**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Fatores associados à qualidade de vida relacionada à
saúde de idosos residentes no município de São Paulo
– Estudo SABE: Saúde, Bem-Estar e
Envelhecimento.**

Karen Tokuhashi Ribeiro

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Doutor em
Ciências.**

Área de concentração: Epidemiologia

**Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sabina Léa
Davidson Gotlieb**

**São Paulo
2011**

**Fatores associados à qualidade de vida relacionada à
saúde de idosos residentes no município de São Paulo
– Estudo SABE: Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento**

Karen Tokuhashi Ribeiro

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública da
Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em
Ciências.**

Área de concentração: Epidemiologia

**Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sabina Léa
Davidson Gotlieb**

**São Paulo
2011**

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

DEDICATÓRIA

À minha querida avó, Toshiko Tokuhashi, idosa que admiro, pela força, sabedoria, humildade, por ter construído uma linda família e por ter preservado sua cultura e seus valores, os quais tento transmitir aos meus filhos.

Ao meu amor Alexandre, pelo companheirismo, ajuda e compreensão ao longo desta difícil jornada.

Ao meu querido Kenzo, por ter compreendido minha ausência em tantos “dias da família” e ainda assim ter me recompensado com todo seu carinho.

À minha segunda obra prima, Sofia, que nem faz idéia dos motivos de minha ausência, tampouco que chorei com ela nos momentos de saudade.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Sabina, minha brilhante e adorável orientadora, um exemplo a ser seguido. Agradeço o companheirismo, confiança e carinho ao longo desses anos, e a rara oportunidade de ser sua aluna e orientanda. Compreendeu minhas “limitações da vida diária” como ninguém. Obrigada pelas lições de vida, por ter me ensinado a amar a Saúde Pública e a entender que ela vai muito além do estatisticamente significativo.

À Profa. Maria Lúcia Lebrão, por ter me concedido o verdadeiro privilégio de poder trabalhar com o banco de dados do Estudo SABE.

À Profa. Miako, por ter compartilhado tantos saberes e experiências, que foram além dos conteúdos sobre Qualidade de Vida. Agradeço por ter me recebido de braços abertos sempre que precisei. Seu apoio foi fundamental para a conclusão deste trabalho.

Aos professores Sérgio Paschoal, Jair Santos, Helena Watanabe, Yeda Duarte e Fabíola Andrade, pelas importantes contribuições metodológicas, críticas e recomendações, que eu carinhosamente chamo de “puxões de orelha”, essenciais para o nosso crescimento.

Aos funcionários do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública e do SABE: Fernão, Bete, Pedro, Ângela e Nazaré, pelo auxílio com as mais inusitadas dúvidas.

Às minhas queridas amigas Paula, Lúcia, Amanda e Norma, pelo apoio e momentos de descontração durante esses longos anos de “FSP”.

Aos colegas “sabidos” da velha e nova geração: Michele, Soraya, Elizabeth, Eliane, Daniela, Ligiana, Tiago... agradeço a amizade e idéias compartilhadas.

Às funcionárias da FSP, Ângela, Renilda, Vânia, Cidinha, nossos anjos da guarda.

Aos amigos e familiares que me apoiaram com alguma palavra de incentivo nos altos e baixos dessa trajetória, obrigada por terem acreditado em mim.

Aos idosos integrantes do Estudo SABE, que viabilizaram a concretização desse estudo.

Agradeço também ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) pelo auxílio financeiro durante os últimos e mais exigentes meses deste doutorado.

Resumo

TOKUHASHI, K. Fatores associados à Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de idosos residentes no Município de São Paulo – Estudo SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento. São Paulo. [Tese de Doutorado]. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2011.

Introdução: O envelhecimento populacional, decorrente do aumento da expectativa de vida, foi, sem dúvida, uma importante conquista em nível global. Contudo, discute-se atualmente a necessidade premente de agregar qualidade aos anos de vida ganhos. **Objetivo:** Identificar fatores associados à Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) de idosos não institucionalizados do Município de São Paulo, em 2006. **Método:** Este estudo faz parte do Estudo Longitudinal SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento. Os dados foram coletados em 2006, de uma amostra representativa composta por 1.160 idosos (idade ≥ 60 anos) que responderam ao Short-Form 12 (SF-12), questionário genérico que avalia QVRS. As variáveis dependentes foram os Componentes Físico (PCS) e Mental (MCS) do SF-12 e as análises foram conduzidas separadamente segundo sexo. Buscou-se a associação com variáveis demográficas, socioeconômicas, estado de saúde, incapacidade funcional, estilo de vida e relacionamento social, utilizando o método de regressão logística múltipla. **Resultados:** Entre as idosas, estiveram associados a baixos escores no PCS: idade ≥ 80 anos, multimorbidade, internação, ter incontinência urinária, ter depressão, ter dificuldades para executar atividades instrumentais e básicas da vida diária (AIVD e ABVD) e não praticar atividades físicas. Baixos escores no PCS dos homens associaram-se a idade ≥ 80 anos, renda insuficiente, multimorbidade, tomar dois ou mais medicamentos, ter dificuldades para ABVD e não praticar atividades físicas. Baixos escores no MCS das mulheres estiveram associados a ser fumante, auto-percepção negativa de saúde geral e saúde bucal, ocorrência de queda no último ano e ter depressão. Baixos escores no MCS entre os homens idosos associaram-se à auto-percepção negativa de saúde, ter incontinência urinária e ter depressão. Homens mais velhos (idade ≥ 70 anos) apresentaram

melhores escores no MCS em relação aos mais jovens (60-69 anos). **Discussão:** No PCS, as únicas variáveis coincidentes entre homens e mulheres foram idade, prática de atividades físicas, multimorbidade e dificuldade para ABVD; enquanto no MCS foram auto-percepção de saúde e depressão. A análise separada por sexo possibilitou a identificação de modelos distintos de determinantes da QVRS de idosos. **Conclusão:** Os fatores que se associaram significativamente ao PCS-SF12 de idosos de ambos os sexos foram: auto-percepção de saúde, multimorbidade, dificuldades para desempenhar ABVD e prática de atividades físicas. Enquanto suficiência de renda e número de medicamentos associaram-se apenas para o sexo masculino e internação, incontinência urinária, depressão e dificuldades para desempenhar AIVD, apenas para o sexo feminino. Ao MCS-SF12 de ambos os sexos associaram-se apenas auto-percepção de saúde e depressão; enquanto para o sexo masculino associaram-se também faixa etária e incontinência urinária. Já para as mulheres também apresentaram associação significativa o tabagismo, a auto-percepção de saúde bucal e quedas.

Palavras-chave: idosos, envelhecimento, Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, SF-12, saúde do idoso, status socioeconômico, estilo de vida.

Abstract

TOKUHASHI, K. Health Related Quality of Life and associated factors in elderly residents in the city of São Paulo – SABE Project: Health, Well-Being and Ageing. [Thesis]. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2011.

Background: The world had experienced a high increased in life expectancy during the last decades, which has been undoubtedly considered as a major achievement. Because the increase of elderly population, that presents highest prevalence of chronic conditions, besides other single characteristics, several researches have been developed due to determine ways to add quality to the gained years of life. The aim of this study was to identify factors associated with elderly health-related Quality of Life (HRQoL), in São Paulo. **Methods:** This study is part of the Longitudinal Study SABE - Health, Welfare and Ageing (from Portuguese: Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento). Data were collected in 2006. The sample consisted of 1,160 elderly (age ≥ 60 years) who answered the Short-Form 12 (SF-12), a generic HRQoL questionnaire. Dependent variables were Physical (PCS) and Mental Components (MCS) of SF-12. All analysis were separated by sex and the independent variables approached demographic, socioeconomic, health status, functional disability, lifestyle and social networking conditions, using the multiple logistic regression. **Results:** Among old women, lower PCS scores were associated with age ≥ 80 years, multimorbidity, hospitalization, urinary incontinence, depression, difficulty to perform basic and instrumental activities of daily living (BADL and IADL) and lack of physical activities. Among old men, lower PCS scores were associated with age ≥ 80 years, insufficient income, multimorbidity, taking two or more medications, difficulty to perform BADL and the lack of physical activities. Among the women, lower MCS scores were associated with being a smoker, negative self-perception of general health and oral health, occurrence of falls in the last year and depression. Among the men, lower MCS scores were associated with negative self-perception of health, urinary incontinence and depression. Older men (≥ 70 years) had better MCS scores than younger (60-69 years). **Conclusion:** Significantly associated factors with

the PCS-SF12 for both male and female elderly were: self-perceived health status, multimorbidity, incapacity for BADL and physical activity; while income and number of drugs were associated only for males. Hospitalization, urinary incontinence, depression and incapacity for IADL were associated only for females. To the MCS-SF12 of both sexes were associated only self-perceived health and depression, while age and urinary incontinence were associated for males. Female's MCS-SF12 also had significant association with tobacco, self-perception of oral health and falls.

Key words: elderly, old people, ageing, Health Related Quality of Life, SF-12, elderly health, socioeconomic status, lifestyle.

ÍNDICE

1- INTRODUÇÃO	19
1.1 – Envelhecimento populacional	19
1.2 – Qualidade de Vida e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde	22
1.3 – Qualidade de Vida dos idosos	27
1.4 – Mensuração da Qualidade de Vida	33
1.5 – Justificativa	36
2 – OBJETIVO	38
3 – CASUÍSTICA E MÉTODO	39
3.1 – O Estudo SABE: Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento	39
3.2 – Variáveis de estudo	48
3.3 – Análise estatística	55
3.4 – Aspectos éticos	59
4 – RESULTADOS	60
4.1 – Caracterização da População de Estudo	60
4.2 – Análises para Mulheres Idosas – Componente Físico	68
4.3 – Análises para Mulheres Idosas – Componente Mental	77
4.4 – Análises para Homens Idosos – Componente Físico	86
4.5 – Análises para Homens Idosos – Componente Mental	94
5 – DISCUSSÃO	102
6- CONCLUSÃO	129
7- CONSIDERAÇÕES FINAIS	130
8 – REFERÊNCIAS	133
ANEXOS	152
Anexo I – Versão em português do questionário Short Form-12	
Anexo II – Aprovação do Comitê de Ética do Estudo SABE 2006	
CURRÍCULO LATTES	
Prof ^a . Dr ^a . Sabina Lea Davidson Gotlieb	
Karen Tokuhashi Ribeiro	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição da frequência absoluta e proporção (%) dos idosos segundo a amostra em 2006. Município de São Paulo, 2000-2006.	42
Tabela 2	Média, Erro Padrão (EP) e Intervalo de Confiança (95%) dos Componentes Físico e Mental, segundo sexo de idosos não institucionalizados, São Paulo, 2006.	57
Tabela 3	Valores medianos para Componente Físico (PCS) e Mental (MCS) do SF-12 segundo sexo de idosos não institucionalizados, Município de São Paulo, 2006.	58
Tabela 4	Prevalência (%) de doenças crônicas auto-referidas, segundo tipo de doença e sexo, em idosos não institucionalizados, Município de São Paulo, 2006	62
Tabela 5	Média e Erro Padrão dos Componentes Físico (PCS) e Mental (MCS), segundo blocos demográfico e socioeconômico (n=1.160)	64
Tabela 6	Média e Erro Padrão dos Componentes Físico (PCS) e Mental (MCS), segundo blocos de relacionamento social, estilo de vida e incapacidade funcional (n=1.160)	66
Tabela 7	Média e Erro Padrão dos Componentes Físico (PCS) e Mental (MCS), segundo variáveis do bloco de estado de saúde (n=1.160)	67
Tabela 8	Associação entre valores medianos do Componente Físico (PCS) de idosas e variáveis demográficas e socioeconômicas, Município de São Paulo, 2006. (n=718)	69
Tabela 9	Associação entre valores medianos do Componente Físico (PCS) de idosas e variáveis de relacionamento social, estilo de vida e incapacidade funcional, Município de São Paulo, 2006. (n=718)	71
Tabela 10	Associação entre valores medianos do Componente Físico (PCS) de idosas e variáveis de estado de saúde, Município de São Paulo, 2006. (n=718)	72
Tabela 11	Variáveis demográficas, socioeconômicas, estilo de vida e incapacidade funcional selecionadas após análise univariada com o Componente Físico da QVRS de mulheres idosas, Município de São Paulo, 2006	74
Tabela 12	Variáveis de estado de saúde selecionadas após análise univariada com o Componente Físico da QVRS de mulheres idosas, Município de São Paulo, 2006	75
Tabela 13	Modelo de regressão logística para variáveis relacionadas à boa QVRS no Componente Físico de mulheres idosas, Município de São Paulo, 2006	76

Tabela 14	Associação entre valores medianos do Componente Mental (MCS) de idosas e variáveis demográficas e socioeconômicas, Município de São Paulo, 2006	78
Tabela 15	Associação entre valores medianos do Componente Mental (MCS) de idosas e variáveis de relacionamento social, estilo de vida e incapacidade funcional, Município de São Paulo, 2006	79
Tabela 16	Associação entre valores medianos do Componente Mental (MCS) de idosas e variáveis de estado de saúde, Município de São Paulo, 2006	81
Tabela 17	Variáveis demográficas, socioeconômicas, de estilo de vida e incapacidade funcional selecionadas após análise univariada com o Componente Mental da QVRS de mulheres idosas, Município de São Paulo, 2006	83
Tabela 18	Variáveis de estado de saúde selecionadas após análise univariada com o Componente Mental da QVRS de mulheres idosas, Município de São Paulo, 2006	84
Tabela 19	Modelo de regressão logística para variáveis relacionadas à boa QVRS no Componente Mental de mulheres idosas, Município de São Paulo, 2006	85
Tabela 20	Associação entre valores medianos do Componente Físico (PCS) de homens idosos segundo variáveis demográficas e socioeconômicas, Município de São Paulo, 2006	87
Tabela 21	Associação entre valores medianos do Componente Físico (PCS) de homens idosos e variáveis de relacionamento social, estilo de vida e incapacidade funcional, Município de São Paulo, 2006	88
Tabela 22	Associação entre Componente Físico (PCS) de homens idosos e variáveis de estado de saúde, Município de São Paulo, 2006	89
Tabela 23	Variáveis demográficas, socioeconômicas, de relacionamento social, de estilo de vida e incapacidade funcional selecionadas após análise univariada com o Componente Físico da QVRS de homens idosos, Município de São Paulo, 2006	91
Tabela 24	Variáveis de estado de saúde selecionadas após análise univariada com o Componente Físico da QVRS de homens idosos, Município de São Paulo, 2006	92
Tabela 25	Modelo de regressão logística para variáveis relacionadas à boa QVRS no Componente Físico de homens idosos, Município de São Paulo, 2006	93
Tabela 26	Associação entre valores medianos Componente Mental (MCS) do SF-12 de homens idosos e variáveis demográficas e socioeconômicas, Município de São Paulo, 2006	95
Tabela 27	Associação entre valores medianos do Componente Mental (MCS)	96

	do SF-12 de homens idosos e variáveis de relacionamento social, estilo de vida e incapacidade funcional, Município de São Paulo, 2006	
Tabela 28	Associação entre valores medianos do Componente Mental (MCS) do SF-12 de homens idosos e variáveis de estado de saúde, Município de São Paulo, 2006	98
Tabela 29	Variáveis demográficas, socioeconômicas, de incapacidade funcional e estado de saúde selecionadas após análise univariada com o Componente Mental da QVRS de homens idosos, Município de São Paulo, 2006	100
Tabela 30	Modelo de regressão logística para variáveis relacionadas à boa QVRS no Componente Mental de homens idosos, Município de São Paulo, 2006	102
Tabela 31	Síntese das variáveis associadas ao Componente Físico (PCS) da QVRS de Idosos não institucionalizados, segundo sexo. Município de São Paulo, 2006	104
Tabela 32	Síntese das variáveis associadas ao Componente Mental (MCS) da QVRS de Idosos não institucionalizados, segundo sexo. Município de São Paulo, 2006	116

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Distribuição dos escores do componente físico do SF-12 de idosos não institucionalizados, Município de São Paulo, Estudo SABE, 2006.	56
Figura 2	Distribuição dos escores do componente mental do SF-12 de idosos não institucionalizados, Município de São Paulo, Estudo SABE, 2006.	56

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Correspondência entre os itens do SF-12 e suas respectivas dimensões e componentes	47
-----------------	--	----

LISTA DE ABREVIATURAS

ABVD	Atividades básicas da vida diária
AIVD	Atividades instrumentais da vida diária
APGAR	<i>Adaptation Partnership Growth Affection Resolve</i>
AVC	Acidente Vascular
BADL	<i>Basic activities of daily living</i>
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DPC	Doença Pulmonar Crônica
EP	Erro Padrão
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
HRQOL	<i>Health-related quality of life</i>
IADL	<i>Instrumental activities of daily living</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Conficnça
IPAQ	<i>International Physical Activity Questionnair</i>
ISA-SP	Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo
MCS	<i>Mental Component Score</i>
MOS	<i>Medical Outcomes Study</i>

OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
PCS	<i>Physical Component Score</i>
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SABE	Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento.
SF-12	<i>Short Form-12</i>
SF-36	<i>Short Form-36</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
STATA	<i>Data Analysis and Statistical Software STATA</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>
WHOQOL-100	<i>World Health Organization Quality of Life-100</i>
WHOQOL-BREF	<i>World Health Organization Quality of Life-Bref</i>
WHOQOL-OLD	<i>World Health Organization Quality of Life-Old</i>

1 INTRODUÇÃO

1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O processo de envelhecimento populacional tem sido tema muito discutido nas últimas décadas, não somente por epidemiologistas, mas, também, por pesquisadores das várias áreas do conhecimento, uma vez que o evento envelhecimento implica em grandes mudanças na vida das comunidades em geral.

Para que o envelhecimento populacional ocorra, a população deve vivenciar redução em seus coeficientes de mortalidade ou fecundidade, levando ao aumento da esperança de vida. Estas mudanças ocasionam o fenômeno denominado transição demográfica.

No Brasil, o coeficiente de mortalidade geral começou a decrescer na década de 1940, quando foram registradas 25 mortes para cada mil habitantes, passando, em 1970, para nove óbitos por mil habitantes e 6,9 por mil, em 1999 (IBGE, 2011).

A taxa de fecundidade manteve-se constante entre 1940 e 1960, sendo em torno de 6,2 filhos por mulher; reduziu para 4,4 em 1980 e para 2,3 filhos por mulher em 2000 (IBGE, 2011). Segundo BERQUÒ (1991) a taxa mínima ideal de reposição de filhos, para a população não envelhecer demasiadamente, seria de 2,1 filhos por mulher. Pode-se dizer, assim, que o Brasil já alcançou a taxa mínima de reposição de filhos, pois em 2008 a fecundidade total foi de 1,89 filhos por mulher (IBGE, 2008). Como consequência dessas mudanças, a esperança de vida brasileira, que em 1940

era igual a 42 anos, passou para 54 anos, em 1970, e alcançou 73 anos em 2009 (IBGE, 2010).

A previsão do envelhecimento populacional foi apontada pela Organização Mundial da Saúde que estimou para o ano 2025 número aproximado a 1,2 bilhão de pessoas com 60 anos ou mais e, para o ano 2050, cerca de 2 bilhões de idosos. Anteriormente, KALACHE e GRAY (1985) já relatavam que esta população aumentaria na ordem de quinze vezes, entre 1950 e 2025, enquanto que o crescimento da população total, neste mesmo período, não ultrapassaria cinco vezes. Com isto, o Brasil, em 2025, passará a ser o país com a sexta maior população de idosos do mundo, em números absolutos.

De fato, no Brasil, este processo tem ocorrido de forma bastante acelerada. De 1980 a 1990 a população total cresceu 21,6%, enquanto a população de idosos com 60 anos e mais cresceu 43,7%. Já no período de 2000 a 2009, o crescimento foi de 12,8% para a população total e 33,7% para a população idosa.

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, mas apresenta características distintas de acordo com o nível de desenvolvimento do país. Nos países desenvolvidos, este processo foi bastante lento e ocorreu concomitantemente a melhorias nas condições sociais, econômicas e de saúde da população. Nos países em desenvolvimento, estas mudanças ocorreram em curto espaço de tempo, sem o devido preparo para a nova demanda e sem melhorias de suas características econômicas e sociais (LIMA-COSTA e VERAS, 2003).

Nos últimos 50 anos, o número de idosos no mundo cresceu em média oito milhões ao ano; desse total, 66% concentraram-se nos países menos desenvolvidos. Em 2000, cerca de 60% dos idosos com 60 anos ou mais viviam em países em desenvolvimento e estima-se que esta proporção aumente para 80%, em 2050 (UNITED NATIONS, 2001).

Para populações com recursos materiais limitados, as repercussões sociais do processo de envelhecimento tendem a ser negativas, particularmente se não houver planejamento adequado. Em grande parte, o maior problema é como absorver e lidar com as necessidades dos idosos quando as prioridades governamentais ainda estão claramente relacionadas a outros grupos etários populacionais (KALACHE e col, 1987).

A redução da carga de doenças infecciosas e o aumento das doenças crônicas caracterizam o processo chamado transição epidemiológica. Em países desenvolvidos, a transição epidemiológica é dita completa, uma vez que o perfil de morbi-mortalidade é constituído por maior carga de doenças crônicas, relacionadas principalmente com o processo de envelhecimento. Nesses países, também já foram sanados problemas como a alta mortalidade infantil e elevada incidência de doenças infecciosas, típicos de regiões com baixo nível de desenvolvimento socioeconômico.

Neste contexto, no Brasil está estabelecido um processo de transição epidemiológica incompleta, caracterizado pela denominada “dupla carga de doença”, na qual co-existem altos índices de morbi-mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, com elevado número de idosos com significativa prevalência de doenças crônicas.

O processo de envelhecimento, entretanto, não está, necessariamente, relacionado à presença de doenças crônicas, muito embora a incidência dessas doenças aumente com a idade (ALVES e col., 2007). No entanto, a tendência demográfica e epidemiológica é de aumento da prevalência de pessoas com doenças crônicas, o que, por sua vez, implica no crescimento de incapacidade funcional, dependência e necessidade de cuidados de longa duração entre os idosos (PASCHOAL, 2005).

Acrescentam-se ainda, diversas mudanças de âmbito social, peculiares ao processo de envelhecer, como aposentadoria, viuvez, diminuição da rede de relacionamento, isolamento, depressão e perda da autonomia, enfim, uma série de acontecimentos que exercem forte influência sobre a vida do idoso, contribuindo para a diminuição do seu bem-estar e Qualidade de Vida (PASCHOAL, 2005).

1.2 QUALIDADE DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

A expressão “Qualidade de Vida” popularizou-se nas últimas décadas, indicando sua relevância, sob os pontos de vista conceitual e ideal, para a vida. No contexto de pesquisas científicas, a expressão surgiu em várias áreas do conhecimento, como economia, sociologia, psicologia, filosofia, enfermagem, e medicina.

Vários termos têm sido utilizados na literatura para definir Qualidade de Vida, como bem-estar (ZHAN, 1992), percepção de satisfação com a vida

(FERRANS, 1996), grau com que as pessoas aproveitam as possibilidades de suas vidas (RAPHAEL e col., 1997), ou ainda, a diferença entre a situação real de um sujeito e o que ele aspira (FRY, 2000).

As definições de Qualidade de Vida são tão numerosas quanto os métodos para medi-la. Segundo KIMURA e SILVA (2009), trata-se de um conceito complexo, que admite uma diversidade de significados, com variadas abordagens teóricas e inúmeros métodos para medi-lo.

Em 1998 a OMS, através do Grupo *WHOQOL (World Health Organization Quality of Life)*, conceituou Qualidade de Vida como a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, segundo o contexto cultural e de princípios no qual se vive e ainda, em relação às suas metas, expectativas, padrões e preocupações.

Para PASCHOAL (2004) “Qualidade de Vida na velhice é a percepção de bem estar de uma pessoa, a partir da avaliação do quanto realizou daquilo que idealiza como importante para uma boa vida e do grau de satisfação com o que foi possível concretiza até aquele momento”.

As primeiras referências, no entanto, ao termo Qualidade de Vida datam de meados do século passado, em meio às duas grandes Guerras Mundiais, com abordagem econômica, relacionando o aumento do poder aquisitivo com situação de bem-estar. Nos anos 1960 questões relacionadas à educação, crescimento econômico, saúde e bem estar também passaram a fazer parte da discussão. Durante os anos pós-guerra, de rápido crescimento econômico e mudanças sociais, houve transformação também na conceituação da Qualidade de Vida. Indicadores sociais obtidos nas

estatísticas, como divórcio, delinquência, posses, passaram a ser considerados, entretanto acreditava-se que essas medidas mostravam as mudanças na sociedade como um todo, sem considerar o aspecto individual para a avaliação da Qualidade de Vida. A partir desta importante constatação, a conceituação de Qualidade de Vida passou a englobar também o caráter subjetivo (FARQUHAR, 1995a).

À medida que ocorreu o progresso tecnológico na área da medicina, cresceu ainda mais o interesse em se avaliar a Qualidade de Vida dos indivíduos. As novas intervenções médicas podem agora curar doenças e postergar a morte, porém, muitas dessas doenças deixam ou são acompanhadas de seqüelas, como as dores e incapacidades causadas pelo câncer, por exemplo. A partir dessa preocupação com o indivíduo de forma integral, e não apenas com a doença, muitos estudos sobre Qualidade de Vida se desenvolveram, principalmente, nas especialidades clínicas (NORDENFELT, 1994).

Para MINAYO e col. (2000) a relatividade do conceito de qualidade de vida, que remete ao plano individual, tem pelo menos três pontos de referência: histórico, cultural e estratificação social. Traçando um perfil temporal e espacial acerca das discussões geradas para se chegar a um consenso sobre a definição de Qualidade de Vida é possível situar um ponto importante nessa trajetória, que é a relação da Qualidade de Vida com a Promoção da Saúde, ramo da ciência que aponta fatores como estilo de vida, avanços da biologia humana, ambiente físico e social e serviços de saúde como determinantes da saúde.

Pode-se dizer então que a composição do conceito Qualidade de Vida tem origem subjetiva e objetiva, uma vez que, em todas as abordagens feitas sobre ela,

valores não materiais e subjetivos, como amor, liberdade, solidariedade, participação social, realização pessoal e felicidade, compõem o constructo, enquanto desemprego, exclusão social e violência, por exemplo, são fatores que afetam de maneira objetiva a Qualidade de Vida (MINAYO e col., 2000).

De fato, a partir dos anos 90, os estudos aparentemente começam a concordar em dois aspectos relevantes do conceito de Qualidade de Vida: a subjetividade, que considera a percepção do próprio indivíduo e a multidimensionalidade, que se refere à composição do constructo por diferentes dimensões da vida (SEIDL e ZANNON, 2004).

NORDENFELT (1994) faz ainda uma reflexão sobre a utilização das medidas sobre Qualidade de Vida, que se pode dar sob vários aspectos da vida, dentre eles, a experiência de vida (percepção, cognição, emoção e humor) e as ações e realizações ao longo da vida. Entretanto, o mais importante é ter em mente o propósito da avaliação da Qualidade de Vida.

Após a Segunda Guerra Mundial a OMS redefiniu o conceito de saúde como não mais a ausência de doença, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Segundo ALBUQUERQUE (2005), esta definição, abrangente e integradora, é também utópica, pois talvez não seja possível alcançar um estado pleno de bem-estar. Entretanto, do ponto de vista operacional, tal definição norteia o sentido para onde se devem direcionar os esforços. Desta forma, entende-se “saúde” também como um conceito multidimensional, incorporando diversos aspectos da vida, que uma vez alterados, também alteram o estado de saúde.

O caráter multidisciplinar atribuído à “saúde” e à “qualidade de vida” tem induzido ao uso intercambiável dos dois termos. Entretanto, estudos (COVINSKY e col., 1999 e MOONS e col., 2006) ressaltam que a apesar de a saúde ou a percepção dela ser um importante aspecto da Qualidade de Vida, não deve ser usada para avaliar perfis de Qualidade de Vida, pois têm conceituações diferentes.

A ampla dimensão da saúde e sua relação com diversos aspectos positivos e negativos da vida permitem distintas formas de avaliação da mesma, levando indivíduos com a mesma doença a apresentarem diferentes níveis de saúde e de bem-estar emocional. Fundamentado nessas discussões e acerca da multidimensionalidade da qualidade de vida, surgiu o conceito de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde – QVRS, bem como vários instrumentos para medi-la (GUYATT e col., 1993).

Os instrumentos de mensuração de QVRS podem ser Genéricos ou Específicos. Os genéricos podem ser aplicados em qualquer população e captam aspectos não específicos das doenças, possibilitando a comparação do nível de saúde em diferentes populações. Enquanto os instrumentos específicos avaliam a QVRS em grupos com uma doença ou condição específica. Os questionários genéricos dividem-se ainda em Perfis de Saúde, que avaliam o estado de saúde, e Medidas de Preferência (*Utility*), que indicam a preferência do paciente por um determinado estado de saúde (GUYATT, 1995).

Para WILSON e CLEARY (1995), em estudos de Qualidade de Vida existem dois paradigmas, o clínico e o das ciências sociais. O primeiro trata do “modelo biomédico”, fundamentado em pesquisas biomédicas, mecanismos moleculares, genéticos e celulares das doenças, com raízes na biologia, bioquímica e fisiologia.

Esta linha busca entender as causas para guiar o diagnóstico e tratamento das doenças. Enquanto o “modelo da qualidade de vida” foca especialmente o bem estar, buscando meios de medir com acurácia sentimentos e comportamentos dos indivíduos. Este modelo tem sua base na sociologia, psicologia e economia, usando conceitos e metodologias ainda estranhos para pesquisadores clínicos. No modelo conceitual proposto pelos autores, a Qualidade de Vida é resultante de variáveis biológicas e fisiológicas, que carregam sintomas, estado funcional e estado geral de saúde; por sua vez, influenciadas por aspectos relacionados às características individuais, como valores e motivação pessoal, e às características ambientais, como suporte social, econômico e psicológico.

1.3 QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS

Estudos sobre Qualidade de Vida do Idoso têm se tornado necessários devido à relevância que a longevidade trouxe à vida humana. Para os idosos, que têm prevalência aumentada de doenças crônicas, a dimensão “saúde” é fundamental para a sua Qualidade de Vida (PASCHOAL, 2005). De fato, na literatura, principalmente internacional, é possível encontrar grande número de estudos que utilizaram medidas de perfil de saúde para identificar fatores associados à Qualidade de Vida de Idosos. Do mesmo modo, estudos qualitativos têm se mostrado de extrema relevância, pois permitem apontar questões peculiares à população nesta faixa etária.

Alguns modelos têm sido propostos no sentido de orientar as pesquisas sobre Qualidade de Vida Relacionada à Saúde. GEORGE e BEARON (1980) apud FARQUHAR (1995a) descrevem quatro dimensões da Qualidade de Vida de idosos,

duas objetivas (estado geral e funcional de saúde, condição socioeconômica) e duas subjetivas (satisfação com a vida e auto-estima). As autoras admitem ainda que, certamente, estas quatro dimensões não avaliam completamente o conceito, mas consideram que estas dimensões formam o centro do imenso número de aspectos da Qualidade de Vida.

NERI (1993) aponta que a Qualidade de Vida na velhice depende, além de condições macroestruturais objetivas, como renda e educação, de valores e atitudes que indiquem o significado dessa fase do ciclo vital. Vários indicadores existem na literatura para a avaliação da Qualidade de Vida do Idoso, como longevidade, saúde, satisfação, capacidade cognitiva, produtividade, atividade, condição socioeconômica, continuidade de papéis familiares e ocupacionais, e manutenção da rede de amizade. Nesse contexto, pesquisas qualitativas têm se mostrado bastante úteis, pois apontam variáveis significativas para avaliação da Qualidade de Vida dos idosos, que são plenamente capazes e estão dispostos a falar sobre o tema. Ao estudar o significado da Qualidade de Vida do ponto de vista de idosos ingleses não institucionalizados, FARQUHAR (1995b) verificou que, espontaneamente, eram atribuídos adjetivos como “boa” e “ruim” ao termo Qualidade de Vida. Estes idosos apontaram “relações familiares”, “contatos sociais” e “atividades de lazer” como fatores tão importantes para a Qualidade de Vida quanto o “estado geral de saúde” e a “capacidade funcional”.

No estudo de BOWLING (1995), realizado com idosos ingleses não institucionalizados, foi investigado o grau de importância de determinados aspectos da Qualidade de Vida. O fator mais importante na opinião destes idosos foi

“relacionamento com seus familiares”, seguido de seu “estado de saúde”, “estado de saúde de pessoas próximas”, “renda”, “habilidades funcionais”, “participação social” e “suporte social”. Notou-se ainda que “bem-estar” e “saúde” foram reportados mais freqüentemente do que indicadores socioeconômicos ou demográficos, para explicar sua Qualidade de Vida, entretanto, quando identificados, estes indicadores mostraram que indivíduos pertencentes às altas classes sociais, com maiores rendas, com casa própria, com mais anos de estudo e os casados, eram mais propensos a considerar sua vida como “muito boa”.

Em outro estudo (BOWLING e col., 2002) também com idosos ingleses não institucionalizados, questões relacionadas ao “capital social”, como boa qualidade do ambiente em que vivem, com facilidades para transporte, lugares agradáveis para se caminhar e áreas seguras, livres da criminalidade e vandalismo também foram apontadas como importantes para a boa Qualidade de Vida, esta, aferida por meio de questionário estruturado juntamente com perguntas abertas.

A subjetividade da Qualidade de Vida levou um grupo de pesquisadores brasileiros (VECCHIA e col., 2005) a investigar o significado da expressão para os idosos. A amostra foi composta por 365 idosos residentes na comunidade, que responderam à pergunta: “O que é qualidade de vida para o senhor?”. Após análise das categorias de resposta foram identificados três grupos. No primeiro, Qualidade de Vida significava “dispor de rede social de suporte sólida, saúde física e mental”. Para o segundo grupo, Qualidade de Vida significava “ter autonomia financeira conquistada durante a vida, de modo a assegurar-lhes recursos para a senectude, bem como a prática de hábitos saudáveis e atividades de lazer”. Já, o terceiro grupo

valorizou “viver em lugar seguro e despoluído, acesso a conhecimentos ao longo da vida, prazer no trabalho, espiritualidade, honestidade e solidariedade”.

Estudo canadense buscou determinar os fatores preditores da Qualidade de Vida em uma amostra de 420 idosos residentes na comunidade. Partiram da hipótese de que fatores como suporte emocional, propósito e sentido na vida, estado de saúde, circunstâncias financeiras, desempenho nas atividades da vida diária e ambiente físico poderiam prever a Qualidade de Vida, mensurada por meio dos questionários WHOQOL-100 e WHOQOL-OLD. Os fatores que influenciaram diretamente na Qualidade de Vida dos idosos foram “circunstâncias financeiras”, “estado de saúde” e “sentido na vida”. “Suporte emocional”, “ambiente físico” e novamente o “estado de saúde” afetaram indiretamente a Qualidade de Vida, através da variável “propósito na vida” (LOW e MOLZAHN, 2007).

É possível ainda analisar a Qualidade de Vida sob a perspectiva de um envelhecimento saudável, uma vez que a saúde física, para o idoso, é um dos aspectos mais importantes na determinação do bem-estar e Qualidade de Vida. Para RAMOS (2003) a autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios, é o que de fato caracteriza um idoso saudável. Envelhecimento saudável, dentro dessa ótica, passa a ser resultante da interação multidimensional entre “saúde física”, “saúde mental”, “independência na vida diária”, “integração social”, “suporte familiar” e “independência econômica”. CUPERTINO e col. (2007) acrescentam, ainda, a “boa alimentação”, “prática de atividades físicas” e “cuidados para evitar fatores de risco”, como determinantes do envelhecimento saudável.

XAVIER e col. (2003) buscaram identificar em idosos da região sul do Brasil, as definições de Qualidade de Vida e os fatores associados a ela. Entre os 77 idosos, com 80 anos ou mais de idade, a grande maioria (57%) definia sua Qualidade de Vida com avaliações positivas, relacionadas à situação de “saúde”, “renda”, “envolvimento em atividades religiosas”, “vida social” e “relacionamento com a família”. Para os idosos que definiram negativamente sua Qualidade de Vida (18%), a principal fonte de mal estar foi atribuída ao “maior número de doenças crônicas” e à “perda de saúde”.

Estudo de DE BELVIS e col. (2008), com idosos italianos residentes na comunidade, utilizando o SF-12, identificou o “sexo feminino”, idosos com “renda inadequada”, que “dispensavam menos tempo em atividades recreativas ou religiosas”, que “moravam a longas distâncias dos seus familiares” e com “rede restrita de amizades”, como idosos com pior QVRS no componente mental. Relacionadas ao componente físico, também estiveram associadas “idades mais avançadas”, “renda inadequada”, “não ser casado”, “não encontrar amigos”, “presença de doenças crônicas”, “uso de medicamentos” e “redução da autonomia”. Nestes idosos, maiores níveis de “escolaridade” associaram-se a maiores escores no componente físico da QVRS.

O Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP) entrevistou mais de seis mil indivíduos na população, com o objetivo de traçar as condições de vida e de saúde. LIMA e col. (2009) realizaram um recorte transversal com 1.958 idosos com idade mínima de 60 anos e investigaram a QVRS, utilizando o SF-36, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. Apresentaram pior QVRS idosos do

“sexo feminino”, com “idades mais avançadas”, com “menor renda”, “menor nível de escolaridade” e de “religião evangélica”.

Com o mesmo recorte, em publicação mais recente, LIMA e col. (2011) investigaram associação entre “comportamentos saudáveis” com a QVRS dos idosos paulistanos. Como resultados encontraram a “atividade física” positivamente associada com as oito escalas de Qualidade de Vida do SF-36. Ainda, idosos que “ingeriram bebida alcoólica” pelo menos uma vez por semana apresentaram melhor QVRS do que os que não ingeriram; e o “hábito de fumar” piorou a QVRS no componente mental dos idosos quando comparados aos não fumantes.

As referências supracitadas fornecem uma noção da variedade de fatores associados ou preditores da Qualidade de Vida dos Idosos, bem como de métodos para medi-la. Os mais freqüentemente relacionados incluem saúde, bem-estar percebido, capacidade funcional, condições econômicas, suporte psicossocial, relações familiares, controle (autonomia), estilo de vida e características do meio ambiente.

Entre estas, merece destaque o *status* socioeconômico, pois desempenha papel importante na determinação das condições de saúde de uma população. Indivíduos com melhores condições socioeconômicas desfrutam de melhores condições de saúde do que os que têm piores condições socioeconômicas. Segundo ADLER e col. (1994) é uma medida composta que pode incorporar condição econômica, medida pela renda; condição social, medida pela escolaridade; e condição de trabalho, medida pela ocupação. O impacto da pobreza sobre a saúde é claramente observado em condições de subnutrição, moradia insalubre e inadequada

assistência médica, exemplos que podem causar potente efeito sobre as condições biológicas dos indivíduos. Em um estudo de base populacional, com indivíduos com 50 anos ou mais de idade, LIAO e col. (1999) avaliaram o efeito do *status* socioeconômico, mensurado pela escolaridade, na morbidade e incapacidades nos últimos anos de vida. Os resultados mostraram que idosos com melhor situação socioeconômica, no caso, com maior nível de escolaridade, apresentaram menos limitações nas suas atividades, menor número de doenças crônicas e menor ocorrência de hospitalizações.

1.4 MENSURAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

A Organização Mundial da Saúde, através do Grupo *WHOQOL* verificou a necessidade de se criar um instrumento de medida de Qualidade de Vida específico para a população idosa, uma vez que os instrumentos existentes, como o *WHOQOL-100* ou o *WHOQOL-BREF* não eram sensíveis a parâmetros peculiares desta faixa etária. Desta forma, em 2005 foi criado o Módulo *WHOQOL-OLD*, questionário de Qualidade de Vida para população idosa (POWER e col., 2005). O instrumento é composto por 24 itens, divididos em seis facetas que tratam de aspectos ligados a habilidades sensoriais; autonomia; atividades do passado, presente e futuro; participação social; morte e intimidade. A versão em português do *WHOQOL-OLD* foi traduzida e validada no Brasil por FLECK e col. (2006) e seu uso é recomendado como uma ferramenta adicional ao *WHOQOL-100* e *WHOQOL-BREF*, como uma alternativa para investigar Qualidade de Vida em idosos, pois inclui aspectos

relevantes não contemplados por instrumentos originalmente construídos para população geral.

Segundo a literatura específica, não existe instrumento padrão-ouro para medir QVRS, capaz de avaliar todos os aspectos de saúde e doença. Desta forma, a escolha do material utilizado deve estar coerente com o grupo que se pretende avaliar, com o objetivo do estudo e com a praticidade do instrumento (ANDERSON e col., 1993; D'AMORIM, 2001).

Na década de 80, alguns instrumentos genéricos de medida de condições de saúde já eram usados pela comunidade científica, entretanto, seu uso em larga escala era pouco viável devido à demora na aplicação. Essa foi a motivação para que o grupo MOS – *Medical Outcomes Study*- construísse o *Short Form*-36 ou SF-36, instrumento genérico de avaliação de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, de fácil administração e compreensão (WARE e SHERBOURNE, 1992). Conseqüentemente, o SF-36 tornou-se um dos instrumentos mais empregados pela comunidade científica, tendo sido traduzido e validado em vários países, inclusive no Brasil, por CICONELLI (1997). É composto por 36 itens, que contemplam oito dimensões: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Estas dimensões compõem dois componentes, o físico e o mental da QVRS.

Apesar de sua ampla disseminação, por ser relativamente extenso, o uso do SF-36 se torna um tanto restrito em estudos de larga escala e inquéritos populacionais. Diante disso, foi proposta uma redução do SF-36, sendo criado assim o SF-12, questionário com apenas 12 perguntas, derivadas do SF-36, cujos escores explicam

cerca de 90% da variância dos componentes físico e mental do instrumento original (WARE e col., 1996). Assim como o SF-36, o SF-12 é um questionário genérico de QVRS e a sua pontuação varia de 0 a 100, reproduzindo as propriedades de confiabilidade e validade do SF-36 (JENKINSON e col., 1997). O tempo de aplicação tem sido apontado por vários autores (GANDEK e col., 1998; PICKARD e col., 1999; SANDERSON e ANDREWS, 2002; LAM e col., 2005; KIELY e col., 2006) como uma das maiores vantagens do SF-12, pois leva cerca de 2 minutos, dez minutos a menos que o SF-36.

No Brasil, o SF-12 foi validado por CAMELIER (2005), em estudo com indivíduos portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Anteriormente, no Brasil, D'AMORIM (2001) verificou a equivalência entre a forma auto-administrada e a administrada por entrevistados do SF-12. A amostra de conveniência foi composta por 200 pacientes com artrite reumatóide, fibromialgia, osteoartrose e lupus eritematoso sistêmico, atendidos no ambulatório de Reumatologia da Universidade Federal de São Paulo. A forma auto-administrada do questionário apresentou utilidade limitada, pois foi ao alto índice de perdas por preenchimento incorreto. Estas falhas foram atribuídas à baixa escolaridade e dificuldades para leitura, fazendo com que a forma do questionário administrada por entrevistador, forma adotada no presente estudo, apresentasse melhores resultados.

1.4 JUSTIFICATIVA

Estudos sobre Qualidade de Vida têm se tornado cada vez mais freqüentes, principalmente em populações idosas. O envelhecimento populacional se tornou um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea, uma vez que as doenças próprias dessa etapa da vida ganham maior expressão. Alia-se às condições desfavoráveis de saúde, uma série de outros fatores, como por exemplo, redução da renda e estreitamento da rede de relacionamentos sociais, que também podem afetar negativamente a Qualidade de Vida da pessoa idosa.

Além disso, os benefícios da evolução médica, científica e tecnológica, apesar de proporcionarem o prolongamento da vida, não fornecem garantias de que essa vida, mais longa, será de boa qualidade. Este descompasso é uma realidade cada vez mais freqüente, principalmente, em países menos desenvolvidos, onde se observam poucas pesquisas sobre a Qualidade de Vida dos idosos.

Desta forma, estudos sobre Qualidade de Vida Relacionada à Saúde com população idosa são cada vez mais necessários e imprescindíveis, pois a identificação dos fatores determinantes da boa ou má Qualidade de Vida Relacionada à Saúde pode auxiliar a formulação e implementação de políticas que visem o bem estar e a Qualidade de Vida de idosos.

Especialmente no Brasil, existem poucos estudos sobre Qualidade de Vida Relacionada à Saúde com população idosa residindo na comunidade. Nesse sentido, o presente estudo trará contribuição não apenas à população idosa, mas também para pesquisas em Qualidade de Vida, uma vez que o Estudo SABE adotou uma amostra

probabilística e representativa desse setor da população, com metodologias comparáveis internacionalmente, como o questionário SF-12.

2 OBJETIVO

Verificar a existência de associação entre Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e grupos de variáveis demográficas, socioeconômicas, de estado de saúde, de estilo de vida, de capacidade funcional e de relacionamento social, em idosos não institucionalizados, residentes no Município de São Paulo, em 2006.

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

O presente trabalho é um recorte transversal do Estudo SABE (Saúde, Bem Estar e Envelhecimento), que é coordenado pelo Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e financiado pelo Ministério da Saúde e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

3.1 O ESTUDO SABE – SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO

Entre os anos de 1997 e 2003, a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) coordenou o estudo multicêntrico SABE, com objetivo de traçar o perfil dos idosos na América Latina e no Caribe. O SABE foi planejado para compreender demandas de saúde que poderão emergir de uma população que se tornou rapidamente idosa e pela necessidade de antecipar o que se encontrará adiante, permitindo aos países planejarem adequadamente suas ações, para prevenir as consequências negativas do processo de envelhecimento na região (PALLONI e PELÁEZ, 2003).

Os países envolvidos foram Argentina (Buenos Aires), Barbados (Bridgetown), Brasil (São Paulo), Chile (Santiago), Cuba (Havana), México (Cidade do México) e Uruguai (Montevideu). Essa escolha englobava uma combinação daqueles que permitiam uma boa representação dos vários estágios do envelhecimento na região. Argentina, Barbados, Cuba e Uruguai estavam em

estágios muito avançados do processo de envelhecimento, enquanto, Chile, México e Brasil estavam ligeiramente atrás, mas a velocidade com que esse processo ocorre em tais países pode fazê-los, muito em breve, superar os primeiros (PALLONI e PELÁEZ, 2003).

A amostra, no ano de 2000, para o Município de São Paulo foi composta por dois segmentos: o primeiro, resultante do sorteio, corresponde à amostra probabilística formada por 1.568 entrevistas, e o segundo, formado por 575 correspondentes ao acréscimo para compensar a mortalidade na população de maiores de 75 anos e completar o número desejado de entrevistas nesta faixa etária. Ainda, para compensar o excesso de mortalidade em relação à população feminina, ajustaram-se as amostras do sexo masculino para número igual ao do sexo feminino. Portanto, a amostra final foi constituída por 2.143 pessoas com 60 anos e mais (SILVA, 2003).

Segundo a contagem realizada em 1996 pelo IBGE, o número de indivíduos com 60 anos e mais residentes na área urbana do Município de São Paulo era igual a 836.223 habitantes, correspondendo a 8,1% do total da população. Para atender ao plano de análise estatística proposto, o tamanho inicial da amostra – 1.500 idosos – foi distribuído segundo os estratos definidos por sexo e grupo etário, utilizando o critério de partilha proporcional ao tamanho (SILVA, 2003).

A amostra foi alcançada por meio de dois procedimentos: sorteio da amostra de 1.500 idosos e composição livre da amostra para os grupos ampliados. A expressão $[d = (1500 * 10/3) * (0,85) - 1]$ foi usada para calcular o número mínimo de 5.882 domicílios a ser sorteado para obtenção das 1.500 entrevistas desejadas. A

razão 10/3 é o inverso de três idosos para cada 10 domicílios e 0,85 era a taxa esperada de sucesso da operação de localização e realização das entrevistas. O número mínimo de domicílios sorteados foi aproximado para 90, calculado pela média ($5882/72 = 81,69$) (SILVA, 2003).

Em cada setor foram visitados noventa domicílios e todos os indivíduos considerados elegíveis segundo os objetivos da pesquisa, foram identificados e convidados a participar das entrevistas. Ao final da primeira fase do trabalho de campo foram realizadas 1.568 entrevistas decorrentes do processo de sorteio de domicílios. A complementação da amostra de pessoas com 75 anos e mais foi realizada pela localização de residências próximas aos setores selecionados, ou, no máximo dentro dos limites dos distritos aos quais pertenciam os setores sorteados. Os dados obtidos foram ponderados de acordo com o setor censitário de que faziam parte (SILVA, 2003).

No Brasil, em 2006, o estudo SABE tornou-se longitudinal, a partir do seguimento da coorte de pessoas entrevistadas em 2000. Em 2006, dos 2.143 idosos entrevistados em 2000, foram reentrevistados 1.115 idosos, denominados coorte A06. A diferença entre os dois momentos é composta por óbitos, sujeitos não localizados, mudanças, recusas e institucionalizações (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição da frequência absoluta e proporção (%) dos idosos segundo a amostra em 2006. Município de São Paulo, 2000-2006.

Situação da amostra	n	%*
<i>Reentrevistados em 2006</i>	<i>1.115</i>	<i>56,8</i>
Óbitos	649	22,9
Recusas	178	9,6
Não localizados	139	7,8
Mudanças	51	2,5
Institucionalizações	11	0,4
Total	2.143	100,0

*Dados ponderados

Fonte: Estudo SABE, 2000-2006.

Em 2006, foi adicionada uma nova coorte (B06) com 298 idosos entre 60 e 64 anos, o que permitirá verificar as mudanças no padrão de envelhecimento que vem ocorrendo entre as gerações. Ressalta-se que o processo de amostragem foi semelhante ao realizado em 2000. A amostra final em 2006 constituiu-se de 1.413 idosos (≥ 60 anos).

Para o presente estudo, a amostra foi constituída pelas coortes A06 e B06 que perfazem um total de 1.413 idosos. Considerou-se como critério de exclusão os questionários respondidos por um informante substituto ou auxiliar, seguindo recomendação de uso do SF-12, que deve ser respondido diretamente pelo indivíduo objeto de estudo (WARE e col., 1996). Portanto, a amostra final do presente trabalho foi 1.160 idosos não institucionalizados, correspondente ao número de questionários respondidos pelos próprios idosos.

➤ ***O Instrumento utilizado no Estudo SABE****

O questionário inicial foi submetido a dois pré-testes até a obtenção de sua forma final, composto por onze seções, em 2000. Em 2006, foram realizadas algumas alterações no instrumento e incluídas as seções M (maus tratos) e N (avaliação da sobrecarga dos cuidadores). As seções serão brevemente comentadas abaixo:

Seção A – Dados pessoais

Ano e país de nascimento; local de residência durante os primeiros quinze anos de vida; local de residência durante os últimos cinco anos de vida e, onde fosse aplicável, as razões para a mudança de residência; história e estado marital; número de filhos; sobrevivência dos pais e a idade em que faleceram; escolaridade; religiosidade.

Seção B – Avaliação cognitiva

Auto-avaliação da memória; avaliação da memória pelo teste mini-mental modificado e validado no Chile, para realização do Estudo. Para os que obtivessem escore igual ou inferior a 12 pontos, uma escala de desempenho funcional era administrada a um proxi-respondente (informante substituto) a partir da questão “é capaz de...”.

* Disponível em <http://www.fsp.usp.br/sabe>

Seção C – Estado de saúde

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

Seção D – Estado funcional

Nesta seção está inserido o instrumento SF-12 (ANEXO 1), além de questões relacionadas ao desempenho funcional e da ajuda recebida, quando necessária, nas atividades básicas e instrumentais da vida diária e identificação e caracterização do(s) cuidador(es) principais.

Seção E – Medicamentos

Terapêutica medicamentosa utilizada, incluindo indicação, tempo de uso, forma de utilização, obtenção e pagamento; gastos mensais com medicamentos e motivos referidos para a 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 condição de trabalho); assistência prestada ao idoso e fornecida por ele referente a cada membro citado; tempo gasto na ajuda ao idoso. As mesmas perguntas foram feitas em relação aos irmãos e filhos que não vivem no mesmo domicílio, bem como a outros familiares e que, de alguma forma, fornecem ou recebem ajuda do/ao idoso; assistência recebida ou fornecida nos últimos 12 meses de alguma instituição ou organização; participação do idoso em algum serviço voluntário ou organização comunitária.

Seção H – História laboral e fontes de renda

Trabalho atual (tipo, renda, razões para continuar trabalhando); caso não trabalhasse mais, por que não o fazia, ocupação que teve durante o maior período 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, saúde) e auto-avaliação de seu bem estar econômico.

Seção J – Características da moradia

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

Seção K – Antropometria

Altura do joelho, circunferências 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

Ocorrência de agressão física ou psicológica.

Seção N – Sobrecarga dos cuidadores

Esta seção foi aplicada aos cuidadores dos idosos da pesquisa.

➤ *O Instrumento de medida de QVRS: SF-12*

O instrumento SF-12 (ANEXO 1) avalia a QVRS por meio de aspectos da saúde física e mental, que englobam as dimensões: estado geral de saúde, capacidade funcional, aspectos físicos, dor, vitalidade, saúde mental, aspectos emocionais e aspectos sociais da vida (WARE e col., 1996), apresentados no Quadro 1.

Cada uma das doze respostas recebe uma pontuação, que são somadas a uma constante para o Componente Físico e outra para o Componente Mental, desta forma informações de todos os 12 itens compõem as duas medidas finais do SF-12. Os valores obtidos compreendem uma escala que varia de 0 a 100 pontos, sendo que escores mais elevados representam melhor QVRS (GANDEK e col., 1998; WARE e col., 2007).

O SF-12 atualmente é apresentado em duas versões (1.0 e 2.0). A versão 2.0 permite outras formas de cálculo dos escores (escore único ou pelos oito domínios), enquanto a versão 1.0, permite o cálculo dos Componentes Físico e Mental, separadamente (WARE e col., 2007). No Estudo SABE aplicou-se a primeira versão do SF-12.

Quadro 1: Correspondência entre os itens do SF-12 e suas respectivas dimensões e componentes:

ITENS DO SF-12	DIMENSÕES	COMPONENTES
Auto-avaliação de saúde	Estado geral de saúde	Componente Físico da QVRS
Devido a sua saúde, você teria dificuldade para atividades moderadas (mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa)?	Capacidade funcional	
Devido a sua saúde, você teria dificuldade para subir vários lances de escada?		
Realizou menos tarefas do que gostaria devido a sua saúde física?	Aspectos físicos	
Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades devido a sua saúde física?		
Durante as últimas quatro semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal?	Dor	
Realizou menos tarefas do que gostaria devido a problemas emocionais?	Aspectos emocionais	Componente Mental da QVRS
Não trabalhou ou foi cuidadoso devido problemas emocionais?		
Quanto tempo se sentiu com muita energia?	Vitalidade	
Quanto tempo se sentiu calmo?	Saúde mental	
Quanto tempo se sentiu desanimado?		
Quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes)?	Aspectos sociais	

3.2 VARIÁVEIS DE ESTUDO

❖ Variáveis dependentes:

- **Componente Físico do SF-12 (PCS):** dicotômica (QVRS Boa e QVRS Ruim).
- **Componente Mental do SF-12 (MCS):** dicotômica (QVRS Boa e QVRS Ruim).

A Qualidade de Vida foi avaliada pelo instrumento SF-12, que é constituído pelo Componente Físico e Componente Mental. Para cada componente, os resultados são pontuados em uma escala que varia de 0 a 100 e, preconiza-se 100 como a melhor qualidade de vida e zero, a pior. Ambos os componentes foram dicotomizados, utilizando-se um ponto de corte na mediana, a exemplo do estudo de DE BELVIS e col. (2008). Dessa forma, escores acima da mediana foram categorizados como QVRS Boa, do mesmo modo, escores abaixo da mediana foram categorizados como QVRS Ruim.

❖ Variáveis independentes:

Variáveis demográficas:

- **Sexo:** (masculino ou feminino).
- **Faixa etária:** categórica ordinal (60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos e mais).
- **Vida no campo:** dicotômica (Sim ou Não). Esta informação foi acessada por meio da pergunta: “*Nos primeiros 15 anos de sua vida, o Sr(a) viveu no campo por um período de pelo menos cinco anos?*”.

- **Religião:** categórica nominal (católica; evangélica; espírita; budista; protestante; nenhuma).
- **Importância da religião:** categórica ordinal (Importante ou Não importante). “*Qual a importância da religião na sua vida?*”. Neste estudo as respostas “Regular” e “Não importante” foram agrupadas para formar a categoria “Não importante”, e a resposta “Importante” foi mantida.

Variáveis socioeconômicas:

- **Escolaridade:** categórica ordinal (analfabeto; 1 a 3 anos; 4 anos ou mais).
- **Suficiência de Renda:** categórica nominal (Suficiente ou Insuficiente). A suficiência de renda foi acessada por meio da pergunta: “*O Sr(a) considera que tem dinheiro suficiente para cobrir suas necessidades da vida diária?*”.
- **Ocupação:** dicotômica (trabalha ou não trabalha). A situação de ocupação foi acessada pelo filtro “Trabalha atualmente / Não trabalha atualmente”.
- **Tipo de plano de saúde:** categórica nominal (SUS ou Privado). O tipo de plano de saúde foi acessado pela pergunta: “*O Sr(a) tem algum plano de saúde além do SUS?*”.
- **Dificuldade em acessar o serviço de saúde:** dicotômica (Sim ou Não). A dificuldade em acessar o serviço de saúde foi verificada por

meio da pergunta: “*O Sr(a) tem alguma dificuldade para acessar/usar os serviços de saúde, quando necessário?*”.

Variáveis de relacionamento social:

- **Estado marital:** categórica nominal (Casado e Não Casado). Os casados foram aqueles que referiram ser casados e amasiados, e os não casados compreendiam os solteiros, viúvos e divorciados.
- **Morar sozinho:** dicotômica (Sim ou Não). Esta informação foi acessada por meio da pergunta: “*Atualmente o senhor (a) vive sozinho ou acompanhado?*”.
- **Funcionalidade familiar:** categórica nominal (Funcional ou Disfuncional).

A funcionalidade familiar foi avaliada pelo instrumento APGAR, traduzido e validado por DUARTE (2001), composto por cinco questões destinadas a refletir a satisfação do idoso sobre sua relação com os familiares. O acrônimo APGAR proveniente da língua Inglesa vem de Adaptação (Adaptation), Companheirismo (Partneship), Crescimento (Growth), Afetividade (Affection) e Capacidade de Resolutividade (Resolve). Neste estudo, escores de 0 a 12 foram categorizados como família disfuncional e de 13 a 20, família funcional.

Variáveis de estilo de vida:

- **Tabagismo:** categórica nominal (Nunca fumou; Ex-fumante; Fumante). Esta informação foi acessada por meio da pergunta: “*O Sr(a) tem ou teve o hábito de fumar?*”.

- **Prática de atividades física:** dicotômica (Sim ou Não). Considerou-se como Prática de Atividades Físicas a realização de caminhadas ou atividades moderadas por pelo menos 10 minutos diários, no mínimo três dias da semana. Foram criadas duas categorias: idosos que praticam e idosos que não praticam atividades físicas.

Estas informações foram acessadas por meio das perguntas: “*Quantos dias da última semana o(a) Sr(a) caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?*” e “*Quantos dias da última semana o(a) Sr(a) realizou atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos como, por exemplo, pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos em casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração?*”.

Estudos internacionais, como da *American Heart Association* (HASKELL e col., 2007 e NELSON e col., 2007), reforçam os efeitos benéficos da prática regular de atividades físicas para a saúde. HASKELL e col. (2007) recomendam para a população adulta pelo menos 30 minutos diários de atividades moderadas ou 20 minutos de atividades vigorosas, podendo este tempo ser fracionado em turnos de 10 minutos, com frequência semanal de duas a três vezes. Esta recomendação, entretanto, está bem estabelecida e indicada apenas para indivíduos adultos, faixa etária de 18 a 65 anos.

Segundo NELSON e col. (2007), os efeitos da idade na relação da dose-resposta entre atividade física e saúde ainda não foram cuidadosamente estudados, ainda assim, em seu estudo, recomendam para a população idosa, acima de 65 anos, com o objetivo de promover e manter a saúde, atividades aeróbicas moderadas por 30 minutos em 5 dias na semana ou atividades aeróbicas vigorosas por 20 minutos em 3 dias na semana. Para fortalecimento muscular a recomendação é de 8 a 10 exercícios em 2 dias não consecutivos na semana. Para manter a flexibilidade, recomendam pelo menos 10 minutos por no mínimo 2 dias na semana.

A caracterização da prática de atividades físicas adotada no presente estudo teve como propósito identificar os idosos “ativos” e diferenciá-los daqueles com comportamento sedentário.

Variáveis de estado de saúde:

- **Auto-percepção do estado geral de saúde:** dicotômica (Boa ou Ruim). Esta informação foi acessada por meio da pergunta: *“Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre a sua saúde. O Sr(a) diria que sua saúde é muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim?”*. A categoria “Boa” foi composta pelas respostas boa e muito boa, e a categoria “Ruim”, pelas respostas regular, ruim e muito ruim.
- **Multimorbidade:** dicotômica (Sim ou Não). Considerou-se multimorbidade a presença de duas ou mais doenças crônicas (VAN DEN AKKER e col., 1996).

As doenças eram auto-referidas e foram incluídas: Hipertensão (*pressão alta*), Doença Cardíaca (*ataque do coração, doença coronária, angina*,

doença congestiva ou outros problemas cardíacos), Acidente Vascular Cerebral (*embolia, derrame, ataque, isquemia ou trombose cerebral*), Diabete (*níveis altos de açúcar no sangue*), Doença Pulmonar Crônica (*como asma, bronquite ou enfisema*), Doença Osteoarticular (*artrite, reumatismo ou artrose*) e Osteoporose.

Estas informações foram acessadas por meio das perguntas: “Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que o Sr(a) tem pressão sanguínea alta, quer dizer, hipertensão?”, mudando o nome da doença ao final da frase.

- **Número de medicamentos:** categórica ordinal (nenhum; um; dois a três; quatro ou mais).
- **Auto-percepção da saúde bucal:** dicotômica (Boa ou Ruim). A informação foi acessada por meio da pergunta: “*O Sr(a) diria que sua saúde bucal é muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim?*”. A categoria “Boa” foi composta pelas respostas boa e muito boa, e a categoria “Ruim”, pelas respostas regular, ruim e muito ruim.
- **Auto-percepção do estado nutricional:** dicotômica (bem nutrido ou não). A informação foi acessada por meio da pergunta: “*Com relação ao seu estado nutricional o Sr(a) se considera bem nutrido?*”, com opções de resposta “sim” ou “não”.
- **Queda nos últimos 12 meses:** dicotômica (Sim ou Não). Esta informação foi acessada por meio da pergunta: “*Teve alguma queda nos últimos 12 meses?*”.
- **Internação nos últimos 12 meses:** dicotômica (Sim ou Não).

- **Incontinência urinária:** dicotômica (Sim ou Não). Esta informação foi acessada por meio da pergunta: “*Nas últimas quatro semanas, o(a) Sr(a) perdeu urina sem querer alguma vez?*”.
- **Presença de sintomas depressivos:** dicotômica (Sim ou Não). A presença de sintomas depressivos foi avaliada por meio da Escala de Depressão Geriátrica (versão breve com 15 itens), validada no Brasil por ALMEIDA e ALMEIDA (1999). Classificaram-se com sintomas sugestivos de depressão os idosos que obtiveram cinco ou mais pontos na escala, conforme proposto pelos autores.
- **Declínio cognitivo:** dicotômica (Sim ou Não). O declínio cognitivo foi avaliado por meio do Mini Exame do Estado Mental, que é uma escala de avaliação cognitiva que auxilia na investigação e monitoração da evolução de possíveis déficits cognitivos em pessoas em risco de demência. No Brasil foi proposto por BERTOLUCCI e col. (1994), e posteriormente validado por ALMEIDA (1998), que observaram que o escore do instrumento dependia no nível de escolaridade. Para o presente estudo, considerou-se os pontos de corte recomendados por HERRERA e col. (2002), que tomaram como base população de idosos não institucionalizados. Foram classificados com declínio cognitivo os idosos analfabetos com ponto de corte <19; idosos com 1 a 3 anos de escolaridade que apresentaram ponto corte <23; idosos com 4 a 7 anos de escolaridade com ponto de corte <24, e aqueles com 8 anos e mais com ponto de corte <28.

Variáveis de incapacidade funcional:

- **Dificuldade para executar uma ou mais Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD)** - dicotômica (Sim ou Não). As ABVD avaliadas foram atravessar um quarto caminhando, transferir-se, usar o vaso sanitário, banhar-se, vestir-se e alimentar-se (KATZ, 1983).
- **Dificuldade para executar uma ou mais Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)** - dicotômica (Sim ou Não). As AIVD avaliadas foram usar um meio de transporte, fazer compras, cuidar do próprio dinheiro, usar o telefone, tomar medicamentos (LAWTON e BRODY, 1969). No presente estudo foram excluídas as atividades de preparação de alimentos e tarefas domésticas por estarem relacionadas quase que exclusivamente ao sexo feminino.

3.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

O SF-12 foi testado quanto à sua confiabilidade por meio da análise de consistência interna, utilizando-se o teste do alfa de Cronbach. É utilizado quando se deseja conhecer a coerência entre as respostas aos itens de um questionário. Valores entre 0,70 e 0,90 representam boa consistência interna (CRONBACH, 1951). No presente estudo o alfa calculado com os 12 itens foi de 0,84, para o componente físico (06 itens) foi de 0,79 e para o mental (06 itens) foi de 0,75.

Para as variáveis dependentes (componentes físico e mental) testou-se a normalidade da distribuição baseando-se no Teste Kolmogorov-Smirnov. Não sendo detectada no componentes físico ($p=0,000$) e nem no mental ($p=0,006$) (Figuras 1 e 2). Transformaram-se os valores das variáveis em logaritmo e não também foi

detectada a normalidade. Foi testada a normalidade em homens e mulheres separadamente, mesmo assim não houve mudança quanto a normalidade das distribuições.

Figura 2 – Distribuição dos escores do componente físico do SF-12 de idosos não institucionalizados, Município de São Paulo, Estudo SABE, 2006. (n=1.160)

Figura 3 – Distribuição dos escores do componente mental do SF-12 de idosos não institucionalizados, Município de São Paulo, Estudo SABE, 2006. (n=1.160)

O teste de médias (Teste de Wald) (Tabela 2) apontou diferenças na avaliação da QVRS entre homens e mulheres. Fato este possivelmente explicado pela reconhecida diferença no estado de saúde segundo o sexo. Sabe-se, por exemplo, que as mulheres têm expectativa de vida maior que a dos homens, porém acompanhada de maiores índices de morbidade, incapacidades e uso de serviços de saúde.

Além dos distintos perfis de saúde (VERBRUGGE, 1982) e de morbimortalidade (LAURENTI e col.,1998; LAURENTI e col., 2005) entre homens e mulheres, outros estudos têm demonstrado que a avaliação da QVRS na população idosa também varia de acordo com o sexo, com piores resultados para o sexo feminino (SPRANGERS e col., 2000; ORFILA e col., 2007; DE BELVIS e col., 2008). Por este motivo, optou-se por realizar as análises separadamente para homens e mulheres, o que permitirá identificar quais são os fatores associados à QVRS responsáveis por esta diferença, nos idosos de São Paulo.

Tabela 2 – Média, Erro Padrão (EP) e Intervalo de Confiança (95%) dos Componentes Físico e Mental, segundo sexo de idosos não institucionalizados, São Paulo, 2006.

Sexo	Média (EP)	IC (95%)
PCS		
Homem	47,46 (0,45)	46,55 - 48,36
Mulher	43,11 (0,41)	42,28 - 43,95
MCS		
Homem	54,95 (0,47)	54,00 - 55,89
Mulher	53,34 (0,40)	52,53 - 54,15

Fonte: Estudo SABE, 2006.

PCS = Physical Component Score e *MCS* = Mental Component Score.

As variáveis dependentes foram dicotomizadas, adotando-se como ponto de corte na escala do SF-12 os valores medianos. A decisão apoiou-se na distribuição de valores, de tal forma que os abaixo da mediana foram considerados como pior avaliação dos componentes físico ou mental, enquanto que valores iguais ou acima da mediana foram considerados como uma melhor avaliação desses componentes (Tabela 3).

Tabela 3 – Valores medianos para Componente Físico (PCS) e Mental (MCS) do SF-12 segundo sexo de idosos não institucionalizados, Município de São Paulo, 2006.

Sexo	PCS-SF12	MCS-SF12
Homens	50,0	57,6
Mulheres	45,4	56,4

Fonte: Estudo SABE, 2006.

PCS = Physical Component Score e MCS = Mental Component Score.

Foi realizado teste para detectar associação por meio da distribuição do Qui-quadrado com correção *Rao-Scott* para avaliar diferenças entre as proporções dos componentes (físico ou mental) e as variáveis independentes.

Posteriormente, foram realizadas as análises univariadas; e a partir delas selecionaram-se as variáveis independentes, que apresentassem valor do p descritivo menor ou igual a 0,20, para a análise de regressão logística múltipla. As variáveis foram introduzidas no modelo uma a uma (método *Stepwise Forward*) e foram fixados valores de p descritivo iguais ou menores do que 5% ($p \leq 0,05$), para considerar o efeito da variável independente estatisticamente significativa. Durante inclusão das variáveis também foi testada a colinearidade entre as variáveis por meio do teste *Variance Inflation Factors (Vif)* (CHATTERJEE e col., 2000).

Foram criados quatro modelos de Regressão Logística Múltipla: Componente Físico *versus* variáveis de exposição (um modelo para os homens e outro para as mulheres); Componente Mental *versus* variáveis de exposição (um modelo para homens e outro para mulheres).

Ao final de cada modelo foi realizado o teste de *Hosmer-Lemeshow*, que fixa em $p \geq 0,05$ o valor ideal para um bom modelo de regressão logística (HOSMER e col., 1997; ARCHER e LEMESHOW, 2006).

O programa utilizado para a organização do banco de dados foi o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 12.0. As análises estatísticas foram realizadas no programa *Data Analysis and Statistical Software STATA* (STATA) versão 10.0, utilizando-se o comando *survey* que permite a análise de dados provenientes de amostras complexas.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

O Estudo SABE foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (COEP/FSP-USP) (ANEXO 2).

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO

Considerando a distribuição dos 1.160 idosos não institucionalizados do Município de São Paulo, em 2006, observou-se que 61,9% (n=718) eram mulheres e 38,1% (n=442), homens. A idade média entre as idosas foi 68,48 anos (EP=0,55 anos) e entre os homens, foi igual a 68,91 anos (EP=0,58 anos). As idades mínimas e máximas foram 60 e 95 anos, para as mulheres e 60 e 97 anos, para os homens. Com relação à faixa etária, 62,5% do total de idosos tinham entre 60 e 69 anos, 29,6%, entre 70 e 79 anos e 7,8% estavam com 80 anos ou mais, no momento da entrevista.

Com relação ao estado civil, entre as mulheres, 45,3% eram casadas e 54,7% não-casadas, enquanto entre os homens, 79,3% eram casados e apenas 20,7%, não-casados ($p<0,001$). Observou-se que a minoria dos idosos morava sozinha, sendo entre os homens a proporção de 8,9% e entre as mulheres 16,7% ($p<0,001$).

Quanto à escolaridade, 13,9% do total de idosos eram analfabetos, 26,6% tinham de 1 a 3 anos de estudo e 59,5% haviam estudado por pelo menos 4 anos. A proporção de analfabetos foi maior entre as mulheres (16,1%, contra 10,5% para homens), e maior escolaridade foi encontrada entre os homens (63,6%, contra 57,4% para as mulheres) ($p<0,05$).

A renda foi considerada insuficiente por 56,4% dos homens e 53,2% das mulheres. Quando a variável de suficiência de renda foi relacionada com o número de salários mínimos, observou-se maior proporção de idosos com maiores salários

entre os que consideraram sua renda suficiente, porém não foi encontrada associação estatisticamente significativa.

Quanto ao tipo de plano de saúde, observou-se que 55,5% do total de idosos possuíam direito apenas ao serviço público de saúde (SUS); entre os homens, 61,2% possuíam apenas direito ao SUS, enquanto entre as mulheres, a proporção foi um pouco menor, 51,7% ($p<0,001$). A maioria do total de idosos (72,8%) não relatou dificuldades para acessar os serviços de saúde, porém entre os que relataram ter, 72,3% possuíam apenas a assistência do SUS.

Com relação à ocupação, 31,4% do total de idosos exerciam algum tipo de trabalho, sendo que entre os homens a proporção foi de 43,8% e entre as mulheres, 21,9% ($p<0,001$).

Mais da metade (53,9%) avaliou sua saúde como Ruim e tal padrão não mudou com as idades, pois entre os mais jovens (60 a 69 anos), 52,2% avaliaram negativamente sua saúde, assim como os idosos da faixa etária de 70 a 79 anos (56,8%) e de 80 anos ou mais (55,9%). Com relação ao sexo, 56% das idosas avaliaram sua saúde negativamente, contra 50,6% dos homens.

Na população estudada, 19% não referiram ter doença crônica, 32% referiram apenas uma, e 49%, duas ou mais. Foi observada maior prevalência de multimorbidade entre as mulheres (53%), enquanto entre os homens a proporção foi de 43,9% ($p<0,05$). Do mesmo modo, observou-se maior consumo de medicamentos entre as idosas do sexo feminino, visto que 84,3% delas usavam dois ou mais medicamentos, enquanto que entre os homens, a proporção foi de 67,8% ($p<0,001$).

As maiores prevalências de doenças crônicas auto-referidas foram Hipertensão (62,7%), Doença Reumática (33,1%), Osteoporose (22,2%), Doença Cardíaca (21,1%) e Diabetes (20,4%). Optou-se por não trabalhar com o Câncer, devido o sub-registro observado na pesquisa (Tabela 4).

Tabela 4 – Prevalência (%) de doenças crônicas auto-referidas, segundo tipo de doença e sexo, em idosos não institucionalizados, Município de São Paulo, 2006.

Doença Crônica	Homens (n=442)	Mulheres (n=718)	Total (n=1.160)	Valor de p
Hipertensão	58,8	65,2	62,7	0,0467
Diabetes	19,7	20,8	20,4	0,6639
DPC	12,8	10,6	11,5	0,3075
Doença Cardíaca	23,3	19,6	21,1	0,1427
AVC	9,0	5,2	6,7	0,0268
Doença Reumática	23,4	76,5	33,1	0,0000
Osteoporose	3,9	34,4	22,2	0,0000
Câncer	4,9	3,6	4,4	0,3673

Fonte: Estudo SABE, 2006

Foram observadas ainda, diferenças significativas entre os sexos, para outras condições de saúde, como a prevalência de quedas, que foi maior entre as mulheres, 33,2% contra 19,4% dos homens. A incontinência urinária também afetou mais as idosas (26,6%) do que os idosos (11,8%), bem como a presença de sintomas depressivos, que foi detectada em 17,2% das mulheres e 9,5% dos homens (todas com $p < 0,001$).

Para conhecer o perfil de hábitos saudáveis, foram selecionadas duas variáveis relacionadas ao estilo de vida: hábito de fumar e prática regular de

atividades físicas. Entre os homens, observou-se que 16,9% eram fumantes e 54,2%, ex-fumantes; enquanto entre as mulheres, 11,9% eram fumantes e 67,6% declarou nunca ter fumado ($p<0,001$). Já a prática de atividades físicas moderadas ou caminhadas, por no mínimo três vezes na semana, foi relatada por 85% do total de idosos, sem diferença significativa entre os sexos.

Foi observada maior prevalência de incapacidade funcional entre as mulheres, sendo que 33,6% delas apresentaram dificuldades para executar uma ou mais AIVD, enquanto entre os homens, esta proporção foi de 22,5% ($p<0,005$). Já as dificuldades para desempenhar uma ou mais ABVD foram observadas em 25% das mulheres, contra 9,3% dos homens ($p<0,001$).

Quanto aos escores médios dos componentes físico e mental do SF-12 segundo as variáveis de exposição (Tabelas 5, 6 e 7) notou-se que os idosos, em geral, apresentaram maiores escores médios no componente mental da QVRS. Os homens apresentaram melhores escores do que as mulheres, em ambos os componentes, sendo maior a diferença no componente físico. Com relação à idade, quanto mais jovem o idoso, melhor foi sua avaliação no componente físico; ocorrendo o inverso com o componente mental, que melhorou com o avançar da idade.

Houve um aumento progressivo dos escores, tanto para o componente físico quanto para o mental, à medida que aumentava a escolaridade. Os idosos que consideraram possuir renda suficiente, pontuaram melhor em ambos os componentes, em relação aos idosos que consideraram sua renda insuficiente (Tabela 5).

Tabela 5 – Média e Erro Padrão dos Componentes Físico (PCS) e Mental (MCS), segundo blocos demográfico e socioeconômico (n=1.160).

BLOCOS	VARIÁVEIS	CATEGORIAS	PCS (EP)	MCS (EP)
Demográfico	<i>Faixa etária</i>	60-69	45,99 (0,46)	53,82 (0,39)
		70-79	43,49 (0,54)	54,19 (0,52)
		80 +	40,87 (0,73)	54,45 (0,59)
	<i>Sexo</i>	feminino	43,11 (0,41)	53,34 (0,40)
		masculino	47,46 (0,45)	54,95 (0,47)
	<i>Vida no campo</i>	não	45,92 (0,53)	54,99 (0,49)
		sim	44,25 (0,42)	53,41 (0,41)
	<i>Importância da Religião</i>	importante	44,82 (0,34)	54,09 (0,34)
		não importante	44,91 (1,06)	53,20 (1,43)
Socioeconômico	<i>Escolaridade</i>	analfabeto	40,24 (0,80)	52,59 (1,04)
		1 a 3 anos	45,08 (0,50)	53,05 (0,62)
		4 e mais	45,83 (0,41)	54,78 (0,39)
	<i>Suficiência de Renda</i>	suficiente	46,07 (0,52)	55,17 (0,40)
		insuficiente	43,87 (0,50)	53,03 (0,51)
	<i>Ocupação</i>	trabalha	47,66 (0,50)	54,81 (0,51)
		não trabalha	43,78 (0,43)	53,54 (0,41)
	<i>Tipo de seguro saúde</i>	privado	45,25 (0,49)	54,62 (0,42)
		SUS	44,52 (0,47)	53,47 (0,43)
	<i>Dificuldade de acesso</i>	não	45,83 (0,36)	54,76 (0,36)
		sim	41,89 (0,76)	51,90 (0,77)

Fonte: Estudo SABE, 2006.

PCS = *Physical Component Score* e MCS = *Mental Component Score*.

Idosos fumantes apresentaram escores discretamente maiores para o componente físico, enquanto para o componente mental, não-fumantes e ex-fumantes tiveram escores aproximadamente 2,5 pontos mais altos. Idosos que praticavam caminhadas ou atividades físicas moderadas pelo menos três vezes na semana apresentaram melhores pontuações do que idosos menos ativos, em ambos os componentes. A diferença foi maior no componente físico, chegando a mais de seis pontos na escala (Tabela 6).

Em relação à incapacidade funcional (Tabela 6), foi encontrada diferença considerável em ambos os componentes da QVRS, mas com maior impacto no físico. Idosos sem incapacidades para AIVD apresentaram escore médio de 47,54 no componente físico, nove pontos a mais do que os idosos com alguma incapacidade. Já os idosos sem incapacidades para ABVD, tiveram escore médio de 47,22 para o componente físico, quase 13 pontos acima do escore médio dos idosos com incapacidades.

Em relação a algumas condições relacionadas ao estado de saúde, os escores médios da QVRS (Tabela 7) foram maiores, em ambos os componentes, em todas as situações desejáveis de saúde, como auto-percepção positiva da saúde geral e da saúde bucal; ausência de doenças crônicas; não tomar medicamentos; não ter incontinência urinária; não ter depressão; não ter sofrido queda nem internação.

Tabela 6 – Média e Erro Padrão dos Componentes Físico (PCS) e Mental (MCS), segundo blocos de relacionamento social, estilo de vida e incapacidade funcional (n=1.160).

BLOCOS	VARIÁVEIS	CATEGORIAS	PCS (EP)	MCS (EP)
Relacionamento Social	Estado civil	casado	45,43 (0,44)	53,86 (0,46)
		não casado	44,02 (0,49)	54,13 (0,39)
	Mora sozinho	não	44,79 (0,36)	53,93 (0,36)
		sim	45,15 (0,82)	54,28 (0,71)
	Funcionalidade familiar	Funcional	44,97 (0,35)	54,61 (0,32)
		Disfuncional	43,91 (0,98)	49,03 (1,29)
Estilo de Vida	Tabagismo	fuma	46,14 (0,85)	51,06 (0,91)
		ex-fumante	45,51 (0,53)	54,24 (0,62)
		nunca fumou	44,07 (0,46)	54,58 (0,37)
	Prática de atividade física	sim	45,80 (0,32)	54,18 (0,37)
		não	39,41 (1,14)	52,85 (1,03)
	Incapacidade Funcional	Dificuldade p/ ABVD	não	47,22 (0,31)
sim			34,55 (0,90)	50,87 (0,89)
Dificuldade p/ AIVD		não	47,54 (0,31)	55,24 (0,35)
		sim	38,31 (0,74)	50,92 (0,71)

Fonte: Estudo SABE, 2006.

PCS = Physical Component Score e MCS = Mental Component Score.

Tabela 7 - Média e Erro Padrão dos Componentes Físico (PCS) e Mental (MCS), segundo variáveis do bloco de estado de saúde (n=1.160).

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	PCS (EP)	MCS (EP)
<i>Auto-percepção de saúde</i>	boa	49,52 (0,39)	56,20 (0,39)
	ruim	40,84 (0,48)	52,08 (0,47)
<i>Auto-percepção da saúde bucal</i>	boa	45,46 (0,38)	55,19 (0,33)
	ruim	43,15 (0,60)	50,75 (0,63)
<i>Auto-percepção do estado nutricional</i>	sim	45,28 (0,33)	54,73 (0,30)
	não	39,67 (1,64)	45,42 (1,53)
<i>Multimorbidade</i>	não	48,37 (0,34)	55,18 (0,39)
	sim	41,17 (0,46)	52,73 (0,45)
<i>Nº de medicamentos</i>	0	51,46 (0,58)	55,70 (0,78)
	1	48,52 (0,76)	54,67 (0,81)
	2 a 3	46,58 (0,45)	54,88 (0,49)
	4 e +	41,23 (0,52)	52,79 (0,42)
<i>Internação</i>	não	45,33 (0,36)	54,13 (0,33)
	sim	38,93 (1,03)	52,13 (1,06)
<i>Queda</i>	não	45,77 (0,39)	54,57 (0,40)
	sim	42,45 (0,57)	52,43 (0,65)
<i>Incontinência Urinária</i>	não	46,17 (0,33)	54,39 (0,34)
	sim	39,83 (0,69)	52,40 (0,74)
<i>Depressão</i>	não	46,05 (0,33)	56,05 (0,30)
	sim	38,12 (0,91)	42,21 (0,95)
<i>Declínio cognitivo</i>	não	45,20 (0,37)	54,23 (0,36)
	sim	43,63 (0,63)	53,12 (0,66)

Fonte: Estudo SABE, 2006.

PCS = Physical Component Score e MCS = Mental Component Score.

4.2 MULHERES – COMPONENTE FÍSICO

Entre as variáveis demográficas e socioeconômicas (Tabela 8), apenas para idade, escolaridade, trabalho e dificuldade no acesso ao serviço de saúde foi detectada associação estatisticamente significativa com o componente físico da QVRS. Entre as mais jovens (60-69 anos), 57,3% se encontraram acima do valor mediano, na faixa etária intermediária (70-79 anos), a proporção foi de 45,9% e entre as mais idosas (80 anos ou mais), apenas 34,2% ($p<0,001$).

A maior escolaridade associou-se a melhores escores do componente físico. A grande diferença foi observada entre as idosas analfabetas, destas, 67,5% apresentaram piores escores no componente físico ($p<0,001$). Entre as idosas que exerciam algum trabalho, 65,5% apresentaram boa QVRS e entre as que não trabalhavam a proporção foi de 48,6% ($p=0,004$).

A posse de plano de saúde privado ou público (SUS) não se mostrou associada à Qualidade de Vida das idosas, porém houve diferença entre as proporções da variável dificuldade em acessar os serviços de saúde e o componente físico da QVRS. Entre as idosas que não encontraram dificuldades, 56,1% apresentaram escores acima da mediana, enquanto entre as que relataram dificuldades, a proporção foi de apenas 41,6% ($p<0,005$).

Tabela 8 – Associação entre valores medianos do Componente Físico (PCS) de idosas e variáveis demográficas e socioeconômicas, Município de São Paulo, 2006. (n=718).

VARIÁVEIS	PCS <45,4 (%)	PCS ≥45,4 (%)	Total (%)	Valor de p
Idade				0,0001
60-69 anos	42,7	57,3	100,0	
70-79 anos	54,1	45,9	100,0	
80 e mais	65,8	34,2	100,0	
Vida no campo				0,1701
Não	44,7	55,3	100,0	
Sim	50,3	49,7	100,0	
Religião				0,5190
Católica	48,1	51,9	100,0	
Evangélica	52,9	47,1	100,0	
Espírita	36,4	63,6	100,0	
Ateu	49,0	51,0	100,0	
Budista	22,5	77,5	100,0	
Protestante	47,1	52,9	100,0	
Outra	45,0	55,0	100,0	
Importância da religião				0,3125
Importante	47,8	52,2	100,0	
Não importante	57,4	42,6	100,0	
Escolaridade				0,0001
Analfabeto	67,5	32,5	100,0	
1-3 anos	44,1	55,9	100,0	
4 e mais	44,4	55,6	100,0	
Suficiência de Renda				0,1095
Suficiente	43,7	56,3	100,0	
Insuficiente	51,8	48,2	100,0	
Ocupação				0,0040
Trabalha	34,5	65,5	100,0	
Não trabalha	51,4	48,6	100,0	
Tipo de plano				0,4576
Privado	46,5	53,5	100,0	
SUS	49,8	50,2	100,0	
Dificuldade p/ acessar serviços				0,0049
Não	43,9	56,1	100,0	
Sim	58,4	41,6	100,0	

Fonte: Estudo SABE, 2006.

Para nenhuma das variáveis de relacionamento social foi detectada associação com o componente físico da QVRS das idosas (Tabela 9). Já as variáveis de incapacidade funcional e prática de atividades físicas mostraram-se associadas ao

desfecho. A prática regular de caminhadas ou atividades físicas moderadas teve grande impacto na Qualidade de Vida das idosas, pois entre as idosas que as praticavam, 56,4% apresentaram boa QVRS, enquanto que, entre as que não praticavam, esta proporção foi de apenas 25,5% ($p<0,001$).

As associações estatisticamente significativas entre incapacidade funcional e o componente físico (Tabela 9) indicam a importância considerável que esta condição exerce sobre a QVRS das idosas. Entre as idosas que não apresentaram dificuldades para executar as atividades básicas (ABVD), 63,3% apontou ter boa Qualidade de Vida, contra apenas 17,4% das idosas que declararam ter dificuldade ($p<0,001$). Com relação às atividades instrumentais (AIVD), 65,7% das idosas que não tinham dificuldades para executá-las apresentaram boa Qualidade de Vida, contra apenas 24,3% das que declararam ter dificuldades ($p<0,001$).

A grande maioria das variáveis de estado de saúde (Tabela 10) apresentou associação com o componente físico da QVRS das idosas. Entre as idosas que avaliaram positivamente sua saúde, 74,4% apresentaram escores do componente físico acima da mediana, enquanto que entre as que avaliaram negativamente sua saúde, a proporção foi de apenas 34,1% ($p<0,001$). Para a auto-percepção da saúde bucal e a do estado nutricional também foi detectada associação forte com componente físico das idosas. Chamou à atenção o impacto da auto-avaliação negativa do estado nutricional, que levou 74,7% das idosas a pontuarem abaixo da mediana ($p<0,001$).

Tabela 9 – Associação entre valores medianos do Componente Físico (PCS) de idosas e variáveis de relacionamento social, estilo de vida e incapacidade funcional, Município de São Paulo, 2006. (n=718).

VARIÁVEIS	PCS <45,4 (%)	PCS ≥45,4 (%)	Total (%)	Valor de p
Estado marital				0,4707
Casado	46,6	53,4	100,0	
Não casado	49,5	50,5	100,0	
Mora sozinho				0,8299
Não	48,0	52,0	100,0	
Sim	49,1	50,9	100,0	
Funcionalidade familiar				0,2998
Funcional	47,5	52,5	100,0	
Disfuncional	54,0	46,0	100,0	
Tabagismo				0,5032
Nunca fumou	50,0	50,0	100,0	
Ex-fumante	44,9	55,1	100,0	
Fumante	43,7	56,3	100,0	
Prática de ativ. físicas				0,0000
Sim	43,6	56,4	100,0	
Não	74,5	25,5	100,0	
Dificuldade p/ ABVD	(%)	(%)	(%)	0,0000
Não	36,7	63,3	100,0	
Sim	82,6	17,4	100,0	
Dificuldade p/ AIVD				0,0000
Não	34,3	65,7	100,0	
Sim	75,7	24,3	100,0	

Fonte: Estudo SABE, 2006.

Entre as idosas que referiram ter apenas uma ou nenhuma doença crônica, 69,3% apresentaram maiores escores de QVRS (Tabela 10), enquanto entre as que tinham duas doenças ou mais, esta proporção foi de apenas 36,3% ($p<0,001$). Com relação ao uso de fármacos, observou-se piora da QVRS à medida que aumentava o número de medicamentos utilizados ($p<0,001$). A ocorrência de internação mostrou-se associada à pior QVRS das idosas, visto que entre as que referiram internação, apenas 15,5% apresentaram escores acima da mediana, contra 54,7% das idosas que não foram internadas no último ano ($p<0,001$).

Tabela 10 – Associação entre valores medianos do Componente Físico (PCS) de idosas e variáveis de estado de saúde, Município de São Paulo, 2006. (n=718).

VARIÁVEIS	PCS <45,4 (%)	PCS ≥45,4 (%)	Total (%)	Valor de p
Auto-percepção de saúde				0,0000
Boa	25,6	74,4	100,0	
Ruim	65,9	34,1	100,0	
Auto-percepção da saúde bucal				0,0006
Boa	44,1	55,9	100,0	
Ruim	60,3	39,7	100,0	
Auto-percepção do estado nutricional				0,0006
Boa	46,0	54,0	100,0	
Ruim	74,7	25,3	100,0	
Multimorbidade				0,0000
Não	30,7	69,3	100,0	
Sim	63,7	36,3	100,0	
Nº medicamento				0,0000
0	20,7	79,3	100,0	
1	32,7	67,3	100,0	
2 a 3	37,1	62,9	100,0	
4 e mais	60,3	39,3	100,0	
Internação				0,0000
Não	45,3	54,7	100,0	
Sim	84,5	15,5	100,0	
Queda				0,0534
Não	45,4	54,6	100,0	
Sim	53,7	46,3	100,0	
Incontinência urinária				0,0000
Não	41,0	59,0	100,0	
Sim	67,9	32,1	100,0	
Depressão				0,0000
Não	42,3	57,7	100,0	
Sim	73,2	26,8	100,0	
Declínio cognitivo				0,4167
Não	47,3	52,7	100,0	
Sim	51,2	48,8	100,0	

Fonte: Estudo SABE, 2006.

Entre as mulheres sem incontinência urinária, 59% indicaram ter boa Qualidade de Vida, enquanto entre as idosas com esta condição, a proporção foi de 32,1% (p<0,001). Quanto aos sintomas depressivos, 57,7% das idosas sem depressão

pontuaram acima da mediana, ao passo que entre as idosas com depressão, apenas 26,8% alcançaram a pontuação mediana ($p<0,001$) (Tabela 10).

Na regressão logística univariada (Tabela 11 e 12) puderam ser observadas variáveis associadas ao componente físico das idosas; são elas: idade; escolaridade; ocupação; dificuldades para acessar os serviços; dificuldades para AIVD; dificuldades para ABVD; prática regular de atividade física; auto-avaliação da saúde; auto avaliação da saúde bucal; auto-avaliação do estado nutricional; multimorbidade; número de medicamentos; internação; queda; incontinência urinária e depressão ($p<0,05$).

Além destas, foram selecionadas as variáveis suficiência de renda e vida no campo, por apresentarem valor de $p\leq 0,20$, limite fixado para entrada no modelo. Desta forma, variáveis de todos os blocos, exceto do bloco de relacionamento social, foram testadas no modelo múltiplo.

Tabela 11 - Variáveis demográficas, socioeconômicas, estilo de vida e incapacidade funcional selecionadas após análise univariada com o Componente Físico da QVRS de mulheres idosas, Município de São Paulo, 2006.

Variáveis	Categorias	Odds Ratio bruto (IC 95%)	Valor de p ($p \leq 0,20$)
Faixa etária	60 – 69 anos	1,00	
	70 – 79 anos	0,63 (0,45-0,87)	0,006
	80 e mais	0,38 (0,25-0,59)	0,000
Vida no campo	Não	1,00	
	Sim	0,80 (0,58-1,10)	0,170
Escolaridade	4 anos e mais	1,00	
	1 a 3 anos	1,01 (0,69-1,48)	0,943
	analfabeto	0,38 (0,24-0,59)	0,000
Suficiência de Renda	Suficiente	1,00	
	Insuficiente	0,72 (0,48-1,07)	0,110
Ocupação	Trabalha	1,00	
	Não trabalha	0,49 (0,31-0,79)	0,004
Dificuldade p/ acessar serviços	Não	1,00	
	Sim	0,55 (0,37-0,83)	0,005
Prática de atividades físicas	Sim	1,00	
	Não	0,26 (0,15-0,45)	0,000
Dificuldade p/ ABVD	Não	1,00	
	Sim	0,12 (0,07-0,20)	0,000
Dificuldade p/ AIVD	Não	1,00	
	Sim	0,16 (0,11-0,25)	0,000

Fonte: Estudo SABE, 2006.

Tabela 12 - Variáveis de estado de saúde selecionadas após análise univariada com o Componente Físico da QVRS de mulheres idosas, Município de São Paulo, 2006.

Variáveis	Categorias	Odds Ratio bruto (IC 95%)	Valor de p ($p \leq 0,20$)
Auto-percepção de saúde	Boa	1,00	
	Ruim	0,17 (0,11-0,26)	0,000
Auto-percepção da saúde bucal	Boa	1,00	
	Ruim	0,51 (0,35-0,74)	0,001
Auto-percepção do estado nutricional	Boa	1,00	
	Ruim	0,28 (0,13-0,59)	0,001
Multimorbidade	Não	1,00	
	Sim	0,25 (0,18-0,33)	0,000
Nº medicamentos	0	1,00	
	1	0,53 (0,20-1,42)	0,210
	2 a 3	0,44 (0,19-1,00)	0,050
	4 ou mais	0,17 (0,07-0,38)	0,000
Internação	Não	1,00	
	Sim	0,15 (0,06-0,35)	0,000
Queda	Não	1,00	
	Sim	0,71 (0,51-1,00)	0,054
Incontinência urinária	Não	1,00	
	Sim	0,32 (0,22-0,47)	0,000
Depressão	Não	1,00	
	Sim	0,26 (0,16-0,44)	0,000

Fonte: Estudo SABE, 2006.

No cálculo da regressão logística múltipla (Tabela 13) foram observadas menores chances para uma boa QVRS entre as mulheres idosas com 80 anos ou mais (OR = 0,56; IC = 0,33-0,96); entre aquelas que não praticavam atividades físicas (OR= 0,42; IC = 0,22-0,79); mulheres idosas com duas ou mais doenças crônicas (OR = 0,44; IC = 0,30-0,65); aquelas que relataram internação nos últimos 12 meses

(OR = 0,18; IC = 0,06-0,52); que referiram apresentar incontinência urinária (OR=0,44; IC=0,27-0,70); com sintomas de depressão (OR = 0,41; IC = 0,21-0,81); com dificuldade para executar ABVD (OR = 0,27; IC = 0,16-0,48); e com dificuldade para executar AIVD (OR = 0,38; IC = 0,22-0,66).

Tabela 13 – Modelo de regressão logística para variáveis relacionadas à boa QVRS no Componente Físico de mulheres idosas, Município de São Paulo, 2006.

Variáveis	Categorias	OR bruto (IC 95%)	OR ajustado (IC 95%)
Faixa etária	60 a 69 anos	1,00	1,00
	70 a 79 anos	0,63 (0,45-0,87)	0,69 (0,44-1,06)
	80 anos e +	0,38 (0,25-0,59)	0,56 (0,33-0,96)
Prática de atividades físicas	sim	1,00	1,00
	não	0,26 (0,15-0,45)	0,42 (0,22-0,79)
Multimorbidade	não	1,00	1,00
	sim	0,25 (0,18-0,33)	0,44 (0,30-0,65)
Nº de medicamentos	0	1,00	1,00
	1	0,53 (0,20-1,42)	0,62 (0,19-2,04)
	2 a 3	0,44 (0,19-1,00)	0,71 (0,24-2,10)
	4 ou mais	0,17 (0,07-0,38)	0,45 (0,16-1,22)
Internação	não	1,00	1,00
	sim	0,15 (0,06-0,35)	0,18 (0,06-0,52)
Incontinência urinária	não	1,00	1,00
	sim	0,32 (0,22-0,47)	0,44 (0,27-0,70)
Depressão	não	1,00	1,00
	sim	0,26 (0,16-0,44)	0,41 (0,21-0,81)
Dificuldades p/ ABVD	não	1,00	1,00
	sim	0,12 (0,07-0,20)	0,27 (0,16-0,48)
Dificuldades p/ AIVD	não	1,00	1,00
	sim	0,16 (0,11-0,25)	0,38 (0,22-0,66)

Fonte: Estudo SABE, 2006.

Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit: $p=0,6427$

VIF médio = 1,8

4.3 - MULHERES – COMPONENTE MENTAL

Conforme verificado (Tabela 14), nenhuma das variáveis demográficas apresentou associação estatisticamente significativa com o componente mental da QVRS das idosas. Entre as variáveis socioeconômicas, apenas renda associou-se significativamente ao desfecho. Das idosas que consideravam sua renda suficiente, 55,2% tiveram bons escores de QVRS, *versus* 45,3% das que não consideravam. O tipo de plano de saúde aproximou-se da significância ($p=0,05$). Entre as idosas que possuíam plano privado, 53,9% pontuaram acima da mediana, contra 45,88% das que possuíam apenas assistência do sistema público de saúde.

Entre as variáveis de relacionamento social (Tabela 15), apenas com a funcionalidade familiar foi encontrada associação com o componente mental da QVRS das idosas. Entre aquelas que se encontravam inseridas em uma família com bom nível de funcionalidade, 52,6% apresentaram melhores escores no componente mental, enquanto entre as idosas inseridas em uma família disfuncional, apenas 26,8% superaram a pontuação mediana ($p<0,001$).

Com relação ao estilo de vida (Tabela 15), não houve evidência estatística para concluir que a prática de atividades físicas estivesse associada ao componente mental; já o tabagismo influenciou negativamente a QVRS. Entre as idosas não-fumantes, 54,8% indicaram ter boa QVRS; entre as ex-fumantes a proporção caiu para 45,6% e entre as fumantes, apenas 28% tiveram escores acima da mediana ($p<0,001$). Idosas com dificuldades para desempenhar tanto as atividades básicas quanto instrumentais da vida diária também apresentaram pior QVRS ($p<0,05$).

Tabela 14 – Associação entre valores medianos do Componente Mental (MCS) de idosos e variáveis demográficas e socioeconômicas, Município de São Paulo, 2006.

VARIÁVEIS	MCS <56,4 (%)	MCS ≥56,4 (%)	Total (%)	Valor de p
Faixa etária				0,7041
60-69 anos	50,0	50,0	100,0	
70-79 anos	51,6	48,4	100,0	
80 e mais	46,9	53,1	100,0	
Vida no campo				0,1796
Não	46,5	53,5	100,0	
Sim	52,5	47,5	100,0	
Religião				0,2454
Católica	50,2	49,8	100,0	
Evangélica	50,2	49,8	100,0	
Espírita	55,4	44,6	100,0	
Ateu	65,1	34,9	100,0	
Budista	4,6	95,4	100,0	
Protestante	71,9	28,1	100,0	
Outra	53,2	46,8	100,0	
Importância da religião				0,8615
Importante	49,9	50,1	100,0	
Não importante	47,8	52,2	100,0	
Escolaridade				0,1245
0 anos	59,8	40,2	100,0	
1-3 anos	50,8	49,2	100,0	
4 e mais	47,1	52,9	100,0	
Suficiência de Renda				0,0153
Suficiente	44,8	55,2	100,0	
Insuficiente	54,7	45,3	100,0	
Ocupação				0,8022
Trabalha	49,4	50,6	100,0	
Não trabalha	50,7	49,3	100,0	
Tipo de plano				0,0503
Privado	46,1	53,9	100,0	
SUS	54,1	45,9	100,0	
Dificuldade p/ acessar serviços				0,0650
Não	47,7	52,3	100,0	
Sim	56,3	43,7	100,0	

Fonte: Estudo SABE, 2006.

Tabela 15 – Associação entre valores medianos do Componente Mental (MCS) de idosas e variáveis de relacionamento social, estilo de vida e incapacidade funcional, Município de São Paulo, 2006.

VARIÁVEIS	MCS <56,4 (%)	MCS ≥56,4 (%)	Total (%)	Valor de p
Estado marital				0,7805
Casado	50,8	49,2	100,0	
Não casado	49,8	50,2	100,0	
Mora sozinho				0,9600
Não	50,3	49,7	100,0	
Sim	50,0	50,0	100,0	
Funcionalidade familiar				0,0002
Funcional	47,4	52,6	100,0	
Disfuncional	73,2	26,8	100,0	
Prática de atividades físicas				0,7922
Sim	50,0	50,0	100,0	
Não	51,7	48,3	100,0	
Tabagismo				0,0007
Nunca fumou	45,2	54,8	100,00	
Ex-fumante	54,4	45,6	100,0	
Fumante	72,0	28,0	100,0	
Dificuldade p/ ABVD				0,0031
Não	46,6	53,4	100,0	
Sim	61,3	38,7	100,0	
Dificuldade p/ AIVD				0,0002
Não	44,8	55,2	100,0	
Sim	60,9	39,1	100,0	

Fonte: Estudo SABE, 2006.

Os testes de associação entre variáveis de estado de saúde e o componente mental da QVRS das idosas (Tabela 16) revelaram significância estatística para a maioria. Observaram-se maiores escores para QVRS com auto-percepção positiva da saúde geral, bucal e do estado nutricional, as que não tinham multimorbidade, sem depressão e que não sofreram queda no último ano (todas com $p < 0,05$).

Ainda verificou-se que entre as idosas com auto-percepção positiva da saúde bucal, 56,2% apresentaram boa QVRS, enquanto entre as que auto-avaliaram negativamente, a proporção foi de apenas 31,7% (Tabela 16). Entre aquelas com auto-percepção negativa do estado nutricional, apenas 18% apresentaram escores acima da mediana, enquanto para as idosas com auto-percepção positiva, a proporção foi de 52,6%.

Entre as idosas com multimorbidade, 44,2% apresentaram escores acima da mediana no componente mental, contra 56,03% das idosas com uma ou nenhuma doença crônica. Idosas que não utilizavam medicamentos, que não foram internadas no último ano e que não sofreram quedas apresentaram melhores escores no componente mental da QVRS, sendo as proporções, respectivamente, 64,4%, 50,5% e 53,8%. Chamou à atenção a baixa frequência (9,9%) de idosas com boa QVRS associada à presença de sintomas depressivos (Tabela 16).

Tabela 16 – Associação entre valores medianos do Componente Mental (MCS) de idosos e variáveis de estado de saúde, Município de São Paulo, 2006.

VARIÁVEIS	MCS <56,4 (%)	MCS ≥56,4 (%)	Total (%)	Valor de p
Auto-percepção de saúde				0,0000
Boa	38,8	61,2	100,0	
Ruim	59,2	40,8	100,0	
Auto-percepção da saúde bucal				0,0000
Boa	43,8	56,2	100,0	
Ruim	68,3	31,7	100,0	
Auto-percepção do estado nutricional				0,0000
Boa	47,4	52,6	100,0	
Ruim	82,0	18,0	100,0	
Multimorbidade				0,0033
Não	44,0	56,0	100,0	
Sim	55,8	44,2	100,0	
Nº medicamento				0,1341
0	35,6	64,4	100,0	
1	49,6	50,4	100,0	
2 a 3	46,8	53,2	100,0	
4 e mais	54,0	46,0	100,0	
Internação				0,1099
Não	49,5	50,5	100,0	
Sim	60,4	39,6	100,0	
Queda				0,0052
Não	46,2	53,8	100,0	
Sim	58,4	41,6	100,0	
Incontinência urinária				0,5794
Não	49,5	50,5	100,0	
Sim	52,2	47,8	100,0	
Depressão				0,0000
Não	41,6	58,4	100,0	
Sim	90,1	9,9	100,0	
Declínio cognitivo				0,9110
Não	50,1	49,9	100,0	
Sim	50,6	49,4	100,0	

Fonte: Estudo SABE, 2006.

Na regressão logística univariada (Tabela 17 e 18), estiveram estatisticamente associadas ao componente mental da QVRS das idosas as variáveis: escolaridade; suficiência de renda; funcionalidade familiar; tabagismo; dificuldades para AIVD; dificuldades para ABVD; auto-percepção da saúde; auto-percepção da saúde bucal; auto-percepção do estado nutricional; multimorbidade; número de medicamentos; queda e depressão.

Além destas, foram selecionadas as variáveis vida no campo, tipo de plano de saúde; dificuldade para acessar os serviços de saúde e internação, por apresentarem valor de $p \leq 0,20$, limite fixado para entrada no modelo. Desta forma, variáveis de todos os blocos foram testadas no modelo múltiplo.

Tabela 17 - Variáveis demográficas, socioeconômicas, de estilo de vida e incapacidade funcional selecionadas após análise univariada com o Componente Mental da QVRS de mulheres idosas, Município de São Paulo, 2006.

Variáveis	Categorias	Odds Ratio bruto (IC 95%)	Valor de p (p≤0,20)
Vida no campo	Não	1,00	
	Sim	0,78 (0,55-1,11)	0,180
Escolaridade	4 anos e mais	1,00	
	1 a 3 anos	0,86 (0,55-1,33)	0,503
	analfabeto	0,59 (0,36-0,98)	0,042
Suficiência de renda	Suficiente	1,00	
	Insuficiente	0,67 (0,48-0,92)	0,015
Tipo de plano	Privado	1,00	
	SUS	0,72 (0,52-1,00)	0,051
Dificuldade p/ acessar serviços	Não	1,00	
	Sim	0,70 (0,49-1,02)	0,065
Funcionalidade familiar	Funcional	1,00	
	Disfuncional	0,33 (0,18-0,59)	0,000
Tabagismo	Nunca fumou	1,00	
	Ex-fumante	0,69 (0,42-1,11)	0,127
	Fumante	0,32 (0,17-0,57)	0,000
Dificuldade p/ ABVD	Não	1,00	
	Sim	0,55 (0,37-0,81)	0,003
Dificuldade p/ AIBD	Não	1,00	
	Sim	0,52 (0,37-0,72)	0,000

Fonte: Estudo SABE, 2006.

Tabela 18 - Variáveis de estado de saúde selecionadas após análise univariada com o Componente Mental da QVRS de mulheres idosas, Município de São Paulo, 2006.

Variáveis	Categorias	Odds Ratio bruto (IC 95%)	Valor de p (p<0,20)
Auto-percepção de saúde	Boa	1,00	
	Ruim	0,43 (0,30-0,63)	0,000
Auto-percepção da saúde bucal	Boa	1,00	
	Ruim	0,36 (0,25-0,51)	0,000
Auto-percepção do estado nutricional	Boa	1,00	
	Ruim	0,19 (0,08-0,43)	0,000
Multimorbidade	Não	1,00	
	Sim	0,62 (0,45-0,85)	0,003
Nº medicamentos	0	1,00	
	1	0,56 (0,24-1,27)	0,165
	2 a 3	0,62 (0,29-1,36)	0,237
	4 ou mais	0,47 (0,22-0,99)	0,048
Internação	Não	1,00	
	Sim	0,64 (0,36-1,11)	0,112
Queda	Não	1,00	
	Sim	0,61 (0,43-0,86)	0,005
Depressão	Não	1,00	
	Sim	0,07 (0,04-0,14)	0,000

Fonte: Estudo SABE, 2006.

Na regressão logística múltipla (Tabela 19) foram observadas menores chances para uma boa QVRS no componente mental entre as idosas fumantes (OR=0,46; IC = 0,25-0,84); com auto-percepção negativa de sua saúde geral (OR=0,65; IC = 0,44-0,97); com auto-percepção negativa de sua saúde bucal (OR=0,57; IC = 0,41-0,78); que apresentaram sintomas depressivos (OR = 0,12; IC=0,06-0,22) e que sofreram queda no último ano (OR=0,55; IC = 0,39-0,78).

Tabela 19 – Modelo de regressão logística para variáveis relacionadas à boa QVRS
no Componente Mental de mulheres idosas, Município de São Paulo, 2006.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	OR bruto (IC 95%)	OR ajustado (IC 95%)
Funcionalidade Familiar	funcional	1,00	1,00
	disfuncional	0,33 (0,18-0,59)	0,67 (0,30-1,46)
Tabagismo	nunca fumou	1,00	1,00
	ex-fumante	0,69 (0,42-1,11)	0,75 (0,44-1,28)
	fumante	0,32 (0,17-0,57)	0,46 (0,25-0,84)
Auto-percepção de saúde	boa	1,00	1,00
	ruim	0,43 (0,30-0,63)	0,65 (0,44-0,97)
Auto-percepção da saúde bucal	boa	1,00	1,00
	ruim	0,36 (0,25-0,51)	0,57 (0,41-0,78)
Auto-percepção do estado nutricional	boa	1,00	1,00
	ruim	0,19 (0,08-0,43)	0,46 (0,15-1,41)
Depressão	não	1,00	1,00
	sim	0,07 (0,04-0,14)	0,12 (0,06-0,22)
Queda nos últimos 12 m	não	1,00	1,00
	sim	0,61 (0,43-0,86)	0,55 (0,39-0,78)

Fonte: Estudo SABE, 2006.

Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit: $p=0,9171$

VIF médio= 3,1

4.4 HOMENS – COMPONENTE FÍSICO

Entre as variáveis demográficas e socioeconômicas (Tabela 20), apenas faixa etária, suficiência de renda e ocupação foram estatisticamente significativas em relação ao desfecho. Entre os mais jovens (60-69 anos), 55,6% apresentaram bons escores no componente físico da QVRS; entre os idosos na faixa intermediária (70-79 anos) esta proporção foi de 45,7%; enquanto entre os mais velhos (80 e mais anos) apenas 32,3% posicionaram-se acima da mediana. Foram observadas, ainda, maiores proporções de idosos com boa QVRS entre aqueles que trabalhavam (59,6%) e entre os que referiram possuir renda suficiente para suprir suas necessidades (58,7%).

Entre as variáveis de relacionamento social, estilo de vida e de incapacidade funcional (Tabela 21), somente a prática de atividades físicas e dificuldades para ABVD mostraram-se estatisticamente significativas. Entre aqueles que praticavam caminhadas ou atividades físicas moderadas pelo menos três vezes na semana, 54,1% indicaram ter boa QVRS, enquanto entre os que não praticavam, a proporção foi de 35,9%. Entre os idosos sem dificuldades para executar ABVD, 55,5% qualificaram escores acima da mediana, contra apenas 10,9% dos idosos com dificuldades.

Tabela 20 – Associação entre valores medianos do Componente Físico (PCS) de homens idosos segundo variáveis demográficas e socioeconômicas, Município de São Paulo, 2006.

VARIÁVEIS	PCS <50,0 (%)	PCS ≥50,0 (%)	Total (%)	Valor de p
Faixa etária				0,0098
60-69 anos	44,4	55,6	100,0	
70-79 anos	54,3	45,7	100,0	
80 e mais	67,7	32,3	100,0	
Vida no campo				0,3202
Não	44,7	55,3	100,0	
Sim	50,5	49,5	100,0	
Escolaridade				0,9374
0 anos	51,6	48,4	100,0	
1-3 anos	47,6	52,4	100,0	
4 e mais	48,9	51,1	100,0	
Suficiência de renda				0,0454
Suficiente	41,3	58,7	100,0	
Insuficiente	53,9	46,1	100,0	
Ocupação				0,0160
Trabalha	40,4	59,6	100,0	
Não trabalha	55,1	44,9	100,0	
Tipo de plano				0,1031
Privado	43,5	56,5	100,0	
SUS	51,9	48,1	100,0	
Dificuldade p/ acessar serviços				0,0749
Não	47,1	52,9	100,0	
Sim	57,6	42,4	100,0	

Fonte: Estudo SABE, 2006.

Tabela 21 – Associação entre valores medianos do Componente Físico (PCS) de homens idosos e variáveis de relacionamento social, estilo de vida e incapacidade funcional, Município de São Paulo, 2006.

VARIÁVEIS	PCS <50,0 (%)	PCS ≥50,0 (%)	Total (%)	Valor de p
Estado marital				0,0784
Casado	50,8	49,2	100,0	
Não casado	39,9	60,1	100,0	
Mora sozinho				0,1922
Não	49,4	50,6	100,0	
Sim	38,4	61,6	100,0	
Funcionalidade familiar				0,7421
Funcional	49,0	51,0	100,0	
Disfuncional	46,1	53,9	100,0	
Prática de atividades físicas				0,0322
Sim	45,9	54,1	100,0	
Não	64,1	35,9	100,0	
Tabagismo				0,1634
Nunca fumou	43,0	57,0	100,0	
Ex-fumante	53,2	46,8	100,0	
Fumante	43,7	56,2	100,0	
Dificuldade p/ ABVD				0,0000
Não	44,5	55,5	100,0	
Sim	89,1	10,9	100,0	
Dificuldade p/ AIVD				0,0837
Não	45,8	54,2	100,0	
Sim	58,4	41,6	100,0	

Fonte: Estudo SABE, 2006.

Considerando os testes de associação entre as variáveis de estado de saúde e o componente físico da QVRS dos homens idosos (Tabela 22) verifica-se que metade destas variáveis associou-se ao desfecho. Entre os idosos com auto-percepção positiva da saúde, 67,7% pontuaram acima da mediana, contra 35,4% dos idosos com auto-avaliação negativa. Também foi observada maior proporção de idosos com boa QVRS entre aqueles sem multimorbidade (63,1%), que não haviam sofrido queda no último ano (54,3%), sem incontinência urinária (54,5%). Com relação ao uso de

medicamentos a piora na QVRS esteve diretamente relacionada ao aumento do número de medicamentos consumidos.

Tabela 22 – Associação entre Componente Físico (PCS) de homens idosos e variáveis de estado de saúde, Município de São Paulo, 2006.

VARIÁVEIS	PCS <50,0 (%)	PCS ≥50,0 (%)	Total (%)	Valor de p
Auto-percepção de saúde				0,0000
Boa	32,3	67,7	100,0	
Ruim	64,6	35,4	100,0	
Auto-percepção da saúde bucal				0,0821
Boa	45,7	54,3	100,0	
Ruim	56,0	44,0	100,0	
Auto-percepção do estado nutricional				0,7114
Boa	48,7	51,3	100,0	
Ruim	44,4	55,6	100,0	
Multimorbidade				0,0000
Não	36,8	63,2	100,0	
Sim	64,4	35,6	100,0	
Nº medicamento				0,0000
0	20,9	79,1	100,0	
1	32,4	67,6	100,0	
2 a 3	50,9	49,1	100,0	
4 e mais	67,4	32,6	100,0	
Internação				0,1565
Não	47,5	52,5	100,0	
Sim	62,5	37,5	100,0	
Queda				0,0237
Não	45,7	54,3	100,0	
Sim	61,2	38,8	100,0	
Incontinência urinária				0,0014
Não	45,5	54,5	100,0	
Sim	71,6	28,4	100,0	
Depressão				0,0748
Não	47,1	52,9	100,0	
Sim	64,5	35,5	100,0	
Declínio cognitivo				0,1012
Não	46,6	53,4	100,0	
Sim	56,2	43,8	100,0	

Fonte: Estudo SABE, 2006.

Na regressão logística univariada do componente físico dos homens (Tabelas 23 e 24), as variáveis faixa etária; suficiência de renda; ocupação; prática de atividade física; auto-percepção de saúde; multimorbidade; número de medicamentos; queda; incontinência urinária e dificuldades para ABVD apresentaram associação estatisticamente significativa com a variável dependente.

Além destas, foram selecionadas as variáveis estado marital, mora sozinho, tabagismo, tipo de plano de saúde, dificuldade para acessar os serviços de saúde, dificuldades para AIVD, auto-percepção da saúde bucal, internação, depressão e declínio cognitivo, por apresentarem valor de $p \leq 0,20$, limite fixado para entrada no modelo. Desta forma, variáveis de todos os blocos foram testadas no modelo múltiplo.

Tabela 23 - Variáveis demográficas, socioeconômicas, de relacionamento social, de estilo de vida e incapacidade funcional selecionadas após análise univariada com o Componente Físico da QVRS de homens idosos, Município de São Paulo, 2006.

Variáveis	Categorias	Odds Ratio bruto (IC 95%)	Valor de p (p≤0,20)
Faixa etária	60-69 anos	1,00	
	70-79 anos	0,67 (0,42-1,05)	0,082
	80 e mais	0,38 (0,20-0,70)	0,003
Suficiência de Renda	Suficiente	1,00	
	Insuficiente	0,60 (0,36-0,99)	0,046
Ocupação	Trabalha	1,00	
	Não trabalha	0,55 (0,34-0,89)	0,016
Tipo de plano	Privado	1,00	
	SUS	0,71 (0,47-1,07)	0,104
Dificuldade p/ acessar serviços	Não	1,00	
	Sim	0,65 (0,40-1,04)	0,076
Estado marital	Casado	1,00	0,080
	Não casado	1,55 (0,94-2,55)	
Mora sozinho	Não	1,00	
	Sim	1,56 (0,78-3,12)	0,195
Prática de atividades físicas	Sim	1,00	
	Não	0,47 (0,23-0,94)	0,035
Tabagismo	Nunca fumou	1,00	
	Ex-fumante	0,66 (0,40-1,08)	0,102
	Fumante	0,97 (0,50-1,85)	0,929
Dificuldade p/ ABVD	Não	1,00	
	Sim	0,09 (0,03-0,30)	0,000
Dificuldade p/ AIVD	Não	1,00	
	Sim	0,60 (0,33-1,07)	0,085

Fonte: Estudo SABE, 2006.

Tabela 24 - Variáveis de estado de saúde selecionadas após análise univariada com o Componente Físico da QVRS de homens idosos, Município de São Paulo, 2006.

Variáveis	Categorias	Odds Ratio bruto (IC 95%)	Valor de p (p≤0,20)
Auto-percepção de saúde	Boa	1,00	
	Ruim	0,26 (0,17-0,38)	0,000
Auto-percepção da saúde bucal	Boa	1,00	
	Ruim	0,66 (0,41-1,05)	0,083
Multimorbidade	Não	1,00	
	Sim	0,32 (0,20-0,51)	0,000
Nº medicamentos	0	1,00	
	1	0,55 (0,22-1,33)	0,184
	2 a 3	0,25 (0,12-0,52)	0,000
	4 ou mais	0,12 (0,6-0,25)	0,000
Internação	Não	1,00	
	Sim	0,54 (0,22-1,28)	0,162
Queda	Não	1,00	
	Sim	0,53 (0,30-0,92)	0,025
Incontinência urinária	Não	1,00	
	Sim	0,33 (0,16-0,65)	0,002
Depressão	Não	1,00	
	Sim	0,48 (0,21-1,08)	0,079
Declínio cognitivo	Não	1,00	
	Sim	0,68 (0,42-1,08)	0,102

Fonte: Estudo SABE, 2006.

Na regressão logística múltipla (Tabela 25) foram observadas menores chances para uma boa QVRS no componente físico entre os idosos com 80 anos ou mais de idade (OR = 0,43; IC = 0,21-0,85); aqueles com renda insuficiente (OR=0,55; IC = 0,31-0,99); aqueles que não praticavam atividades físicas (OR=0,45; IC = 0,23-0,91); que referiram ter duas ou mais doenças crônicas (OR = 0,52; IC=0,28-0,93); que utilizavam 2 a 3 medicamentos (OR = 0,31; IC = 0,15-0,66); que utilizavam 4 ou mais medicamentos (OR = 0,26; IC = 0,11-0,59) e que apresentaram dificuldades para executar ABVD (OR = 0,13; IC = 0,03-0,48).

Tabela 25 – Modelo de regressão logística para variáveis relacionadas à boa QVRS no Componente Físico de homens idosos, Município de São Paulo, 2006.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	OR bruto (IC 95%)	OR ajustado (IC 95%)
Faixa etária	60-69 anos	1,00	1,00
	70-79 anos	0,67 (0,42-1,05)	0,74 (0,43-1,28)
	80 e mais	0,38 (0,20-0,70)	0,43 (0,21-0,85)
Suficiência de renda	suficiente	1,00	1,00
	insuficiente	0,60 (0,36-0,99)	0,55 (0,31-0,99)
Prática de atividades físicas	sim	1,00	1,00
	não	0,47 (0,23-0,94)	0,45 (0,23-0,91)
Multimorbidade	não	1,00	1,00
	sim	0,32 (0,20-0,51)	0,52 (0,28-0,93)
Nº de medicamentos	0	1,00	1,00
	1	0,55 (0,22-1,33)	0,66 (0,26-1,65)
	2 a 3	0,25 (0,12-0,52)	0,31 (0,15-0,66)
	4 ou mais	0,12 (0,06-0,25)	0,26 (0,11-0,59)
Dificuldades p/ ABVD	não	1,00	1,00
	sim	0,09 (0,03-0,30)	0,13 (0,03-0,48)

Fonte: Estudo SABE, 2006.

Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit: $p=0,9275$

VIF médio = 2,4

4.5 HOMENS – COMPONENTE MENTAL

Realizados os testes de associação entre as variáveis demográficas e o componente mental da QVRS de homens idosos (Tabela 26), a única que apresentou diferença estatisticamente significativa foi a variável idade. Idosos mais jovens avaliaram pior sua QVRS quando comparados aos mais velhos. Entre os mais jovens (60-69 anos), 43,1% apresentaram boa QVRS, entre os idosos de 70 a 79 anos, a proporção foi de 58,1% e, entre os idosos mais velhos (80 anos e mais), de 51,6%.

A variável suficiência de renda aproximou-se da significância, com $p=0,05$, apontou que entre aqueles que consideraram sua renda suficiente, 54,5% apresentaram boa QVRS, enquanto entre os que não a consideraram suficiente, a proporção foi de 42,3% (Tabela 26).

Observando as associações entre as variáveis de relacionamento social, estilo de vida e de incapacidade funcional com o componente mental da QVRS dos homens idosos (Tabela 26), a única variável com diferença proporcional estatisticamente significativa foi dificuldades para AIVD. Entre aqueles que não encontraram dificuldades, 51,7% tiveram boa QVRS, já entre os idosos com alguma dificuldade, a proporção foi de apenas 33,7%.

Tabela 26 – Associação entre valores medianos Componente Mental (MCS) do SF-12 de homens idosos e variáveis demográficas e socioeconômicas, Município de São Paulo, 2006.

VARIÁVEIS	MCS <57,6 (%)	MCS ≥57,6 (%)	Total (%)	Valor de p
Faixa etária				0,0146
60-69 anos	56,9	43,1	100,0	
70-79 anos	41,9	58,1	100,0	
80 e mais	48,4	51,6	100,0	
Vida no campo				0,3533
Não	48,6	51,4	100,0	
Sim	54,1	45,9	100,0	
Religião				0,8222
Católica	51,6	48,4	100,0	
Evangélica	53,4	46,6	100,0	
Espírita	61,2	38,8	100,0	
Ateu	62,4	37,6	100,0	
Budista	77,6	22,4	100,0	
Protestante	51,5	48,5	100,0	
Outra	35,2	64,8	100,0	
Importância da religião				0,6604
Importante	52,3	47,7	100,0	
Não importante	48,1	51,9	100,0	
Escolaridade				0,4772
0 anos	61,9	38,1	100,0	
1-3 anos	52,7	47,3	100,0	
4 e mais	50,3	49,7	100,0	
Suficiência de renda				0,0532
Suficiente	45,5	54,5	100,0	
Insuficiente	57,2	42,3	100,0	
Ocupação				0,4815
Trabalha	50,2	49,8	100,0	
Não trabalha	54,0	46,0	100,0	
Tipo de plano				0,3445
Privado	49,3	50,7	100,0	
SUS	54,2	45,8	100,0	
Dificuldade p/ acessar serviços				0,1556
Não	49,7	50,3	100,0	
Sim	59,2	40,8	100,0	

Fonte: Estudo SABE, 2006.

Tabela 27 – Associação entre valores medianos do Componente Mental (MCS) do SF-12 de homens idosos e variáveis de relacionamento social, estilo de vida e incapacidade funcional, Município de São Paulo, 2006.

VARIÁVEIS	MCS <57,6 (%)	MCS ≥57,6 (%)	Total (%)	Valor de p
Estado marital				0,2152
Casado	53,8	46,2	100,0	
Não casado	47,3	52,7	100,0	
Mora sozinho				0,3088
Não	52,9	47,1	100,0	
Sim	44,6	55,4	100,0	
Funcionalidade familiar				0,4152
Funcional	51,3	48,7	100,0	
Disfuncional	59,9	40,1	100,0	
Prática de atividades físicas				0,6274
Sim	51,8	48,2	100,0	
Não	55,4	44,6	100,0	
Tabagismo				0,4794
Nunca fumou	53,1	46,9	100,0	
Ex-fumante	49,7	50,3	100,0	
Fumante	59,4	40,6	100,0	
Dificuldade p/ ABVD				0,6673
Não	51,9	48,1	100,0	
Sim	56,6	43,4	100,0	
Dificuldade p/ AIVD				0,0244
Não	48,3	51,7	100,0	
Sim	66,3	33,7	100,0	

Fonte: Estudo SABE, 2006.

Entre as variáveis relacionadas ao estado de saúde (Tabela 28), a maioria influenciou significativamente no componente mental da QVRS. Chamou à atenção as diferenças proporcionais de idosos com boa QVRS segundo a auto-percepção do estado nutricional, positiva (50,5%) e negativa (10,9%). Já entre os idosos com depressão, apenas 9,4% apresentaram boa QVRS, contra 51,7% dos idosos sem depressão.

Ainda observa-se que a auto-percepção positiva da saúde esteve associada a melhores escores no componente mental, assim como uma pior auto-avaliação esteve associada a pontuações mais baixas (Tabela 28). Entre os idosos com auto-percepção negativa da saúde bucal, 37,1% reportaram boa QVRS, contra 51,9% daqueles com auto-percepção positiva. Com relação às multimorbidade, entre os idosos com apenas uma ou nenhuma doença crônica, 63,1% apontaram ter boa QVRS, enquanto entre aqueles com multimorbidade, a proporção foi de apenas 35,6%. Também foi maior a proporção de idosos com boa QVRS entre aqueles sem incontinência urinária (50,8%) e que não haviam sofrido quedas no último ano (50,3%).

Tabela 28– Associação entre valores medianos do Componente Mental (MCS) do SF-12 de homens idosos e variáveis de estado de saúde, Município de São Paulo, 2006.

VARIÁVEIS	MCS <57,6 (%)	MCS ≥57,6 (%)	Total (%)	p-valor
Auto-percepção de saúde				0,0000
Boa	38,8	61,2	100,0	
Ruim	65,5	34,5	100,0	
Auto-percepção da saúde bucal				0,0084
Boa	48,1	51,9	100,0	
Ruim	62,9	37,1	100,0	
Auto-percepção do estado nutricional				0,0026
Boa	49,5	50,5	100,0	
Ruim	89,1	10,9	100,0	
Multimorbidade				0,0000
Não	36,9	63,1	100,0	
Sim	64,4	35,6	100,0	
Nº medicamento				0,3215
0	52,2	47,8	100,0	
1	44,4	55,6	100,0	
2 a 3	50,8	49,2	100,0	
4 e mais	57,9	42,1	100,0	
Internação				0,1488
Não	51,1	48,9	100,0	
Sim	66,3	33,7	100,0	
Queda				0,0291
Não	49,7	50,3	100,0	
Sim	63,2	36,8	100,0	
Incontinência urinária				0,0017
Não	49,2	50,8	100,0	
Sim	76,5	23,5	100,0	
Depressão				0,0000
Não	48,3	51,7	100,0	
Sim	90,6	9,4	100,0	
Declínio cognitivo				0,3509
Não	51,2	48,8	100,0	
Sim	56,7	43,3	100,0	

Fonte: Estudo SABE, 2006.

Os resultados das análises de regressão logística univariada para o componente mental da QVRS dos homens (Tabela 29) mostram que as variáveis com associação estatisticamente significativa foram idade; auto-percepção de saúde; auto-percepção da saúde bucal; auto-percepção do estado nutricional; multimorbidade; incontinência urinária; queda; depressão e dificuldades para AIVD.

Além destas, foram selecionadas as variáveis suficiência de renda; dificuldades para acessar os serviços de saúde e internação no último ano, por apresentarem valor de $p \leq 0,20$, limite fixado para entrada no modelo. Desta forma, foram testadas no modelo múltiplo, variáveis dos blocos demográfico, socioeconômico, estado de saúde e incapacidade funcional.

Tabela 29 - Variáveis demográficas, socioeconômicas, de incapacidade funcional e estado de saúde selecionadas após análise univariada com o Componente Mental da QVRS de homens idosos, Município de São Paulo, 2006.

Variáveis	Categorias	Odds Ratio bruto (IC 95%)	Valor de p (p≤0,20)
Faixa etária	60 – 69 anos	1,00	
	70 – 79 anos	1,83 (1,13-2,97)	0,014
	80 e mais	1,41 (0,87-2,26)	0,153
Suficiência de Renda	Suficiente	1,00	
	Insuficiente	0,62 (0,38-1,00)	0,054
Dificuldade p/ acessar serviços	Não	1,00	
	Sim	0,68 (0,39-1,16)	0,157
Auto-percepção de saúde	Boa	1,00	
	Ruim	0,33 (0,21-0,51)	0,000
Auto-percepção da saúde bucal	Boa	1,00	
	Ruim	0,54 (0,34-0,85)	0,009
Auto-percepção do estado nutricional	Boa	1,00	
	Ruim	0,11 (0,02-0,59)	0,010
Multimorbidade	Não	1,00	
	Sim	0,49 (0,31-0,78)	0,003
Internação	Não	1,00	
	Sim	0,53 (0,22-1,27)	0,154
Incontinência urinária	Não	1,00	
	Sim	0,29 (0,13-0,64)	0,003
Queda	Não	1,00	
	Sim	0,57 (0,35-0,94)	0,030
Depressão	Não	1,00	
	Sim	0,09 (0,03-0,29)	0,000
Dificuldade p/ AIVD	Não	1,00	
	Sim	0,47 (0,24-0,91)	0,026

Fonte: Estudo SABE, 2006.

Após análise de regressão logística múltipla (Tabela 30), foram observadas menores chances para boa QVRS entre os idosos com auto-percepção negativa de saúde ($OR = 0,39$; $IC = 0,25-0,62$); com presença de incontinência urinária ($OR=0,32$; $IC = 0,13-0,77$); que referiram depressão ($OR = 0,14$; $IC = 0,05-0,41$) e com dificuldades para executar uma ou mais AIVD ($OR = 0,59$; $IC = 0,27-1,26$).

Tabela 30 – Modelo de regressão logística para variáveis relacionadas à boa QVRS no Componente Mental de homens idosos, Município de São Paulo, 2006.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	OR bruto (IC 95%)	OR ajustado (IC 95%)
Faixa etária	60 a 69 anos	1,00	1,00
	70 a 79 anos	1,83 (1,13-2,97)	1,91 (1,11-3,27)
	80 anos e +	1,41 (0,87-2,26)	2,05 (1,13-3,71)
Auto-percepção de saúde	boa	1,00	1,00
	ruim	0,33 (0,21-0,51)	0,39 (0,25-0,62)
Incontinência urinária	não	1,00	1,00
	sim	0,29 (0,13-0,64)	0,32 (0,13-0,77)
Depressão	não	1,00	1,00
	sim	0,09 (0,03-0,29)	0,14 (0,05-0,41)
Dificuldade p/ AIVD	não	1,00	1,00
	sim	0,47 (0,24-0,91)	0,59 (0,27-1,26)

Fonte: Estudo SABE, 2006.

Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit $p=0,2379$

VIF médio = 1,5

Idosos mais velhos apresentaram maiores chances de ter uma boa QVRS [70-79 anos: $OR = 1,91$ ($IC = 1,11-3,27$); 80 anos e mais: $OR: 2,05$ ($IC = 1,13-3,71$)], quando comparados àqueles na faixa etária entre 60 a 69 anos.

5 DISCUSSÃO

No último censo, em 2010, foram contabilizados 190.755.799 habitantes no Brasil. Destes, 20.590.599 (10,8%) eram idosos, com 60 anos ou mais de idade, sendo a maioria (55,5%) representada por mulheres. No Estado e no Município de São Paulo, elas representaram, respectivamente, 56,8% e 59,9% da população. Entre os mais longevos, a razão de sexos foi ainda menor. No Brasil, 61,4% dos idosos com 80 anos ou mais eram mulheres. No Estado de São Paulo esta proporção foi de 64% e, no Município de São Paulo, chegou a 67,5% (DATASUS, 2011).

O envelhecimento populacional é um processo mais pertinente ao gênero feminino, na grande maioria dos países. Um dos fatores responsáveis por este fenômeno é a maior esperança de vida para as mulheres que, no Brasil, é de 77 anos, enquanto para os homens é de 69,4 anos (DATASUS, 2011). A maior proporção de mulheres em relação aos homens também pode ser explicada pela menor mortalidade feminina por causas externas, em jovens, e menor exposição às condições adversas ao longo do ciclo de vida, sem contar que as mulheres procuram muito mais os serviços de saúde que os homens (PEREIRA e col., 2005).

No presente estudo, igualmente, foi maior a proporção de mulheres idosas (61,9%) em relação à dos homens (38,1%). A maior expectativa de vida entre as mulheres não significa, entretanto, que elas vivam melhor. Ao contrário, estudos mostram que apesar de viverem mais, as mulheres paulistanas têm menos anos livres de incapacidade funcional do que os homens, assim como convivem mais tempo com a incapacidade (SANTOS, 2003; CAMARGOS e col., 2005).

Nesta pesquisa, homens idosos reportaram melhor Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), em ambos os componentes do SF-12. O escore médio do SF-12 no componente físico foi 43,1 pontos para as idosas e 47,4 para os idosos do sexo masculino. No componente mental, os escores foram maiores e a diferença entre os sexos, menor, sendo 53,3 pontos para mulheres e 54,9 para homens. Estes resultados estão de acordo com outros encontrados na literatura (BURDINE e col., 2000; THOMÉ e col., 2004; DE BELVIS e col., 2008; HOPMAN e col., 2009; DERMARTIROSLA e col., 2010), e indicam que o gênero pode ser um determinante social da Qualidade de Vida em idosos. Mesmo em estudos que investigaram Qualidade de Vida Global ou Relacionada à Saúde utilizando instrumentos diferentes do SF-12, também é observada pior qualidade de vida entre as mulheres (SPRANGERS e col., 2000; LIMA e col., 2009; CAMPOLINA e col., 2011).

As variáveis independentes foram agrupadas em seis blocos: Demográfico, Socioeconômico, Relacionamento Social, Estilo de Vida, Estado de Saúde e Incapacidade Funcional. Após as análises de regressão logística múltipla, todos os blocos, em algum modelo, associaram-se à QVRS dos idosos, com exceção do bloco de variáveis de relacionamento social.

Analisando o componente físico da QVRS dos idosos, quatro das variáveis associadas coincidiram entre homens e mulheres, resultando em dois perfis distintos (Tabela 31).

Tabela 31 – Síntese das variáveis associadas ao Componente Físico (PCS) da QVRS de Idosos não institucionalizados, segundo sexo. Município de São Paulo, 2006.

Variáveis associadas à QVRS	PCS - SF12	
	HOMEM	MULHER
<i>Demográficas</i>		
Faixa etária	x	x
<i>Socioeconômicas</i>		
Suficiência de Renda	x	
<i>Estilo de Vida</i>		
Prática de atividades físicas	x	x
<i>Estado de Saúde</i>		
Multimorbidade	x	x
Internação		x
Número de medicamentos	x	
Incontinência urinária		x
Depressão		x
<i>Capacidade Funcional</i>		
Dificuldades para ABVD	x	x
Dificuldades para AIVD		x

Fonte: Estudo SABE, 2006.

A idade esteve associada ao componente físico tanto de mulheres como de homens idosos. Indivíduos com 80 anos ou mais de idade tiveram menores chances para uma boa QVRS; entre as idosas, a chance foi 44% menor e entre os homens, 57% menor em relação aos idosos mais jovens (60-69 anos). Estudo com idosos não institucionalizados na Itália também utilizando o SF-12, encontrou piores escores no componente físico associados a idades mais avançadas (≥ 75 anos), com chance de cerca de 50% menor para uma boa QVRS (DE BELVIS e col., 2008). HOPMAN e col. (2009) após examinarem as associações entre doença crônica, idade e os componentes físico e mental da QVRS mensurada pelo SF-12, em indivíduos de 25 a 77 anos, encontraram piores escores no componente físico e melhores escores no componente mental do SF-12 associados ao aumento da idade.

Entre as variáveis do bloco socioeconômico, a suficiência de renda esteve associada apenas ao componente físico dos homens. Idosos que consideraram sua renda insuficiente tiveram chance 45% menor para boa QVRS no componente físico. A auto-avaliação da suficiência da renda também esteve associada ao componente físico de idosos italianos, sendo que para aqueles que a consideraram “absolutamente inadequada”, a chance para boa qualidade foi 50% menor do que para os que a consideraram “boa” (DE BELVIS e col., 2008). Dados semelhantes foram encontrados em estudo com idosos do Canadá, onde aqueles com renda adequada, boa saúde e que percebiam sentido em suas vidas apresentaram melhor Qualidade de Vida (LOW e MOLZAHN, 2007).

No Estado de São Paulo, pesquisa com 1.958 idosos, entre os anos 2001 e 2002 também encontrou baixa renda (em salários-mínimos), e baixa escolaridade

(em anos de estudo) associadas a baixos escores em determinados domínios da QVRS, mensurada pelo SF-36 (LIMA e col., 2009). JAKOBSSON e col. (2004) investigaram os fatores relacionados à QVRS, mensurada pelo SF-12, em idosos com e sem dor, encontrando, entre outras variáveis, a boa situação socioeconômica como determinante de melhor QVRS entre os idosos.

A renda é um dos fatores socioeconômicos diretamente relacionado com as condições de saúde das populações. Idosos pertencentes a estratos socioeconômicos menos favorecidos apresentam maior número de hospitalizações, maior risco para desenvolvimento de incapacidades funcionais, além de não desfrutarem de nutrição adequada, tampouco praticarem atividades físicas regulares (LIMA-COSTA e col., 2003). ROSSET e col. (2011) investigaram diferenciais socioeconômicos relacionados ao estado de saúde de indivíduos brasileiros mais velhos (≥ 80 anos) e encontraram baixa renda (1 salário mínimo) associada à menor capacidade cognitiva e maior número de sintomas depressivos.

Depressão é a doença psiquiátrica mais comum entre os idosos, freqüentemente sem diagnóstico e sem tratamento. A doença afeta diretamente a Qualidade de Vida, pois aumenta a carga econômica por seus custos diretos e indiretos, e pode, inclusive, levar a tendências suicidas (OLIVEIRA e col., 2006). A incidência de depressão está freqüentemente associada à idade, estado civil e classe social (CAMARANO, 1999).

No presente trabalho, a depressão foi mais prevalente entre as mulheres (17,2%) do que entre os homens (9,5%) idosos, e apresentou diferença estatisticamente significativa apenas para o sexo feminino, na análise do componente

físico da QVRS. Entre as idosas com sintomas depressivos, 73% apresentaram QVRS ruim e após análise de regressão logística, encontrou-se chance 59% menor para boa QVRS, em relação às idosas sem sintomas depressivos.

A depressão, claramente, pode reduzir índices de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde dos idosos, em parte, isso pode estar relacionado ao quadro de multimorbidade freqüente nesta população (WILSON e CLEARY, 1995; DUARTE e REGO, 2007). Estudo com 1.801 idosos norte-americanos mostrou que à medida que aumenta o grau de severidade da depressão, há declínio nos escores tanto do componente físico quanto mental do SF-12 e piora da capacidade funcional, ressaltando o efeito devastador que a depressão pode exercer não somente na função emocional, mas também física em indivíduos idosos (NÖEL e col., 2004).

Concomitante ao quadro depressivo, as idosas estudadas apresentaram piores indicadores de saúde, como por exemplo: maiores proporções de multimorbidade, maior consumo de medicamentos, maior prevalência de quedas e incontinência urinária. Esta última teve prevalência de 26,6% entre as mulheres e 11,8% entre os homens e, após a análise de regressão logística para o componente físico, ela foi estatisticamente significativa para a QVRS das mulheres idosas. Entre as incontinentes a chance para uma boa QVRS foi 56% menor, em relação às idosas sem incontinência urinária. VIEGAS e col. (2009), em seu estudo com 479 idosos do município de Porto Alegre-RS, encontraram prevalências de incontinência urinária semelhantes, 29,4% entre mulheres e 10,3% entre homens, além disso, compararam a qualidade de vida entre idosos com e sem incontinência urinária, por meio do

questionário *WHOQOL-Bref*. Para esses idosos, a avaliação da qualidade de vida foi melhor entre aqueles sem incontinência urinária.

LOPES e HIGA (2006) investigaram os tipos de restrições causadas pela incontinência urinária à vida de 164 mulheres, de 25 a 85 anos, atendidas em clínicas de ginecologia e urologia, no município de Campinas-SP. Mais da metade delas (64%) referiu uma ou mais restrições. Os tipos de restrições mais relatados foram quanto à atividade sexual (40,9%), à vida social (33,5%), à realização de atividades domésticas (18,9%) e atividades ocupacionais (15,2%), provocando baixa auto-estima, restrição social e problemas econômicos, devidos a gastos com absorventes e impossibilidade ou dificuldade em realizar trabalho remunerado fora de casa. GRIMBY e col. (1992) também apontam que mulheres com incontinência urinária são mais propícias ao isolamento, por evitarem contato social.

Ressalta-se, entretanto, que, dependendo do tipo e da severidade, a incontinência urinária é passível de tratamento fisioterápico, que é uma alternativa às intervenções cirúrgicas e que tem apresentado resultados positivos para a qualidade de vida feminina. Alguns estudos (BALMFORTH e col., 2006; RETT e col., 2007) têm demonstrado melhora significativa em todos os domínios da qualidade de vida relacionada à incontinência urinária abordados pelo *King's Health Questionnaire*, após tratamento fisioterapêutico para fortalecimento pélvico em mulheres.

Das variáveis do bloco de estilo de vida testadas, apenas a prática de atividades físicas esteve significativamente associada ao componente físico da QVRS. A falta de prática regular de caminhadas ou atividades físicas moderadas esteve significantemente associada a baixos escores do componente físico de

mulheres e homens idosos. Entre as mulheres que não praticavam atividades físicas no mínimo três vezes por semana, a chance para uma boa qualidade de vida foi 58% menor do que para as mulheres ativas. Entre os homens inativos, a chance foi 55% menor. DE BELVIS e col. (2008) encontraram piores escores para os componentes físico e mental do SF-12 em idosos que não praticavam atividades físicas regulares, sendo o maior impacto sobre o componente físico.

TOSCANO e OLIVEIRA (2009), compararam a QVRS, mensurada pelo SF-36, entre 238 idosas do município de Aracaju-SE, de acordo com o nível de atividade física, mensurada pelo IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*). Este questionário classifica como “mais ativa” a pessoa que realiza atividades físicas por pelo menos 150 minutos por semana, e “menos ativa” aquela que realiza abaixo dessa frequência. Observaram que a maior contribuição na demanda energética foi devida a atividades domésticas, seguidas das de lazer. Foram observados melhores escores nos oito domínios da QV para as mulheres mais ativas, em comparação com as menos ativas.

Idosos ativos têm menor risco para doenças coronarianas, hipertensão, acidente vascular cerebral, diabetes, câncer de cólon e mama; bem como maior nível de aptidão cardiorrespiratória, melhor estrutura óssea e muscular, melhor função cognitiva, menor risco de sofrerem quedas (OMS, 2011) e de desenvolverem depressão (STRAWBRIDGE e col., 2002). Desta forma, pode-se afirmar que a falta de atividade física regular e suas implicações constituem em potencial fator de risco para o declínio funcional e aumento de custos com tratamentos de saúde para os idosos. Neste contexto, programas direcionados à prática de atividades físicas podem

e devem ser implementados como estratégia de promoção da saúde e prevenção de incapacidades nos idosos, uma vez que melhoram o estado de vitalidade, desempenho cognitivo e ampliam a rede de relacionamento social; e também reduzem os níveis de tensão, ansiedade, dor, fadiga, depressão, melhorando o bem estar psicológico (VIRTUOSO JÚNIOR e GUERRA, 2008; TOSCANO e OLIVEIRA, 2009; TAYLOR e col., 2004).

Apesar da prática de exercícios físicos ser usualmente incentivada para perda de peso e problemas cardíacos, há evidências de que pode auxiliar também na preservação das habilidades mentais. Segundo estudo longitudinal com idosos italianos institucionalizados, a prática regular de atividades físicas está associada à prevenção de demências e, mesmo em idosos demenciados, a prática de exercícios propicia melhorias significativas relacionadas ao comportamento, distúrbios do sono e redução no uso de medicamentos antipsicóticos (LANDI e col., 2004). Em outro estudo longitudinal, com mais de cinco mil mulheres idosas norte-americanas, YAFFE e col. (2001) concluíram que entre as idosas com maiores níveis de atividade física foi menor a incidência de declínio cognitivo, após um período de acompanhamento que variou de 6 a 8 anos.

Entre as variáveis relacionadas ao estado de saúde, a presença de multimorbidade associou-se a baixos escores do componente físico de ambos os sexos. Idosas com duas ou mais doenças crônicas tiveram chance 56% menor para uma boa QVRS, em relação às que apresentavam apenas uma ou nenhuma doença crônica. Para os homens com multimorbidade, a chance foi 48% menor.

De fato, vários estudos, verificados na revisão sistemática de FORTIN e col. (2004) identificaram relação inversa entre multimorbidade e Qualidade de Vida, nos âmbitos físico, social e psicológico, de indivíduos de várias faixas etárias. SPRANGERS e col. (2000) também observaram, em uma amostra de pacientes com 45 anos ou mais de idade, a influência negativa de grupos de doenças crônicas sobre ambos os componentes da QVRS, mensurada pelo SF-36.

Resultado semelhante foi encontrado em população idosa estudada por DE BELVIS e col. (2008). A ocorrência de duas ou mais doenças crônicas afetou os componentes físico e mental de idosos, mensurados pelo SF-12, sendo os piores escores os do componente físico. Neste, idosos com multimorbidade tiveram chance 73% menor para considerarem ter boa QVRS, comparados aos idosos livres de doença crônica. Já no componente mental, para os idosos com multimorbidade, a chance para uma boa QVRS foi 50% menor.

Outro estudo realizado com 360 idosos da cidade de São Paulo, cuja maioria (65,1%) apresentava pelo menos uma morbidade, avaliou o impacto da doença crônica na QVRS, medida por meio do questionário genérico SF-36. Dos oito domínios mensurados pelo instrumento, os que pioraram progressivamente com o aumento do número de morbidades foram: capacidade funcional, limitações por aspectos físicos e estado geral de saúde (CAMPOLINA e col., 2011).

A grande maioria das doenças crônicas, incluindo doenças do coração e câncer, é evitável em cerca de 70% dos casos. Por esta razão, atenção deve ser dada aos fatores de risco por trás dessas doenças crônicas, como o hábito de fumar, sedentarismo, obesidade e ingestão inadequada de alimentos, por exemplo. Atuando

positivamente sobre os fatores de risco relacionados ao estilo de vida, é possível postergar o aparecimento de doenças crônicas, aumentando o tempo de vida livre de morbidades (FRIES, 2000; FRIES, 2002). KUTNER e col. (1992) ressaltam que, pelo fato de a maioria dos idosos apresentarem pelo menos uma doença crônica, esforços devem ser direcionados para ações de promoção da saúde, com o objetivo de manter a capacidade funcional do indivíduo.

VAN DEN AKKER e col. (1998) em um estudo longitudinal na Noruega, identificaram aumento da idade, baixo nível de escolaridade e posse de seguro de saúde público relacionados à ocorrência de multimorbidade. A amostra do estudo foi realizada com indivíduos de todas as idades, o que permitiu observar o comportamento freqüente da multimorbidade em todas as faixas etárias. Por este motivo os autores reforçam que a conduta clínica de reduzir sinais e sintomas a um único diagnóstico não deve se restringir exclusivamente à gerontologia.

O número de medicamentos associou-se apenas com o componente físico dos homens. Quanto maior o número de medicamentos, menores foram as chances para uma boa QVRS. Idosos que administravam quatro ou mais medicamentos tiveram chance 74% menor em relação aos idosos que não administravam nenhum medicamento. DE BELVIS e col. (2008) encontraram chances reduzidas para uma boa QVRS, no componente físico (chance 63% menor) e no mental (40% menor), entre os idosos que relataram consumo de medicamentos nos últimos dois dias, em relação aos que não consumiram.

No presente estudo o aumento do número de medicamentos esteve associado tanto à ocorrência de internação quanto à presença de multimorbidade. Entre os

indivíduos que não utilizavam medicamentos, a ocorrência de internação no último ano foi de 4,9% e de multimorbidade foi de 1,5%, enquanto entre os que utilizavam quatro medicamentos ou mais, a ocorrência de internação foi de 70,3% e de multimorbidade foi de 68,3%.

A ocorrência de internação no último ano também esteve associada ao componente físico das mulheres neste estudo. Idosas que foram hospitalizadas tiveram chance 82% menor para uma boa QVRS, em relação às que não foram internadas. A internação é um indicador da ocorrência de tipos graves de doenças, que demandam cuidados hospitalares e geralmente são incapacitantes (COSTA ROSA e col., 2003). De fato, no presente estudo, houve associação entre a presença de incapacidade funcional e a ocorrência de internação, pois a prevalência de internações entre os idosos com alguma incapacidade para AIVD ou ABVD foi o dobro da prevalência entre os que não apresentaram incapacidades, de 6% e 12%, respectivamente ($p < 0,05$).

A incapacidade funcional é definida pela dificuldade ou mesmo impossibilidade de desempenhar determinadas atividades da vida cotidiana (VERBRUGGE e col., 1994). Na presente pesquisa, foi caracterizada pela dificuldade em desempenhar atividades instrumentais (AIVD) e básicas (ABVD) da vida diária. Entre os homens, 9% apresentaram dificuldades para executar ABVD e entre estes, 89% apresentaram escores do componente físico abaixo do valor mediano, caracterizados como QVRS ruim. Após a regressão logística múltipla, a variável manteve-se associada, e a chance para uma boa QVRS foi 87% menor para os idosos com dificuldades para ABVD, em relação aos idosos sem dificuldades.

Para as mulheres, tanto dificuldades para AIVD quanto ABVD estiveram associadas ao componente físico do SF-12. A prevalência de dificuldades para AIVD foi de 33,6% e entre estas, 75% apresentaram QVRS ruim. Ter dificuldades para desempenhar AIVD reduziu em 62% as chances para uma boa QVRS. Já a prevalência de dificuldades para ABVD foi de 25%, e entre elas, 82% indicaram QVRS ruim. Idosas com dificuldades para desempenhar ABVD tiveram suas chances para uma boa QVRS reduzidas em 73%.

DE BELVIS e col. (2008) acessaram a perda da capacidade funcional por meio da redução de autonomia devido à doença crônica, com três opções de resposta: “não”; “sim, algumas vezes”; e “sim, freqüentemente”. A perda de autonomia associou-se tanto no componente físico quanto mental do SF-12, sendo que no físico, idosos que relataram perda da autonomia algumas vezes, tiveram chance 76% menor para uma boa QVRS, enquanto para aqueles que relataram freqüente redução de autonomia, a chance foi 85% menor.

Dado o papel relevante que a incapacidade funcional exerce na Qualidade de Vida dos idosos, é importante conhecer os fatores que conduzem a ela. Segundo estudos já realizados na área, a incapacidade funcional entre os idosos tem etiologia complexa, porém, previsível. COSTA ROSA e col. (2003) encontraram associados à incapacidade funcional de idosos, determinantes de origem socioeconômica (escolaridade, situação ocupacional); sociodemográfica (idade, composição familiar, situação de propriedade do domicílio); referente a relações sociais (visitar amigos e parentes); referentes à saúde (internação nos últimos seis meses, saúde mental

prejudicada, problemas de visão e história de derrame) e referente à auto-percepção de saúde (avaliação pessimista da saúde ao se comparar com seus pares).

PARAHYBA e col. (2005) verificaram associações significativas entre o aumento no risco de incapacidade funcional e aumento da idade; a declaração de cor branca; morar em área urbana; ter baixos níveis de renda e de escolaridade. Enquanto GIACOMIN e col. (2008) encontraram além do aumento da idade, também, a auto-percepção negativa do estado geral de saúde e a presença de algumas doenças crônicas (hipertensão, artrite, diabetes e acidente vascular cerebral. DEL DUCA e col. (2009) verificaram que a cor da pele parda/preta e o aumento da idade associaram-se com incapacidades para ABVD, enquanto para as AIVD, associou-se apenas o aumento da idade.

Estudo realizado na coorte Epidoso (Epidemiologia do Idoso) com idosos residentes no município de São Paulo investigou os fatores associados à perda da capacidade funcional, avaliada pelo grau de dependência para AIVD e ABVD. Os fatores de risco encontrados foram aumento da faixa etária, escore no mini-mental inferior a 24 pontos, ter hipertensão e asma. Por outro lado, foram fatores protetores o suporte social (relacionamento mensal com amigos) e as atividades de lazer (assistir televisão e realizar atividades manuais) (D'ORSI e col., 2011).

Sabendo que no processo incapacitante as primeiras atividades afetadas são as instrumentais e posteriormente as básicas, SEIDEL e col. (2011) investigaram as limitações precedentes das incapacidades para as AIVD (cozinhar, fazer compras e realizar trabalho doméstico) por meio de medidas objetivas (força de preensão e velocidade de caminhada) e auto-relatos (dificuldades para curvar-se, agachar-se e

ajoelhar-se, por exemplo). Ambas foram capazes de identificar idosos em estágio inicial de incapacidades, passível de intervenções.

Com relação ao componente mental da QVRS dos idosos, apenas a auto-percepção da saúde e a depressão se associaram simultaneamente para homens e mulheres, resultando também em dois perfis bastante distintos, conforme mostrado na tabela 32.

Tabela 32 – Síntese das variáveis associadas ao Componente Mental (MCS) da QVRS de Idosos não institucionalizados, segundo sexo. Município de São Paulo, 2006.

Variáveis associadas à QVRS	MCS - SF12	
	HOMEM	MULHER
<i>Demográficas</i>		
Faixa etária	x	
<i>Estilo de Vida</i>		
Tabagismo		x
<i>Estado de Saúde</i>		
Auto-percepção da saúde	x	x
Auto-percepção da saúde bucal		x
Incontinência urinária	x	
Depressão	x	x
Queda		x

Em estudos de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde com a população idosa, tem sido observada melhor avaliação no componente mental e pior, no físico (BRAZIER e col., 1992; OSBORNE e col., 2003; MYINT e col., 2009), assim como

neste estudo. Porém, diferentemente de outras pesquisas (SHERBOURNE e col., 1992; GARCÍA e col., 2005; DE BELVIS e col., 2008), nas quais as relações sociais (ter maior suporte social, frequente contato com amigos e com familiares) aparecem como determinantes da QVRS dos idosos, neste estudo, nenhuma das variáveis relativas ao bloco de relacionamento social permaneceu associada ao desfecho.

Homens idosos com idades mais avançadas apresentaram melhores escores no componente mental do que os mais jovens. Aqueles com idades entre 70 e 79 anos tiveram 1,9 vezes mais chances de relatarem boa QVRS em relação aos de 60 a 69 anos, já aqueles com 80 anos ou mais de idade tiveram chance 2,0 vezes a dos de 60 a 69 anos. Estes resultados também aparecem em outros estudos (DE BELVIS e col., 2008; MYINT e col., 2009), e podem estar relacionados ao fato de que pessoas mais velhas possuem maior nível de resiliência (LUNDMAN, 2007; FORTES e col., 2009), que é a capacidade de superar ou se adaptar a situações desfavoráveis da vida.

O hábito de fumar associou-se apenas ao componente mental das mulheres. Mulheres fumantes apresentaram chance 54% menor para uma boa QVRS quando comparadas às não fumantes. No estudo de DE BELVIS e col. (2008), os idosos fumantes apresentaram chances reduzidas em 14% para boa QVRS no componente mental, medida pelo SF-12, em relação aos não-fumantes. LIMA e col. (2009), utilizando o SF-36 observaram também escores mais baixos para o componente mental, entre os idosos fumantes.

Esta associação entre o hábito de fumar e pior qualidade de vida no componente mental pode ser explicada pelo fato de que houve associação estatisticamente significativa entre o hábito de fumar e depressão, que possivelmente

está relacionada a quadros de ansiedade. Idosos fumantes apresentaram prevalência de 25,9% de sintomas depressivos, em comparação com os ex-fumantes (11,5%) e com os que nunca haviam fumado (12,9%).

Apesar de não ter sido observada associação estatisticamente significativa entre o tabagismo e o componente físico da QVRS no presente estudo, é importante citar que hábito de fumar entre idosos já foi apontado como fator associado à pior capacidade física (MICHAEL e col., 1999; MYINT e col., 2005), domínio importante para determinação da QVRS.

A auto-percepção da saúde associou-se ao componente mental do SF-12 dos homens e mulheres idosos. Mulheres com auto-percepção da saúde negativa tiveram chance 35% menor para uma boa QVRS, em relação às idosas com avaliação positiva. Já entre os homens, a chance foi 61% menor. Estes dados são coerentes com estudos anteriores, que mostram a saúde auto-percebida associada ao envelhecimento bem sucedido e à Qualidade de Vida (COVINSKY e col., 1999; MORAES e SOUZA, 2005; LOW e MOLZAHN, 2007; MIRANDA DE NÓBREGA e col., 2009). Esta forte associação pode ser explicada pelo fato de que idosos com melhor saúde se consideram bem o suficiente para perseguir seus propósitos, e a boa saúde, nesse sentido, funciona como um mecanismo facilitador para a atuação dos idosos (LOW e MOLZAHN, 2007). Ser capaz de realizar seus próprios anseios traz ou mantém cheias de significado as vidas dos idosos, favorecendo a sensação de bem-estar e promovendo sua Qualidade de Vida. Além disso, já foi descrito na literatura que o modo como uma pessoa percebe seu estado de saúde está relacionado a

resultados subseqüentes para a saúde, inclusive o óbito (MOSSEY e SHAPIRO, 1982; IDLER e BENYAMINI, 1997).

A auto-percepção da saúde bucal refere-se a uma experiência subjetiva do indivíduo sobre seu bem-estar funcional, social e psicológico (MARTINS e col., 2010); e pode informar mais sobre como a doença afeta a vida das pessoas do que medidas objetivas de doenças orais (LOCKER, 1997). No presente estudo, idosas com auto-percepção negativa da saúde bucal tiveram chance 43% menor para uma boa QVRS, em comparação àquelas cuja auto-percepção era positiva.

Cerca de 70% dos idosos tiveram auto-percepção positiva da saúde bucal, assim como em estudos anteriores (BENYAMINI e col., 2004; MARTINS e col., 2010). Este indicador, entretanto, muitas vezes pode não refletir a real condição clínica da saúde oral dos idosos, que tendem a considerá-la como ruim apenas diante de manifestações agudas (SILVA e FERNANDES, 2001; MARTINS e col., 2010).

Resultados de NARVAI e ANTUNES (2003) provenientes do Estudo SABE, em 2000, mostraram que menos de 1% dos idosos tinham todos os dentes. O alto grau de mutilação dentária não implicou, entretanto, em auto-percepção negativa da saúde bucal. Embora 22% dos idosos tenham referido dificuldades de mastigação e 3%, dificuldades de deglutição, o amplo emprego de próteses, referido por 63% deles, possivelmente contribuiu para minimizar os efeitos das perdas dentárias, bem como para auto-percepção positiva da saúde bucal.

Neste estudo não foram investigadas variáveis clínicas referentes à saúde bucal dos idosos, não permitindo fazer qualquer correlação com a auto-percepção da

mesma. No entanto, há de se considerar que um quarto das idosas ter referido autopercepção negativa de sua saúde bucal não é uma razão desprezível, muito menos quando se observa que entre elas, 68% indicaram piores níveis de QVRS. Além disso, a literatura aponta relação entre a pior condição de saúde bucal e o consumo inadequado de nutrientes importantes entre idosos brasileiros (ANDRADE e col., 2011). A literatura internacional também mostra que, após controlada por fatores socioeconômicos, a redução do número de dentes e da função dentária tem sido associada à dieta de baixa qualidade e menor consumo de frutas e vegetais entre a população idosa (SAVOCA e col., 2010; BRENNAN e col., 2010).

Em 1992, ROSA e col. encontraram condições precárias de saúde bucal entre idosos do Município de São Paulo. Problemas como o alto índice de idosos edêntulos (ausência completa de dentes) e lesões devido ao uso de próteses denunciavam uma assistência odontológica falha ou inexistente. Como resultado de esforços para incrementar a atenção básica com assistência à saúde bucal da população, atualmente, os paulistanos contam com ampla rede de atendimento odontológico inserida nas Unidades Básicas de Saúde, que apesar de, para a população idosa, se caracterizar como assistência curativa, pode ser encarado como um fato positivo para a alta demanda de idosos com problemas bucais. Entretanto o comprometimento dental deve ser prevenido em idades mais jovens, o que implica em ações de promoção e prevenção específicas também para estas faixas etárias.

A ocorrência de queda no último ano afetou a avaliação no componente mental apenas das mulheres. Idosas que sofreram queda tiveram chance 45% menor para uma boa QVRS, em relação àquelas que não sofreram quedas.

Existe na literatura uma série de estudos que aponta fatores de risco para quedas em idosos e os mais frequentemente encontrados são: problemas de visão, uso de medicamentos (especialmente diuréticos e psicoativos), presença de doenças crônicas, flexibilidade diminuída, perdas de força muscular e de equilíbrio (GUIMARÃES e FARINATTI, 2005). A composição corporal e o medo de vir a cair, além de estarem associados ao risco de cair, também podem impactar na QVRS dos idosos (SUZUKI e col., 2002; OZCAN e col., 2005).

GILL e col. (2005) também encontraram associados ao risco de cair em idosos, pouca renda e escolaridade baixa. Idosos com baixos níveis de condições socioeconômicas têm piores condições de saúde, que, conhecidamente, estão associadas à ocorrência de quedas. Além disso, idosos com melhores níveis educacionais são mais atentos aos fatores de risco para quedas e têm maior acesso a informações e estratégias de proteção contra os riscos de cair.

Alguns idosos, após sofrer uma queda, podem desenvolver problemas emocionais como depressão e perda da confiança. Esses processos podem desencadear ansiedade e medo de cair novamente, limitando o idoso nas realizações de suas atividades de vida diária e afetando sua QVRS (SUZUKI e col., 2002).

Cabe citar a importância do ambiente em que se vive, como um domínio da Qualidade de Vida das pessoas idosas. Nos estudos em gerontologia (HWANG e col., 2003) a importância do ambiente tem sido identificada, pois a ocorrência de quedas é exemplo do quanto o ambiente pode ser propício para o desenvolvimento de condições incapacitantes para os idosos. Destaca-se não apenas a prevenção de quedas, como exemplo de ações e benefícios relacionados ao ambiente, mas também

o favorecimento de interações sociais (CAVALLERO e col., 2007), envolvimento em atividades recreativas e vizinhança livre de criminalidade (SUNDEEN e MATHIEU, 1976). Além disso, o ambiente também pode ser modificado de modo a maximizar a capacidade dos idosos, compensando o declínio funcional, devido ao próprio processo de envelhecer ou a presença de alguma doença incapacitante (LAWTON, 1983; CUMMING e col., 1999).

No presente estudo a prevalência de quedas entre as mulheres foi de 33,2%, enquanto entre os homens foi de 19,4%. As idosas estudadas apresentaram maior número de doenças crônicas, maior consumo de medicamentos, pior capacidade funcional, maior prevalência de incontinência urinária e pior auto-avaliação de saúde do que os idosos. Essas informações são frequentemente obtidas no momento do contato com os profissionais de saúde, os quais podem identificar idosos em situação de risco para quedas e intervir com medidas preventivas, direta ou indiretamente.

Em se tratando de prover qualidade aos anos ganhos de vida, os esforços, sem dúvida, devem ser focados nas ações de prevenção de doenças e incapacidades, bem como na promoção da saúde e bem estar. Com isso, os idosos serão capazes de manterem-se independentes, preservando sua autonomia. Entretanto, uma vez instalado um processo físico incapacitante, cabe, também, especialmente aos serviços de saúde, fornecer informações e condições suficientes, para que os idosos utilizem recursos e tecnologias disponíveis a fim de melhorar seu desempenho funcional, colaborando positivamente para sua Qualidade de Vida.

Da mesma forma que afetou o componente físico das idosas, a presença de incontinência urinária teve impacto no componente mental da QVRS dos homens

idosos. Entre os incontinentes a chance para uma boa QVRS foi 68% menor em relação aos que não eram incontinentes. Apesar da baixa prevalência de incontinência urinária entre os homens (12%) em relação às das mulheres (26,6%), a redução na sua QVRS foi considerável. Ressalta-se que entre os idosos incontinentes, apenas 23,5% apontaram ter boa QVRS, enquanto entre os idosos continentais, esta proporção foi de 52,1%.

A incontinência urinária tem maior prevalência no sexo feminino e está associada principalmente a infecções urinárias, diabetes, uso de fármacos (como os diuréticos), distúrbios emocionais e obstipação (BOTELHO e col., 2007). Nos idosos do sexo masculino, a incontinência urinária geralmente é uma complicação pós-prostatectomia, devido ao câncer (FLORATOS 2002; KUBAGAWA e col., 2006).

O câncer de próstata é uma localização das mais frequentes nos homens e sua incidência aumenta após os 50 anos de idade. Fatores genéticos e hábitos de vida podem estar associados ao maior risco para a doença, que pode ser facilmente diagnosticada. O tratamento, dependendo do estágio da doença, pode incluir cirurgia, radioterapia ou ambos (INCA, 2011). No presente estudo, 9,4% dos idosos referiram ter realizado cirurgia para retirada da próstata e o relato de incontinência urinária foi maior entre os idosos que realizaram a cirurgia (20%) em relação aos que não realizaram (10,1%).

A incontinência urinária interfere nas atividades de vida diária dos idosos, reduzindo seus índices de Qualidade de Vida. Indivíduos incontinentes tendem a desenvolver modificações comportamentais devido à incontinência urinária, uma delas é limitar suas atividades sociais (VIEGAS e col., 2009). Este fato pode explicar

a associação encontrada entre a presença de incontinência urinária e o componente mental da QVRS dos idosos, no presente estudo.

Assim como no componente físico das mulheres, a depressão associou-se ao componente mental da QVRS tanto de mulheres quanto de homens idosos. Para os homens com depressão, a chance para uma boa QVRS foi 86% menor em relação aos idosos sem depressão. Já para as mulheres com depressão, a chance foi 88% menor.

NÖEL e col., (2004) investigaram o impacto da depressão e um grupo de doenças crônicas sobre quatro indicadores de saúde geral: qualidade de vida global, domínios físico e mental da saúde (SF-12) e capacidade funcional (para o trabalho, família e socialização). Controlada por todas as outras variáveis, inclusive as sociodemográficas, a depressão foi a única variável associada estatisticamente significativa com os quatro desfechos. Algumas morbidades, como diabetes, doença pulmonar crônica, artrite e hipertensão contribuíram mais para a pior capacidade funcional dos idosos, entretanto, a depressão teve maior contribuição para a pior saúde mental, incapacidade funcional e QVRS, independente das outras doenças.

Ainda segundo NÖEL e col., (2004) a depressão está associada com o declínio do nível de saúde, fato freqüente entre os idosos, que apresentam pior estado de saúde. Comentam ainda que apesar de ser vista como seqüela de outra morbidade, a depressão entre os idosos também está relacionada a uma variedade de fatores psicossociais, como viuvez, aposentadoria, diminuição da renda e isolamento social. Por este motivo, aprimorar o processo de reconhecimento, diagnóstico e tratamento da depressão potencializa as chances de melhorar a vida do paciente, apesar das demais comorbidades.

Condizendo com os achados de outros estudos, na população estudada também foi observada maior prevalência de depressão em mulheres. No próprio Estudo SABE, em 2000, sintomas depressivos foram detectados em 12,7% dos homens e 22% das mulheres idosas. Segundo BEEKMAN e col. (1999, apud CERQUEIRA, 2003) esse predomínio de depressão nas mulheres pode ser devido a viés de relato, uma vez que as mulheres relatam mais sintomas do que os homens; a fatores psicopatológicos, pois as mulheres são mais vulneráveis e estão mais expostas a fatores etiológicos de transtornos emocionais; ou ainda, a condição socioeconômica desfavorável quando comparadas aos homens, que possuem níveis mais elevados de escolaridade e renda (LUNSKY, 2003).

Embora a depressão esteja relacionada a idades mais avançadas, não deve ser considerada inerente ao processo de envelhecimento. De acordo com publicação do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, 2009) sobre saúde mental de idosos nas Américas, o processo depressivo desencadeia angústia e sofrimento, e nos idosos pode levar a prejuízos no funcionamento físico, mental e social. Como agravante, a presença de transtornos depressivos, muitas vezes, afeta negativamente o tratamento de outras doenças crônicas. Idosos com depressão procuram mais freqüentemente os serviços médicos, usam mais medicamentos e têm maior tempo de hospitalização, tornando-se onerosos ao setor da saúde.

Apesar de ser passível de tratamento em 80% dos casos, a depressão é subdiagnosticada e subtratada entre idosos que vivem na comunidade (CDC, 2009). Esta subnotificação ocorre porque, no dia a dia o idoso é avaliado por diversos especialistas que, focados no seu alvo de abordagem, acabam perdendo a visão

integral do paciente, deixando de diagnosticar e tratar doenças que interagem entre si, com efeitos deletérios sobre a saúde e a QV deles (DUARTE e REGO, 2007).

Esperava-se encontrar associação entre relacionamento social e QVRS dos idosos, fato este que não foi observado. Em parte isso pode ter ocorrido devido à grande maioria dos idosos (86%) morar acompanhado, muitos destes, provavelmente convivendo com outras gerações, ou ainda à boa funcionalidade familiar, relatada por 89% dos idosos. Morar sozinho não influenciou na QVRS de idosos mexicanos (GALLEGOS-CARRILLO e col., 2009), avaliada pelo SF-36, ao contrário do estado marital casado e aumento no número de familiares e amigos próximos.

Apesar de perderem significância estatística no modelo múltiplo, as variáveis de relacionamento social se mostraram associadas ao componente mental do SF-12 de idosas na análise univariada, onde 73% das inseridas em famílias disfuncionais apresentaram escores abaixo do valor mediano.

As relações intra-domiciliares possivelmente atuam positivamente na Qualidade de Vida dos idosos; entretanto, nesta fase, deve-se estimular também o convívio social extra-domiciliar, a manutenção da rede de amizades e a prática de atividades de lazer. Segundo FARQUHAR (1995b), relações familiares, contatos sociais e atividades de recreação são considerados fatores tão importantes quanto estado geral de saúde e capacidade funcional, na determinação da QV dos idosos.

Outra variável que não se associou aos desfechos foi a religiosidade. Praticamente todas as mulheres (96,1%) e homens (89,7%) declararam considerar a religião importante. Um número muito pequeno de idosos na categoria contrária,

poderia explicar a ausência de associação, porém, mesmo entre os que consideraram a religião importante, não foi detectada diferença estatisticamente significativa na avaliação da QVRS, em nenhum dos componentes.

A aplicação de resultados de pesquisas em Qualidade de Vida, ferramenta necessária ao planejamento, implantação e avaliação de serviços de saúde, deve ser considerada um ganho fundamental nesta área. Estudos desta natureza permitem identificar populações em risco para condição desfavorável de morbidade e até mortalidade. Além disso, podem conduzir a melhoramentos no ambiente em que se encontra o idoso, peça importante para a promoção da saúde e prevenção de doenças, princípios básicos para intervenções em Saúde Pública.

Segundo a OMS (OMS, 2005) para que o envelhecimento seja uma experiência positiva, deve ser acompanhado de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança, que são os pilares para o “envelhecimento ativo”, definido como *“processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”*.

Ressalta-se que para um envelhecimento bem sucedido é preciso, sobretudo, ter uma vida saudável, portanto os cuidados relativos à saúde e bem-estar não devem se restringir apenas aos idosos. Entre os hábitos de estilo de vida modificáveis citam-se o tabagismo, a prática de atividades físicas e as escolhas alimentares, que vêm sendo cada vez mais recomendados como estratégia para um envelhecimento bem sucedido (FRANKLIN e TATE, 2008). Uma população com acesso à educação de qualidade, ao trabalho, a ambientes saudáveis e assistida com programas de atenção

básica em saúde, certamente, terá maiores chances de chegar às idades avançadas com boa Qualidade de Vida.

Vale ressaltar que a interpretação desses dados deve ser feita com cautela, levando-se em consideração as limitações deste estudo que se referem ao seu desenho transversal e a utilização de doenças auto-relatadas para a criação da variável independente relacionada à multimorbidade.

Os estudos transversais permitem verificar as associações entre a variável dependente e as independentes, porém não são apropriados para a determinação de relações causais. No tocante a utilização do auto-relato de doenças, apesar de poder apresentar uma parcela de inconsistências, essa metodologia tem sido bastante aplicada em estudos epidemiológicos de base populacional, especialmente por exigir menos recursos e conforme estudos prévios é uma medida confiável (SIMPSON e col. 2004; RUTLEDGE e col., 2010).

6 CONCLUSÃO

Variáveis de todos os blocos, exceto de Relacionamentos Sociais, influenciaram no Componente Físico da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde dos idosos estudados. Entre as mulheres, apresentaram melhor QVRS aquelas com idade entre 60 e 69 anos, que praticavam atividades físicas, que não tinham mais do que uma doença crônica, que não haviam passado por internação nos últimos 12 meses, aquelas sem incontinência urinária, sem depressão e que não apresentavam dificuldades para desempenhar atividades da vida diária (AIVD e ABVD).

Entre os homens, após análise do Componente Físico, detectou-se melhor QVRS entre os que tinham idade entre 60 e 69 anos, com auto-percepção da renda como suficiente, que praticavam atividades físicas, que não tinham mais do que uma doença crônica, que não utilizavam medicamentos e que não apresentavam dificuldades para desempenhar ABVD.

Na análise do Componente Mental da QVRS, apenas dois blocos associaram-se significativamente para os homens (Demográfico e Estado de Saúde) para as mulheres (Estilo de Vida e Estado de Saúde). Idosas que não fumavam, com auto-percepção positiva do estado geral de saúde e de saúde bucal, sem depressão e sem relato de queda nos últimos 12 meses tiveram melhor QVRS.

Entre os homens, apontaram melhor índice de QVRS no Componente Mental os idosos com idades mais avançadas (≥ 70 anos), com auto-percepção positiva do estado geral de saúde, sem incontinência urinária e sem depressão.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entre as variáveis investigadas, boa parte se encontrou associada aos desfechos estudados. As variáveis relacionadas ao Estado de Saúde foram as que mais contribuíram para a QVRS dos idosos, independente do sexo. Este resultado coincide com outros estudos, reforçando o efeito importante que a presença de doenças e outras condições incapacitantes exercem sobre a QVRS dos idosos.

Acredita-se que a maior contribuição deste estudo foi a possibilidade de identificar os fatores associados à QVRS de acordo com o sexo. Este tipo de recorte permitiu a identificação de perfis distintos de determinação da QVRS, que ainda não haviam sido apontados em estudos anteriores, como por exemplo, a influência da incontinência urinária sobre o Componente Mental dos homens e da auto-percepção da saúde bucal sobre o Componente Mental das mulheres.

A prática de atividade física já tem sido demonstrada como fator importante na determinação da QVRS em idosos da comunidade. Na metodologia aplicada, foi caracterizado como prática regular de atividade física, o tempo mínimo de 10 minutos em três dias na semana, considerado pouco se comparado à recomendação da OMS, de 150 minutos semanais. Entretanto, foi interessante observar que mesmo diante desta categorização, houve benefícios consideráveis para a QVRS entre os idosos “ativos” em comparação com os “inativos”. A prática de atividade física e o tabagismo, que também afetou negativamente a Componente Mental das idosas, são reconhecidas como variáveis comportamentais modificáveis durante o curso de vida.

De acordo com busca bibliográfica, pode-se dizer que este é o primeiro estudo brasileiro avaliando a QVRS, por meio do SF-12, em idosos não

institucionalizados. Apesar de se tratar de uma medida subjetiva, neste estudo foram apontados fatores bastante concretos - portanto passíveis de intervenção ou prevenção - capazes de interferir negativamente na QVRS dos idosos, como os baixos níveis de renda, presença de múltiplas doenças crônicas, presença de incapacidades funcionais, incontinência urinária, ocorrência de quedas, depressão e a falta de atividade física.

Entre estes, a incapacidade funcional exerceu forte influência sobre o Componente Físico da QVRS de mulheres e homens idosos. Segundo a literatura, o principal fator de risco para o desenvolvimento de incapacidade funcional tem sido apontado como a presença de doenças crônicas, cuja associação com QVRS também foi significativa neste estudo. Segundo a OMS, mais da metade das doenças cardíacas, derrames e diabetes tipo 2 poderia ser evitada e cerca de 40% dos cânceres prevenidos, caso os fatores de risco fossem eliminados. Seria utópico pensar na “eliminação” de todos os fatores de risco para estas doenças, mas sem dúvida, boa parte pode ser prevenida ou controlada, adotando-se estilos mais saudáveis de vida.

Modificações nos hábitos de vida dependem não apenas de fatores individuais, mas também de fatores externos relacionados a questões sociais, econômicas e ambientais, que são de responsabilidade principalmente dos órgãos governamentais. Em 1994 foi criada, no Brasil, a Política Nacional do Idoso. Regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 2006).

Desde então, se observa evolução em termos de legislação no país. Em 1999 o governo federal anunciava a Política Nacional de Saúde do Idoso, assumindo que a perda da capacidade funcional poderia vir a ser o principal problema a afetar o idoso. Em 2003 foi sancionado o Estatuto do Idoso e posteriormente a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa passou por readequações, sendo aprovada em 2006. A finalidade primordial dessa nova Política é “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios do SUS” (BRASIL, 2006). Entre as oito diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa estão a promoção do envelhecimento saudável e ativo e a atenção integral à saúde da pessoa idosa, que estão diretamente relacionadas à Qualidade de Vida dos idosos.

Considerando que o objetivo fundamental do Estudo SABE é fornecer informações sobre o perfil de envelhecimento dos idosos do Município de São Paulo, acredita-se que o presente estudo trouxe importante contribuição para o conhecimento sobre a saúde deste grupo, permitindo, inclusive, comparações com pesquisas sobre Qualidade de Vida de nível internacional, que se encontram bastante evoluídas.

Nos países desenvolvidos, cada vez mais, intervenções estão sendo realizadas para o aprimoramento da Qualidade de Vida e bem-estar dos idosos, o que não seria possível sem os avançados estudos nesta área. Espera-se que o Brasil caminhe também para esta direção e que a população idosa, em um curto espaço de tempo, possa alcançar níveis desejáveis de bem estar e qualidade de vida.

8 REFERÊNCIAS

ADLER, N.E.; BOYCE, T.; CHESNEY, M.A.; COHEN, S.; FOLKMAN, S.; KAHN, R.L.; SYME, S.L. Socioeconomic Status and Health: the challenge of the gradient. **American Psychologist**, January 1994.

ALBUQUERQUE, S.M.R.L. **Envelhecimento ativo: desafio dos serviços de saúde para melhoria da qualidade de vida dos idosos**. 2005. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

ALMEIDA, O.P.; ALMEIDA, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq Neuropsiquiatria**, 57(2B):421-6, 1999.

ALMEIDA, O.P. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arq Neuropsiquiatria**, 56(3-B):605-612, 1998.

ALVES, L.C.; LEIMANN, B.C.Q.; VASCONCELOS, M.E.L.; CARVALHO, M.S.; VASCONCELOS, A.G.G.; FONSECA, T.C.O.; LEBRÃO, M.L.; LAURENT, R. Influência das doenças crônicas na capacidade funcional de idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(8): 1924-1930, ago, 2007.

ANDERSON, R.T.; AARONSON, N.K.; WILKEN, D. Critical review of the international assessment of health-related quality of life. **Quality of Life Research**, 2:369-365, 1993.

ANDRADE, F.B.; CALDAS JUNIOR, A.F.; KITOKO, P.M.; ZANDONADE, E. The relationship between nutrient intake, dental status and family cohesion among older Brazilians. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(1):113-122, jan, 2011.

ARCHER, L.J.; LEMESHOW, S. Goodness-of-fit for a logistic regression model fitted using survey sample data. **The Stata Journal**, 6, Number 1, PP.97-105, 2006.

BALMFORTH, J.R.; MANTLE, J.; BIDMEAD, J.; CARDOZO, L. A prospective observational trial of pelvic floor muscle training for female stress urinary incontinence. **BJU Int.**, 98(4):811-7, 2006.

BEEKMAN, A.T.; COPELAND JR, E.; PRINCE, M.J. Review of community prevalence of depression in latter life. **Br J Psychiatry**, 174: 307-11, 1999.

BENYAMINI, Y.; LEVENTHAL, H.; LEVENTAHAL, E.A. Self rated oral health as an independent predictor of self rated general health, self esteem and life satisfaction. **Soc Sci Med.**, 59(5):1109-16, 2004.

BERQUÓ, E.S. **Fatores estatísticos e dinâmicos – mortalidade e fecundidade.** In: Santos, JLF, Levy MSF, Szmrecsányi T. Dinâmica da população. SP: TA Queiroz Editor;1991;21-86.

BERTOLUCCI, P.H.; BRUCKI, S.M.; CAMPACCI, S.R.; JULIANO, Y. O mini-exame do estado mental m uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq Neuropsiquiatria**, 52:1-7, 1994.

BOTELHO, F.; SILVA, C.; CRUZ, F. Incontinência Urinária Feminina. **Acta Urológica**, 24; 1: 79-82, 2007.

BOWLING, A.; BANISTER, D.; SUTTON, S.; EVANS, O.; WINDSOR, J. A multidimensional model of the quality of life in older age. **Aging & Mental Health**, Washington, v. 6, n. 4, p. 355-371, 2002.

BOWLING, A. What things are important in people's lives? A survey of the public's judgments to inform scales of health related quality of life. **Social Science and Medicine**, 41, 1447–1462. 1995.

BRASIL. 2006. Portaria Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>.

BRAZIER, J.E.; HARPER, R.; JONES, N.M.B.; O'CATHAIN, A.; THOMAS, K.J.; USHERWOOD, T.; WESTLAKE, L. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. **BMJ**, 305:160-4, 1992.

BRENNAN, D.S.; SINGH, K.A.; SPENCER, A.J. Fruit and vegetable consumption among older adults by tooth loss and socio-economic status. **Australian Dental Journal**, 55:143-149, 2010.

BURDINE, J.N.; FELIX, M.R.J.; ABEL, A.L.; WILTRAUT, C.J.; MUSSELMAN, Y.M. The SF-12 as a Population Health Measure: An Exploratory Examination of Potential for Application. **Health Services Research**, 35:4, October, 2000.

CAMARANO, A.A. organizador. **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA; 1999. p. 369-82.

CAMARGOS, M.C.S.; PERPÉTUO, I.H.O.; MACHADO, C.J. Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, 17(5/6):379-86, 2005.

CAMELIER, A.A. **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**. São Paulo, 2005. 154p.

CAMPOLINA, A.G.; DINI, P.S.; CICONELLI, R.M. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos na comunidade em São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(6): 2919-2925, 2011.

CAVALLERO, P.; MORINO-ABBELE, F.; BERTOCCI, B. The social relations of the elderly. **Arch. Gerontol. Geriatr. Suppl.** 1, 97-100, 2007.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). 2009. **The State of Mental Health and Aging in America**. Depression as a Public Health Issue.

CERQUEIRA, A.T.A.R. **Deterioração cognitiva e depressão. In: SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento** – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial/Maria Lúcia Lebrão, Yeda A. de Oliveira Duarte. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. 255p.

CHATTERJEE, S.; HADI, A.S.; PRICE, B. Regression analysis by example. 3rd edition. **New York: John Wiley & Sons; 2000.**

CICONELLI, R.M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação em qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey (SF-36)”**. São Paulo, 1997. 143p [Tese de Doutorado apresentada à Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo].

COSTA ROSA, T.E.; BENÍCIO, M.H.A., LATORRE, M.R.D.O.; RAMOS, L.R. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos. **Rev Saúde Pública**, 37(1):40-8, 2003.

COVINSKY, K.E.; WU, A.W.; LANDEFELD, C.S.; CONNORS, A.F.; PHILLIPS, R.S.; TSEVAT, J.; DAWSON, N.V.; LYNN, J.; FORTINSKY, R.H. Health Status versus Quality of Life in Older Patients: Does the Distinction Matter? **The American Journal of Medicine**, Vol 106, 435-440, April, 1999.

CRONBACH, L.J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika**, 16, 297-334, 1951.

CUMMING, R.G.; THOMAS, M.; SZONI, G.; SALKELD, G.; O’NEIL, E.; WESTBURY, C.; FRAMPTON, G. Home visits by an occupational therapist for assessment and modification of environmental hazards: a randomized trial of falls prevention. **J Am Geriatrics Society**, 47:1397-1402, 1999.

CUPERTINO, A.P.F.B.; ROSA, F.H.M.; RIBEIRO, P.C.C. Definição de Envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 20(1),81-86, 2007.

DATASUS. **Departamento de Informática do SUS**. disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em agosto/2011.

D'ORSI, E.; XAVIER, A.J.; RAMOS, L.R. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: Estudo Epidoso. **Rev Saúde Pública**, 45(4):685-92, 2011.

D'AMORIM, A.B. **Avaliação das formas auto-administradas dos questionários MHAQ e SF-12 em pacientes com doenças reumatológicas: um estudo observacional transversal**. São Paulo, 160f. 2001. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Reumatologia.

DE BELVIS, A.G.; AVOLIO, M.; SICURO, M.; ROSANO, A.; LATINI, E.; DAMIANI, G.; RICCIARDI, W. Social relationships and HRQL: A cross-sectional survey among older Italian adults. **BMC Public Health**, 8:348 doi:10.1186/1471-2458-8-348, 2008.

DEL DUCA, G.F.; SILVA, M.C.; HALLAL, P.C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Rev Saúde Pública**, 43(5):796-80, 2009.

DER-MARTIROSI, C.; KRITZ-SILVERSTEIN, D.; BARRETT-CONNOR, E. Five-year stability in associations of health-related quality of life measures in community-dwelling older adults: the Rancho Bernardo Study. **Qual Life Research** 19:1333–1341, 2010.

DUARTE, M.B.; REGO, M.A.V. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(3):691-700, mar, 2007.

DUARTE, Y.A.O. **Família: rede de suporte ou fator estressor: a ótica de idosos e cuidadores familiares**. Tese apresentada a Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem para obtenção do grau de Doutor. São Paulo; s.n; dez. 2001. 196 p.

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

FARQUHAR, M. Elderly people's definitions of quality of life. **Soc. Sci. Med.** Vol. 41, Nº. 10, pp. 1439-1446, 1995b.

FERRANS, C. Development of a conceptual model of quality of life. *Scholarly Research and Theory for Nursing Practice*, **New York**, v. 10, n. 3, p.293-303, 1996.

FLECK, M.P.A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C.M. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Rev Saúde Pública**, 40(5):785-91, 2006.

FLORATOS, D.L.; SONKE, G.S.; RAPIDOU, C.A.; ALIVIZATOS, G.J.; DELIVELIOTIS, C.; CONSTANTINIDES, C.A.; THEODOROU, C. Biofeedback vs verbal feedback as learning tools for pelvic muscle exercise in the early management of urinary incontinence after radical prostatectomy. **BJU Int.**, 89(7):714-9, 2002.

FORTES, T.F.R.; PORTUGUEZ, M.W.; ARGIMON, I.I.L. A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. **Estudos de Psicologia**. Campinas 26(4) I 455-463, outubro - dezembro 2009.

FORTIN, M.; LAPOINT, L.; HUDSON, C.; VANASSE, A.; NTETU, A.T.L.; MALTAIS, D. Multimorbidity and Quality of Life in Primary Care: a Systematic Review. **Health and Quality of Life Outcomes**, 2:51, 2004.

FRANKLIN, N.C.; TATE, C.S. Lifestyle and Successful Aging: An Overview. **American Journal of Lifestyle Medicine**, 15 November, 2008.

FRIES, J.F. Compression of morbidity in the elderly. **Vaccine** 18, 1584-1589, 2000.

FRIES, J.F. Reducing disability in older age. **JAMA**, December 25, Vol. 288, No. 24, 2002.

FRY, P. Guest editorial: aging and quality of life – the continuing search for quality of life indicators. **International Journal of Aging and Human Development**, New York, v. 50, n. 4, p. 245-251, 2000.

GALLEGOS-CARRILLO, K.; MUDGAL, J.; SÁNCHEZ-GARCÍA, S.; WAGNER, F.A.; GALLO, J.J.; SALMERÓN, J.; GARCÍA-PEÑA, C. Social networks and health-related quality of life: a population based study among older adults. **Salud Pública de México** / vol. 51, no. 1, enero-febrero de 2009.

GANDEK, B.; WARE, J.E.; AARONSON, N.K.; APOLONE, G.; BJORNER, J.B.; BRAZIER, J.E.; 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*. **JClin Epidemiol**, 51: 1171-1178, 1998.

GARCÍA, E.L.; BANEGAS, J.R.; PEREZ-REGADERA, A.G.; CABRERA, R.H.; RODRIGUEZ-ARTALEJO, F. Social network and health related quality of life in older adults: a population-based study in Spain. **Qual Life Research**, 14(2):511-20, 2005.

GEORGE, L.K.; BEARON, L.B. Quality of Life in Older Persons: Measuring and Measurement. **Human Sciences Press**, New York, 1980.

GIACOMIN, K.C.; PEIXOTO, S.V.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M.F. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(6):1260-1270, jun, 2008.

GILL, T.; TAYLOR, A.W.; PENGELLY, A. A Population-Based Survey of Factors Relating to the Prevalence of Falls in Older People. **Gerontology**, 51:340–345, 2005.

GRIMBY, A.; MILSOM, I.; MOLANDER, U.; WIKLUND, I.; EKELUND, P. The influence of urinary incontinence on the quality of life of elderly women. **Age and Ageing**, 22:82–9, 1993.

GUIMARÃES, J.M.N.; FARINATTI, P.T.V. Análise descritiva de variáveis teoricamente associadas ao risco de quedas em mulheres idosas. **Rev Bras Med Esporte** Vol. 11, Nº 5 – Set/Out, 2005.

GUYATT, G.H.; FEENY, D.H.; PATRICK, D.L. **Measuring Health-related quality of life.** Annals of Internal Medicine, 15, Vol. 118, Issue 8, Pages 622-629, April 1993.

GUYATT, G.H. A taxonomy of health status instruments. **Journal of Rheumatology**, 22:1188-1190, 1995.

HASKELL, W.L.; LEE, I.M.; PATE, R.R.; POWELL, K.E.; BLAIR, S.N.; FRANKLIN, B.A.; MACERA, C.A.; HEATH, G.W.; THOMPSON, P.D.; BAUMAN, A. Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, 1423-1434, 2007.

HERRERA, E.J.; CARAMELLI, P.; SILVEIRA, A.S.B.; NITRINI, R. Epidemiologic Survey of Dementia in a Community-Dwelling Brazilian Population. **Alzheimer Disease and Associated Disorders**, Vol. 16, No. 2, 2002.

HOPMAN, W.M.; HARRISON, M.B.; COO, H.; FRIEDBERG, E.; BUCHANAN, M.; VANDENKERKHOF, E.G. Associations between chronic disease, age and physical and mental health status. **Chronic diseases in Canada**, Vol 29, Nº 2, 2009.

HOSMER, D.W.; HOSMER, T.; CESSIE, L.E.; LEMESHOW, S. A comparison of goodness-of-fit tests for the logistic regression model. **Statistics in Medicine** vol. 16, 965-980, 1997.

HWANG, H.F.; LIANG, W.M.; CHIU, Y.N.; LIN, M.R. Suitability of the WHOQOL-BREF for community-dwelling older people in Taiwan. **Age and Ageing**, 32: 593–600, 2003.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2009. **Sala de Imprensa: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). 2008.** Disponível em <http://www.ibge.gov.br>.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010. **Sala de Imprensa: Tábuas completas de mortalidade – 2009.** Disponível em <http://www.ibge.gov.br>.

IBGE - **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/fecundidade.html>

IDLER, E.L.; BENYAMINI, Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. **J Health Soc Behav.**, 38(1):21-37, Mar, 1997.

INCA – Instituto Nacional do Câncer: **Câncer de Próstata.** Disponível em <http://www.inca.gov.br/conteudoview.asp?ID=339>. Acesso em Agosto/2011.

JAKOBSSON, U.; HALLBERG, I.R.; WESTERGREN, A. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. **Quality of Life Research** 13: 125–136, 2004.

JENKINSON, C.; LAYTE, R.; JENKINSON, D.; LAWRENCE, K.; PETERSEN, S.; PAICE, C.; STRADLING, J. A shorter form health survey: can the SF-12 replicate results from the SF-36 in longitudinal studies? **Journal of Public Health Medicine.** Vol. 19, No. 2, PP. 179-186. 1997.

KALACHE, A.; GRAY, J.A.M. Health problems of older people in developing world. In: Pathy MSJ ed. Principles and practice of geriatric medicine. **Chichester, John Wiley & Sons**, 1985. p. 1279-87.

KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L.P.R. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Rev. Saúde Pública**, 21(3): 200-10, 1987.

KATZ, S. Assessing self-maintenance: Activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. **Journal of the American Geriatrics Society**, Vol 31(12), 721-727, Dec 1983.

KIELY, J.M.; BRASEL, K.J.; GUSE, C.E.; WEIGELT, J.A. Correlation of SF-12 and SF-36 in a trauma population. **J Surg Res.**, 132: 214-218, 2006.

KIMURA, M.; SILVA, J.V. Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers. **Rev Esc Enferm USP**; 43(Esp): 1098-104, 2009.

KUBAGAWA, L.M.; PELLEGRINI, J.R.F.; LIMA, V.P.; MORENO, A.L. A eficácia do tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária masculina após prostatectomia. **Revista Brasileira de Cancerologia**; 52(2): 179-183, 2006.

KUTNER, N.G.; ORY, M.G.; BAKER, D.I. SCHECHTMAN KB, HORN BROOK MC, MULROW CD. Measuring the quality of life of elderly in health promotion intervention clinical trials. **Public Health Reports**, Washington, v.107, p.530-539, 1992.

LAM, C.L.; TSE, E.Y.; GANDEK, B. Is the standard SF-12 health survey valid and equivalent for a Chinese population? **Qual Life Research** 14: 539-547, 2005.

LANDI, F.; RUSSO, A.; BERNABEI, R. Physical activity and behavior in the elderly: a pilot study. **Arch Gerontol Geriatr Suppl.** 9:235-41, 2004.

LAURENTI, R.; BUCHALLA, C.M.; MELLO JORGE, M.H.P.; LEBRÃO, M.L.; GOTLIEB, S.L.D. 1998. **Perfil epidemiológico da saúde masculina na Região das Américas: uma contribuição para o enfoque de gênero.** Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, São Paulo.

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M.H.; GOTLIEB, S.L.D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(1):35-46, 2005.

LAWTON, M.P.; BRODY, E.M. "Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living." **Gerontologist** 9:179-186, 1969.

LAWTON, M.P. Environment and other determinants of wellbeing on older people. **Gerontologist** 23: 349-57, 1983.

LIAO, Y.; MCGEE, D.L.; KAUFMAN, J.S.; CÃO, G.; COOPER, R.S. Socioeconomic status and morbidity in the last years of life. **Am J Public Health** 89:569-572, 1999.

LIMA, M.G.; BARROS, M.B.A.; CÉSAR, C.L.G.; GOLDBAUM, M.; CARANDINA, L.; ALVES, M.C.G.P. Comportamentos relacionados à saúde e qualidade de vida em idosos: um estudo de base populacional. **Rev Saúde Pública** 45 (3): 485-93, 2011.

LIMA, M.G.; BARROS, M.B.A.; CÉSAR, C.L.G.; GOLDBAUM, M.; CARANDINA, L.; CICONELLI, R.M. Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos, avaliada com o uso do SF-36 em estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(10):2159-2167, out, 2009.

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.M.; FIRMO, J.O.A.; UCHOA, E. Socioeconomic position and health in a population of Brazilian elderly: the Bambuí Health and Aging Study (BHAS). **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health** 13(6), 2003.

LIMA-COSTA, M.F.; VERAS, R.P. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(3):700-701, mai-jun, 2003.

LOCKER, D. Clinical correlates of change in self perceived oral health in older adults. **Community Dental Oral Epidemiol.**, 25(3):199-203, 1997.

LOPES, M.H.B.M.; HIGA, R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. **Rev Esc Enferm USP** 40(1):34-41, 2006.

LOW, G.; MOLZAHN, A.E. Predictors of Quality of life in old age: a cross-validation study. **Research in Nursing & Health** 30, 141-150, 2007.

LUNDMAN, B. Psychometric properties of the swedish version of the resilience scale. **Scandinavian Journal of Caring Science** 21 (2), 229-237, 2007.

LUNSKY, Y. Depressive symptoms in intellectual disability: does gender play a role? **J Intellect Disabil Res.**, 47:417-27, 2003.

MARTINS, A.M.E.B.L.; BARRETO, S.M.; SILVEIRA, M.F.; SANTA-ROSA, T.T.A.; PEREIRA, R.D. Autopercepção da saúde bucal entre idosos brasileiros. **Rev Saúde Pública** 44(5):912-22, 2010.

MICHAEL, Y.L.; COLDITZ, G.A.; COAKLEY, E.; KAWACHI, I. Health behaviors, social networks, and healthy aging: Cross-sectional evidence from the Nurses' Health Study. **Qual Life Research** 8: 711–722, 1999.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):7-18, 2000.

MIRANDA DE NÓBREGA, T.C.; JALUUL, O.; MACHADO, N.A.; PASCHOAL, S.M.; JACOB FILHO, W. Quality of life and multimorbidity of elderly outpatients. **Clinics** 64(1):45-50, 2009.

MOONS, P.; BUDTS, W.; DE GEEST, S. Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. **International Journal of Nursing Studies**, Vol. 43, Issue 7, Pages 891-901, September, 2006.

MORAES, J.F.D.; SOUZA, V.B.A. Fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos da região metropolitana de Porto Alegre. **Rev Bras Psiquiatr.**, 27(4):302-8, 2005.

MOSSEY, J.M.; SHAPIRO, E. Self-Rated Health: A Predictor of Mortality Among the Elderly. **Am J Public Health** 72:800-808, 1982.

MYINT, P.K.; LUBEN, R.N.; SURTEES, P.G.; WAINWRIGHT, N.W.J.; BINGHAM, S.A.; WAREHAM, N.J.; KHAW, K.T. Effect of Age and Sex on the Relationship Between Different Socioeconomic Indices and Self-Reported Functional Health in the EPIC-Norfolk Population-Based Study. **AEP** Vol. 19, No. 5: 289–297, May, 2009.

MYINT, P.K.; LUBEN, R.N.; SURTEES, P.G.; WAINWRIGHT, N.W.J.; WELCH, A.A.; BINGHAM, S.A.; WAREHAM, N.J.; DAY, N.E.; KHAW, K.T. Respiratory function and self-reported functional health: EPIC-Norfolk population study. **Eur Respir Journal** 26: 494–502, 2005.

NARVAI, P.C.; ANTUNES, J.L.F. **Saúde bucal: a autopercepção da mutilação e das incapacidades**. In: SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial/Maria Lúcia Lebrão, Yeda A. de Oliveira Duarte. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. 255p.

NELSON, M.E.; REJESKI, W.J.; BLAIR, S.N.; DUNCAN, P.W.; JUDGE, J.O.; KING, A.C.; MACERA, C.A.; COSTANEDA-SCEPPA, C. Physical activity and public health in older adults. Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation – Journal of the American Heart Association*. August, 2007. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org>.

NERI, A.L (org.). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas, SP: Papirus, 1993.

NOËL, P.H.; WILLIAMS, J.W.; UNÜTZER, J.; WORCHEL, J.; LEE, S.; CORNELL, J.; KATON, W.; HARPOLE, L.H.; HUNKELER, E. Depression and Comorbid Illness in Elderly Primary Care Patients: Impact on Multiple Domains of Health Status and Well-being. **Ann Fam Med**, 2(6): 555–562, November, 2004.

NORDENFELT, L. **Concepts and measurement of quality of life in health care**. Dordrecht; Kluwer Academic; 1994. 135 p.

OLIVEIRA, D.A.A.P.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R.F. Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência. **Rev Saúde Pública** 40(4):734-6, 2006.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília:

Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br>.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Global **Recommendations on Physical Activity for Health, 2011**. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity>.

ORFILA, F.; FERRER, M.; LAMARCA, R.; TEBE, C.; DOMINGO-SALVANY, A.; ALONSO, J. Gender differences in health-related quality of life among the elderly: The role of objective functional capacity and chronic conditions. **Social Science & Medicine** 63, 2367-2380, 2006.

OSBORNE, R.H.; HAWTHORNE, G.; LEW, E.A.; GRAY, L.C. Quality of life assessment in the community-dwelling elderly: validation of the Assessment of Quality of Life (AQOL) instrument and comparison with the SF-36. **J Clin Epidemiol.**, 56(2):138-47, 2003.

OZCAN, A.; DONAT, H.; GELEK, N.; OZDIRENC, M.; KARADIBAK, D. The relationship between risk factors for falling and the quality of life in older adults. **BMC Public Health**, 5:90, 2005.

PALLONI, A.; PELÁEZ, M. **Histórico e natureza do estudo**. in: SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial/Maria Lúcia Lebrão, Yeda A. de Oliveira Duarte. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

PARAHYBA, M.I.; VERAS, R.P.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. **Rev Saúde Pública** 39(3):383-91, 2005.

PASCHOAL, S.M.P. Desafios da longevidade: qualidade de vida. **O Mundo da Saúde** – São Paulo, ano 29 v.29 n.4 out./dez. 2005.

PASCHOAL, S.M.P. **Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico**. 2004. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

PEREIRA, R.J.; FRANCESCHINI, S.C.C.; PRIORE, S.E.; COTTA, R.M.M. Características demográficas e socioeconômicas da população idosa brasileira. **O mundo da Saúde** – São Paulo, ano 29 v.29 n.4 out./dez. 2005.

PICKARD, A.S.; JOHNSON, J.A., PENN, A. Replicability of SF-36 summary scores by the SF-12 in stroke patients. **Stroke**, 30, 1213–1217. 1999.

POWER, M.; QUINN, K.; SCHMIDT, S. WHOQOL-OLD Group. Development of the WHOQOL-Old module. **Qual Life Research** 14:2197-214, 2005.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(3):793-798, mai-jun, 2003.

RAPHAEL, D.; BROWN, R.; CAVA, M.; WEIR, N.; HEATCOTE, K. Measuring the quality of life of older persons: a model with implications for community and public health nursing. **International Journal of Nursing Studies**, London, v. 34, n.3, p.231-239, 1997.

RETT, M.T.; SIMÕES, J.A.; HERRMANN, V.; GURGEL, M.S.C.; MORAIS, S.S. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, 29(3):134-40, 2007.

ROSA, A.G.F.; FERNANDEZ, R.A.C.; PINTO, V.G.; RAMOS, L.R. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública** v.26 n.3 São Paulo jun.1992.

ROSSET, I.; RORIZ-CRUZ, M.; SANTOS, J.L.F.; HAAS, V.J.; FABRÍCIO-WEHBE, S.C.C.; RODRIGUES, R.A.P. Diferenciais socioeconômicos e de saúde entre duas comunidades de idosos longevos. **Rev Saúde Pública** 45(2):391-400, 2011.

RUTLEDGE, T.; SARAH E. LINKE, S.E.; JOHNSON, B.D.; e col. Self-Rated Versus Objective Health Indicators as Predictors of Major Cardiovascular Events:

The NHLBI-Sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation. **Psychosom Med.**, 72(6): 549–555, July, 2010.

SANDERSON, K.; ANDREWS, G. The SF-12 in the Australian population: cross-validation of item selection. **Aust N Z J PublicHealth** 26: 343-345, 2002.

SANTOS, J.L.F. **Análise de sobrevida sem incapacidades**. In: SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial/Maria Lúcia Lebrão, Yeda A. de Oliveira Duarte. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. 255p.

SAVOCA, M.R.; ARCURY, T.A.; LENG, X.; CHEN, H.; BELL, R.A.; ANDERSON, A.M.; KOHRMAN, T.; GILBERT, G.H.; QUANDT, S.A. Association Between Dietary Quality of Rural Older Adults and Self-Reported Food Avoidance and Food Modification Due to Oral Health Problems. **J Am Geriatr Soc** vol 58:1225–1232, 2010.

SEIDEL, D.; BRAYNE, C.; JAGGER, C. Limitations in physical functioning among older people as a predictor of subsequent disability in instrumental activities of daily living. **Age and Ageing** 40: 463–469, 2011.

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

SHERBOURNE, C.D.; MEREDITH, L.S.; ROGERS, W.; WARE, J.E. JR. Social support and stressful life events: Age differences in their effects on health-related quality of life among chronically ill. **Qual Life Research** 1: 235–246, 1992.

SILVA, N.N. **Processo de amostragem**. In: SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial/Maria Lúcia Lebrão, Yeda A. de Oliveira Duarte. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. 255p.

SILVA, S.R.C.; FERNANDES, R.A.C. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Rev Saude Publica** 35(4):349-55, 2001.

SIMPSON, C.F.; BOYD, C.M.; CARLSON, M.C.; GRISWOLD, M.E.; GURALNIK, J.M.; FRIED, L.P. Agreement Between Self-Report of Disease Diagnoses and Medical Record Validation in Disabled Older Women: Factors That Modify Agreement. **JAGS** 52:123–127, 2004.

SPRANGERS, M.A.G.; REGT, E.B.; ANDRIES, F.; VAN AGT, H.M.E.; BIJL, R.V.; DE BOER, J.B.; FOETS, M.; HOEYMANS, N.; JACOBS, A.E.; KEMPEN, G.I.J.M.; MIEDEMA, H.S.; TIJHUIS, M.A.R.; DE HAES, H.C.J.M. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? **Journal of Clinical Epidemiology** 53, 895–907, 2000.

STRAWBRIDGE, W.J.; DELEGER, S.; ROBERTS, R.E.; KAPLAN, G.A. Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. **Am J Epidemiol.** 156(4): 328-34, 2002.

SUNDEEN, R.A.; MATHIEU, J.T. The fear of crime and its consequences among elderly in three urban communities. **Gerontologist** 16: 211–9, 1976.

SUZUKI, M.; OHYAMA, N.; YAMADA, K.; KANAMARI, M. The relationship between fear of falling, activities of daily living and quality of life among elderly individuals. **Nurs Health Sci**, 4:155-61, 2002.

TAYLOR, A.H.; CABLE, N.T.; FAULKNER, G.; HILLSDON, M.; NARICI, M.; VAN DER BIJ, A.K. Physical activity and older adults: a review of health benefits and the effectiveness of interventions. **Journal of Sports Sciences**, 22, 703–725, 2004.

THE WHOQOL GROUP: Development of The World Health Organization WHOQOL - BREF Quality of Life Assessment. **Psychol Med**, 28:551-558, 1998.

THOMÉ, B.; DYKES, A.K.; RALLBERG, I.R. Quality of life in old people with and without câncer. **Quality of Life Research** 13: 1067–1080, 2004.

TOSCANO, J.J.O.; OLIVEIRA, A.C.C. Qualidade de Vida em Idosos com Distintos Níveis de Atividade Física. **Rev Bras Med Esporte** – Vol. 15, No 3 – Mai/Jun, 2009.

UNITED NATIONS NEW YORK (2001) – **Population Division - Department of Economic and Social Affairs**. World Population Ageing: 1950-2050. Disponível em: <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050>.

VAN DEN AKKER, M.; BUNTINX, F.; ETSEMAKERS, J.F.M.; ROOS, S.; ANDRE' KNOTTNERUS, J. Multimorbidity in General Practice: Prevalence, Incidence, and Determinants of Co-Occurring Chronic and Recurrent Diseases. **J Clin Epidemiol** Vol. 51, No. 5, pp. 367–375, 1998.

VAN DEN AKKER, M.; BUNTINX, F.; KNOTTNERUS, J.A. Comorbidity or multimorbidity: What's in a name. A review of literature. **Eur J Gen Pract**; 2: 65–70, 1996.

VECCHIA. R.D.; RUIZ, T.; BOCCHI, S.C.M.; CORRENTE, J.E. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Rev Bras Epidemiol**; 8(3): 246-52, 2005.

VERBRUGGE, L.M.; JETTE, A.M. The disablement process. **Soc Sci Med**; 38:1-14, 1994.

VERBRUGGE L.M. Sex differentials in health. **Public Health Reports**, vol.97, Nº.5, 417-437, September-October, 1982.

VIEGAS, K.; WELFER, M.; LUCHO, G.D.; SOUZA, C.C.; SANTOS, B.R.L.; MELO, D.A.S.; KNORST, M.R.; RESENDE, T.L.; CREUTZBERG, M. Qualidade de vida de idosos com incontinência urinária. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v.2, n.2, p.50-57, jul./dez.2009.

VIRTUOSO JÚNIOR, J.S.; GUERRA, R.O. Fatores associados às limitações funcionais em idosos de baixa renda. **Rev Assoc Med Bras**. 54(5):430-5, 2008.

WARE, J.E., KOSINSKI M, KELLER SD. A 12 Item Short Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. **Med Care** 34:220-233, 1996.

WARE J.E. JR; KOSINSKI, M.; TURKER-BOWKER, D.M.; GANDEK, B. **User's manual for the SF-12v2 Health Survey** (With a supplement documenting SF-12 Health Survey). QualiMetric Incorporated Lincoln, Rhode Island and Health Assessment Lab Boston, Massachusetts. October, 2007.

WARE, J.E. JR; SHERBOURNE, C.D. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) I. Conceptual Framework and Item Selection. **Medical Care**, Vol.30, N°6, June 1992.

WILSON, I.B.; CLEARY, P.D. Linking clinical variables with Health-Related Quality of Life. **JAMA**, Vol. 273, N°1, January 4, 1995.

XAVIER, F.M.F.; FERRAZ, P.T.; NORTON, M.; ESCOSTEGUY, N.U.; MORIGUCHI, E.H. Elderly people's definition of quality of life. **Rev Bras Psiquiatr.** 25(1):31-9, 2003.

YAFFE, K.; BARNES, D.; NEVITT, M.; LUI, L.M.; COVINSKY, K. A prospective study of physical activity and cognitive decline in elderly women. **Arch Inter Med.** 161(14): 1703-08, 2011.

ZHAN, L. Quality of life: conceptual and measurement issues. **Journal of Advanced Nursing.** Oxford, v.17, p.795-800, 1992.

ANEXO I

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 tarefas do que gostaria?	Sim	Não
5. Esteve limitado no 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 ou ansioso)? (circule uma em cada linha)

6. Realizou menos tarefas do 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 maneira alguma	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 o 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 II

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,

A handwritten signature in dark ink, which appears to read "Helena Akemi Wada Watanabe".

Helena Akemi Wada Watanabe
Professora Doutora

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

CURRICULO LATTES

Sabina Léa Davidson Gottlieb

Graduada em Odontologia pela Universidade de São Paulo (1961), mestre em Saúde Pública (em 1970), doutorado em Saúde Pública (1977) pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). Obteve o título de Livre Docente pela Universidade de São Paulo, em 1988. Em 7/10/2009, aposentou-se por completar 70 anos, passou, então, a professor associado aposentado do Departamento de Epidemiologia da FSP/USP. É orientadora credenciada no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da FSP/USP. As linhas de pesquisa pertencem a área de Saúde Pública, atuando principalmente em epidemiologia, bioestatística, estatísticas de saúde e avaliação da qualidade das informações e dos indicadores de saúde. Do ponto de vista administrativo, foi presidente da Comissão de Pós-graduação e terminou o seu mandato de vice chefe do Departamento de Epidemiologia da FSP/USP.

(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 21/02/2011
Endereço para acessar este CV:
<http://lattes.cnpq.br/5431529507038794>

Dados pessoais

Nome	Sabina Léa Davidson Gottlieb
Nome em citações bibliográficas	GOTLIEB, S. L. D.; Gottlieb, S. L. D.
Sexo	Feminino
Endereço profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Epidemiologia, Avenida Dr. Arnaldo, 715 Cerqueira Cesar 01246-940 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30823888 Fax: (11) 30822920

Formação acadêmica/Titulação

1988	Livre-docência. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Mortalidade em Migrantes - Japoneses residentes no município de São Paulo, Ano de obtenção: 1988. Palavras-chave: MIGRANTES JAPONÊSES; mortalidade; ESTATÍSTICAS DE SAÚDE. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Epidemiologia. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Epidemiologia / Especialidade: Mortalidade.
1973 - 1977	Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: MORTALIDADE DIFERENCIAL POR CAUSAS, SÃO PAULO, 1970 - TÁBUA DE VIDA DE MÚLTIPLO DECREMENTO, Ano de Obtenção: 1977. Orientador: RUY LAURENTI. Bolsista do(a): Fundação Ford. Palavras-chave: TABUÁ DE VIDA; MORTALIDADE DIFERENCIAL; MÚLTIPLO DECREMENTO. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Epidemiologia. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Epidemiologia / Especialidade: Mortalidade.
1970 - 1970	Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Alguns aspectos da mortalidade entre japoneses e seus descendentes residentes no município de São Paulo, 1968, Ano de Obtenção: 1970. Orientador: Ruy Laurenti. Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo. Palavras-chave: Epidemiologia; mortalidade; MIGRANTES JAPONÊSES. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Epidemiologia / Especialidade: Mortalidade.
1969 - 1969	Especialização em Saúde Pública Para Graduados. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
1958 - 1961	Graduação em Odontologia (Prótese-Buco-Maxilo Facial). Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Atuação profissional

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Vínculo institucional

CURRICULO LATTES

Karen Tokuhashi Ribeiro
 Bolsista de Doutorado do CNPq

Graduada em Biotecnologia na Universidade Federal do Paraná, mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Atualmente cursa doutorado em Saúde Pública na USP e é docente da Universidade Nove de Julho, onde ministra as disciplinas Epidemiologia e Saúde Coletiva para cursos de graduação na área de saúde.
 (Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 06/11/2011
 Endereço para acessar este CV:
<http://lattes.cnpq.br/6112958250106705>

Dados pessoais

Nome: Karen Tokuhashi Ribeiro

Nome em citações bibliográficas: TOKUHASHI K

Sexo: Feminino

Endereço profissional: Universidade Nove de Julho,
 Rua Diamantina, 305
 Vila Maria
 02117-010 - São Paulo, SP - Brasil

Formação acadêmica/Titulação

- 2007** Doutorado em andamento em Saúde Pública (Concurso CAPES 5) ,
 Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
 Título: Fatores Associados à Qualidade de Vida de idosos no Município de São Paulo - Estudo SAGE - Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento. , Orientador: Sônia Lúcia Davidson Gotlib.
 Palavras-chave: Envelhecimento; Qualidade de Vida; Idosos.
 Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva.
- 2004 - 2006** Mestrado em Saúde Pública (Concurso CAPES 5) ,
 Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
 Título: Tendência da Mortalidade em Mulheres de 10 a 49 anos no Brasil, Ano de Obtenção: 2006.
 Orientador: Sônia Lúcia Davidson Gotlib.
 Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico .
 Palavras-chave: tendência; mortalidade; mulheres de 10 a 49 anos.
 Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva.
 Setores de atividade: Outras Setores.
- 2003 - 2004** Especialização em ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR , (Carga horária: 640h).
 INSTITUTO DE PESQUISAS HOSPITALARES.
 Título: Administração do SAME - Serviço de Arquivo Médico e Estatístico.
 Orientador: Marco Aurélio Freitas.
- 1998 - 2002** Graduação em BIOMEDICINA ,
 Universidade Federal do Paraná, UFPA, Brasil.

Formação complementar

- 2007 - 2007** Curso de Qualidade de Vida e Saúde. (Carga horária: 120h).
 Universidade Federal de São Paulo.
- 2007 - 2007** Escrita Científica. (Carga horária: 40h).
 Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
- 2007 - 2007** Níveis de Atividade para Preparação Pedagógica. (Carga horária: 20h).
 Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
- 2007 - 2007** Estágio em Administração Hospitalar. (Carga horária: 300h).
 Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.
- 2007 - 2007** Programa de Aperfeiçoamento de Ensino PAE. (Carga horária: 120h).
 Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
- 2002 - 2002** Aperfeiçoamento em Laboratório Clínico. (Carga horária: 360h).
 Juntendo University.

Afiação profissional

Universidade Nove de Julho, UNINOVE, Brasil.