionados aqueles atributos com maior impacto clínico na vida dos idosos.⁽⁶⁾

A escolha desse estudo se deu por ser mais abrangente em relação a outras investigações na área, por considerar a opinião do idoso, além do que, tratar-se de uma pesquisa cujos sujeitos eram idosos da cidade de São Paulo, local em que foi realizado o estudo SABE⁽⁶⁾.

Portanto, levando-se em consideração o SF-12 e os atributos considerados importantes para a QV do idoso pelo próprio idoso, a presente pesquisa tem como finalidade avaliar a QVRS dos idosos do estudo SABE, considerando-se as características peculiares dessa faixa etária. Espera-se que esses resultados ofereçam subsídios para estratégias de intervenção nos âmbitos da saúde, contexto social e familiar e outros que visem à melhoria da sua QV e do seu bem estar.

1.2 Contextualização do tema

As grandes mudanças epidemiológicas, econômicas e sociais do mundo contemporâneo resultam em consequências positivas e negativas para a população. No intuito de identificar essas alterações e desenvolver intervenções necessárias, a avaliação da QV passa a ser uma estratégia fundamental para o reconhecimento dos resultados dessas transformações no contexto de vida da população idosa.

Qualidade de vida é um termo subjetivo que pode ser definido por distintas áreas do conhecimento e possuir significados diferentes para cada uma delas. Nas últimas décadas, o construto QV tem recebido destaque como um fator importante em pesquisas clínicas e na avaliação do impacto de políticas de saúde na população, uma vez que nestas situações as respostas podem ser heterogêneas em diferentes grupos de pessoas e intervenções terapêuticas⁽⁵⁾.

Em relação ao constructo QV, pesquisadores enfatizam uma visão biológica e funcional, como saúde funcional e incapacidade/deficiência; outros enfatizam fatores sociais e psicológicos como, por exemplo, bem-estar, satisfação e felicidade⁽⁷⁾.

Para um melhor entendimento sobre o uso do termo QV no meio científico, torna-se necessária uma abordagem dos aspectos históricos relacionados a esse conceito.

1.2.1 - Aspectos históricos e evolução do conceito Qualidade de Vida

A Segunda Grande Guerra Mundial constitui um marco importante para o mundo em geral. Após as repercussões desse importante fato, o conceito de “boa vida”, que inicialmente esteve relacionado aos bens materiais adquiridos (casa própria, carro, eletrodomésticos, aplicações financeiras, uma boa aposentadoria, viagens, entre outros)

começa a ser explorado. Nessa ótica, a QV é avaliada por indicadores econômicos como renda percapita, produto interno bruto (PIB), taxa de desemprego, dentre outros. Nesse sentido, os países que possuem melhores indicadores econômicos, deveriam ter suas populações com uma melhor QV^(8,9).

Com o decorrer dos anos, o conceito evoluiu com a inclusão do critério relacionado ao desenvolvimento social, ou seja, educação, moradia, transporte, lazer, trabalho e crescimento individual. Houve ampliação dos indicadores, acrescentando-se a mortalidade infantil, a esperança de vida, a taxa de evasão escolar, o nível de escolaridade, a taxa de violência, o saneamento básico, o nível de poluição, as condições de moradia e trabalho, a qualidade do transporte e lazer. Alguns países avançaram com políticas de bem-estar social^(8,9).

Assim, indicadores econômicos e sociais, na década de 1960, deixaram de ser exclusivos na avaliação da QV dos indivíduos. A opinião das pessoas sobre a sua própria vida ganhou importância e destaque nessa avaliação, surgindo então as nomenclaturas “qualidade de vida subjetiva” ou “qualidade de vida percebida pelas pessoas”.^(5,8,10,11)

A partir da década de 1960, os estudos sobre QV passaram a considerar a avaliação da própria pessoa, surgindo então uma preocupação com os métodos e instrumentos para a avaliação da QV⁽¹²⁾.

Assim, o conceito de QV passou a ser descrito por vários grupos de estudiosos sobre o tema, em diferentes momentos da história do mundo. Nas pesquisas da área da saúde, a QV tem sido utilizada como um conceito amplo, que inclui aspectos sociológicos e não está diretamente relacionada a disfunções e agravos. Portanto, na avaliação de QV, as amostras populacionais são formadas por populações saudáveis e/ou doentes, ou em tratamentos específicos. A definição atualmente mais aceita para este constructo foi

estruturada por um grupo de especialistas da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽¹⁰⁾ e consiste na "... percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural, o sistema de valor com os quais convive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações".

Embora a importância da avaliação da QV seja um fato, ainda não há um consenso entre os estudiosos quanto a sua definição. O que existe é a concordância entre os pesquisadores sobre alguns aspectos fundamentais desse construto, como a subjetividade e a multidimensionalidade⁽¹⁰⁾.

Subjetividade relaciona-se à percepção da pessoa sobre todas as dimensões que envolvem a sua QV, ou seja, à existência de condições externas às pessoas, presentes no meio e nas condições de vida e trabalho, influenciam a avaliação que elas fazem de sua QV^(10,12,13).

A multidimensionalidade está vinculada ao reconhecimento de que o construto QV é composto por muitos domínios ou dimensões, considerando dimensões "um conjunto de questões agrupadas que se referem a uma determinada área do comportamento ou da condição humana" (p. 129). É consenso entre os pesquisadores que a QV inclui pelo menos três dimensões: a física, a psicológica e a social, ou seja, um instrumento de avaliação de QV deve contemplar no mínimo questões relacionadas a esses três elementos, por exemplo^(10,11,13).

A bipolaridade, outra característica do construto QV, é justificada pela existência de dimensões positivas e negativas no construto⁽¹⁰⁾. O desempenho dos papéis sociais e a autonomia são exemplos de elementos positivos, enquanto dor e dependência, exemplos de elementos negativos⁽¹⁴⁾.

No Brasil, em 2000, foi iniciado um trabalho para a elaboração de um instrumento de avaliação da QV de idosos considerando a sua opinião e, após um grande aprofundamento do assunto, foi acrescentada mutabilidade às características do construto QV, sendo que seu autor justifica essa inclusão referindo que a avaliação da QV muda com o tempo, pessoa, lugar e contexto cultural; em uma pessoa, a mudança ocorre conforme seu estado de espírito ou de humor, característica que pode aumentar a dificuldade de aferição da QV. Nessa mesma pesquisa, o autor também aborda a complexidade do tema QV, por se tratar de um assunto de difícil conceituação, com múltiplas definições, instrumentos de avaliação e técnicas de aferições⁽⁵⁾.

Com o avanço dos estudos, a QV ganhou destaque e se consolidou como um importante indicador, tanto na prática clínica, quanto em pesquisas científicas na área da saúde, sendo utilizada para avaliar e estimar desfechos de pesquisas, efeitos de intervenções^(12,15,16), além do impacto no bem-estar físico, psicológico e social do indivíduo⁽⁵⁾.

Atualmente, sabe-se que a avaliação da QV possibilita maior acurácia das avaliações individuais e coletivas dos estados de saúde. As medidas de QV tem sido utilizadas em triagem e monitoramento de problemas psicossociais, estudos populacionais sobre percepção dos estados de saúde, auditoria médica, medidas de resultados em serviços de saúde, ensaios clínicos e análises econômicas, de forma a garantir uma melhor QV às pessoas⁽¹¹⁾.

O conceito QV tem sido utilizado como uma definição genérica, geralmente utilizada em estudos com indivíduos saudáveis e não se restringe às afecções. A QV pode ainda ser encontrada e empregada como sinônimo de estado de saúde, bem-estar subjetivo, satisfação com a vida, felicidade, dentre outros⁽¹²⁾.

A QV pode refletir o impacto físico e psicossocial que enfermidades ou incapacidades podem desencadear nas pessoas. Assim, há a possibilidade de conhecer melhor o paciente e sua adaptação à condição atual. Portanto a QV passa a ser incorporada aos serviços de saúde, influenciando decisões e condutas terapêuticas^(12,17,18).

O conceito QV é considerado amplo e aborda inúmeras dimensões relacionadas à vida do indivíduo. Outro conceito utilizado nessa área do conhecimento é QVRS, que tem sido utilizada de forma semelhante à QV, entretanto, sobretudo em pesquisas que abordam com maior precisão a intervenção em saúde ou nas afecções⁽¹²⁾.

1.2.2 - Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS)

O desenvolvimento tecnológico e o consequente progresso das ciências da saúde estão prolongando a expectativa de vida das pessoas. Atualmente, afecções que eram letais passaram a ser controladas ou até mesmo curáveis. Hoje, o indivíduo vive mais tempo e convive com uma forma mais leve e/ou assintomática de uma ou mais afecções. Mensurar a qualidade dos anos a mais vividos passou a ganhar importância. Assim, o conceito de QV, passa a ser utilizado como medida de desfecho de saúde, aspecto de grande valor, especialmente para a parcela da população definida como idosa⁽¹³⁾.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽¹⁹⁾, a saúde é definida como: "... o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social e não meramente ausência de doença ou enfermidade". Essa é uma definição abrangente, que incorpora diferentes aspectos da vida do indivíduo, assim, a partir desse conceito, para medir a saúde é necessário considerar que saúde é, então, muito mais do que a mera "ausência de doença", mas sim, um estado de bem-estar que está associado à QV.

A avaliação da QV na área da saúde, bem como, nos desfechos dessa área, é conhecida como QVRS. A QVRS é definida, de forma geral, como o funcionamento físico, incluindo os domínios emocional e social do indivíduo^(18,19).

Os instrumentos genéricos de avaliação de QVRS têm como vantagens a possibilidade de avaliação de vários domínios ao mesmo tempo, a possibilidade de serem usados em qualquer população e o fato de permitirem comparações entre pacientes com diferentes patologias. A grande desvantagem é o fato de que podem não demonstrar alterações em aspectos específicos. Existem basicamente dois tipos: os perfis de saúde, como o *Short-Form Health Survey* (SF-36), o *Nottingham Health Survey* (NHP), o *Sickness Impact Profile* (SIP), o *McMaster Health Index Questionnaire* (MHQ), e os índices de saúde ou medidas de utilidade, que estão associados à preferência dos pacientes por um determinado estado de saúde ou por um determinado tratamento⁽¹¹⁾.

A avaliação da QVRS tem sido utilizada em diferentes contextos. Exemplos disso são: a medida da auto-percepção da saúde em estudos de base populacional⁽¹¹⁾, a avaliação de serviços de saúde⁽²⁰⁾ e de tratamentos de diferentes afecções^(21,22), a predição de hospitalização e mortalidade⁽²³⁾, os estudos com intervenção^(24,25), a avaliação de custos em serviços de saúde⁽²⁶⁾, dentre outros, todos com a finalidade de identificar situações que possam contribuir para a melhora da QVRS..

Especialmente nos idosos, sujeitos que estão convivendo com doenças crônicas há muito mais tempo, o impacto da doença na QVRS deve ser avaliado e monitorizado, com ênfase na avaliação da capacidade funcional e do bem-estar⁽²⁷⁾.

1.2.3- Instrumentos para avaliação da QVRS

A utilização de instrumentos específicos e genéricos para a mensuração da QV e QVRS, já testados e validados em diferentes países e culturas, seguros e precisos nas pesquisas científicas. Os instrumentos específicos avaliam efeitos particulares sobre a QVRS num grupo em determinada situação e são mais sensíveis para detectar alterações após uma intervenção. Os instrumentos genéricos foram desenvolvidos, dentre outras coisas, para o estudo da QV e QVRS de indivíduos e da população geral, que pode demonstrar o impacto de uma situação sobre a vida de pessoas em diferentes populações⁽²⁸⁾.

Existem muitos instrumentos específicos e genéricos para avaliar a QV, e dentre aqueles já traduzidos e validados no Brasil, destacam-se como específicos: o WHOQOL-Old para avaliação da QV em idosos. Dentre os genéricos destacam-se o *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100 e WHOQOL-breve)* para avaliação da QV, o *The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)* e o *The Medical Outcomes Study 12-item Short-Form Health Survey (SF-12)*, muito utilizados na avaliação de QVRS de diferentes grupos de pessoas.

Embora genéricos, a maioria desses instrumentos foi elaborada para ser aplicada em população de adultos, desconsiderando as diferentes faixas etárias e suas peculiaridades. Pesquisadores sugerem adaptações de instrumentos e validação desses em grupos específicos da população^(29,30).

O WHOQOL é um instrumento genérico para avaliação de QV. Elaborado pela OMS e com a colaboração de 15 centros internacionais, resultou no desenvolvimento do

WHOQOL-100 e, posteriormente, da versão resumida, o WHOQOL-breve, ambos já traduzidos e validados no Brasil^(31,32).

Outro instrumento muito utilizado em pesquisas internacionais e nacionais é o SF-36. Trata-se de um questionário genérico de avaliação da QVRS, mas que apresenta grandes vantagens, dentre as quais destaca-se sua versatilidade, por ser utilizado como índice discriminativo, avaliativo e preditivo que pode ser aplicado como entrevista e como instrumento auto-administrável⁽³³⁾.

Atualmente, existe a preocupação de não sobrecarregar a população com a aplicação de instrumentos muito extensos, gerando uma busca por instrumentos semelhantes, porém mais curtos, de fácil e rápida aplicação. Nesse sentido, o *Medical Outcomes Study 12-item Short-Form Health Survey* (SF-12) é uma alternativa à substituição do SF-36⁽³⁴⁻³⁶⁾.

O SF-12 é considerado uma boa opção para a avaliação da QVRS em estudos populacionais, é frequentemente utilizado para comparar o estado de saúde entre grupos de pacientes, para rastrear problemas de saúde e identificar preditores do estado de saúde. Desde sua elaboração, em 1994, o SF-12 se mostra um instrumento de rápida aplicação e apresenta satisfatoriamente as medidas psicométricas, a exemplo daqueles obtidos com o SF-36, ao manter uma acurácia de 90%. Dessa forma, seus resultados podem ser comparáveis aos do SF-36, quando aplicado em grandes populações⁽³⁴⁻³⁹⁾.

Em 2000⁽⁴⁰⁾, autores apresentaram uma nova versão do SF-12, mas com alterações substanciais. Dentre elas destacam-se: a melhora das instruções do questionário, a adequação de palavras tornando-as mais familiares e menos ambíguas, a melhora do formato do questionário, facilitando a leitura e a compreensão, além da

redução de “missing” e das adequações no número de respostas às questões relacionadas às dimensões Saúde Mental e Vitalidade⁽³⁸⁾.

O SF-12 foi validado nos EUA⁽⁴¹⁾, na Austrália⁽⁴²⁾, em Israel⁽³⁰⁾, na Noruega⁽²²⁾, na Suíça⁽⁴³⁾, para diferentes populações e utilizado nas mais diversas áreas do conhecimento. No Brasil, poucos estudos foram publicados utilizando o SF-12, destacando-se a validação para indivíduos com esclerose sistêmica progressiva e com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica^(44,45). Porém, o SF-12 pode ser considerado traduzido e validado nos países em que já foi realizada a tradução e a validação do SF-36, uma vez que os itens que compõem o SF-12 tem origem do SF-36⁽³³⁾.

Durante a aplicação do SF-12 em 46 pacientes com esclerose sistêmica progressiva, foi identificada boa reprodutibilidade do instrumento nesses sujeitos, contudo, os autores sugerem adequado delinear a amostra populacional e recomendam o uso do SF-12 apenas em pesquisa clínica, e não na aplicação individual, em consultas médicas⁽⁴⁴⁾.

O SF-12 foi utilizado numa amostra de 30 pessoas do Projeto Platino, com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Após a tradução e todas as análises psicométricas, foi considerado validado no Brasil para indivíduos com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica⁽⁴⁵⁾.

Ainda no Brasil, uma pesquisa de base populacional avaliou a compreensão da linguagem oral em idosos de uma comunidade de baixa renda, em que o SF-12 mostrou-se um instrumento capaz de verificar fatores relacionados à saúde mental, essenciais na habilidade de compreensão oral do idoso⁽⁴⁶⁾.

O cálculo da pontuação total do SF12 é realizado por meio de sistemas de calibração, com o uso de algoritmos para o cálculo final, visando minimizar a perda do poder discriminatório em situações específicas⁽³⁷⁾.

A análise dos resultados do SF-12 é efetuada mediante a atribuição de escores resumidos em dois grandes componentes, físico ou “*physical component score*” (PCS) e mental ou “*mental component score*” (MCS). A padronização desses escores possibilita o uso dos dois componentes com média de 50 e desvio padrão de 10, derivadas das análises estatísticas usadas na população geral dos Estados Unidos da América (EUA) entre 1990 e 1998^(35,38). Para cada questão os valores são transformados em uma escala de 0 (zero) a 100, em que o zero equivale a uma pior QVRS e 100 a uma melhor QVRS^(35,45).

É importante ressaltar que o uso do SF-12 em artigos científicos, expõe algumas limitações relatadas na literatura: escore muito resumido que não considera informações importantes sobre a QV na velhice⁽⁴³⁾, uso restrito apenas a estudos clínicos⁽⁴⁴⁾ e populacionais⁽¹¹⁾, especialmente quando aplicados em idosos com dificuldade visual e de compreensão para completar o instrumento⁽⁴⁷⁾.

Além disso, um estudo considerou os idosos que não responderam a todas as perguntas do questionário SF-12, ao associar a ausência de respostas à idade avançada, dentre outras características como: sexo feminino, baixa escolaridade, necessidade de auxílio para atividades da vida diária⁽⁴⁷⁾. Nesse sentido, há recomendações para que, em idosos, o SF-12 seja aplicado sob forma de entrevista, com o objetivo de garantir o completo preenchimento do instrumento^(41,47).

Estudos de intervenção ainda são escassos, o que aponta para uma possível dificuldade dos estudiosos e pesquisadores em realizar pesquisas dessa natureza.

O SF-12, quando comparado ao WHOQOL-Breve, mostrou-se um instrumento de avaliação da QVRS limitado, pois não possibilitou avaliar associação com outras dimensões da QV⁽⁴⁷⁾, porém, pesquisadores referem que, quando cada resposta é avaliada individualmente, é possível obter melhores informações do que com os escores dos componentes do SF-12 e assim, podem fazer diferença nas pesquisas sobre QVRS na velhice⁽⁴³⁾.

Na versão israelense⁽³⁰⁾, os autores chamaram a atenção para possíveis ajustes estatísticos para a os escores do componente físico e do escore do componente mental, exclusivamente para idosos com idade mais avançada⁽⁴¹⁾.

1.2.4 - Qualidade de vida na velhice

O envelhecimento biológico é marcado pelo declínio progressivo das funções orgânicas do indivíduo e é um processo individual, ou seja, cada pessoa tem o seu próprio processo de envelhecimento, de acordo com sua história de vida e o meio em que vive.

O envelhecimento é um processo do ciclo vital ainda pouco esclarecido pela ciência. Teorias sobre o envelhecimento permeiam as diferentes justificativas sobre os limites do processo de envelhecimento. Seja a idade cronológica, a idade biológica, idade social, o processo de envelhecimento ocorre e deve ser visto considerando todas as peculiaridades desse processo vital⁽⁴⁹⁾. O envelhecimento pode ser conceituado como “...um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte”⁽⁴⁹⁾.

O processo de envelhecimento é um processo natural e ocorre de forma diferente em cada pessoa, embora existam ainda muitos questionamentos sobre o conceito de normalidade, ou seja, o que seria considerado um envelhecimento normal. Pode ser considerado usual ou comum e bem sucedido ou saudável. No envelhecimento usual os fatores extrínsecos (tipo de dieta, sedentarismo, causas psicossociais, dentre outros) intensificam os efeitos adversos que ocorrem com o passar dos anos. Já no envelhecimento bem-sucedido, esses fatores, quando presentes, são de pouca importância, assim, as condições que podem estar associadas à velhice bem-sucedida seriam: baixo risco de afecções e de incapacidades funcionais relacionados às afecções; funcionamento mental e físico excelentes e, envolvimento ativo com a vida. A velhice é a fase da vida experimentada pelo velho ou idoso^(49,50).

A OMS (1984) considera idosas, as pessoas com idade igual ou maior que 65 anos em países desenvolvidos, e igual ou maior que 60 anos em países em desenvolvimento⁽¹⁹⁾. No Brasil, a Política Nacional do Idoso em vigência no país desde 1998, considera o idoso a pessoa com idade igual ou maior que 60 anos^(51,52).

A partir da implantação dessa política, estabelecidos seus pressupostos e parâmetros, uma nova sensibilidade social para a velhice tem surgido e tem sido apontada como um desafio para o indivíduo e para a sociedade brasileira. Essa sensibilidade tem origem no aumento da consciência do envelhecimento populacional, mas também, nas mudanças sociais, na maneira como as pessoas vivem a velhice. Sabe-se que os idosos brasileiros, hoje em dia, são mais saudáveis, vivem mais tempo e são mais produtivos em relação aos idosos do passado. Além disso, o desejo de envelhecer mantendo a juventude, passa a ser uma possibilidade diante dos diversos segmentos profissionais e institucionais, por meio do melhor acesso às informações⁽⁵³⁾.

Velhice é uma das fases da vida repleta de particularidades e limitações. Nas últimas décadas, inúmeros estudos têm sido realizados mundialmente, de forma a proporcionar melhorias nas vidas de pessoas que ultrapassam os 60 anos.

Atualmente, o crescente aumento da expectativa de vida nacional e internacional, é uma realidade. As pessoas estão vivendo por mais tempo e uma das preocupações mundiais, em todas as áreas do conhecimento, é a busca incessante por maneiras de fazer com que todos esses anos conquistados sejam vividos de forma saudável, de forma cada vez mais digna.

Nesse sentido, a avaliação da QV torna-se fundamental na avaliação dos idosos por possibilitar, de forma subjetiva, avaliar o que o indivíduo considera importante e o que não considera importante para a sua vida, tornando possível identificar caminhos que possam promover uma melhor QV, especificamente na velhice.

Qualidade de vida na velhice foi definida por Lawton⁽⁵³⁾ como: “...avaliação multidimensional referenciada a critérios socionormativos e intrapessoais, a respeito das relações atuais, passadas e prospectivas entre o indivíduo maduro ou idoso e o seu ambiente”.

O construto de QV proposto por Lawton^(53,54), um importante pesquisador de QV na velhice, compreende quatro dimensões sobrepostas e inter-relacionadas: condições ambientais, competência comportamental, QV percebida e bem-estar psicológico, descritas a seguir.

A dimensão condições ambientais diz respeito ao ambiente objetivo e subjetivo, sendo objetivo tudo aquilo que circunda externamente o indivíduo e subjetivo, a percepção do ambiente pelo indivíduo, o que tem relação direta com o seu bem-estar

percebido, envolvendo o meio em que cada um vive, ou o que nos cerca, além do ambiente pessoal, social, familiar, ou melhor, as pessoas envolvidas e presentes nesse contexto⁽⁵⁴⁻⁵⁷⁾.

A competência comportamental traduz a avaliação dos padrões sócio-normativos necessários para a adaptação do indivíduo ao mundo externo (saúde, funcionalidade física, cognição, comportamento social, utilização do tempo). Essa competência trata das reações do indivíduo frente às diferentes situações de sua vida e, portanto, depende das experiências e das condições de vida de cada um⁽⁵⁴⁻⁵⁷⁾.

A qualidade de vida percebida depende da percepção do indivíduo sobre sua funcionalidade física, social, psicológica e sobre a sua competência comportamental, além do grau de satisfação do indivíduo com a própria vida, relacionado ao casamento, à vida familiar, à rede de amigos, ao trabalho, às atividades desempenhadas no tempo livre e à satisfação com a sua saúde⁽⁵⁴⁻⁵⁷⁾.

A quarta e última dimensão, o bem-estar subjetivo, reflete a avaliação pessoal do conjunto e das relações com as demais dimensões. É um construto que inclui uma parte cognitiva relacionada à avaliação da pessoa sobre sua vida como um todo, ou de suas diversas dimensões, com o acréscimo de uma parte emocional, afetiva, relacionadas aos valores positivos (prazer) e negativos (desprazer), da vida e ao equilíbrio entre eles⁽⁵⁵⁻⁵⁸⁾.

Embora o modelo de Lawton⁽⁵⁴⁾ se destaque por sua relevância na área de geriatria e gerontologia, ele é bastante abrangente e possibilita, de um lado, uma abordagem multidimensional da QV na velhice e, de outro, dificulta sua operacionalização em pesquisas com o uso de todas as dimensões, uma vez que o instrumento proposto pelo autor é demasiadamente extenso.

O envelhecimento mundial, associado às melhorias da QV desses sujeitos, evidencia que os idosos constituem uma população peculiar, que necessita de uma avaliação específica. É necessário que haja uma abordagem diferenciada no que se refere à definição conceitual de QV e aos instrumentos de pesquisa a serem aplicados, visto que, a maioria deles não considera especificamente essa faixa etária⁽⁶⁰⁾.

No Brasil, três estudos merecem destaque, pois consideraram a opinião do idoso sobre o que é importante para sua QV na elaboração de instrumentos específicos de avaliação da QV em idosos^(5,6,60).

Paschoal⁽⁵⁾ iniciou a construção de um instrumento para avaliação da QV do idoso considerando a sua opinião. Para isso, foi elaborada uma lista de itens que, dentre eles, haviam sido sugeridos por um grupo de idosos. Posteriormente, em 2004, tendo como ponto de partida essa lista de itens, foi aplicado o método de impacto clínico que considera a importância atribuída a cada item e a frequência dos entrevistados. Como resultado dessa pesquisa, foram selecionados os 46 itens de maior impacto clínico e construído um instrumento multidimensional para a avaliação da QV, específico para idoso⁽⁶⁾.

Outro instrumento de avaliação da QV específico para idosos, também validado no Brasil, é o WHOQOL-Old (Fleck et al., 2006) elaborado pelo Grupo WHOQOL, com base em uma metodologia transcultural simultânea, com a participação de vários países, inclusive o Brasil, com um protocolo para condução dos grupos focais com a população idosa⁽⁶¹⁾.

A busca pela avaliação do próprio idoso sobre o que é importante para sua vida faz toda a diferença. O que é melhor ou pior para a sua QV, o que é mais importante e o

que não é importante, resulta de uma história de vida, de sua capacidade de enfrentamento, diante das diversas situações da vida.

1.2.5 - O que o idoso brasileiro considera importante para a sua QV?

Numa pesquisa com grupos focais, realizada com idosos brasileiros do Rio Grande do Sul, tanto doentes quanto saudáveis, foi possível identificar que para os idosos doentes, entre 60 e 80 anos, em relação à QV o mais importante era a saúde, a oferta de um suporte social, enquanto para os maiores de 80 anos era a saúde, a motivação, os filhos e netos, além do comer bem e o dinheiro; já para os saudáveis, entre 60 e 80 anos o que mais importava era participar de atividades voluntárias, além da religião, da saúde, do bom relacionamento com a família e, para os maiores de 80 anos, o importante era participar de uma organização social e sentir-se feliz⁽⁶⁰⁾.

Outro estudo que abordou o significado de “boa qualidade de vida” para idosos, concluiu que ter uma boa QV está relacionado a: ter amigos, viver sem dor importante, cuidar de si mesmo, ter casa própria, viver bem com a família, frequentar clubes, associações, igrejas e grupos, ter saúde, amar, gostar de si mesmo e ter motivo para viver⁽⁵⁾.

Ao avaliar a QV entre idosos jovens e muito idosos, a pesquisa mostrou que a oportunidade de amar e sentir-se amado, estar satisfeito com as suas realizações, objetivos alcançados e projetos durante a vida, tem influência sobre a QV do idoso, independente da faixa etária. Para os idosos jovens, a participação em atividades do cotidiano na comunidade e a capacidade de tomar decisões tiveram maior impacto na QV, já para os mais idosos o temor sobre a morte e o morrer teve maior impacto na QV⁽⁶²⁾.

Durante o estudo que verificou os fatores associados à QV de idosos brasileiros, foi possível identificar a associação da QV com a percepção do estado de saúde, condições médicas, educação, atividades físicas e dependência para realizar Atividades da Vida Diária⁽³⁾.

A maioria desses idosos se considera satisfeita com a vida. Estão satisfeitos com o conforto domiciliar, valorizam o lazer como QV, acordam sentindo-se bem pela manhã, fazem três ou mais refeições por dia, não sentem solidão, mesmo desacompanhados e, não são diabéticos. Essas foram as condições associadas à satisfação com a vida de um grupo de idosos. Esse estudo concluiu que a saúde e a independência foram as principais determinantes da felicidade. Outras condições associadas à QV foram: sistema de apoio, ser aceito pela comunidade, afetividade, descrição positiva do casamento e condições familiares que reforçam a percepção do convívio social e familiar⁽⁶³⁾.

Pesquisadores, por meio da pergunta ao idoso, “O que é qualidade de vida para o Sr (Sra)?”, obtiveram como resultado, respostas como: preservar relacionamentos interpessoais, manter uma boa saúde, manter o equilíbrio emocional, acumular bens materiais, ter lazer, trabalhar com prazer, vivenciar a espiritualidade que, naquela oportunidade, foram as principais categorias (de respostas) encontradas num grupo de idosos⁽⁶⁴⁾.

Ao realizar a análise do contexto social e sua relação com o bem estar subjetivo, felicidade e saúde, os autores concluíram que manter bons níveis de relações familiares, casamento e engajamento social, estão diretamente relacionados à felicidade e à satisfação, com conseqüente impacto na saúde das pessoas⁽⁶⁵⁾.

Considerando que o envelhecimento é um processo do ciclo vital, cheio de particularidades e especificidades, que a QVRS é uma forma de avaliar a saúde desses

sujeitos, bem como, um detalhe subjetivo de suas vidas, espera-se com esse trabalho identificar fatores associados à QVRS de idosos da comunidade, identificar por meio dessa avaliação dimensões que necessitam de intervenções, tanto para melhorar sua QVRS, quanto para a promoção de sua saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 - Objetivo Geral

Avaliar a QVRS de idosos por meio do SF-12 e de variáveis que contemplam as características peculiares dessa faixa etária.

2.2 – Objetivos específicos

- Avaliar a QVRS dos idosos do estudo SABE a partir dos componentes físico e mental do SF-12;
- Analisar a associação entre as variáveis em estudo (dados sociodemográficos, dados relacionados à saúde, relacionamento/apoio e bem-estar subjetivo) e os escores dos componentes físico e mental do SF-12.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

A presente pesquisa baseia-se em dados do estudo SABE – Saúde, Bem estar e Envelhecimento – e é caracterizada como transversal, exploratória, descritiva e com abordagem quantitativa.

3.1 Estudo SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento

Estudo SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento⁽⁶⁵⁻⁶⁸⁾

O estudo SABE teve início após dados epidemiológicos mostrarem um envelhecimento rápido e precoce na América Latina, com sérias consequências relacionadas à desigualdade socioeconômica e às demandas de saúde para essa população. O estudo SABE foi financiado e inicialmente coordenado pela Organização Pan Americana da Saúde (OPAS/OMS), tendo como objetivo identificar o perfil das condições de vida e saúde de idosos residentes em áreas urbanas de sete cidades da América Latina e Caribe⁽⁶⁸⁻⁷⁰⁾.

A primeira fase da pesquisa teve um delineamento transversal e foi realizada em Bridgetown (Barbados); Buenos Aires (Argentina); São Paulo (Brasil); Santiago (Chile); Havana (Cuba); Cidade do México (México) e Montevideu (Uruguai), no período de outubro de 1999 a dezembro de 2000⁽⁶⁹⁾. A segunda fase, em 2006, foi restrita ao Brasil, país em que a pesquisa passou a ser longitudinal, com seguimento da coorte dos idosos entrevistados em 2000 e o financiamento de Instituições locais.

3.1.1- Sujeitos do estudo SABE

A população do estudo SABE foi composta por indivíduos de 60 anos ou mais, residentes na comunidade - no ano de 2000 - na área urbana do município de São Paulo e, teve como base para o cálculo do tamanho amostral, a contagem populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 1996. Essa amostra populacional foi obtida em duas etapas: a primeira, realizada por sorteio, correspondeu à amostra probabilística formada por 1568 entrevistas. A segunda etapa correspondeu a uma amostra intencional, formada por 575 indivíduos residentes nos distritos em que foram realizadas as entrevistas anteriores, correspondendo ao acréscimo para compensar a mortalidade da população de maiores de 75 anos e completar o número necessário de entrevistas nessa faixa etária.

Para sorteio dos domicílios, utilizou-se o método de amostragem por conglomerados em dois estágios. O primeiro, sob o critério de partilha proporcional ao tamanho, foi utilizado o cadastro permanente de 72 setores censitários, do total de 263 cadastrados na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para a realização da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD). No segundo estágio, o número mínimo de domicílios sorteados foi de aproximadamente 90 em cada setor censitário. A complementação da amostra de 75 anos e mais, foi realizada por meio da localização de moradias próximas aos setores selecionados ou dentro dos limites dos distritos aos quais pertenciam os setores sorteados^(70,71).

Os dados encontrados foram ponderados de acordo com o setor censitário do qual faziam parte ($\text{peso}=1/f$). Para o preenchimento dos questionários aplicados aos idosos dos domicílios selecionados e que não haviam sido sorteados (faixa etária de 75 anos e mais), o cálculo do peso foi realizado de acordo com a relação da população de idosos de

ambos os sexos, desses grupos etários, residentes no município de São Paulo em 1998 e, o número de idosos nessas mesmas faixas etárias, encontradas na amostra final do estudo^(70,71).

3.1.2- Procedimento de coleta de dados

Em 2006 (A06), na segunda fase do estudo SABE, os idosos foram reentrevistados em suas moradias, no município de São Paulo. As entrevistas foram realizadas com o próprio idoso e na impossibilidade do idoso responder às, em razão de problemas físicos e/ou cognitivos, houve a participação de um informante auxiliar (proximamente respondente). Em 2000, a coleta de dados da coorte ocorreu em duas etapas. Na primeira, foram respondidas questões das seções A a J, e na segunda, que ocorreu de um a seis meses após a primeira, as seções K e L. Essa divisão foi necessária porque além do questionário ser extenso, as seções K e L necessitavam da realização de alguns testes que exigiam equipe e material específicos. Em 2006 houve inversão, ou seja, primeiramente foram realizadas as seções que necessitavam de equipe e de material específico para, depois serem realizadas as entrevistas. Também foram acrescentadas duas novas seções ao questionário, seções M e N.

Nessa segunda etapa, em 2006, após extensa busca, foram localizados, reentrevistados e reavaliados 1115 idosos dos 2143 indivíduos que fizeram parte da coorte de 2000. Nesse momento, foram realizadas 1115 entrevistas daquelas 2000 anteriores, com idosos maiores de 65 anos de idade. A diferença no número de entrevistas se deu pelos motivos descritos na Tabela 1.

TABELA 1 - Distribuição do número e da proporção de idosos segundo o status. Município de São Paulo (SP), 2000-2006. São Paulo, 2006.

Status do idoso	N	%
Entrevistados	1115	56,8
Óbitos	649	22,9
Recusas	177	9,6
Não localizados	139	7,8
Mudança para outros municípios	51	2,5
Institucionalizações	11	0,4
Total	2143	100

Fonte: Estudo SABE, 2000-2006.

Em 2006, foi introduzida uma nova coorte (B06), uma nova amostragem probabilística da população idosa do município de São Paulo, com idade entre 60 e 65 anos (64 anos, 11 meses e 29 dias) e entrevistados 298 idosos. Para que essa amostra fosse acrescentada à de 2000, com base na análise dos novos dados colhidos, foi considerado um ajuste estatístico para que a população fosse representativa da população idosa de 2006. Portanto, em 2006 foi entrevistado um total de 1413 idosos.

3.1.3- Instrumento utilizado no estudo SABE

Em 2000, os dados obtidos pelo estudo SABE tiveram origem em um questionário específico (ANEXO 1) e padronizado, composto por 13 seções que abrangem vários aspectos da vida do idoso, resumidos e descritos a seguir:

Seção A – Dados pessoais

Dia, mês, ano e país de nascimento; local de residência durante os primeiros 15 anos de vida; local de residência durante os últimos cinco anos de vida e, quando necessário, os motivos para mudança de residência; história e estado marital; número de filhos; sobrevivência dos pais ou idade em que faleceram; escolaridade.

Seção B – Avaliação cognitiva

Autoavaliação da memória; avaliação da memória pelo teste do mini exame do estado mental (MEEM), modificado e validado no Chile para a realização do estudo. Para os que tivessem escore igual ou inferior a 12 pontos, uma escala de desempenho funcional foi administrada a um proxi-respondente (informante substituto), com base na questão “é capaz de...”.

Seção C – Estado de Saúde

Auto-avaliação da saúde atual e da saúde comparativa ao ano anterior; saúde da infância; afecções referidas, considerando nove das condições crônicas mais prevalentes na população idosa e seu tratamento; hábitos, condições sensoriais; saúde reprodutiva; saúde bucal; ocorrência de quedas; escala de avaliação de depressão geriátrica e mini *screening* nutricional.

Seção D – Estado funcional

Avaliação do desempenho funcional e da ajuda recebida (quando necessário) nas atividades básicas e identificação dos cuidadores principais.

Seção E – Medicamentos

Terapêutica medicamentosa utilizada (indicação, tempo de uso, forma de utilização, obtenção e pagamento); gastos mensais com medicamentos e motivos referidos para não utilização dos medicamentos prescritos.

Seção F – Uso e acesso a serviços

Serviços de saúde utilizados, públicos ou privados nos últimos 12 meses e ocorrência de hospitalização, atendimento ambulatorial, exames nos últimos quatro meses, bem como tempo de espera para atendimento, terapêutica prescrita e gastos relacionados.

Seção G - Rede de apoio familiar e social

Número e características de pessoas que vivem com o idoso no mesmo domicílio (sexo, parentesco, estado marital, idade, escolaridade e condições de trabalho); assistência prestada ao idoso e fornecida por ele, referente a cada membro ou pessoa citada; tempo gasto na ajuda ao idoso. As mesmas perguntas foram feitas em relação aos irmãos e aos filhos que não moram no mesmo domicílio, bem como, a outros familiares e que, de alguma forma, fornecem ou recebem ajuda do/ao idosos; assistência recebida ou fornecida por instituição ou organização nos últimos 12 meses; participação do idoso em algum serviço voluntário ou organização comunitária.

Seção H – História laboral e fontes de receita

Trabalho atual (tipo, renda, razões para continuar trabalhando); caso não trabalhasse mais, porque não o fazia, ocupação que teve durante a maior parte de sua vida, horas trabalhadas, razões para mudar de atividade, aposentadoria, pensões, benefícios, outras fontes de renda, renda total, pessoal e número de dependentes dessa renda; gastos pessoais (moradia, transporte, alimentação, vestimenta e saúde) e autoavaliação de seu bem-estar econômico.

Seção J – Característica da moradia

Tipo e propriedade da moradia, condições de habitação (saneamento básico, luz, número de cômodos, bens presentes).

Seção K – Antropometria

Altura do joelho, circunferência do braço, cintura, quadril, prega tricipital, peso, circunferência da panturrilha, largura do punho e força da mão.

Seção L – Flexibilidade e mobilidade

Provas de equilíbrio, mobilidade e flexibilidade.

Seção M – Maus Tratos

Seção N – Avaliação da sobrecarga dos cuidadores

O questionário utilizado em 2006 manteve o eixo original para permitir a comparabilidade e houve acréscimo de questões e alterações de questões consideradas não satisfatórias em 2000 (ANEXO 1). Foram acrescentados questões e instrumentos complementares aos objetivos propostos pelo estudo SABE⁽⁶⁶⁾, acrescido de outros itens, com ênfase em fatores de risco para mortalidade, institucionalização, Medida de Independência Funcional (MIF), QV pelo instrumento SF-12, avaliação da funcionalidade familiar por meio do APGAR de Família, avaliação da sobrecarga dos cuidadores familiares (Zarit); avaliação dos óbitos por meio de “autopsia verbal”, avaliação da institucionalização através de questionário específico e, entre as avaliações, foi acrescentado o exame da cavidade bucal por dentistas.

3.2 Descrição do presente estudo

3.2.1- Sujeitos do estudo

Para o desenvolvimento do presente estudo, foram utilizadas as entrevistas dos idosos sobreviventes da coorte A06, acrescidos dos idosos da coorte B06 e que após ponderação, passou a ser uma população representativa de idosos do município de São Paulo, a partir do ano de 2006. No entanto, para o desenvolvimento da presente pesquisa foram considerados apenas os idosos sem história de depressão.

A exclusão dos idosos com sintomas depressivos se deu em razão às evidências de que a depressão compromete vários domínios que fazem parte da avaliação da QV dos sujeitos em geral como fatores físicos e mentais^(72,73). Além disso, a presença de sinais depressivos tem sido associada à pior qualidade de vida e pior funcionalidade do indivíduo^(74,75). Assim, a inclusão desse grupo poderia interferir nos resultados e prejudicar o desenvolvimento dessa pesquisa. Optou-se por excluí-los e considerar apenas os idosos sem sintomas depressivos, pois, inicialmente esses sujeitos vivenciam um processo de envelhecimento saudável, o que essa pesquisa buscou analisar.

Dos 1413 sujeitos, foram excluídos 382 com sintomas depressivos, identificados por meio da Escala de Depressão Geriátrica (GDS)(versão breve com 15 itens), validada no Brasil por Almeida e Almeida⁽⁷⁶⁾. Foram excluídos os idosos que apresentaram cinco ou mais pontos na GDS. Após a exclusão dos idosos com sintomas depressivos (27,3%), a presente pesquisa contou com os dados de 1031 idosos entrevistados no estudo SABE em 2006, conforme apresentado na Figura 1.

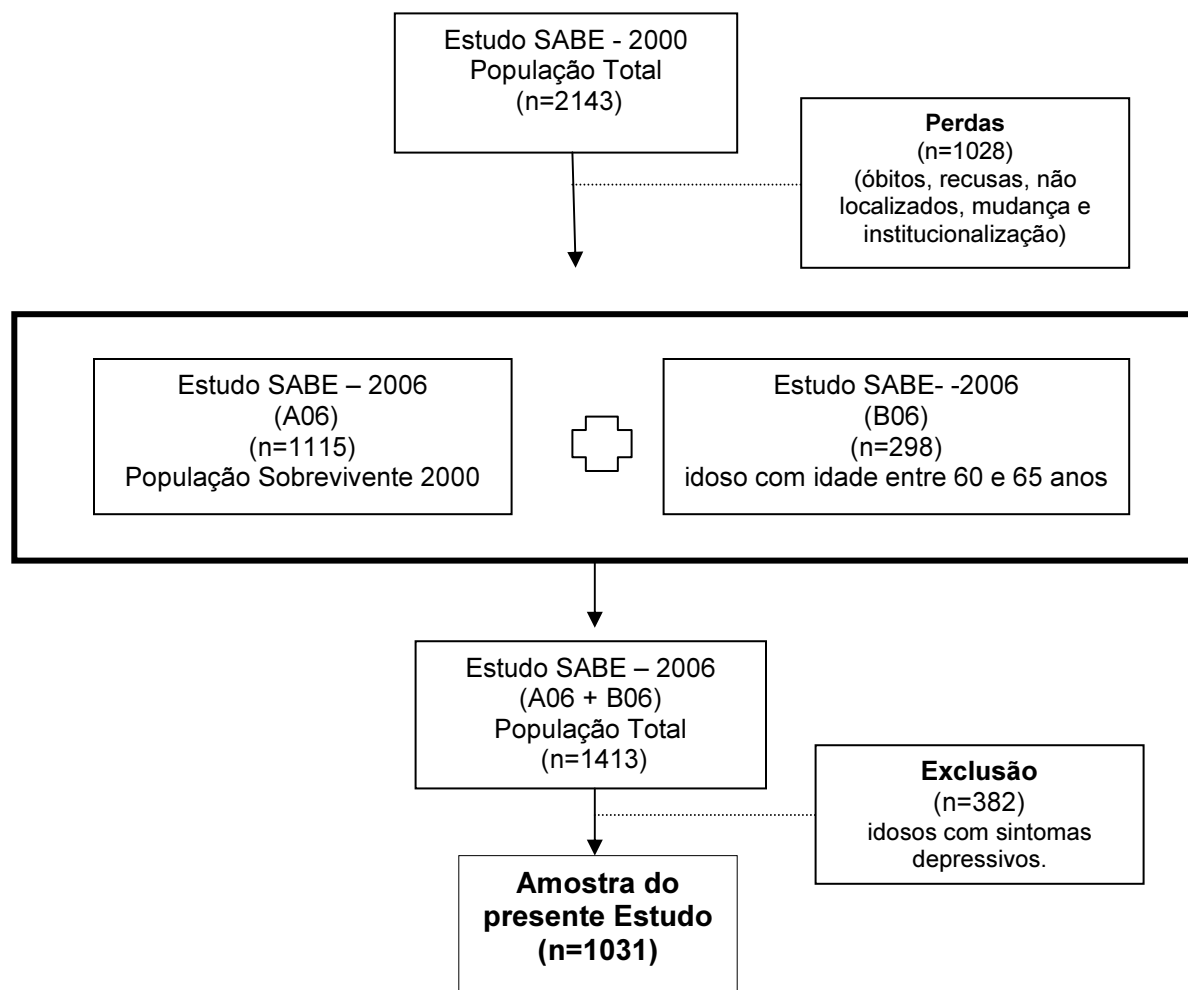


FIGURA 1 - Fluxograma da amostra do estudo SABE 2000-2006, conforme critérios de exclusão da presente pesquisa. São Paulo, 2006.

Foram consideradas apenas as entrevistas respondidas pelo próprio idoso e desconsideradas aquelas respondidas por informante auxiliar ou substituto, bem como, as não respondidas pelo idoso; atendendo assim à recomendação para a aplicação e uso do SF-12, diretamente ao sujeito do estudo⁽³⁶⁾.

3.2.2- Instrumentos de coleta de dados

O questionário do estudo SABE é o instrumento principal desta pesquisa. Na seção D está presente o instrumento SF-12 (ANEXO 2), que foi utilizado para a avaliação da QVRS dos idosos do município de São Paulo.

Partindo do pressuposto de que a QVRS na velhice envolve particularidades dessa faixa etária, foi realizada uma busca na literatura pelos significados atribuídos por idosos brasileiros à QVRS. Com base nos resultados, foi constatado que a pesquisa de Paschoal^(5,6), sobre QV na opinião dos idosos, é a mais abrangente e contempla a maioria dos atributos associados à QV pelos idosos e evidenciados na literatura nacional^(3,60,63,77-80).

A descrição dos 46 atributos de maior impacto na QV, identificada por Paschoal⁽⁶⁾, será apresentada logo adiante.

Instrumento de avaliação da QVRS – “The Medical Outcomes Study 12-item Short-Form Health Survey”

Para avaliação da QVRS dos idosos, foi utilizado o SF-12 (com licença adquirida para sua aplicação). O SF-12 é um instrumento genérico e multidimensional de avaliação da QVRS, composto por 12 questões selecionadas do SF-36⁽³⁸⁾.

O SF-12 é disponibilizado em duas versões (1.0, 2.0). A versão 1.0 permite o cálculo dos Componentes Físico e Mental separadamente. A versão 2.0 possibilita o cálculo dos escores como: escore único ou em oito dimensões⁽³⁸⁾. No estudo SABE foi aplicado a versão 1.0.

A análise dos resultados do SF-12 é realizada mediante a atribuição de escores para cada questão e, em seguida, transformado em uma escala de 0 (zero) a 100 (cem), em que zero equivale a uma pior QVRS e 100 a uma melhor QVRS.

Os escores do SF-12 são resumidos em dois grandes componentes, o escore do componente físico (ECF) ou “*physical component score*” e o escore do componente

mental (ECM) ou “*mental component score*”. O ECF é formado pelas dimensões: capacidade física (CF), aspectos físicos (AF), dor (D) e estado geral de saúde (EGS), enquanto o ECM é composto pelas dimensões saúde mental (SM), aspectos emocionais (AE), aspectos sociais (AS) e vitalidade (V). As dimensões EGS e V envolvem indiretamente outro componente, conforme mostra a Figura 2. Essa classificação foi criada por Ware et al. em 1994 ⁽³⁴⁾ e tem como finalidade visualizar de forma genérica os componentes que podem estar envolvidos de maneiras diferentes nas diversas afecções.

A avaliação de cada dimensão será descrita a seguir, segundo Ciconelli ⁽⁸⁰⁾, (modificado).

- Capacidade funcional (CF), representada pelas questões 2a e 2b, avaliam a presença e a extensão das limitações relacionadas à capacidade física, com três níveis de respostas (muita limitação, pouca limitação, sem limitação);
- Aspectos físicos (AF), questões 3a e 3b, abordam as limitações no tipo, na quantidade de trabalho e também no quanto essas limitações podem interferir no desenvolvimento do trabalho e nas atividades de vida diária dos pacientes;
- A avaliação da dor (D), questão 5, consiste em sua intensidade e na interferência sobre as atividades de vida diárias dos pacientes;
- Estado geral de saúde (EGS), questão 1, aborda a avaliação da saúde;
- Para avaliar a vitalidade (V), a questão 6b leva em conta o nível de energia e de fadiga dos pacientes;
- Aspectos emocionais (AE), questões 4a e 4b, incluem as limitações relacionadas ao tipo e à quantidade de trabalho, mas também, ao quanto essas limitações interferem no desenvolvimento do trabalho e nas atividades de vida diárias dos pacientes;

- A avaliação dos aspectos sociais (AS), questão 7, verifica a integração do indivíduo às atividades sociais (família, amigos, vizinhos, grupos);
- O domínio saúde mental (SM), questões 6a e 6c, avaliam ansiedade, depressão, alteração do comportamento ou descontrole emocional e, bem estar psicológico.

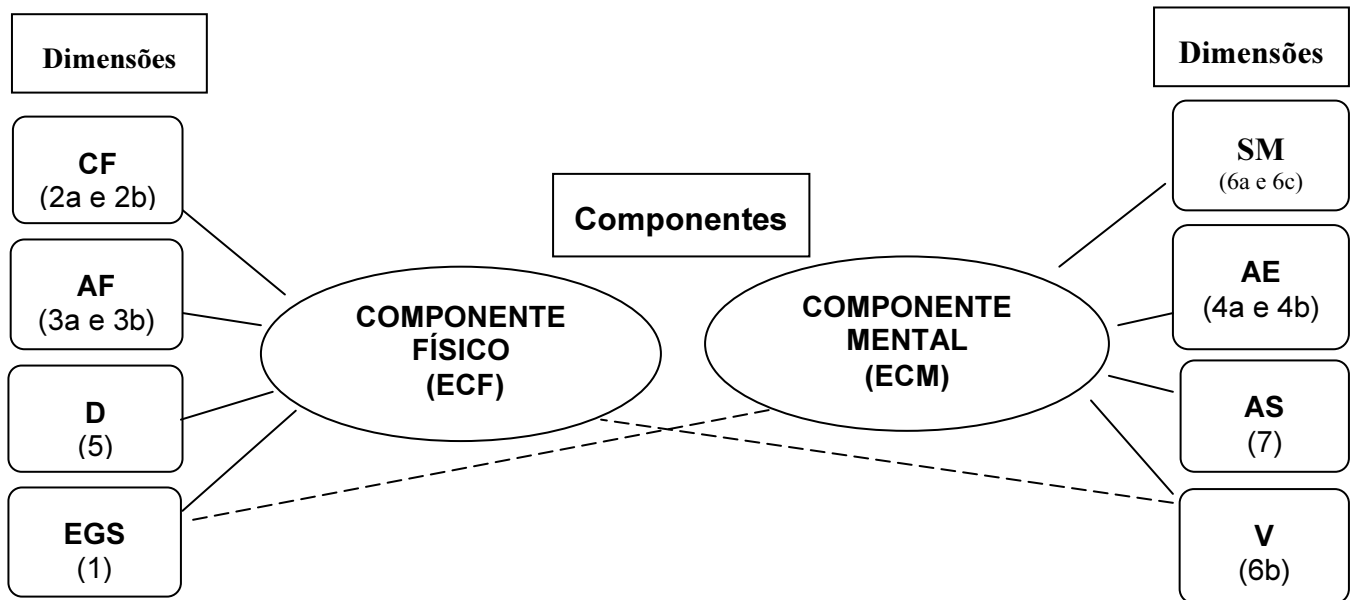


FIGURA 2 - Divisão das dimensões do SF-12 em dois componentes segundo Ciconelli (modificado). São Paulo, 2007.

*CF-capacidade física, AF- aspectos funcionais, D- dor, EGS- estado geral de saúde, SM- saúde mental, AE- aspectos emocionais, AS-aspectos sociais, V-vitalidade.

Para o cálculo do escore do SF-12, é necessário utilizar uma tabela de referência para proceder a pontuação do questionário, que contem pesos diferentes para cada componente e as etapas para o cálculo da pontuação.

Cada uma das 12 respostas do questionário recebe uma pontuação que, em seguida, são somadas a uma constante para o componente físico e outra para o componente mental. Assim, cada um dos 12 itens resulta em duas medidas finais do SF-12, o componente físico e o componente mental^(37,38).

Os escores do SF-12 são considerados de difícil interpretação porque cada item do instrumento possui pesos diferentes para o cálculo de cada componente ECF e ECM, uma vez que existem questões que estão relacionadas a mais de uma dimensão, conforme representam as linhas tracejadas da Figura 2 ^(35,36).

Para o estudo SABE, foram consideradas algumas alterações para pontuação nas alternativas de respostas do SF-12, apresentadas no Quadro 1 abaixo:

QUADRO 1 - Correspondência das alternativas de respostas entre o SF-12 e as questões do estudo SABE. São Paulo, 2006.

SF-12	Questionário do Estudo SABE
Excelente Muito boa	Muito boa
Boa	Boa
Regular	Regular
Ruim	Ruim Muito ruim

No estudo SABE, a alternativa de resposta “muito boa” foi considerada o extremo da boa saúde e por isso englobou as alternativas “excelente” e “muito boa” do SF12. Assim como as respostas “ruim” e “muito ruim”, do questionário do estudo SABE, equivalem a “ruim” do SF-12. Para isso, considerou-se um erro de 0,6% no conjunto de todas as respostas. Não houve alteração no significado das respostas “boa” e “regular”.

Outro instrumento, utilizado na presente pesquisa, foi o APGAR de Família, cujo acrônimo deriva de adaptação (**A**daptation), companheirismo (**P**artnership), desenvolvimento (**G**rowth), afetividade (**A**ffection) e capacidade resolutive (**R**esolve), que representam os parâmetros pelos quais a saúde funcional de uma família pode ser mensurada ^(81,82).

O APGAR de família permite a avaliação de cinco dimensões (uma questão para cada dimensão), com a atribuição de escores para cada questão e, ao final, um escore numérico, representado pela soma dos escores de cada questão, relaciona-se diretamente com uma condição de funcionalidade familiar (boa funcionalidade, moderada ou alta disfuncionalidade), tendo sido validado no Brasil por Duarte⁽⁸²⁾(ANEXO 3).

Qualidade de vida segundo a opinião do idoso

Conforme descrito anteriormente, serão apresentados a seguir os atributos mais relevantes na QV dos idosos, obtidos por Paschoal⁽⁶⁾, na construção de um instrumento de avaliação de QV na velhice. Esse estudo foi escolhido por sua abrangência em relação a outras investigações na área e, por tratar-se de uma pesquisa cujos idosos selecionados eram da cidade de São Paulo, local em que também foi realizado o estudo SABE.

Paschoal⁽⁶⁾, ao determinar os itens mais relevantes para a QV na velhice, considerou a frequência do item relevante para a qualidade de vida e a importância dada àquele item segundo a percepção dos idosos. Diante de uma lista extensa de itens referidos pelos idosos, selecionou os 46 itens que subsidiaram o desenvolvimento metodológico do presente estudo (Quadro 2).

QUADRO 2 - Itens de maior impacto clínico na QV de idosos, em ordem decrescente, segundo Paschoal, 2004.

	Itens de maior impacto clínico
1	Saúde
2	Violência (assalto, roubo, briga, etc)
3	Afecções
4	Vícios (bebida, cigarro , jogo, drogas, etc)
5	Alegria; felicidade
6	Dependência em geral (física, econômica, social, etc)
7	Abandono da família
8	Sentir-se disposto, cheio de energia
9	Harmonia na família
10	Viver bem com a família
11	Falta de lugar para morar
12	Desunião da família
13	Mora bem (luz, água encanada, esgoto, espaço, conforto, segurança, etc)
14	Paz e tranquilidade
15	Boa aposentadoria
16	Sentir que os filhos estão bem
17	Cuidar de si mesmo (banhar-se, vestir-se, arrumar-se, alimentar-se, etc)
18	Fé em Deus
19	Os filhos estarem bem de vida
20	Ser independente fisicamente
21	Más companhias
22	Assistência médica
23	Satisfazer as necessidades básicas (alimentação, vestuário, moradia, transporte, saúde, lazer
24	Falta de memória; esquecimento
25	Estar bem consigo mesmo
26	Rabujice, mau humor
27	Tristeza e depressão
28	Ser lembrado pelos filhos
29	Gostar de si mesmo; estar contente consigo mesmo
30	Desentendimento com a família
31	Aproveitar cada momento da vida
32	Problemas de saúde
33	Falta de higiene
34	Casa própria
35	Sentir-se um peso para as pessoas
36	Ter motivo para viver

QUADRO 2- Itens de maior impacto clínico na QV de idosos, em ordem decrescente, segundo Paschoal, 2004 (Cont.)

	Itens de maior impacto clínico
37	Ser amado
38	Boa alimentação; alimentação sadia
39	Sentir-se saudável
40	Ambiente sem poluição
41	Ser atendido com facilidade em qualquer serviço de saúde quando precisar
42	Sono tranquilo
43	Fazer o que gosta
44	Deficiência dos sentidos(visão, audição, olfação, gustação)
45	Continuar ativo em seu meio (telefonar, fazer compras, cuidar das finanças, etc)
46	Sentir-se realizado

Fonte: Dados de maior impacto clínico na QV de idosos segundo Paschoal, 2004 (modificado)

Em seguida, buscou-se avaliar se tais atributos estavam contemplados nas questões e dimensões do SF-12. Os atributos de Paschoal⁽⁶⁾, contemplados no SF-12, foram excluídos e aqueles com significados negativos (violência, vícios, abandono da família, entre outros), foram desconsiderados.

Os atributos ausentes no SF-12 foram agrupados em quatro categorias criadas à luz do referencial teórico de Lawton⁽⁵⁴⁾ (Categoria1: Dados sociodemográficos; Categoria 2: Dados relacionados à saúde; Categoria 3: Relacionamento/apoio; Categoria 4: bem estar subjetivo), por meio do referencial metodológico de análise temática de Minayo (2004), demonstrado à seguir, no Quadro 3.

A análise temática proposta por Minayo⁽⁸³⁾ possui três etapas a seguir descritas:

1) A pré-Análise – consiste na escolha dos documentos a serem analisados, no contato exaustivo com esse material e na formulação de indicadores para a interpretação final. No presente estudo, corresponde aos atributos não contemplados pelas dimensões do SF-12 (Quadro 2).

2) Exploração do Material - consiste em uma palavra, uma frase, um tema, um personagem, um acontecimento estabelecido na pré-análise. Posteriormente, são formuladas as regras de contagem e realizadas a classificação e a agregação dos dados, além de escolher as categorias e a especificação das palavras e frases. Portanto, as respostas contidas no Quadro 3, foram individualmente avaliadas, classificadas e agregadas a uma categoria, criada a partir do referencial teórico de Lawton, em três categorias.

3) Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação – estão demonstradas no Quadro 3.

QUADRO 3 - Classificação e situação dos atributos segundo as definições das dimensões do SF-12.

	Atributos	Classificação dos atributos	Situação dos atributos
1	Saúde	SF-12 (EGS)	Excluído
2	Violência (assalto, roubo, briga, etc)	Significado negativo	Excluído
3	Afecções		Categoria 2: Dados relacionados à saúde
4	Vícios (bebida, cigarro , jogo, drogas, etc)	Significado negativo	Excluído
5	Alegria; felicidade		Categoria 4: Bem estar subjetivo
6	Dependência em geral (física, econômica, social, etc)	Significado negativo	Excluído
7	Abandono da família	Significado negativo	Excluído
8	Sentir-se disposto, cheio de energia	SF-12 (V)	Excluído
9	Harmonia na família		Categoria 3: Relacionamento/apoio
10	Viver bem com a família		Categoria 3: Relacionamento/apoio
11	Falta de lugar para morar	Significado negativo	Excluído
12	Desunião da família	Significado negativo	Excluído
13	Mora bem (luz, água encanada, esgoto, espaço, conforto, segurança, etc)		Categoria 1: Dados Sociodemográficos
14	Paz e tranquilidade		Categoria 4: Bem estar subjetivo
15	Boa aposentadoria		Categoria 1: Dados Sociodemográficos
16	Sentir que os filhos estão bem		Categoria 4: Bem estar subjetivo
17	Cuidar de si mesmo (banhar-se, vestir-se, arrumar-se, alimentar-se, etc)	SF-12(AF)	Excluído
18	Fé em Deus		Categoria 3: Relacionamento/apoio
19	Os filhos estarem bem de vida		Categoria 3: Relacionamento/apoio
20	Ser independente fisicamente		Categoria 2: Dados relacionados à saúde

QUADRO 3 - Classificação e situação dos atributos segundo as definições das dimensões do SF-12.(Cont.)

	Atributos	Classificação dos atributos	Situação dos atributos
21	Más companhias	Significado negativo	Excluído
22	Assistência médica		Categoria 2: Dados relacionados à saúde
23	Satisfazer as necessidades básicas (alimentação, vestuário, moradia, transporte, saúde, lazer)		Categoria 2: Dados relacionados à saúde
24	Falta de memória; esquecimento	Significado negativo	Excluído
25	Estar bem consigo mesmo		Categoria 4: Bem estar subjetivo
26	Rabujice, mau humor	Significado negativo	Excluído
27	Tristeza e depressão	SF-12(SM)	Excluído
28	Ser lembrado pelos filhos		Categoria 3: Relacionamento/apoio
29	Gostar de si mesmo; estar contente consigo mesmo		Categoria 4: Bem estar subjetivo
30	Desentendimento com a família	Significado negativo	Excluído
31	Aproveitar cada momento da vida		Categoria 4: Bem estar subjetivo
32	Problemas de saúde	SF-12	Excluído
33	Falta de higiene	Significado negativo	Excluído
34	Casa própria		Categoria 1: Dados Sociodemográficos
35	Sentir-se um peso para as pessoas		Categoria 4: Bem estar subjetivo
36	Ter motivo para viver		Categoria 4: Bem estar subjetivo
37	Ser amado		Categoria 4: Bem estar subjetivo
38	Boa alimentação; alimentação sadia		Categoria 2: Dados relacionados à saúde
39	Sentir-se saudável	SF-12 (EGS)	Excluído
40	Ambiente sem poluição		Categoria 2: Dados relacionados à saúde
41	Ser atendido com facilidade em qualquer serviço de saúde quando precisar		Categoria 2: Dados relacionados à saúde
42	Sono tranquilo		Categoria 2: Dados relacionados à saúde
43	Fazer o que gosta		Categoria 4: Bem estar subjetivo
44	Deficiência dos sentidos(visão, audição, olfação, gustação)	Significado negativo	Excluído
45	Continuar ativo em seu meio (telefonar, fazer compras, cuidar das finanças, etc)	SF-12 (AF)	Excluído
46	Sentir-se realizado		Categoria 4: Bem estar subjetivo

Após a análise dos atributos foi possível identificar semelhança de conteúdo em alguns deles e reagrupá-los formando um só atributo.

Na categoria 2, os atributos “ser independente fisicamente” e “satisfazer as necessidades básicas (alimentação, vestuário, moradia, transporte, saúde, lazer)” formaram o atributo “ser independente fisicamente”; os atributos “assistência médica” e “ser atendido com facilidade em qualquer serviço de saúde quando precisar” formaram o atributo “ser atendido com facilidade em qualquer serviço de saúde quando precisar”.

Na categoria 3, os atributos “harmonia na família” e “viver bem com a família” resultaram no atributo “viver bem com a família”.

Na categoria 4, os atributos “estar bem consigo mesmo” e “gostar de si mesmo, estar contente consigo mesmo” resultaram no atributo “estar bem consigo mesmo”.

No quadro 4, estão apresentados os atributos finais de acordo com as categorias atribuídas à luz do referencial de Lawton⁽⁵⁴⁾.

QUADRO 4 - Distribuição dos atributos segundo as categorias criadas a partir do referencial de Lawton. São Paulo, 2012.

Categorias	Atributos
Categoria 1- Dados Sociodemográficos	Morar bem (luz, água encanada, esgoto, espaço, conforto, segurança, etc)
	Boa aposentadoria
	Casa própria
	Ambiente sem poluição (Não tem questão)
Categoria 2- Dados relacionados à saúde	Afecções
	Ser independente fisicamente
	Assistência médica
	Satisfazer as necessidades básicas (alimentação, vestuário, moradia, transporte, saúde, lazer)
	Boa alimentação; alimentação sadia
	Ser atendido com facilidade em qualquer serviço de saúde quando precisar
	Sono tranquilo
Categoria 3- Relacionamento/apoio	Harmonia na família
	Viver bem com a família
	Ser amado
	Ser lembrado pelos filhos
	Sentir que os filhos estão bem
	Os filhos estarem bem de vida

Quadro 4 - Distribuição dos atributos segundo as categorias criadas a partir do referencial de Lawton. São Paulo, 2012.(Cont.)

Categorias	Atributos
Categoria 4- Bem estar subjetivo	Alegria; felicidade
	Paz e tranquilidade
	Ter controle sobre sua própria vida
	Estar bem consigo mesmo
	Gostar de si mesmo; estar contente consigo mesmo
	Aproveitar cada momento da vida
	Ter motivo para viver
	Fé em Deus
	Fazer o que gosta
	Sentir-se realizado

A partir da distribuição dos atributos em quatro categorias foi realizada busca no protocolo do estudo SABE de questões que representassem cada um dos atributos, por categorias conforme a Tabela 2, 3, 4 e 5.

TABELA 2 - Questões do questionário SABE 2006, selecionadas para representar os atributos da categoria 1- Dados sociodemográficos. São Paulo, 2006.

Atributos	Questões do estudo SABE
Categoria 1: Dados Sociodemográficos	
Casa própria	Esta casa é própria (J2):
Morar bem	A sua casa tem luz elétrica? (J3a)
	A sua casa tem água encanada?(J4a)
	A sua casa tem drenagem de esgoto?(J5a)
Boa aposentadoria	
Renda individual	O(a) sr(a) recebe receita por...? (H.16)
	Quanto o(a) senhor(a) recebe por...(H.17)(benefícios em H.26)
Condições financeiras	Considera que o(a) Sr(a) e sua(eu) companheira(o) tem dinheiro suficiente para cobrir suas necessidades da vida diária? (H.20)

TABELA 3 - Questões do questionário SABE 2006, selecionadas para representar os atributos da categoria 2- Dados relacionados à saúde. São Paulo, 2006.

Atributos	Questões do estudo SABE
Categoria 2- Dados relacionados à saúde	
1. Afecções	Número de morbidades
2. Medicamento	Número de medicamentos
3. GDS	_____/15
4. Ser independente fisicamente (ABVDs)	
Comer	D.78 O Sr(a) tem dificuldade para comer sozinho
Vestir	D.41 O(A) senhor(a) tem dificuldade para vestir parte cima do corpo (acima da cintura)? D.43 O(A) senhor(a) tem dificuldade tem dificuldade para vestir parte baixo do corpo (abaixo da cintura)?
Banho	D.54 O (A) senhor(a) tem dificuldade para tomar banho?
Mobilidade / transferência	D.89 O(A) senhor(a) tem dificuldade para deitar/levantar da cama, sentar/levantar da cadeira-cadeira de rodas D.101 O(A) senhor(a) tem dificuldade para ir ao banheiro (incluindo sentar e levantar do vaso sanitário)? D.10 Tem dificuldade em subir um andar pelas escadas sem descansar?
Ser independente fisicamente (AIVDs)	
Tomar medicamento	D.190 O(A) senhor(a) tem dificuldade para tomar seus remédios
Usar telefone	D.157 O(A) senhor(a) tem dificuldade para telefonar
Usar transporte	D.135 O(A) senhor(a) tem dificuldade para para utilizar algum tipo de transporte como ônibus, táxi, etc para ir a outros lugares sozinho, como ir ao médico, à igreja, et
Cuidar do próprio dinheiro	D.124 O(A) senhor(a)tem dificuldade para cuidar do próprio dinheiro
Fazer compras	D.146 O(A) senhor(a) tem dificuldade para fazer as compras de alimentos
5. Ser atendido com facilidade em qualquer serviço de saúde quando precisar	F.3b O(A) sr(a) tem alguma dificuldade para acessar/usar serviços de saúde, quando necessário?
6. Boa alimentação, alimentação sadia	C.259 Com relação a seu estado nutricional o(a) sr(a) se considera bem nutrido?

*ABVDs: Atividades Básicas da Vida Diária ; AIVDs: Atividades Instrumentais da Vida Diária

TABELA 4 - Questões do questionário SABE 2006, selecionadas para representar os atributos da categoria 3 – Relacionamento e apoio. São Paulo, 2006.

Atributos	Questões do estudo SABE
Categoria 3- Relacionamento e apoio	
Viver bem com a família	APGAR DE FAMÍLIA
Ser amado	G.51e Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor
Os filhos estarem bem de vida	G.15 Agora diga-me se o(a) Sr(a) oferece algum tipo de ajuda para (nome)?(pessoas que moram na mesma casa) * <u>Apenas os filhos</u> G.27b Como o(a) sr(a) se sente em relação ao seu contato com Filhos que não moram na casa Oferecem ajuda aos filhos que moram fora de casa?

TABELA 5 - Questões do questionário SABE 2006, selecionadas para representar os atributos da categoria 4 – Bem estar subjetivo. São Paulo, 2006.

Atributos	Questões do estudo SABE
Categoria 4- Bem estar subjetivo	
Alegria e felicidade	C.146 Sente-se feliz a maior parte do tempo?
Paz; tranquilidade	D.29h Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?
Sentir-se realizado	C.140 O(a) senhor(a) está basicamente satisfeito com sua vida?
Fé em Deus	A.22 Quanto sua religião lhe dá forças para enfrentar dificuldades? A.23 Quanto sua religião o(a) ajuda a entender as dificuldades na vida? A.24 Sua religião dá sentido a sua vida?

No protocolo do estudo SABE, não foram encontradas questões relacionadas aos seguintes atributos: “ambiente sem poluição”, “ser lembrado pelos filhos”, “sono tranquilo”, “ter controle sobre sua própria vida”, “gostar de si mesmo”, “aproveitar cada momento da vida”, “fazer o que gosta” e “ter motivo para viver”.

Assim, o instrumento de coleta de dados utilizado na presente pesquisa, foi composto pelas questões do estudo SABE relacionadas às categorias de significados atribuídos por idosos brasileiros, pelas questões que compõem o instrumento SF-12 e pelas questões relacionadas ao levantamento de dados sociodemográficos agrupadas nos seguintes sub-itens:

- Dados sócio-demográficos: contém informações sobre idade, sexo, estado civil, se mora sozinho ou acompanhado e qual a ocupação atual, bem como, sobre as características da moradia própria, renda individual em salários mínimos, condições financeiras e escolaridade (sabe ler e escrever um recado, foi à escola e qual a última série que estudou).
- Dados relacionados à saúde: número de morbidades, número de medicamentos, dificuldade de ajuda para realizar Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs) (comer, vestir-se, banhar-se, mobilidade/transferência e locomoção) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs) (tomar medicamento, uso de telefone, transporte, administrar o próprio dinheiro e fazer compras), acesso ao serviço de saúde, estado nutricional.
- Relacionamento/apoio: APGAR de família e ser amado.
- Bem estar subjetivo: informações sobre satisfação com a vida, alegria/felicidade, religião/espiritualidade e paz/tranquilidade.
- SF-12: ECF e ECM.

3.2.3- Definição e operacionalização das variáveis

Os tipos das variáveis independentes encontram-se descritas no APÊNDICE 1.

Para a avaliação da variável QVRS a partir do ECF e ECM do SF-12, foi realizada a análise em tercils (primeiro tercil, segundo tercil e terceiro tercil)

3.2.4- Análise estatística

As análises estatísticas foram realizadas no programa *Data Analysis and Statistical Software STATA* (STATA), versão 12.0, utilizando-se o comando *survey*, que permite a análise de dados provenientes de amostras complexas.

A análise descritiva dos dados foi feita em frequência relativa. Nessa análise foi utilizado o Qui-quadrado de Pearson, ajustado pelo *Rao Scott*, para verificar a associação entre as variáveis. O nível de segurança estabelecido foi de 95%.

As variáveis foram testadas em modelos bivariados, com seleção daquelas que apresentaram nível crítico $p < 0,20$ e em modelos múltiplos, onde foi considerada a associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Os ECF e ECM do SF-12, foram categorizados a partir do tercil da distribuição do número de idosos da pesquisa.

Para avaliar os desfechos na base de dados de 2006, foi realizada uma Regressão Logística Multinomial para modelar a chance de um idoso pertencer a um dos tercils de cada componente de QVRS. Para isso, a variável resposta é o tercil do escore de QV e as variáveis explicativas (independentes), são utilizadas para a modelagem da razão de chances e são relacionadas aos dados sociodemográficos, relacionados à saúde, ao relacionamento/apoio e ao bem estar subjetivo. O modelo foi feito segundo o sexo do idoso, as variáveis da QVRS do SF-12 foram divididas em ECF e ECM.

O modelo de Regressão Logística Multinomial, é uma modificação do modelo de regressão logística, onde a resposta é uma variável qualitativa nominal, com mais de duas

categorias. Para melhor entendimento, os detalhes serão ilustrados com três categorias. Assumimos que as categorias da variável resposta, Y , são codificadas como 0 para a primeira categoria, 1 para a segunda e 2 para a terceira. Em um modelo em que a resposta possui três categorias, precisamos de duas funções logito e temos que decidir qual categoria da variável resposta será utilizada para comparação. Na prática, é usada a categoria $Y=0$, e temos uma logito para comparar $Y=1$ com $Y=0$ e outra função logito, para comparar $Y=2$ com $Y=0$. Para comparar $Y=1$ com $Y=2$, basta fazer a diferença entre as logits⁽⁸⁴⁾.

Para o desenvolvimento do modelo assumimos que temos p covariáveis e um termo constante, denotado pelo vetor $\mathbf{x}$, de comprimento $p+1$, onde $x_0=1$. Denotaremos duas funções logito como⁽⁸⁴⁾:

$$\begin{aligned} g_1(\mathbf{x}) &= \ln \left[\frac{P(Y=1|\mathbf{x})}{P(Y=0|\mathbf{x})} \right] \\ &= \beta_{10} + \beta_{11}x_1 + \beta_{12}x_2 + \cdots + \beta_{1p}x_p \\ &= \mathbf{x}'\boldsymbol{\beta}_1 \end{aligned}$$

e

$$\begin{aligned} g_2(\mathbf{x}) &= \ln \left[\frac{P(Y=2|\mathbf{x})}{P(Y=0|\mathbf{x})} \right] \\ &= \beta_{20} + \beta_{21}x_1 + \beta_{22}x_2 + \cdots + \beta_{2p}x_p \\ &= \mathbf{x}'\boldsymbol{\beta}_2. \end{aligned}$$

Para a estimação dos parâmetros das duas funções logito, é usada a estimação por máxima verossimilhança e com base nessas funções podemos estimar as probabilidades de um indivíduo pertencer a cada uma das categorias:

$$P(Y = 0|\mathbf{x}) = \frac{1}{1 + e^{g_1(\mathbf{x})} + e^{g_2(\mathbf{x})}},$$

$$P(Y = 1|\mathbf{x}) = \frac{e^{g_1(\mathbf{x})}}{1 + e^{g_1(\mathbf{x})} + e^{g_2(\mathbf{x})}},$$

E

$$P(Y = 2|\mathbf{x}) = \frac{e^{g_2(\mathbf{x})}}{1 + e^{g_1(\mathbf{x})} + e^{g_2(\mathbf{x})}}.$$

Na regressão logística multinomial, em que a variável resposta possui três categorias, modela-se duas funções logito para estimar a chance de um determinado indivíduo pertencer a uma dada categoria em comparação com uma categoria padrão. Ou seja, para o estudo em questão, com base nas variáveis pesquisadas, foi estimada a chance de um idoso pertencer ao segundo tercil de QV em relação à categoria base que, neste caso, foi o primeiro tercil de QV. Este procedimento também foi adotado para o terceiro tercil de QV.

Para a avaliação da QVRS a partir do ECF e ECM do SF-12, foi realizada a análise de regressão logística multinomial, com três classes (primeiro tercil, segundo tercil e terceiro tercil). Assim, com base nas variáveis pesquisadas, foi possível estimar a chance de um idoso pertencer ao segundo ou terceiro tercis de QVRS em relação à categoria base (primeiro tercil). Para as análises, os ECF e ECM do SF-12 foram divididos

em tercís. Assim, o primeiro tercil ficou constituído pelos escores mais baixos dos componentes, o segundo tercil pelos níveis intermediários e o terceiro tercil foi composto pelos escores mais altos.

Para a realização da análise de regressão multinomial, a variável paz e tranquilidade foi retirada do modelo referente ao sexo masculino do ECM, pois o processo da análise não convergiu, provavelmente por sua grande associação com outras duas variáveis: dinheiro suficiente e número de afecções.

A Razão de Risco Relativo (RRR) é a razão do coeficiente de incidência entre expostos e não expostos. Quando o RRR é maior do que 1, a exposição é considerada um fator de risco, já quando o RRR é menor do que 1, a exposição é um fator de proteção e, para sua interpretação, o resultado é o inverso do RRR ($1/RRR$)⁽⁸⁵⁾.

Para os cálculos dos intervalos de confiança das razões de risco relativo (RRR), também foi adotado um nível de significância de 5%.

3.2.5- Aspectos éticos

O estudo SABE foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, sob o parecer no 315/99 para o ano de 2000 (ANEXO 4) e Protocolo número 1.345 de 14/03/2006 para o ano de 2006 (ANEXO 5).

Todas as pessoas que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, em que tiveram assegurados o sigilo das informações, anonimato e o direito da desistência da participação do estudo a qualquer momento.

Em 2006, assim como na primeira fase do estudo SABE, houve o financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP e o auxílio do Ministério da Saúde.

4. RESULTADOS

4.1 Caracterização sociodemográfica dos idosos do estudo

Dentre os 1031 idosos entrevistados, houve predomínio do sexo feminino (59,3%), com idade igual ou superior a 70 anos (60,3%), casado/amasiado (52,8%) e que não moram sozinhos (82,9%). Embora 77,8% possuísem casa própria, aproximadamente 32% recebiam até 1,3 salários mínimos (SMI) e 51% referiram possuir dinheiro suficiente para as necessidades diárias; 58,9% possuíam mais de quatro anos de estudo e 41,1% eram analfabetos, tendo relatado até três anos de escolaridade. (Tabela 6)

TABELA 6 - Distribuição dos idosos segundo os dados da categoria sociodemográficos. São Paulo, 2006.

	n (1031)	Distribuição relativa (%)
Categoria 1- Dados sociodemográficos		
Sexo		
Feminino	611	59,3
Masculino	420	40,7
Faixa etária		
60 – 69 anos	409	39,7
70 – 79 anos	356	34,5
≥ 80 anos	266	25,8
Estado civil		
Casado/amasiado	544	52,8
Viúvo	370	35,9
Divorciado/separado	73	7,1
Solteiro	43	4,2
Não respondeu	1	0,0
Mora sozinho*		
Sim	176	17,1
Não	853	82,9
Casa própria*		
Sim	801	77,8
Não	228	22,2
Renda*		
até 1,3 SMI**	299	31,9
1,3 – 2,8 SMI**	308	32,9
> 2,8 SMI**	330	35,2
Possui dinheiro suficiente para as necessidades diárias?*		
Sim	522	51,0
Não	502	49,0

TABELA 6 - Distribuição dos idosos segundo os dados da categoria sociodemográficos. São Paulo, 2006 (Cont.)

	n (1031)	Distribuição relativa (%)
Categoria 1- Dados sociodemográficos		
Escolaridade*		
Analfabeto	162	15,7
1 a 3 anos	261	25,4
4 a 7 anos	404	39,7
≥ 8 anos	202	19,6

Fonte: Estudo SABE 2006. *Missing; ** SMI – salário mínimo

A Tabela 7 mostra a distribuição dos idosos considerando os resultados das categorias referentes à saúde, ao relacionamento/apoio e ao bem estar subjetivo.

TABELA 7 - Distribuição dos idosos segundo as categorias dados relacionados à saúde, relacionamento/apoio e bem estar subjetivo. São Paulo, 2006.

	n (1031)	Distribuição relativa (%)
Categoria 2- Dados relacionados à saúde		
Número de morbidades		
Nenhuma	195	18,9
Uma	412	40,0
Duas	240	23,3
Três ou mais	184	17,8
Número de medicamentos*		
0 ou 1	219	21,3
2 ou +	811	78,7
Dificuldade para realizar ABVDs***		
Sim	199	19,4
Não	827	90,6
Dificuldade para realizar AIVDs****		
Sim	694	67,8
Não	330	32,2
Dificuldade de acesso ao serviço de saúde*		
Sim	253	24,9
Não	762	75,1
Considera-se bem nutrido*		
Sim	979	95,5
Não	46	4,5

TABELA 7 - Distribuição dos idosos segundo as categorias “dados relacionados à saúde”, “relacionamento/apoio” e “bem estar subjetivo”. São Paulo, 2006 (Cont.)

	n (1031)	Distribuição relativa (%)
Categoria 3- Relacionamento/apoio		
APGAR de família*		
Disfunção alta	40	3,9
Disfunção média	37	3,7
Boa funcionalidade	937	92,4
Sente-se amado pela família*		
Maior parte do tempo	913	92,4
Menor parte do tempo	75	7,6
Categoria 4- Bem estar subjetivo		
Sente-se feliz*		
Sim	979	95,8
Não	43	4,2
Quanto tempo o senhor tem se sentido calmo e tranquilo*		
Maior parte do tempo	904	87,8
Menor parte do tempo	125	12,2
Está Satisfeito com a vida*		
Sim	978	95,5
Não	46	4,5
Quanto sua religião lhe dá forças para enfrentar dificuldades*		
Muito	905	89,9
Pouco/nada	102	10,1
Quanto sua religião o ajuda a entender as dificuldades na vida*		
Muito	877	87,5
Pouco/nada	126	12,5
Sua religião dá sentido a sua vida*		
Muito	882	87,5
Pouco/nada	126	12,5

Fonte: Estudo SABE 2006. *Missing; **ABVDs: Atividades Básicas da Vida Diária; ***AIVDs: Atividades Instrumentais da Vida Diária.

Na Tabela 7, nota-se que nos aspectos relacionados à saúde, somente 18,9% dos idosos não possuem morbididades, 40,0% possuem uma doença associada e 41,1% desses sujeitos apresentam duas ou mais afecções, 78,7% fazem uso de dois ou mais medicamentos por dia. Para a realização das ABVDs, a maioria, ou seja, 90,6% não necessita de ajuda para realizá-las, no entanto, quando se trata das AIVD, 67,8% dos

idosos necessitam de auxílio. Apenas 24,9% referiram ter dificuldade para acessar o serviço de saúde e 95,5% referiram que se sentem nutridos.

Quanto à categoria relacionamento/apoio, 92,4% dos idosos possuem boa funcionalidade familiar e sentem-se amados pela família a maior parte do tempo (Tabela 7).

Nas questões relacionadas à categoria bem estar subjetivo, mais de 87% dos idosos sentem-se felizes, calmos e tranquilos a maior parte do tempo, e estão satisfeitos com a vida. Observa-se nos itens referentes à religião, que mais de 87% dos idosos consideram que a religião é uma fonte de força e suporte para enfrentar as dificuldades, e um sentido para a própria vida (Tabela 7).

A Tabela 8 apresenta os resultados da análise estatística descritiva dos ECF e ECM do SF12, segundo o sexo.

TABELA 8 - Apresentação das médias, erro padrão (EP) e valores mínimos e máximos dos ECF e ECM do SF-12, segundo o sexo. São Paulo, 2006.

SF-12		
Sexo	ECF (EP) (Mínimo-Máximo)	ECM (EP) (Mínimo-Máximo)
Masculino	49,28 (0,34) (22,32 – 65,10)	56,50 (8,16) (13,00 – 68,33)
Feminino	45,85 (0,42) (18,62 – 63,53)	55,96 (0,30) (23,72 – 69,03)
Ambos os sexos	47,27 (0,30) (18,62 – 65,10)	56,18 (0,23) (22,29 – 69,02)

Fonte: Estudo SABE 2006. Erro Padrão (EP)

Na Tabela 8, observa-se que tanto o componente físico quanto o componente mental apresentaram médias e amplitudes de variação maiores para os homens,

comparados às mulheres, com exceção do ECF, cuja variação foi maior para as mulheres.

A Tabela 9 apresenta a distribuição absoluta e relativa, médias, erro padrão (EP), medianas e intervalos de confiança (IC) dos idosos entrevistados, segundo os tercís do ECF e ECM do SF12.

Observa-se, na Tabela 9, que em ambos os componentes, o número de idosos por tercil está muito próximo. Para o ECF, o maior número de idosos encontra-se no primeiro tercil (35,56%), ou seja, com piores valores desse componente (menor que 45,4). Já no componente mental, o maior número está no terceiro tercil, com maiores e melhores valores desse componente (acima de 59,6), seguido do primeiro tercil (até 55,6).

É possível identificar que, no componente físico, as médias variaram entre 36,70 e 55,30 no primeiro tercil e no terceiro tercil do ECF, respectivamente, e 50,01 no tercil intermediário. No componente mental, as médias foram maiores em relação ao componente físico, nos três tercís do ECM (Tabela 9).

TABELA 9 - Distribuição absoluta e relativa, médias, erro padrão (EP), medianas e intervalos de confiança (IC) dos idosos, segundo os tercís dos ECF e ECM. São Paulo, 2006.

SF-12	n (1031)	Distribuição relativa (%)	Média (EP)	Mediana	IC 95%
ECF					
Tercil 1 – Até 45,4	356	35,6	36,70 (0,45)	38,02	35,80 – 37,61
Tercil 2 – 45,4 a 53,4	331	33,1	50,01 (0,14)	50,28	49,73 – 50,30
Tercil 3 – ≥ 53,5	314	31,4	55,30 (0,11)	55,26	55,08 – 55,52
ECM					
Tercil 1 – Até 55,6	336	33,6	49,20 (0,41)	51,20	48,38 – 50,02
Tercil 2 – 55,6 a 59,5	311	31,1	57,60 (0,06)	57,80	57,48 – 57,73
Tercil 3 – ≥ 59,6	354	35,3	61,74 (0,11)	60,79	61,52 – 61,97

Fonte: Estudo SABE 2006.

Nas Tabelas 10, 11 e 12, são apresentadas as análises bivariadas entre os componentes e as variáveis do estudo.

TABELA 10 - Análise bivariada dos tercís dos componentes físico e mental do SF-12, segundo as variáveis da categoria “dados sociodemográficos”. São Paulo, 2006.

SF-12								
Componente Físico					Componente Mental			
	Tercil 1 < 45,4	Tercil 2 45,4 a 53,4	Tercil 3 ≥ 53,5	p-valor	Tercil 1 < 55,6	Tercil 2 55,6 a 59,5	Tercil 3 ≥ 59,6	p-valor
Categoria 1- Dados sociodemográficos								
Sexo								
Feminino	37,6	32,6	29,8	p=0,0001	35,6	31,2	33,2	p=0,3376
Masculino	24,5	35,3	40,2		31,3	35,3	33,4	
Faixa etária								
60-69	28,8	34,3	36,8	p=0,0061	34,5	33,6	31,9	p=0,3795
70-79	33,2	33,6	33,2		32,4	33,9	33,8	
≥ 80	48,9	30,6	20,4		34,4	25,3	40,3	
Estado civil								
Divorciado	21,7	44,7	33,6	p=0,7061	18,6	31,0	50,5	p=0,6383
Separado	29,1	46,0	24,9		39,2	23,9	36,8	
Viúvo	35,3	32,1	32,6		34,3	34,8	30,8	
Casado	31,6	32,5	36,5		33,1	32,9	34,1	
Amasiado	34,4	34,4	31,3		43,2	33,6	23,2	
Solteiro	30,9	37,6	31,5		30,4	34,1	35,5	
NR	0,0	100,0	0,0		0,0	0,0	100,0	
Mora sozinho								
Sim	31,5	32,5	36,0	p=0,8979	37,4	30,4	32,2	p=0,6698
Não	32,2	33,8	31,0		33,3	33,2	33,5	
Casa própria								
Sim	31,7	31,9	36,3	p=0,0390	34,6	31,5	33,9	p=0,2511
Não	33,2	40,1	26,4		30,9	38,1	31,0	
Renda								
Até 499	37,4	30,3	32,3	p=0,1298	38,5	27,7	33,8	p=0,2073
450-999	33,8	34,3	31,9		36,7	28,9	34,4	
≥ 1000	27,4	34,0	38,7		29,5	35,8	34,7	
Dinheiro suficiente								
Sim	37,9	34,5	37,6	p=0,0700	28,9	38,9	32,1	p=0,0037
Não	35,7	33,1	31,1		38,2	27,4	34,4	
Escolaridade								
Analfabeto	49,8	25,6	24,6	p=0,0035	45,1	20,5	34,4	p=0,0032
1 a 3 anos	26,8	37,3	35,7		33,9	38,4	27,7	
4 a 7 anos	32,6	32,5	34,9		33,5	30,8	35,7	
≥ 8 anos	26,4	37,1	36,5		26,7	38,6	34,7	

Fonte: Estudo SABE 2006.

TABELA 11 - Análise bivariada dos tercís dos componentes físico e mental do SF-12, segundo as variáveis das categorias “dados relacionadas à saúde” e “relacionamento/apoio”. São Paulo, 2006.

SF-12								
Componente Físico					Componente Mental			
	Tercil 1 < 45,4	Tercil 2 45,4 a 53,4	Tercil 3 ≥ 53,5	p-valor	Tercil 1 < 55,6	Tercil 2 55,6 a 59,5	Tercil 3 ≥ 59,6	p-valor
Categoria 2- Dados relacionados à saúde								
Morbidades								
Nenhuma	16,6	27,6	55,8	p=0,0000	25,4	37,8	36,8	p=0,0094
Uma	25,8	40,6	33,6		33,0	34,1	32,9	
Duas	41,6	29,8	28,6		33,3	35,0	31,7	
Três ou mais	57,7	26,5	15,8		47,7	20,1	32,2	
Número de medicamentos								
0 -1	10,2	34,7	55,1	p=0,0000	23,7	37,2	39,1	p=0,0012
2 e mais	38,7	33,5	27,8		36,9	31,7	31,4	
Dificuldade para ABVDs								
Sim	71,6	22,5	5,9	p=0,0000	38,4	30,6	31,0	p=0,4816
Não	25,0	35,6	39,3		32,9	33,5	33,6	
Dificuldade para AIVDs								
Sim	40,8	30,7	28,5	p=0,0000	35,6	30,4	34,0	p=0,1836
Não	17,6	38,4	43,9		30,8	37,4	31,7	
Dificuldade de acesso ao serviço de saúde								
Sim	41,1	33,5	25,3	p=0,0099	40,1	27,1	33,8	p=0,0803
Não	29,3	34,2	36,5		32,1	34,4	33,5	
Considera-se nutrido								
Sim	31,4	34,5	34,2	p=0,1898	32,0	33,6	34,4	p=0,0000
Não	41,9	19,1	38,9		69,6	23,3	7,1	
Categoria 3- Relacionamento / apoio								
Sente-se amado pela família								
Maior parte do tempo	31,9	34,1	34,0	p=0,9272	32,4	32,0	35,5	p=0,0000
Menor parte do tempo	31,3	32,4	36,3		44,3	39,8	15,8	
APGAR de família								
Disfunção alta	33,6	39,0	37,4	p=0,550	37,0	42,2	20,8	p=0,0284
Disfunção média	28,3	25,5	46,2		58,3	25,8	16,0	
Boa funcionalidade	32,1	33,9	34,0		32,4	32,7	34,9	

Fonte: Estudo SABE 2006.

TABELA 12 - Análise bivariada dos tercís dos componentes físico e mental do SF-12, segundo as variáveis da categoria “bem estar subjetivo”. São Paulo, 2006.

SF-12								
Componente Físico					Componente Mental			
	Tercil 1 < 45,4	Tercil 2 45,4 a 53,4	Tercil 3 ≥ 53,5	p-valor	Tercil 1 < 55,6	Tercil 2 55,6 a 59,5	Tercil 3 ≥ 59,6	p-valor
Categoria 4- Bem estar subjetivo								
Alegria/Felicidade								
Sim	32,5	33,7	33,8	p=0,2143	33,0	32,9	34,3	p=0,1774
Não	18,9	35,8	45,2		47,1	32,6	20,3	
Paz/tranquilidade								
Maior parte do tempo	30,0	35,4	34,6	p=0,0072	25,5	36,6	37,9	p=0,0000
Menor parte do tempo	46,5	21,9	31,6		92,2	7,0	0,9	
Satisfação com a vida								
Sim	31,8	34,2	34,0	p=0,8351	32,2	33,3	34,5	p=0,0060
Não	34,8	29,1	36,1		60,9	29,3	9,7	
Quanto a religião dá força								
Muito	33,8	32,2	34,0	p=0,0030	34,2	32,0	33,8	p=0,5356
Pouco/nada	16,5	48,2	35,3		31,4	38,1	30,5	
Quanto a religião ajuda a entender as dificuldades								
Muito	33,7	32,8	33,5	p=0,0400	33,5	32,2	34,3	p=0,6360
Pouco/nada	20,3	41,5	38,2		35,9	34,5	29,6	
Religião dá sentido a sua vida								
Muito	33,5	32,5	34,0	p=0,0354	34,5	31,7	33,8	p=0,5459
Pouco/nada	22,0	44,3	33,7		30,9	37,1	32,0	

Fonte: Estudo SABE 2006.

Nas tabelas acima, foi possível identificar que houve associação significativa entre o componente físico e sexo, faixa etária, ter casa própria, escolaridade (Tabela 10), morbidades, número de medicamentos, dificuldade para ABVDs e AIVDS, e dificuldade de acesso ao serviço de saúde (Tabela 11) e paz/tranquilidade e religião (Tabela 12).

Já em relação ao componente mental, houve associação significativa entre este e dinheiro suficiente, escolaridade (Tabela 10), morbidade, número de medicamentos, sentir-se nutrido (Tabela 11), sentir-se amado pela família, APGAR de Família, paz/tranquilidade e satisfação com a vida (Tabela 12).

Ressalta-se que apenas as variáveis escolaridade, morbidade, número de medicamentos e paz/tranquilidade mostraram associação significativa tanto no ECF como no ECM.

A influência das variáveis avaliadas pelas razões de chances estimadas, pelo modelo de regressão logística multinomial do ECF - segundo o sexo, está apresentada na Tabela 13.

Para o sexo feminino as variáveis estatisticamente significativas foram: dificuldade para realizar ABVDs, dificuldade para realizar AIVDs e morbidades. Para o sexo masculino, as variáveis estatisticamente significativas foram: escolaridade, morbidade, número de medicamentos, dificuldade para ABVDs e dificuldade para AIVDs (Tabela 13).

TABELA 13 - Regressão logística multinomial do ECF do SF-12 e das variáveis “dados sócio-demográficos”, “dados relacionados à saúde”, “relacionamento/apoio” e “bem estar subjetivo”, segundo o sexo dos idosos do estudo SABE. São Paulo, 2006.

	COMPONENTE FÍSICO					
	FEMININO			MASCULINO		
	RRR	p-valor (base outcome)	IC 95%	RRR	p-valor (base outcome)	IC 95%
1º Tercil (< 45,4)						
2º Tercil (45,4 a 53,4)						
Idade (1)	0,987	0,442	0,953 – 1,021	0,981	0,413	0,936 – 1,028
Casa própria (1)	1,104	0,709	0,651 – 1,873	1,282	0,527	0,589 – 2,791
Escolaridade (1)	1,045	0,872	0,607 – 1,800	1,276	0,451	0,672 – 2,421
Acesso a serviço de saúde (2)	1,462	0,184	0,831 – 2,571	1,107	0,795	0,508 – 2,412
Ausência de dificuldade para ABVDs (2)	3,244*	0,002	1,539 – 6,837	2,991*	0,057	0,965 – 9,271
Ausência de dificuldade para AIVDs (2)	3,505*	0,000	2,191 – 5,608	1,890	0,199	0,710 – 5,030
Morbidade (2)	0,854	0,678	0,401 – 1,816	1,445	0,394	0,625 – 2,338
Número de medicamentos (2)	0,581	0,238	0,234 – 1,441	0,138	0,000	0,564 – 0,338
Paz/ tranquilidade (4)	0,494	0,088	0,219 – 1,114	0,467	0,169	0,156 – 1,392
Quanto a religião dá forças (4)	2,439	0,311	0,428- 13,896	2,046	0,331	0,477 – 8,771
Quanto a religião ajuda entender dificuldades (4)	1,775	0,347	0,530 – 5,939	0,972	0,969	0,225 – 4,198
Quanto a religião dá sentido a sua vida (4)	0,579	0,316	0,197 – 1,701	1,543	0,563	0,348 – 6,850
3º Tercil (> 53,5)						
Idade (1)	1,001	0,968	0,967 – 1,036	0,992	0,759	0,941 – 1,046
Casa própria (1)	0,700	0,224	0,393 – 1,249	0,607	0,333	0,219 – 1,684
Escolaridade (1)	0,768	0,363	0,432 – 1,364	2,283	0,022	1,130 – 4,613
Acesso a serviço de saúde (2)	1,548	0,181	0,813 – 2,950	2,518	0,071	0,921 – 6,886
Ausência de dificuldade para ABVDs* (2)	5,493*	0,000	2,316-12,978	309,266*	0,000	32,887– 2908,274
Ausência de dificuldade para AIVDs* (2)	4,649*	0,000	2,507 – 8,620	2,698*	0,036	1,069 – 6,802
Número de medicamentos (2)	0,448	0,104	0,169 – 1,185	0,085	0,000	0,035 – 0,203
Morbidade (2)	0,344**	0,005	0,164 – 0,722	0,482	0,172	0,168 – 1,382
Paz/Tranquilidade (4)	0,874	0,744	0,386 – 1,978	0,912	0,843	0,363 – 2,291
Quanto a religião dá forças (4)	3,542	0,214	0,475- 26,443	0,280	0,167	0,045 – 1,727
Quanto a religião ajuda entender dificuldades (4)	2,158	0,304	0,491 – 9,487	2,989	0,157	0,650 – 13,759
Quanto a religião dá sentido a sua vida (4)	0,407	0,222	0,095 – 1,741	1,585	0,582	0,302 – 8,317

Considerando a variável dependente ECF, observa-se, para o sexo feminino, que a ausência de dificuldade para realizar ABVDs e AIVDs aumentaram em 3,2 e 3,5, respectivamente, e quando comparado ao primeiro tercil, as chances de pertencer ao terceiro tercil aumentaram em 5,5 e 4,6, respectivamente.

Ainda em relação ao ECF, nota-se que idosos sem morbididades têm chance 2,9 (1/RRR) maior de pertencer ao terceiro tercil, do que ao primeiro tercil, ou seja, a pontuação mais elevada do componente físico do SF-12, entre os idosos do sexo feminino, foi influenciada pela ausência de dificuldade em ABVDs e AIVDs, e por inexistência de morbidade.

Quanto ao do sexo masculino, foi constatado chance sete vezes maior de pertencer ao segundo tercil e chance 11,8 (1/RRR) vezes maior ao terceiro tercil, caso faça uso de até um medicamento. Também foi verificada chances 2,3, 309 e 2,7 (1/RRR) vezes maior de pertencer ao terceiro tercil, se apresentar até três anos de escolaridade, e não apresentar dificuldade para ABVDs e AIVDs, comparado ao primeiro tercil, respectivamente.

Assim, na regressão logística multinomial do ECF, em relação ao sexo as variáveis estatisticamente significativas pertencem às categorias 1 (escolaridade) e 2 (morbidade, número de medicamentos, dificuldade para ABVDs e AIVDs).

A Tabela 14 mostra as razões de chances estimadas pelo modelo de regressão logística multinomial do componente mental do SF-12.

Para o sexo feminino, as variáveis estatisticamente significativas foram: número de medicamentos, sentir-se nutrido e paz/tranquilidade. Para o sexo masculino, as variáveis estatisticamente significativas foram: dinheiro suficiente, sentir-se nutrido, número de medicamento e sentir-se realizado (Tabela 14).

TABELA 14 - Regressão logística multinomial do ECM do SF-12 e das variáveis sócio-demográficas, relacionadas à saúde, ao relacionamento/apoio e ao bem estar subjetivo, segundo o sexo dos idosos do estudo SABE. São Paulo, 2006.

COMPONENTE MENTAL						
	FEMININO			MASCULINO		
	RRR	p-valor	IC 95%	RRR	p-valor	IC 95%
1º Tercil (< 55,6)	(base outcome)			(base outcome)		
2º Tercil (55,6 a 59,5)						
Dinheiro suficiente (1)	0,587	0,087	0,319 – 1,082	0,491*	0,026	0,263 – 0,918
Escolaridade(1)	0,743	0,258	0,442 – 2,372	0,899	0,795	0,397 - 2,033
Morbidade (2)	0,833	0,646	0,379 – 1,831	0,635	0,188	0,322 – 1,254
Número de medicamentos(2)	0,773	0,471	0,383 – 1,564	0,522	0,068	0,259 – 1,052
Sente-se nutrido (2)	0,159*	0,011	0,388 – 0,653	0,549	0,319	0,167 – 1,804
APGAR de família (3)	0,742	0,770	0,313 – 2,410	1,029	0,959	0,342 – 3,094
Sente-se amado pela família (3)	0,849	0,755	0,300 – 2,404	1,448	0,495	0,494 – 4,249
Paz/ ranquilidade (4)	0,060*	0,000	0,017 – 0,203			
Sentir-se realizado (4)	0,717	0,579	0,219 – 2,353	0,658	0,583	0,145 – 2,981
3º Tercil (≥ 59,6)						
Dinheiro suficiente (1)	1,117	0,638	0,700 – 1,782	0,954	0,884	0,500 – 1,819
Escolaridade (1)	0,712	0,160	0,441 – 1,147	0,631	0,135	0,343 – 1,159
Morbidades (2)	1,146	0,671	0,480 – 1,570	0,647	0,290	0,287 – 1,460
Número de medicamentos (2)	0,473	0,004	0,288 – 0,777	0,560*	0,058	0,308 – 1,021
Sente-se nutrido (2)	0,202*	0,039	0,044 – 0,918	0,555*	0,001	0,010 – 0,313
APGAR de família (3)	0,881	0,820	0,292 – 2,659	2,032	0,338	0,469 – 8,797
Sente-se amado pela família (3)	0,355	0,151	0,086 – 1,473	0,732	0,683	0,161 – 3,327
Paz/ ranquilidade (4)	0,013*	0,000	0,002 – 0,095	**		
Sentir-se realizado (4)	0,246	0,068	0,054 – 1,115	0,135*	0,037	0,205 – 0,887

Fonte: Estudo SABE 2006. *RRR < 1 a exposição é fator de proteção(1/RRR) ** A variável foi retirada da regressão por impedir a convergência do modelo.(1) Categoria dados sociodemográficos; (2) Categoria 2 dados relacionados à saúde; (3) Categoria 3 relacionamento/apoio; (4) Categoria 4 Bem estar subjetividade

Considerando a variável dependente ECM, observa-se para o sexo feminino que a paz/tranquilidade e sentir-se nutrido, aumentaram em 1,7 e 16,3, respectivamente, a chance de pertencer ao segundo tercil, e aumenta em 77 e 5, respectivamente, a chance de pertencer ao terceiro tercil e fazer uso de até um medicamento, aumentou duas vezes a chance de estar no terceiro tercil do ECM, quando comparado ao primeiro tercil.

Mantendo-se a variável dependente o ECM, em relação ao sexo masculino, apenas a variável sentir-se nutrido mostrou significância estatística, ou seja, o idoso do sexo masculino apresenta aproximadamente chances duas vezes maior de pertencer ao segundo tercil quando possui dinheiro suficiente para os gastos diários, como aumenta em 1,8, 7,4 e 1,8 vezes a chance de estar no terceiro tercil se fizer uso de até um medicamento, sentir-se realizado na vida e sentir-se nutrido, respectivamente, e quando comparado ao primeiro tercil.

No componente mental, houve associação significativa com as variáveis da categoria sociodemográfica, dinheiro suficiente e escolaridade, relacionados à saúde, morbidade, medicamentos e considerar-se nutrido, na categoria relacionamento/apoio, sentir-se amado pela família e APGAR de família, no bem estar subjetivo, paz/tranquilidade e satisfação com a vida.

Considerando a variável dependente ECM, observa-se para o sexo feminino que a paz/tranquilidade e sentir-se nutrido, aumentam em 6,3 e 16,7, respectivamente, a chance de pertencer ao segundo tercil enquanto aumenta em 77 e 5, respectivamente, a chance de pertencer ao terceiro tercil e, o fazer uso de até um medicamento aumenta duas vezes a chance de estar no terceiro tercil do ECM, quando comparado ao primeiro tercil.

Mantendo-se a variável dependente o ECM, mas relacionado ao sexo masculino, apenas a variável sentir-se nutrido mostrou significância estatística. Ou seja, o idoso do

sexo masculino apresenta aproximadamente chance duas vezes maior de pertencer ao segundo tercil quando possui dinheiro suficiente para os gastos diários e, chance 1,8, 7,4 e 1,8 vezes maior de estar no terceiro tercil, caso faça uso de até um medicamento, sentir-se realizado na vida e sentir-se nutrido, respectivamente, em relação ao primeiro tercil.

Portanto, tem-se na categoria sociodemográfico do componente físico, as variáveis sexo, faixa etária, casa própria e escolaridade, nas variáveis relacionadas à saúde, morbidade, medicamentos, dificuldade para ABVDs e AIVDs, dificuldade de acesso ao serviço de saúde e considerar-se nutrido e, na categoria bem estar subjetivo, paz/tranquilidade e religião (força, sentido entender dificuldades). No componente mental, houve associação significativa com as variáveis da categoria sociodemográfica, dinheiro suficiente e escolaridade, relacionados à saúde, morbidade, medicamentos e considerar-se nutrido, na categoria relacionamento/apoio, sentir-se amado pela família e APGAR de família, no bem estar subjetivo, paz/tranquilidade e satisfação com a vida.

5. DISCUSSÃO

A expectativa de vida no Brasil tem sofrido um aumento progressivo com o passar dos anos, tanto para os homens quanto para as mulheres. Em 2010, a expectativa de vida geral foi de 73,4 anos, sendo 69,3 anos para os homens e, 77,3 anos para as mulheres ⁽⁸⁶⁾.

A população do presente estudo foi composta por idosos com idade acima de 70 anos, predominantemente feminina. A menor mortalidade feminina resulta no aumento dessa população específica. Essa característica se torna maior quanto mais velha for a idosa. Dentre os octogenários há aproximadamente duas vezes mais mulheres do que homens e, no caso dos centenários, a proporção é quatro vezes maior ⁽⁸⁷⁾.

A feminização da população idosa é uma realidade no Brasil e no mundo. As idosas ganham mais anos a serem vividos em relação aos idosos do sexo masculino, porém, os anos a mais podem estar relacionados a uma convivência com afecções crônicas por mais tempo, além disso, possuem maior probabilidade de ficarem viúvas, com situação financeira menos favorável e com elevado declínio funcional ⁽⁸⁸⁻⁹³⁾.

Esses anos a mais a serem vividos pelas mulheres devem ser valorizados. As mulheres tem maior capacidade de preservar amigos e manter os laços familiares, reduzindo o risco de solidão na velhice, além de possuírem mais habilidades para participar de atividades comunitárias e apreciar desempenhar a função de avó. Para muitas idosas, ser avó é uma função importante dentro da família, sendo que o apoio para filhos (as) e netos (as), pode ser uma maneira de obter e/ou manter uma identidade social e pessoal ^(94,95).

Num estudo de coorte em que houve a comparação da QVRS de idosos da comunidade entre 1995 e 2000, foi observado declínio do ECF em todas as faixas etárias, tanto para homens quanto para mulheres, sendo maior nos idosos mais velhos, ou seja,

maiores de 80 anos ⁽⁹⁷⁾. O declínio da QVRS, com o decorrer da idade, foi observado também em idosos americanos quando avaliado por meio do uso do SF-36 ⁽⁹⁶⁾.

Resultados deste estudo mostram que a maioria dos idosos, em ambos os sexos, apresentaram melhores valores do ECF, porém, chama a atenção o número de mulheres que estão concentradas no menor escore de QVRS, lembrando que o componente físico é constituído predominantemente por dimensões relacionadas à função motora e à funcionalidade.

Numa pesquisa realizada na cidade de São Paulo para avaliar o impacto da doença crônica na QV de idosos da comunidade, por meio do SF-36, observou-se que em todas as dimensões houve maior comprometimento no sexo feminino ⁽⁸⁹⁾.

Os resultados de um estudo realizado na cidade de São Paulo, que avaliou a QVRS em idosos da comunidade por meio do SF-36, identificou-se o comprometimento da QVRS em todas as dimensões do instrumento em idosos do sexo feminino ⁽⁹²⁻⁹⁶⁾. Por outro lado, idosos do sexo masculino apresentaram melhor QVRS em relação às mulheres ⁽⁹⁷⁾.

Quanto ao componente mental, foi observado melhor ECM em idosos mais jovens, de ambos os sexos e pior ECM em idosos com idade maior ou igual a 70 anos ⁽⁹⁷⁾.

Pesquisadores holandeses avaliaram a QV utilizando o SF-36 e o *Short Form Health Survey 24 Item* (SF-24), em indivíduos da comunidade, com afecções crônicas e, encontraram como resultados melhores escores de QVRS em homens, nos componentes físico e mental. Além disso, houve associação entre a idade e a QVRS, ou seja, quanto maior a idade pior a QVRS ⁽⁹⁸⁾.

Na avaliação da QVRS por meio do SF-12, a partir dos componentes físico e mental, as melhores médias no ECF e no ECM foram obtidas entre os idosos do sexo masculino, o que corrobora com outros estudos encontrados na literatura ^(92,96-98).

A situação domiciliar do idoso reflete as consequências de eventos demográficos, socioeconômicos e de saúde, ocorridos no decorrer de sua vida e que, ao longo do tempo, leva à formação de diferentes arranjos domiciliares, colocando o idoso em situação de segurança ou de vulnerabilidade ^(99,100). A Organização das Nações Unidas (ONU), ao analisar os arranjos domiciliares dos idosos em 130 países, verificou que, em países em desenvolvimento, a maioria deles vive com seus filhos ⁽¹⁰¹⁾. Nos resultados do presente estudo, 82,9% dos idosos entrevistados não residem sozinhos, o que significa que residem com filhos, netos, cônjuge e outros.

Além de não morarem sozinhos, a maioria dos idosos possui casa própria, fato que pode estar relacionado aos arranjos familiares atuais, uma vez que os idosos auxiliam financeiramente os filhos(as), que assim são beneficiados por residirem com seus pais e, muitas vezes, recebem auxílio dos idosos para o cuidado dos neto(as) ^(90,102). Em 2003, no Brasil, 43,3% das residências em que o idoso era o chefe da família, na sua constituição, obtinha-se o casal co-residindo com filhos(as), netos(as), além de outros graus de parentesco. Característica de países em desenvolvimento, a co-residência tem sido considerada um arranjo familiar generalizado entre a população brasileira e uma estratégia para beneficiar tanto as gerações mais velhas quanto as mais jovens, podendo significar melhorias nas condições de vida ^(97,102).

A família tem sido o grande suporte material, emocional e de apoio ao longo das gerações ⁽⁸¹⁾. É considerada, também, a grande provedora de apoio ao idoso ⁽⁹⁷⁾. Porém, atualmente, o idoso tem atuado como provedor da família ^(99,102). Estudos nacionais, com base em pesquisas domiciliares, demonstram uma prevalência de fluxo de apoio

financeiro em direção aos filhos, que seriam beneficiados por residirem com e na casa dos pais que, igualmente auxiliam com o cuidado dos neto(as) ⁽¹⁰²⁻¹⁰⁴⁾. Parece existir uma barganha, pois de um lado o idoso oferece apoio financeiro, suporte familiar e acolhida, do outro a família lhe provê laços familiares positivos e relacionamento saudável. Entretanto, essa via de mão dupla pode ser interrompida a partir do momento em que o idoso deixar de ser “útil” aos seus familiares.

Na Europa, mais precisamente na Holanda, estudo tem sido realizado considerando o impacto do envelhecimento populacional e suas consequências no cuidado informal ao idoso. Nesse sentido, atualmente há um movimento local com a finalidade de reconhecer a família como uma importante unidade responsável pelo cuidado ao idoso. Para isso, enfatizou-se que o cuidado informal, na família, é importante para o idoso e pode estar associado aos laços de amor e afeição entre os seus membros. Além disso, o suporte familiar envolve a reciprocidade do cuidado, uma vez que é possível oferecer o cuidado ao idoso e receber dele ajuda financeira em troca, por exemplo ⁽¹⁰⁵⁾.

O envelhecimento possui significados diferentes dentro das famílias, podendo levar desde a insatisfação à satisfação do idoso. O ambiente familiar pode determinar as características e o comportamento do idoso, ou seja, uma família que preserva a harmonia entre os seus membros, possibilita o respeito mútuo. O contrário, leva a relacionamentos com frustrações e agressividade ⁽¹⁰⁶⁾. Ressalta-se aqui, que as relações familiares dependem de como foram estruturadas no decorrer da história de vida do idoso e das pessoas envolvidas ⁽¹⁰⁷⁾.

Sabe-se que o suporte familiar contribui para a integridade física e psicológica do sujeito ⁽¹⁰⁸⁾. Assim, identificar as relações e a funcionalidade familiar do idoso, é

fundamental para fornecer uma assistência domiciliar adequada ao idoso e a sua família
(109).

Estudo revela que pessoas que recebem mais suporte afetivo, são aquelas que apresentam maior satisfação com a vida ⁽¹¹⁰⁾. Nesse sentido, a afetividade positiva contribui para uma melhor QVRS ⁽⁷⁾.

Por outro lado, um estudo populacional com idosos da cidade de Campinas, estado de São Paulo, apontou que idosos que moravam sozinhos apresentaram melhor autoavaliação da saúde do que aqueles que viviam com duas ou mais pessoas. As autoras ressaltam que idosos que vivem sozinhos possuem melhores condições econômicas e não necessitam oferecer apoio material ou de cuidado a outros membros da família, podendo cuidar melhor de sua saúde ⁽¹¹¹⁾.

Grande parte dos idosos possui renda maior que 1,3 SMI e refere possuir dinheiro suficiente para as necessidades diárias. No Brasil, há constatação de que a pobreza é menor entre os idosos do que entre os não idosos. Pesquisadores defendem que o benefício da seguridade social tem favorecido a redução da pobreza da população como um todo e, com isso, a do idoso também ^(90,102,112-114). Sabe-se que, no Brasil, os benefícios sociais na renda do idoso tem impacto na redução de sua pobreza e de sua família. As aposentadorias e pensões rurais estão associadas a 54,6% da renda dos homens e 89,6% das mulheres ⁽⁹⁰⁾.

A maioria dos sujeitos entrevistados é considerada alfabetizada funcional, ou seja, possui o domínio de habilidades em leitura, escrita, cálculos e ciências, em correspondência a uma escolaridade mínima, de quatro séries completas (antigo ensino primário) ⁽¹¹³⁾. Entretanto, mais de 40% dos sujeitos do presente estudo referiram possuir até 3 anos de escolaridade, o que dá a entender que se trata de uma população com

baixo nível educacional, talvez resultante de menores oportunidades de acesso à escola, vivenciado na sua idade estudantil ⁽¹¹⁶⁾.

Em relação à QV, ter casa própria e escolaridade, na presente pesquisa, foram associadas a melhores valores do ECF. Um fato importante, e que deve ser considerado, é o momento do ciclo de vida da pessoa idosa. Na velhice, muitos deles já possuem casa própria, dentre outros bens adquiridos, o que favorece a QV ^(102,112,117).

No componente físico, a escolaridade se mostrou importante, pois os idosos com maior nível educacional apresentaram melhor ECF, enquanto que os analfabetos, piores valores. Resultados semelhantes foram identificados em estudo realizado na Itália, na avaliação da QVRS de idosos ^(3,118,119), assim, quanto maior o nível de escolaridade, maior é a habilidade que ele tem para o autocuidado, acesso à assistência social e à saúde mais adequadas ⁽¹⁰³⁾.

Considerando que a escolaridade está relacionada a melhores oportunidades de emprego e, conseqüentemente, a melhores salários, de fato isso poderia justificar a aquisição dos imóveis, já que mais da metade dos idosos, do presente estudo, possuem mais de quatro anos de estudo e casa própria.

Em geral, o menor nível educacional coincide com pior ECF ^(2,98,118-120). Porém, em outra pesquisa, com idosos mineiros, a escolaridade não esteve significativamente associada ao escore de QV ⁽¹²¹⁾. Além de interferir no componente físico, a escolaridade interfere também no componente mental do SF-12, como pode ser verificado em pesquisa com idosos italianos, na qual foi evidenciada que, quanto maior o nível de escolaridade, melhor o escore do componente mental de QVRS ^(118,119).

Nos aspectos relacionados à saúde, predominaram idosos com duas ou mais morbidades, resultado esperado e presente em outros estudos com população idosa. Na

velhice, é comum a presença de uma ou mais morbidades, especialmente afecções crônicas não transmissíveis que, na maioria das vezes, trazem consequências incapacitantes em sua vida ^(92,122,123).

Num estudo realizado em Uberaba, Minas Gerais, para descrever o perfil sociodemográfico, capacidade funcional, morbidades de idosos e verificar a associação da QV por meio do WHOQOL-100 e WHOQOL-Old, no domínio físico verificou-se que, conforme aumentava o número de morbidades, diminuía o escore de QV dos idosos ⁽¹²⁴⁾. Os achados da presente investigação corroboram com esses estudos.

Considerado por alguns autores como de impacto clínico relevante sobre a QVRS, a presença de morbidades tem se mostrado uma variável que influencia negativamente a QVRS, em especial nos aspectos físicos ^(92,124). Seja a presença de doença crônica isolada ⁽⁹¹⁾, ou ainda associada a outras variáveis, tais como sexo, idade, diminuição do nível educacional⁽⁹⁸⁾ e também estado físico e mental ⁽¹²⁵⁾, a presença de morbidade, de fato, compromete a QVRS do idosos.

Ao avaliar a associação entre afecções crônicas, idade e estado de saúde físico e mental utilizando o SF-12, pesquisadores identificaram associação positiva desses componentes com os sujeitos maiores de 65 anos, porém negativa na presença de morbidades ⁽¹²⁵⁾.

Estudo comparou a QVRS com afecções crônicas em idosos e identificou que os sujeitos que referiram ter pelo menos uma morbidade possuem pior QVRS, tanto na dimensão aspectos físicos quanto na dimensão saúde mental ⁽⁹⁸⁾.

Os idosos entrevistados concentraram-se no primeiro tercil do ECF (35,56%), ou seja, com pior QVRS nesse componente, e no terceiro tercil do ECM (35,36%), com melhor QVRS no componente mental. Esses dados vão ao encontro dos obtidos numa

pesquisa realizada na cidade de São Paulo, em que se avaliou o impacto da doença crônica em idosos da comunidade por meio do SF-36. Nesse estudo, as menores médias foram relacionadas às limitações na dimensão aspectos físicos e as maiores médias, às limitações na dimensão aspectos sociais ⁽⁹²⁾.

Observa-se no componente mental que, quanto maior o número de morbidades, pior é a QVRS. Esses resultados também foram observados em outros estudos ^(98,125).

O maior número de morbidades associa-se ao maior consumo de medicamentos, achado observado no presente estudo e em pesquisas nacionais, envolvendo o uso de medicamentos por pessoas idosas ^(45,126-128).

Constata-se na literatura, associação entre o maior número de medicamentos em uso e a pior percepção da saúde pelo idoso. Além disso, foi percebida a associação entre uso de medicamentos e maior restrição na realização de atividades diárias ⁽¹²⁶⁾.

O uso de medicamentos em maior quantidade influencia negativamente a QVRS no componente físico, conforme constatado em estudo pregresso, no qual foi verificado menor chance de boa QVRS nos componentes físico e mental dos idosos com história de consumo de medicamentos nos últimos dois dias, comparados aos que não consumiram medicamentos ^(118,119).

Nesse sentido, vale destacar que, desde o final da década de 1990, referencia-se que a profilaxia primária e secundária de afecções entre os idosos e a promoção à saúde, são alternativas que podem promover uma melhora na QVRS desses indivíduos ⁽¹²⁹⁾.

A dificuldade para a realização de AIVDs, apontado por 67,8% dos idosos, traduz-se na dificuldade para realizar tarefas complexas, como realizar compras, atender ao telefone, utilizar meios de transportes e levar uma vida independente dentro da comunidade. Por outro lado, somente 19,4% dos sujeitos possuem dificuldade para

realizar as ABVDs, ou seja, as atividades relacionadas ao autocuidado. Isso pode ser justificado pela existência de uma hierarquia na perda de habilidades funcionais, decorrentes do processo de envelhecimento primário e secundário. Essa perda inicia-se pelas Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVDs), progressivamente acomete as AIVDs e, posteriormente, as ABVDs ⁽¹²⁰⁾. Vale ressaltar que os idosos que apresentam dificuldade para realizar as AIVDs são considerados indivíduos com potencial para desenvolver fragilidade e por isso, merecem atenção específica e acompanhamento ⁽²⁷⁾.

De fato, os resultados do presente estudo apontam que a funcionalidade interfere de maneira relevante na QVRS dos idosos, nos componentes físico e mental do SF-12.

Há evidências de que a limitação funcional é mais preponderante entre as mulheres, sendo o sexo feminino um fator de risco independente para o declínio funcional. Tal fato é justificado pela maior expectativa de vida e pelos problemas da longevidade, muitas vezes acompanhados de afecções crônicas, limitação funcional e incapacidades ^(118,119;128,129).

Ao avaliar os anos remanescentes em relação à incapacidade funcional e à dependência no município de São Paulo, pesquisadores demonstraram que os homens idosos possuem maior proporção de anos livres de incapacidade em relação às mulheres, porém, tendem a morrer mais cedo. Do mesmo modo, neste estudo, as mulheres tendem a viver mais tempo, mas com dificuldade para realizar atividades da vida diária ⁽⁸⁹⁾.

Na primeira fase do estudo SABE, em 2000, ao verificar a proporção de idosos de acordo com sexo e faixa etária quanto à limitação funcional, os autores encontraram que a limitação funcional é mais frequente em idosos do sexo feminino e naqueles com idade mais avançada ⁽¹³⁰⁾.

Considerando o componente físico e as faixas etárias dos idosos do presente estudo, foi observado que a porcentagem dos idosos mais jovens (60-69 anos) aumentou progressivamente entre os tercís, com o maior número dos idosos no terceiro tercil. Porém, o inverso aconteceu com os idosos mais velhos (≥ 80 anos), ou seja, o maior número desses idosos concentraram-se no primeiro tercil. Esses dados corroboram com outros estudos encontrados na literatura ^(92,118,119,125).

Pesquisadores investigaram a associação entre aspectos sociais e a QVRS em idosos italianos e, assim como no presente estudo, verificaram o comprometimento do componente físico em idosos mais velhos, com 75 anos ou mais de idade, o que também foi observado em idosos espanhóis, cuja idade avançada e o sexo feminino, contribuíram para a piora da QVRS ^(93,118,132).

Em idosos da comunidade na Inglaterra, verificou-se que a QVRS, avaliada pelo SF-36, declina com a idade e que esse declínio foi mais evidente nas dimensões capacidade física e aspectos físicos do SF-36, em relação às outras dimensões ⁽⁹⁶⁾.

A idade tem sido considerada preditora da capacidade funcional em idosos, no envelhecimento saudável ou bem-sucedido ⁽¹³³⁾. Com o aumento da população idosa, houve também o aumento da incidência de afecções crônicas, sendo que muitas delas estão acompanhadas da limitação do desempenho funcional e, conseqüentemente, da dependência ^(124,140,141).

Os idosos que possuem dificuldade de acesso ao serviço de saúde podem apresentar tal dificuldade, por limitações físicas e até mesmo dependência para a realização de atividades da vida diária, como as relacionadas à locomoção.

Ao determinar os fatores associados à capacidade funcional em idosos longevos, observou-se que a chance de um indivíduo com mais de 85 anos apresentar dependência

funcional, é três vezes maior quando comparada a um idoso com menos de 85 anos. Além disso, a chance de um idoso do sexo feminino apresentar pior capacidade funcional, foi seis vezes maior comparada a de um idoso do sexo masculino ⁽¹⁴²⁾.

Um estudo sobre a associação entre as relações sociais e a autopercepção da saúde de idosos residentes em Belo Horizonte, Minas Gerais, mostrou que autopercepção ruim da saúde de idosos estava associado positivamente ao número de afecções crônicas e ao grau de dificuldade para realizar as atividades da vida diária ⁽¹²²⁾.

De Belvis ⁽¹¹⁴⁾ demonstrou que baixos valores do ECF estão relacionados à redução da autonomia pela presença de afecções crônicas em idosos. Nesse sentido, a dimensão capacidade funcional foi a única que apresentou declínio progressivo conforme o aumento da faixa etária ⁽⁹²⁾.

É verdade que as limitações físicas levam a grandes perdas funcionais, à dependência e ao prejuízo da autonomia do idoso. Assim, é necessário que os profissionais da área da saúde garantam, à pessoa idosa, uma vida útil e produtiva, o maior tempo possível e ao longo de sua vida, com direito a exercer atividades adequadas às suas potencialidades, contribuindo para a redução da dependência e da autonomia ⁽¹²⁹⁾.

No presente estudo, ao ser avaliado a percepção dos idosos sobre sua nutrição, observou-se que a maioria deles sente-se nutrido, o que indica que esses sujeitos tem acesso aos alimentos e sentem-se satisfeitos em relação às suas refeições. Estudo com idosos brasileiros mostrou que, para essa população, a alimentação vem associada a ter condições para comprar alimentos, poder consumir alimentos saudáveis e poder comer o que lhe dá prazer ⁽³⁾.

É importante ressaltar que uma nutrição adequada previne e melhora problemas de saúde, ajuda a evitar incapacidade funcional, melhora a QV e o bem estar do idoso

⁽¹³¹⁾. Considerar-se nutrido melhora a QVRS dos idosos do estudo. Para alguns autores, uma boa nutrição melhora a QVRS, promovendo a saúde e prevenindo deficiências. Uma boa alimentação pode levar à sensação de prazer e de segurança do indivíduo, ou seja, a alimentação muitas vezes organiza e estrutura o dia da pessoa. Além disso, os autores pontuam que os aspectos psicológicos positivos e sociais, relacionados ao hábito alimentar, são prazeres importantes da vida. Esses fatores levam à sensação de bem estar e não devem ser esquecidos ⁽¹³⁴⁾.

No aspecto de relacionamento/apoio, os idosos apresentam boa funcionalidade familiar pelo APGAR de família ⁽⁸¹⁾, ou seja, os idosos sentem-se satisfeitos em relação a sua família, considerando as dimensões adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutive, bem como, sentem-se amados pela família a maior parte do tempo.

O fato do idoso se sentir amado, pode estar relacionado à boa funcionalidade familiar identificada entre os sujeitos do presente estudo, especialmente na dimensão afetividade, em que reflete a satisfação familiar com a intimidade e as interações emocionais (raiva, tristeza ou amor), em seu contexto familiar e que representa o cuidado, ou a relação afetiva, existentes entre os membros da família ⁽⁸¹⁾.

O bem estar subjetivo, como descrito anteriormente, está relacionado ao que o indivíduo acredita ser bom para ele, dentro da realidade em que está inserido. Relacionado a isso, idosos brasileiros referiram que felicidade está associada a um bom convívio social e familiar, ter saúde, boas condições familiares, independência, aceitação da vida e dos outros, descrição positiva do casamento e ter paz/tranquilidade ⁽¹³¹⁾. Ter tranquilidade, ser e estar feliz, alegre e de bem com a vida, favorecem a longevidade para idosos ⁽¹⁴³⁾.

Ao avaliar a QV dos idosos considerando sua própria percepção, utilizando as dimensões propostas por Pachcoal ⁽⁵⁾, verificou-se que ter alegria, felicidade, auto-estima, paz e sentir-se satisfeito com a vida, melhora a QV dos idosos ^(46,144).

Publicações mostram que os idosos estão felizes ^(3,144), calmos/tranquilos a maior parte do tempo ^(135,145) e satisfeitos com a vida ⁽⁶³⁾. A religião dá força e sentido à vida, ajudando a enfrentar as dificuldades ^(136,137).

Ao avaliar a percepção de 260 pessoas idosas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, sobre QV - por meio da pergunta: “o que significa qualidade de vida para você?” e de entrevista com instrumentos WHOQOL-100 e WHOQOL-Old, foi possível identificar que, dentre outros aspectos, sua QV estava associada a sentimentos positivos, como “viver e sentir-se bem”, “ter alegria de viver” e “viver em paz” ⁽³⁾.

Idosos da comunidade de Campina Grande, Paraíba, ao serem avaliados sobre o que pode trazer bem estar para si próprio, relataram, em ordem decrescente de prevalência das respostas: ter saúde, ter paz e tranquilidade, alimentar-se bem, relacionar-se bem com outras pessoas, ter amigos e amor, realizar atividade física, ter bens materiais, viver e sentir-se bem na terceira idade, ter salário digno, ter religião, trabalhar e viajar, divertir-se, estudar e ler, ouvir música, conversar, saneamento básico/higiene, autonomia e não morar sozinho ⁽¹⁰⁾.

Já em Botucatu, São Paulo, ao verificar os fatores associados ao grau de satisfação com a vida de idosos, pesquisadores identificaram que aqueles melhor representados foram: “satisfação com o conforto domiciliar”, “valorizar o lazer como QV”, “acordar bem pela manhã”, “fazer três ou mais refeições por dia”, “não sentir solidão, mesmo acompanhado” e a “não referência de Diabetes Mellitus” ⁽⁶⁵⁾.

Ao avaliar a percepção sobre QV em idosos de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, utilizando WHOQOL-100 e WHOQOL-Old, a QV para os idosos foi ter sentimentos positivos como viver e sentir-se bem, ter alegria de viver e viver em paz ⁽³⁾.

O enfrentamento dos idosos ao processo de envelhecimento, as suas consequentes limitações físicas e à perda da autonomia, podem ser melhoradas quando os idosos tem uma crença religiosa que pode lhe dar força, ajudar a entender as dificuldades e a dar sentido à vida dos sujeitos. Altos níveis de religiosidade costumam ser associados ao bem estar físico, esperança, otimismo e enfrentamento de problemas ⁽¹³⁶⁾.

No estudo SABE, a importância atribuída pelos idosos à religião foi maior entre as mulheres e para os idosos mais longevos. A religião fornece forças para o enfrentamento de dificuldades, ajuda a entender as dificuldades da vida diária, oferece sentido à vida dos idosos, estimula sua inserção social, oferece conforto, auxilia na promoção da saúde e promove o bem estar ⁽¹³⁷⁾.

Uma revisão bibliográfica, realizada entre 2000 a 2009, identificou que dentre os fatores associados à satisfação com a vida do idoso, a religiosidade se destaca como um fator que influencia o seu bem estar físico e psicológico. Ter fé e praticá-la, está relacionado à satisfação no processo de envelhecimento e dá sentido a sua vida ⁽¹⁴⁷⁾.

Contrário aos dados encontrados no presente estudo e à literatura apresentada anteriormente, um estudo populacional realizado com idosos no Brasil, verificou que a maior prevalência de saúde “muito boa/excelente” foram visualizadas nos idosos que não possuem religião ⁽¹¹¹⁾. Isso mostra a necessidade de mais pesquisas nessa área, de forma a esclarecer melhor a religiosidade do idoso.

No componente mental, houve destaque para a paz/tranquilidade e satisfação com a vida. Reforça-se, nesse ponto, que a QV para o idoso é ter sentimentos positivos como viver e sentir-se bem, ter alegria de viver e viver em paz ⁽³⁾.

Considerando a satisfação com a vida, idosos do interior da Bahia demonstraram satisfação, alegria e um sentimento de realização com a chegada da terceira idade, demonstrando um envelhecimento bem sucedido. Além disso, eles possuem senso de amor próprio e auto-estima elevada, pois sentem-se bonitos, vaidosos, amados pela família e pelos filhos, e fazem o que gostam. Nesse estudo, ainda verificou-se que os idosos possuem necessidade de se sentirem aceitos e incluídos no convívio social ⁽¹⁴⁷⁾.

Casamento e família, laços com amigos e vizinhos, vínculos de trabalho, engajamento cívico (individualmente e coletivamente), credibilidade e confiança, estão relacionados à satisfação com a vida, felicidade e impacto sobre a saúde ⁽⁶⁵⁾.

Experimentar emoções agradáveis a maior parte do tempo e não experimentar emoções desagradáveis frequentemente, mesmo que as agradáveis sejam leves, já pode ser considerado relato de felicidade ^(148,149). A satisfação com a vida pode estar relacionada à felicidade, à sociabilidade ⁽¹⁴⁹⁾, mas também ao fato de ter amigos, casamentos mais duradouros, facilidades para contatos sociais ⁽¹⁵¹⁾.

Ao longo da vida, os níveis de bem-estar subjetivo e felicidade, vivenciados pelas pessoas, podem, segundo autores, ser incrementados por ações relacionadas à política do país, ao ter liberdade, à democracia, à segurança social, à equidade, às instituições públicas eficientes, à ausência de conflitos civis e internacionais. No plano individual, incluem-se: casar, evitar situações e emoções negativas, contar com uma variada rede social, ter uma religião, boa saúde, alcançar nível de educação suficiente, ser

extrovertido, ter auto-aceitação e sentido de autodeterminação, estar empregado, ter objetivos de vida bem definidos ^(152,153).

Num estudo que descreveu fatores associados ao grau de satisfação com a vida, entre a população de idosos na cidade de Botucatu, estado de São Paulo, verificou-se que a satisfação com a vida esteve relacionada ao conforto domiciliar, acordar bem pela manhã, ter três ou mais refeições diárias, à não sensação de solidão, não ser diabético e valorizar o lazer como QV ⁽⁶³⁾.

No mais, melhores ECM estão relacionados, no sexo feminino, a sentir paz e tranquilidade e, ao menor uso de medicamentos. No sexo masculino, não ter dinheiro suficiente para as despesas diárias aumenta a chance desse idoso ter piores ECM.

O SF-12 tem sido considerado um instrumento com significado clínico, que avalia fatores psicológicos que interferem na QVRS, mas que possui mais informações sobre o estado funcional dos sujeitos ⁽⁴⁸⁾.

Uma boa QV na velhice ultrapassa o indivíduo biológico, psicológico e social, e resulta da interação entre pessoas vivendo em sociedade e das suas relações individuais e comunitárias ⁽⁵³⁾. Uma velhice saudável está relacionada aos laços afetivos satisfatórios, à tolerância ao estresse, à espontaneidade, ao otimismo, à capacidade de atualizar-se e aos sentimentos de segurança e auto-estima ⁽¹⁵⁴⁾.

Atualmente, o envelhecimento saudável e as relações sociais são considerados fatores preditivos de uma velhice bem sucedida ⁽¹⁵⁵⁾. Assim, avaliar a QVRS pode oferecer informações importantes sobre o idoso à equipe de saúde, sendo uma ferramenta que pode direcionar o planejamento, a implementação e a avaliação de serviços de saúde, bem como, uma avaliação que auxilie na promoção da saúde, na prevenção de morbidades e, conseqüentemente, na manutenção da funcionalidade e da autonomia do

idoso. Dessa maneira, o envelhecimento pode ser uma boa experiência, vivida com prazer e QV.

No Brasil, a Política Nacional do Idoso visa assegurar os direitos sociais do idoso, cria condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Além disso, recomenda que o idoso receba todos os cuidados de que necessita, notadamente de sua própria família, com respeito e dignidade ⁽²⁷⁾

6. CONCLUSÕES

O presente trabalho permite as seguintes conclusões:

1. Em relação à avaliação da QVRS por meio do SF-12

- O componente físico e o componente mental apresentaram médias e amplitudes de variação maiores para os homens em relação às mulheres, com exceção do ECF, cuja variação foi maior para as mulheres.
- No ECF, o maior número de idosos apresentam piores valores nesse componente (menor que 45,4).
- No ECM, o maior número está no terceiro tercil, com maiores e melhores valores nesse componente (acima de 59,6), seguido do primeiro tercil (até 55,6).
- No componente mental, as médias foram maiores em relação ao componente físico, nos três tercis do ECM.

2. Na associação entre as variáveis do estudo e os escores dos componentes físico e mental do SF-12

- Houve associação significativa entre o componente físico e sexo, faixa etária, ter casa própria, escolaridade, morbidades, número de medicamentos, dificuldade para ABVDs e AIVDS, paz/tranquilidade e religião.
- Em relação ao componente mental, houve associação significativa entre este e dinheiro suficiente, escolaridade, morbidade, número de medicamentos, sentir-se nutrido, sentir-se amado pela família, APGAR de Família, paz/tranquilidade e satisfação com a vida.

3. Ao analisar as variáveis em conjunto, foi possível identificar os seguintes resultados:

- No componente físico houve influência das categorias dados sociodemográficos e relacionados à saúde. Na primeira, somente a escolaridade influenciou este componente e na segunda, destaca-se as variáveis ausência de dificuldade para realizar ABVDs e AIVDs e número de medicamentos.
- No componente mental, houve influência das variáveis pertencentes às categorias dados sociodemográficos, relacionados à saúde e bem estar subjetivo. Na primeira, somente ter dinheiro suficiente influenciou o componente mental. Na segunda, houve influência das variáveis sentir-se nutrido e número de medicamentos. Na última, apresentaram-se estatisticamente significativas a paz/tranquilidade e sentir-se realizado.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo contou com algumas limitações ora explicitadas.

Em relação às variáveis referentes às peculiaridades do idoso, indicadas na literatura relacionada à qualidade de vida do idoso, não foi possível encontrar questões referentes a: “ser lembrado pelos filhos”, “sono tranquilo”, ter controle sobre sua própria vida”, “aproveitar cada momento da vida”, “fazer o que gosta” e “ter motivo para viver”.

Embora a amostra da presente pesquisa seja representativa, ela traduz uma população da maior cidade da América Latina, que vive em uma situação de melhores recursos disponíveis, fato este que pode não retratar a heterogeneidade da população idosa brasileira.

Em geral, as variáveis foram avaliadas considerando a resposta do idoso, porém, nem sempre foram aprofundadas, como por exemplo, “sentir-se nutrido”, em que foi avaliada somente a opinião subjetiva do idoso sobre sua nutrição, e não seu contexto nutricional, ou Índice de massa corporal.

Contudo, a contribuição deste estudo está pautada na avaliação da QVRS de idosos considerando variáveis essenciais na avaliação da QVRS do idoso e merecem atenção em pesquisas que avaliem a QVRS desses sujeitos.

De acordo com os resultados encontrados e com a literatura em geral, não se discute que a funcionalidade é relevante na QVRS na velhice, entretanto, variáveis como “paz/tranquilidade” e “sentir-se realizado”, pertencentes à categoria bem-estar subjetivo, na maioria das vezes não são contempladas em estudos genéricos de QVRS. Essas variáveis são apontadas pelos idosos em diferentes tipos e locais de estudo sobre QVRS e, além disso, compõem uma das áreas do construto do modelo de QVRS, proposto por Lawton ⁽⁵⁴⁾.

Algumas inquietações originam-se desses resultados. Embora na análise bivariada tenha havido associação significativa entre os componentes do SF-12 e as variáveis referentes ao relacionamento familiar e religião, no conjunto das variáveis, ou melhor, na análise multivariada as mesmas não se mostraram relevantes. Ênfase tem sido dada em estudos dessas variáveis na avaliação da QVRS do idoso, com destaque sobre a importância do apoio familiar para a saúde física e mental, sendo considerado até um fator de proteção e manutenção da saúde, além de auxílio no enfrentamento de situações, como afecções crônicas ou agudas ⁽¹⁵⁶⁾.

A religiosidade, por sua vez, tem sido estudada como uma estratégia de enfrentamento para as dificuldades e valorização da vida, bem como, como apoio presente na finitude.

É essencial que profissionais da área da saúde tenham acesso a essas informações sobre a QVRS do idoso. Assim, torna-se possível identificar os aspectos deficitários, planejar os cuidados necessários e intervir adequadamente. Assim como realizar a promoção da saúde dessa população. Essas questões devem ser pautadas na elaboração de políticas públicas direcionadas a essa faixa etária, nas estratégias de intervenção à saúde e na formação de recursos humanos, visando a melhoria da QV na velhice.

8. REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM, Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência/Saúde Coletiva*. 2000; 51: 7-18.
2. Moraes JFD, Souza VBA. Factors associated with the sucessful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005; 27(4): 302-08.
3. Paskulin L, Vianna L, Molzahn AE. Factors associated with quality of life of Brazilian older adults. *International Nursing Review*. 2009; 56: 109-15.
4. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 7). Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_sobre.pdf. (Acesso em 11 de agosto de 2012).
5. Paschoal SMP. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2000.
6. Paschoal SMP. Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico. [Tese - Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2004.
7. Scorsolini-Comin F, Santos MA. O estudo científico da felicidade e a promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010; 18(3)(8 páginas).
8. Farquhar M. Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*. 1995; 22: 502-8.
9. Bowling A. What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scale of health related quality of life. *Soc Sci Med*. 1995; 41(10): 1447-62.

10. The WHOQOL group. The world health organization quality of life assessment: position paper from the world health organization, 1995. *Soc Sci Med* 1995;41:1403-9.
11. Campolina AG, Ciconelli RM. Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. *Rev Panam Salud Publica*, Washington, D.C.,2006; 19(2): 128-136.
12. Seidl EMF, Zannon CMLD. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(2): 580-588.
13. Fleck MPA. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: Fleck MPA & colaboradores. *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. 2008. p. 19-28.
14. Fleck MP, Leal OF, Louzada S. et al. Development of the Portuguese version of the OMS evaluation instrument of quality of life. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 1999; 21 (1): 19-28.
15. O'Boyle CA. Measuring the quality of later life. *Phil. Trans. R. Soc, Lond. B*. 1997; 352: 1871-89.
16. World Health Organization. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
17. Morris J, Perez D, McNoe B. The use of quality of life data in clinical practice. *Qual Life Res*. 1998; 7:85-91.
18. Patrick DL. A qualidade de vida pode ser medida? Como? In: Fleck MPA & colaboradores. *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. 2008. p. 29-39.

19. Organización Mundial de la Salud. Aplicaciones de La epidemiologia al estudio de los ancianos: informe de un grupo científico de la OMS sobre a epidemiologia del envejecimiento. (Série de Informes Técnicos, 706). Genebra: OMS. 1984.
20. Begum A, Tsopelas C, Lindesay J, Stewart R. Cognitive function and common mental disorders in older people with vascular and non-vascular disorders: A national survey. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2009; 24(7):701-8.
21. Kim I, Kim HA, Seo YI, Song YW, Hunter DJ, Jeong JY, et al. Tibiofemoral osteoarthritis affects quality of life and function in elderly Koreans, with women more adversely affected than men. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2010;11:129.
22. Halvorsrud L, Kirkevold M, Diseth A, Kalfoss M. Quality of Life Model: Predictors of Quality of Life Among Sick Older Adults. *Research and Theory for Nursing Practice*. 2010; 24(4): 241-59.
23. Dorr DA, Jones SS, Burns L, Donnelly SM, Brunner CP, Wilcox A, et al. Use of health-related, quality-of-life metrics to predict mortality and hospitalizations in community-dwelling seniors. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2006; 54(4):667-73.
24. Hunkeler EM, Katon W, Tang L, Williams Jr JW, Kroenke K, Lin EHB, et al. Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care. *British Medical Journal*. 2006; 332(7536):259-62.
25. Schmader KE, Johnson GR, Saddier P, Ciarleglio M, Wang WWB, Zhang JH, et al. Effect of a Zoster Vaccine on Herpes Zoster-Related Interference with Functional Status and Health-Related Quality-of-Life Measures in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2010; 58(9):1634-41.

26. Vincent C, Reinharz D, Deaudelin I, Garceal M, Talbot LR. Public telesurveillance service for frail elderly living at home, outcomes and cost evolution: a quasi experimental design with two follow-ups. Health Qual Life Outcomes. 2006; 7;4:41.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
28. Ciconelli R M. Medidas de avaliação de qualidade de vida. *Rev Bras Reumatol*. 2003; 43(2): IX-XIII.
29. Walters SJ, Munro FJ, Brazier JE. Using the SF-36 with older adults: a cross-sectional community-based survey. *Age and Ageing*. 2001; 30: 337-43.
30. Bentur N, King Y. The challenge of validating SF-12 for its use with community-dwelling elderly in Israel. *Qual life Res*. 2010; 19: 91-95.
31. Chachamovick E, Fleck MPA. Desenvolvimento do WHOQOL-100. In: Fleck MPA & colaboradores. *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. 2008a.
32. Chachamovick E, Fleck MPA. Desenvolvimento do WHOQOL-bref. In: Fleck MPA & colaboradores. *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. 2008b. P. 74-82.
33. Campolina AG, Ciconelli RM. O SF-36 e o desenvolvimento de novas medidas de avaliação de qualidade de vida. *Acta Reumatol Port*. 2008; 33: 127-33.
34. Ware JE, Jr, Kosinski M, Keller SD. SF36: Physical and Mental Summary Scales: A User's Manual. Boston: The Health Institute, New England Medical Center; 1994.

35. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-item short-form health survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*. 1996; 34(3): 220-33.
36. Mols F, Pelle AJ, Kupper N. Normative data of the SF-12 health survey with validation using postmyocardial infarction patients in the Dutch population. *Qual Life Res*. 2009;18(4):403-14.
37. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE, Bullinger M, Kaasa S, Leplege A, Prieto L, Sullivan M. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol*. 1998; 51(11):1171-8.
38. Ware JE, Kosinski M, Turner-Bowkwe DM, Gandek B. User's manual for the SF-12v2™ Health Survey (Whith a supplement documenting SF-12 Health Survey). 2007. 237p.
39. Hogan A, O'Loughlin, Miller P, Kendig H. The Health Impact of a Hearing Disability on Older People in Australia. *J Aging Health*. 2009; 21: 1098-1111.
40. Ware JE, Kosinski M, Dewey JE. How to Score Version Two of the SF-36. Health Survey. Lincoln, RI: QualityMetric, Incorporated. 2000.
41. Cernin PA, Cresci K, Jankowski TB, Lichtenberg PA. Reliability and validity testing of the Short-Form health survey in a sample of community-dwelling African American older adults. *Journal of Nursing Measurement*. 2010; 18(1):49-59.
42. Sanderson K, Andrews G. The SF-12 in the Australian population: cross-validation of item selection. *Australian & New Zealand Journal of Public Health* 2002; 26:343-345.

43. Von Steinbuchel N, Lischetzke T, Gurny M, Eid M. Assessing quality of life in older people: psychometric properties of the WHOQOL-BREF. *European Journal of Aging*. 2006; 3(2): 116-22.
44. Andrade TL, Camelier AA, Rosa FW, Santos MP, Jezler S, Silva JLP. Aplicabilidade do questionário de qualidade de vida relacionada à saúde – the 12-Item Short-Form Health Survey – em pacientes portadores de esclerose sistêmica progressiva. *J Bras Pneumol*. 2007; 33(4): 414-22.
45. Camelier AA. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com DPOC: estudo de base populacional com o SF-12 na cidade de São Paulo-SP. [Tese de Doutorado]. Universidade Federal de São Paulo. 2004.
46. Carvalho AS, Barreto SMB, Gama ACC, Guerra HL. Fatores associados ao desempenho na compreensão da linguagem oral em idosos: Projeto Envelhecimento e Saúde [dissertação de mestrado]. Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.
47. Jakobsson U. Using the 12-item Short Form health survey (SF-12) to measure quality of life among older people. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2007; 19(6):457-64.
48. Quandt SA, Graham CN, Bell RA, Snively BM, Golden SL, Stafford JM, et al. Ethnic disparities in health-related quality of life among older rural adults with diabetes. *Ethnicity & Disease*. 2007; 17(3):471-6.
49. Papaleo Netto M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas EV de, Py I, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2002. p. 2-12.

50. Papaléo Netto M, Brito FC. Aspectos multidimensionais das urgências do idoso. In: Papaléo Netto M, Brito FC (ed). Urgências em geriatria: epidemiologia, fisiopatologia, quadro clínico e controle terapêutico. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu, 2001, pp.23-34.
51. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Lei nº 8842, de 04 de janeiro de 1994 e Decreto nº1948, de 03 de junho de 1996. Política Nacional do Idoso. 2. ed. Brasília, DF, 1998. 32p.
52. Brasil. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 3 out. 2003. Seção 1, p. 1.
53. Neri AL. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: Neri AL (org). Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar. Campinas: Alínea, 2007. p: 13-59.
54. Lawton MP. Environment and other determinants of well-being in older people. Gerontologist, 1983; 23, p. 85-89.
55. Lawton MP. A multidimensional view of quality of life in frail elderly. In: Birren JE, Lubben JE, Rowe JC. Deutchmann DE(Eds). The concept and measurement of quality of life in the frail elderly. 1991.p.3-27.
56. Freire AS, Resende MC. Estudos e intervenções para a promoção da velhice satisfatória. Psicol Am Lat. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2008000300002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 03 dez. 2010.
57. Neri AL. Velhice e qualidade de vida na mulher. In: A. L. Neri (org.) Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. 2001.p. 161-200.
58. Diener, E. & Suh, E. M. Culture and subjective wellbeing. Cambridge: MIT. 2000.

59. Diener E. Subjective well-being. *Psychological Bulletin*. 1984; 95(3): 542-75.
60. Chachamovich E, Trentini CM, Fleck MPA. Qualidade de vida em idosos: conceituação e investigação. In: Neri AL. *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. 2007. p. 61-81.
61. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2006 Oct [cited 2012 Oct 09] ; 40(5): 785-791.
62. Maués CR, Paschoal SM, Jaluul O, França CC, Jacob Filho W. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. *Rev Bras Clín Med*. 2010; 8(5): 405-10.
63. Joia LC, Ruiz T, Donalisio MR. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Rev Saude Publica*. 2007; 41(1): 131-8.
64. Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi S M, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2005; 8 (3), 246-252.
65. Helliwell J F, Putnan RD. Education and social capital. *Eastern Economic Journal*. 2007; 33(1): 1-19.
66. Lebrão ML, Duarte YAO. Desafios de um estudo longitudinal: o projeto SABE. *Saúde Coletiva*. 2008; 5(24):166-7.
67. Lebrão M L, Duarte YAO, Santos JLF, Laurenti R. Evolução nas Condições de Vida e Saúde da População Idosa do Município de São Paulo. *São Paulo em Perspectiva*. 2008; 22: 30-45.
68. Lebrão ML, Laurenti R. Condições de saúde. In: Lebrão ML, Duarte YAO. *O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. 2003. P: 75-89.

69. Palloni A, Peláes M. Histórico e natureza do estudo. In: Lebrão ML, Duarte YAO (org). O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. 1ª ed. Brasília: Organização panamericana de saúde; 2003. p. 13-32.
70. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. Rev Bras Epidemiol. 2005; 8(2):127-41.
71. Silva NN. Processo de amostragem. In: Lebrão ML, Duarte YAO. O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. 2003. p. 47-58.
72. Berlim MT, Brenner JK, Caldieraro MAK, Pargendler JS, Fleck MPA. Qualidade de vida em pacientes deprimidos. In: Fleck MPA e colaboradores. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Artmed: Porto Alegre, 2008. p. 123-132.
73. Lima AFBS, Fleck MPA. Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul [online]. 2009; 31(3), suppl., pp. 0-0. [Acesso em 19 de janeiro de 2013], [disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n3s0/v31n3a02s1.pdf> ISSN 0101-8108].
74. Corso AN, Costa LS, Fleck MPA, Heldt E. Impacto de sintomas na qualidade de vida de usuários da rede básica de saúde. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2009 jun;30(2):257-62.
75. Fleck MP, Berlim MT, Lafer B, Sougey EB, Del Porto JA, Brasil MA, Jurena MF, Hetem LA. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). Rev Bras Psiquiatr. 2009;31(Supl I):S7-17.

76. Almeida OP, Almeida AS. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão geriátrica (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatria*. 1999; 57(2B): 421-6.
77. Alexandre TS, Cordeiro RC, Ramos LR. Fatores associados à qualidade de vida em idosos ativos. *Revista de Saúde Pública*. 2009; 43(4): 613-21.
78. Patrício KP, Ribeiro H, Hoshino K, Bocchi SCM. O segredo da longevidade segundo as percepções dos próprios longevos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13(4): 1189-1198.
79. Moraes NAS, Witter GP. Velhice: qualidade de vida intrínseca e extrínseca. *Boletim de Psicologia LVII (127)*: 215-38.
80. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-item short-form health survey"(SF-36). São Paulo, 1997, 143p. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.
81. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reability of the family APGAR as test of family function. *J Fam Pract*. 1982; 15(2): 303-11.
82. Duarte YAO. Família: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2001.
83. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
84. McFadden D. Conditional logit analysis of qualitative choice behavior. In *Frontiers in Econometrics*, ed. P. Zarembka, New York: Academic Press, 105 42, 1974.

85. Kale PL, Costa AJL, Luiz RR. Medidas de efeito e medidas de associação. In: Medronho RA, Carvalho DM, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. Epidemiologia. Ed Atheneu, São Paulo, 2002. P. 115-24.
86. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE4). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2010/notastecnicas.pdf>. (Acesso em 18 de julho de 2012).
87. Camarano AA, Pasinato MT. Envelhecimento, Pobreza e Proteção Social na América Latina. Texto para discussão do IPEA. 2007. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1292.pdf. (Acesso em: 21 de julho de 2012).
88. Santos JLF. Análise de sobrevida sem incapacidades. In: Lebrão ML, Duarte YAO. O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. 2003. P. 167-82.
89. Camargos MCS, Perpétuo IHO, Machado CJ. Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil. Rev Panam Salud Publica/ Pam Am J Public Health, 2005; 17(5/6): 379-86.
90. Camarano AA, Pasinato MT, Lemos VR. Cuidados de longa duração para a população idosa. Uma questão de gênero? In: Neri AL (org). Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar. 2007. p.127-49.
91. Von Humboldt S, Leal I, Pimenta F. Adjustment and Age Through the Eyes of Portuguese and English Community- Dwelling Older Adults. Studies in Sociology of Science. 2012; 3(3), 1-9.

92. Campolina AG, Dini OS, Ciconelli RM. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(6): 2919-25.
93. Otero-Rodriguez A, León-Muñoz LM, Balboa-Castillo T, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Guallar-Castillón P. Change in health-related quality of life as a predictor of mortality in older adults. *Qual Life-Res*. 2010; 19: 15-23.
94. Salgado CDS. Mulher idosa: a feminização na velhice. *Estud. Interdisci. Envelhec.*, Porto Alegre, 2002; 4: 7-19.
95. Ewellyne SL, Neri AL, Park MB. Ser avós ou ser pais: Os papéis dos avós na sociedade contemporânea. *Textos Envelhecimento* [periódico na Internet]. 2005 [citado 2012 Ago 12]; 8(2): 239-253.
96. Walters SJ, Munro JF, Brazier JE. Using SF-36 with older adults: a cross-sectional community-based survey. *Age and Ageing*. 2001; 30(4): 337-43.
97. Der-Martirosian C, Kritz-Silverstein D, Barrett-Connor E. Five-year stability in associations of health-related quality of life measure in community-dwelling older adults: the Rancho Bernardo Study. *Qual Life Res*, 2012; 19: 1333-41.
98. Sprangers MA, de Regt EB, Andries F, Van Agt HM; Bijl RV; de Boer JB et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *J Clin Epidemiol*. 2000; 53(9):895-907.
99. Camargos MCS, Rodrigues RN, Machado CJ. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. *Rev Bras Est Pop*. 2011; 28(1): 212-30.
100. Berquó E. Considerações demográficas sobre a população idosa no Brasil. Brasília: CNPD, 1996.

101. United Nations. Living arrangements of older persons around the world. New York, 2005.
102. Camarano AA, El Ghaouri SK. Família com idosos: ninhos vazios? Rio de Janeiro: Ipea, 2003 (Texto para discussão, n. 950). Disponível em: [22/http://www.ipea.gov.br/pub/td/2003/td_0950.pdf](http://www.ipea.gov.br/pub/td/2003/td_0950.pdf). (Acesso em: 22/07/2012).
103. Saad PM. Transferência de apoio intergeracional no Brasil e na América Latina. In: Camarano AA (org). Os novos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: Ipea, 2004. P. 169-210.
104. Sousa MNA, Bezerra ALD, Alexandre JNM, Almeida JLS, Motta VLB. Lazer e qualidade de vida na terceira idade: percepção dos idosos de um centro de convivência campinense. Qualit@s Revista Eletrônica, 2010; 9(1): 0-14.
105. Oudijk D, Woittiez I, Boer A. More family responsibility, more informal care? The effect of motivation on the giving of informal care by people aged over 50 in the Netherlands compared to other European countries. Health Policy. 2011; 101: 228– 235.
106. Mendes MRSSB, Gusmão JL, Faro ACM, Leite RCBO. A situação do idoso no Brasil: uma breve consideração. Acta Paul Enferm. 2005; 18(4):422-6.
107. Gavião ACD. Aspectos fisiológicos e o contexto domiciliar. In: Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p.173-80.
108. Silva L, Galera SAF, Moreno V. Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes. Acta Paul Enferm. 2007; 20(4): 397-403.

109. Torres GV, Reis LA, Reis LA, Fernandes MH, Alves GS, Sampaio LS, et al. Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílios. *Aval. psicol.* [periódico na Internet]. 2009 Dez [citado 2012 Set 24] ; 8(3): 415-423.
110. Resende MC, Bones VM, Souza IS, Guimarães NK. Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. *Psicologia para América Latina*, 5, 2006.
111. 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): 769-780.
112. Camarano AA, Kanso S, Melo JL, Pasinato MT. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: Camarano (Org). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA; 2004. p.137-67. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/idososalem60/Arq_12_Cap_05_rachura.pdf. (Acesso em 22/07/2012).
113. Sabóia J. Benefícios não contributivos e combate à pobreza no Brasil. In: Camarano AA. (Org). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p. 353-410.
114. Beltrão KI, Camarano AA, Mello JL. Mudanças nas condições de vida dos idosos rurais brasileiros: resultados não-esperados dos avanços da seguridade rural. *Texto para discussão nº 1066*. Rio de Janeiro, IPEA, 2005.
115. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE5). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadore>

sminimos/sinteseindicais2010/SIS_2010.pdf. (Acesso em 18 de julho de 2012).

116. Bushatsky A. Déficit de equilíbrio corporal: prevalência e fatores associados em idosos residentes no município de São Paulo – Estudo SABE. (Tese de doutorado) Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 2012. 123p.
117. Pedrazzi EC, Motta TTD, Vendruscolo TRP, Fabrício-Wehbe SCC, Cruz IR, Rodrigues RAP. Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2010; 18(1):18-25. ISSN 0104-1169.
118. De Belvis AG, Avolio M, Spagnolo A, Damiani G, Sicuro L, Cichetti A, Ricciardi W, Rosano A. Factors associated with health-related quality of life: a role of social relationships among the elderly in a Italian region. *Public Health*. 2008a; 122: 784-93.
119. De Belvis AG, Avolio M, Sicuro L, Rosano A, Latini E, Damiani G, Ricciardi W. Social relationships and HRQL: a cross-sectional survey among older italian adults. *BMC Public Health*. 2008b; 8:348.
120. Burdine JN, Felix MRJ, Abel AL, Wiltraut CJ, Musselman YJ. The SF-12 as a population health measure: an exploratory examination of potential for application. *Health Services Research*. 2000; 35(4): 885-904.
121. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, Cecon PR. Influência de fatores socio sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(6):2907-2917.

122. Nunes APN, Barreto SM, Gonçalves LG. Relações sociais e autopercepção da saúde: Projeto Envelhecimento e Saúde. *Ver Bras Epidemiol*, 2012; 15(2): 415-28.
123. Duarte YAO. Desempenho funcional e demandas assistenciais. In: Lebrão ML, Duarte YAO. O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. 2003. P: 183-200.
124. Tavares DMS, Dias FA. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. *Texto Contexto Enferm*. 2012; 21(1):112-20.
125. Hopman WM, Uarrison MB, Fredberg E, Buchanan M, VanDenKerkhof. Associatinos between chronic disease, idade and physical and mental heath studu. *Chronic Disease in Canada*. 2009; 29(2):108-16.
126. Silva AL, Ribeiro AQ, Klein CH, Acurcio FA. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(6): 1033-45.
127. 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.
128. Flores LM, Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(6): 924-9.
129. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública*. 1997; 31(2): 184-200.
130. Barbosa AR, Souza JMP, Lebrão ML, Laurenti R, Marucci MFN. Functional limitations of Brazilian elderly by age and gender differences: data from SABE Survey. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(4): 1177-85.

131. Ostchega Y, Harris TB, Hirsch R, Parsons VL, Kington R, Katzoff M. Reliability and prevalence of physical performance examination assessing mobility and balance in older persons in the US: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *J Am Geriatr Soc.* 2000; 48:1136–1141.
132. Garcia EL, Banegas JR, Perez-Regadera AG, Cabrera RH, Artalejo FR. Social network and health-related quality of life in older adults: a population-based study in Spain. *Qual Life Res.* 2005; 14: 511–520.
133. Moraes JFD, Souza VBA (2005). Fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos da região metropolitana de Porto Alegre. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 2005; 27:.
134. Amaranto E, Martinez A, Dwyer J. Nutrition and Quality of Life in Older Adults. *Journals of Gerontology: SERIES A.* 2001; 56A (Special Issue II): 54–64.
135. Ferraz AF, Peixoto MRB. Qualidade de vida na velhice: estudo em uma instituição pública de recreação para idosos. *Rev Esc Enf USP.* 1997; 31(2): 316-38.
136. Duarte YAO, Lebrão ML, Tuono VL, Laurenti R. Religiosidade e envelhecimento\\; uma análise do perfil de idosos do município de São Paulo. *Saúde Coletiva.* 2008; 5(24): 173-77.
137. Souza TBG. Religiosidade e envelhecimento: panorama dos idosos do município de São Paulo estudo SABE. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2011.
138. Barbosa AR, Souza JMP, Lebrão ML, Laurenti R, Marucci MFN. Functional limitations of Brazilian elderly by age and gender differences: data from SABE Survey. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21(4): 1177-85.

139. Ostchega Y, Harris TB, Hirsch R, Parsons VL, Kington R, Katzoff M. Reliability and prevalence of physical performance examination assessing mobility and balance in older persons in the US: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *J Am Geriatr Soc.* 2000; 48:1136–1141.
140. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública.* 2009; 43(3): 548-54.
141. 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. *Rev Panam Salud Publica.* 2005 Jun.; 17(5/6):370-8.
142. Nogueira SL, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franceschini SCC, Ribeiro AQ, Pereira ET. *Rev Bras Fisioter.* 2010;14(4):322-9.
143. Patrício KP, Ribeiro H, Hoshino K, Bocchi SCM. O segredo da longevidade segundo as percepções dos próprios longevos. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2008; 13(4): 1189-1198.
144. Yokoyama CE, Carvalho RS, Vizzotto MM. Qualidade de vida na velhice segundo a percepção de idosos freqüentadores de um centro de referência. *Psicólogo inFormação.* 2006; 10(10): 57-82.
145. Sousa AI, Silver LD, Griep RH. Apoio social entre idosas de uma localidade de baixa renda no Município do Rio de Janeiro. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(5): 625-31.
146. Rodrigues ACC, Lara MO. Qualidade de vida do idoso: um levantamento da produção científica nos últimos dez anos. *R. Enferm. Cent. O. Min.* 2011; 1(3). 12p.

147. Vilela ABA, Carvalho PAL, Araújo RT. Envelhecimento bem-sucedido: representação de idosos. Rev Saúde Com. 2006; 2(2): 101-14.
148. Diener E. Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index. American Psychologist. 2000; 55(1): 34-43.
149. Passareli PM, Siva JA. Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjetivo. Estudos de Psicologia. 2007; 24(4): 513-17.
150. Francis LJ. Happiness is a thing called stable extraversion: a further examination of the relationship between the Oxford Happiness Inventory and Eysenck's dimensional model of personality and gender. Personality and Individual Differences. 1999; 26(1): 5-11.
151. Diener E, Seligman MEP. Beyond money: toward an economy of well-being. Psychological Science in the public interest. 2004; 5(1): 1-31.
152. Seligman, M. Felicidade autêntica: usando a nova Psicologia Positiva para a realização permanente. Rio de Janeiro: Objetiva. 2004.
153. Diener E, Suh ME. Subjective well-being and old age: An international analysis. In: Schaie K W, Lawton MP (orgs.) Annual Review of Gerontology and Geriatrics. 1998; 17: 304-324.
154. Berger L. Aspectos psicológicos e cognitivos do envelhecimento. In Berge L, Maillox-Poirier D. pessoas idosas: uma abordagem global. Lisboa, Lusodidacta, 157-97, 1995.
155. Lima MG, Barros MBA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Alves MCGP. Health-related behavior and quality of life among the elderly: a population-based study. Rev Saúde Pública, 2011; 45(3): 485-93.

156. Gonçalves TR, Pawlowski J, Bandeira DR, Piccinini CA. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(3):1755-69.

ANEXOS

ANEXO 1
CD-SABE

ANEXO 2

SF-12

SF-12 – AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA (Seção D)

1. Em geral você diria que sua saúde é: (circule uma)

EXCELENTE	MUITO BOA	BOA	RUIM	MUITO RUIM
1	2	3	4	5

Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você teria dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto? (circule um número para cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
2. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
3. Subir vários lances de escada	1	2	3

Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física? (circule uma em cada linha)

4. Realizou menos tarefa do que gostaria?	Sim	Não
5. Esteve limitado no seu tipo seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	Sim	Não

Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido, ansiosos)? (circule uma em cada linha)

6. Realizou menos tarefas d que gostaria?	Sim	Não
7. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	Sim	Não

8. Durante as últimas quatro semanas, quanto a presença de dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro de casa)? (circule uma)

De nenhuma maneira	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas quatro semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação as últimas quatro semanas.

(circule um número para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
9. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
10. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
11. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6

12. Durante as últimas quatro semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)? (circule uma)

Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

ANEXO 3

APGAR DE FAMÍLIA

“Família” é (são) o(s) indivíduo(s) com o(s) qual(ais habitualmente vive. Caso você more sozinho(a), considere família como aquelas pessoas com as quais você tem atualmente os laços emocionais mais fortes.

As seguintes perguntas foram elaboradas para nos ajudar a compreender você e sua família. Sinta-se à vontade para fazer perguntas sobre qualquer item do questionário.

Os espaços para comentários devem ser usados quando você desejar fornecer informações adicionais ou discutir a maneira pela qual a pergunta se aplica à sua família.

	SEMPRE	QUASE SEMPRE	ALGUMAS VEZES	RARAMENTE	NUNCA
G.51b estou satisfeito(a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando	0	1	2	3	4
Comentários:					
G.51c Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.	0	1	2	3	4
Comentários:					
G.51d Estou satisfeito(a) com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.	0	1	2	3	4
Comentários:					
G.51e Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.	0	1	2	3	4
Comentários:					
G.51f Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.	0	1	2	3	4
Comentários:					

SF-12

ANEXO 4



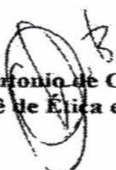
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FSP/USP - COEP
Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP 01246-904 - São Paulo - Brasil
Telefones: (55-11) 3066 7742 - fax (55-11) 3064 7314

Of. COEP/67/99

24 de maio de 1999

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa, **aproveu**, em sua 3.ª/99, Sessão Ordinária, de 19.05.99, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96, o Projeto de Pesquisa "AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS NA AMÉRICA DO SUL E CARIBE", apresentado pelo pesquisador Ruy Laurenti, devendo ser remetido à CONEP conforme as normas da Resolução 196/96.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Paulo Antonio de Carvalho Fortes
Vice-Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP

ANEXO 5



Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

COMITÊ DE ÉTICA - COEP

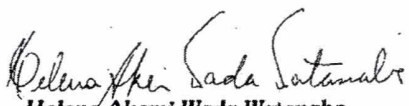
Av. Dr. Arnaldo, 715 - Assessoria Acadêmica - CEP 01246-904 - São Paulo - Brasil
Telefones: (55-11) 3066-7779 - e-mail: coep@fsp.usp.br

Of. COEP/83/06

14 de março de 2006

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-COEP, **aprovou** o Protocolo de Pesquisa n.º 1345, intitulado: "PROJETO SABE-2005 - SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO. AS CONDIÇÕES DE SAÚDE E DE VIDA DOS IDOSOS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO", apresentado pela pesquisadora Maria Lúcia Lebrão.

Atenciosamente,


Helena Akemi Wada Watanabe
Professora Doutora

Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP

APÊNDICES

APENDICE 1

Apresentação das variáveis, tipo de variáveis, questão do estudo SABE e opção de resposta. São Paulo, 2012.

Variáveis		Tipo da variável	Questões do SABE (adaptadas)	Opção de respostas do SABE
Categoria 1- dados sociodemográficos				
Identificação	Sexo	Qualitativa nominal	Sexo	Masculino Feminino
	Idade	Quantitativa contínua	Em que dia, mês e ano o(a) r(a) nasceu?	_____ anos completos
	Estado civil	Categórica ordinal	Qual o seu estado marital hoje?	Casado/amasiado Viúvo Divorciado/separado Solteiro
	Escolaridade	Categórica ordinal	Qual a última série(e de que grau) da escola em que o(a) r(a) obteve aprovação?	Analfabeto 1 a 3 anos 4 a 7 anos ≥ 8 anos
Casa própria		Dicotômica	Esta casa é (própria):	Sim Não
Morar bem		Dicotômica	Atualmente o(a) senhor(a) vive sozinho ou acompanhado?	Sim ou Não
Boa aposentadoria	Renda individual		Quanto o(a) senhor(a) recebe mensalmente?	Até 1,3 Salários Mínimos 1,3 – 2,8 Salários Mínimos > 2,8 Salários Mínimos
	Condições financeiras	Dicotômica	Considera que o(a) Sr(a) e sua(eu) companheira(o) tem dinheiro suficiente para cobrir suas necessidades da vida diária?	Sim Não
Categoria 2- dados relacionados à saúde				
Doenças	Número de comorbidades	Categórica ordinal		0 ou 1 2 ou 3 4 ou +
Medicamentos	Número de medicamentos	Categórica ordinal		0 ou 1 2 ou +

Variáveis		Tipo da variável	Questões do SABE (adaptadas)	Opção de respostas do SABE
Ser independente fisicamente	ABVDs	Dicotômica	O Sr(a) tem dificuldade para realizar ABVDs?	Sim Não
	AIVDs	Dicotômica	O Sr(a) tem dificuldade para realizar AIVDs?	Sim Não
Ser atendido com facilidade em qualquer serviço de saúde quando precisar		Dicotômica	O(A) r(a) tem alguma dificuldade para acessar/usar serviços de saúde, quando necessário?	Sim Não
Boa alimentação, alimentação sadia		Dicotômica	Com relação a seu estado nutricional o(a) r(a) se considera bem nutrido?	Sim Não
Categoria 3- Relacionamento e apoio				
Viver bem com a família		Categórica nominal	APGAR DE FAMÍLIA	Disfunção alta Disfunção média Boa funcionalidade
Ser amado		Categórica nominal	Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor	Maior parte do tempo Menor parte do tempo
Categoria 4- Bem estar subjetivo				
Alegria e felicidade		Dicotômica	Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Sim Não
Paz; tranqüilidade		Categórica nominal	Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	Maior parte do tempo Menor parte do tempo
Sentir-se realizado		Dicotômica	O(a) senhor(a) está basicamente satisfeito com sua vida?	Sim Não
Fé em Deus		Categórica nominal	Quanto sua religião lhe dá forças para enfrentar dificuldades?	Muito Pouco/nada
		Categórica nominal	Quanto sua religião o(a) ajuda a entender as dificuldades na vida?	Muito Pouco/nada
		Categórica nominal	Sua religião dá sentido a sua vida?	Muito Pouco/nada

Fonte: Estudo SABE, 2006.