

RENATA JUNQUEIRA PEREIRA

**ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS -
MUNICÍPIO DE TEIXEIRAS-MG.**

Tese apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

VIÇOSA
MINAS GERAIS – BRASIL
2005

RENATA JUNQUEIRA PEREIRA

**ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS - MUNICÍPIO
DE TEIXEIRAS-MG.**

Tese apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

Aprovada em 23 de Junho de 2005.

Profa. Sylvia C. Castro Franceschini
(Conselheira)

Profa. Rita C. Lanes Ribeiro
(Conselheira)

Profa. Marcella A. Guimarães Tirado

Prof. Adelson L. Araújo Tinoco

Profa. Rosângela Minardi Mitre Cotta
(Orientadora)

**“Somos anjos de uma asa só,
e podemos voar somente estando abraçados”.**
(Luciano De Crescenzo)

A Deus.
Aos meus pais Gilson e Heloísa
aos meus avós,
aos meus irmãos Rodrigo e Rosana
e ao meu noivo Reginaldo.

“O amor me fez capaz de me identificar com eles.

O amor, lei do meu ser”.

(Mahatma Gandhi)

BIOGRAFIA

RENATA JUNQUEIRA PEREIRA, filha de Gilson Botelho Pereira e Maria Heloísa Andrade Junqueira Pereira, nasceu em 16 de novembro de 1979, em Três Corações, Minas Gerais, Brasil.

Em abril de 2003, graduou-se em Nutrição pela Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP, em Ouro Preto, Minas Gerais.

Em abril de 2004, obteve o título de especialista em Nutrição Humana e Saúde pela Universidade Federal de Lavras, em Lavras, Minas Gerais.

Em agosto de 2003, ingressou no Programa de Mestrado em Ciência da Nutrição da Universidade Federal de Viçosa, em Viçosa, Minas Gerais, submetendo-se à defesa de tese em junho de 2005.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por mais esta conquista, pelos momentos felizes e por estar sempre comigo em todos os momentos difíceis.

À Universidade Federal de Viçosa e ao Departamento de Nutrição e Saúde, pela oportunidade de realização do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição.

Aos idosos, sem os quais este trabalho não seria possível.

Aos profissionais de saúde do Programa de Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Teixeira - MG, por oportunizarem a realização deste trabalho. A Marcelo, Marcela e Flaviane, pelo apoio; Regina, Daniel e Claudete pela dedicação e estímulo; a todos os Agentes Comunitários de Saúde pelo incansável apoio e pela agradável convivência e amizade, especialmente Jaqueline e Adriana.

A CAPES e ao Ministério da Saúde, pelo apoio concedido na realização desta pesquisa.

À professora Rosângela Minardi Mitre Cotta, pelo gratificante convívio, pelos ensinamentos, pela orientação, pela dedicação e compreensão incondicionais, pelo incentivo e pela amizade.

À professora Sylvia do Carmo Castro Franceschini, pelos valiosos ensinamentos, pela agradável convivência e amizade.

À professora Rita de Cássia Lanes Ribeiro, pelos ensinamentos, pela dedicação e amizade.

À professora Silvia Eloiza Priore, pelos ensinamentos, pela agradável convivência e amizade.

Ao professor Paulo Roberto Cecon, pela dedicação, pelos valiosos ensinamentos e pela amizade.

À professora Rosana Ferreira Sampaio, pelos ensinamentos e sugestões.

Ao Professor Ricardo Junqueira Del Carlo, pelo apoio e incentivo e por ter acreditado em mim.

Aos meus pais Gilson e Heloísa, pelo incentivo constante, pelas preocupações que passaram, pelo apoio, compreensão e amor dedicados durante esta caminhada.

Ao meu irmão Rodrigo, pela dedicação, por caminhar ao meu lado, dividindo angústias e preocupações, não poupando esforços para me auxiliar. E à minha irmã Rosana, mesmo que à distância, pelo estímulo e incentivo.

Ao Reginaldo, por entender a minha ausência, superar a distância e pelo apoio nos momentos difíceis.

A toda minha família, pelo apoio e incentivo.

A José Antônio Brilhante de São José pela dedicação, pelos ensinamentos e apoio técnico.

À Michele Netto pelo convívio agradável, pela amizade, pela troca de experiências e apoio nos momentos difíceis.

À Danielle Góes pela troca de experiências e pela amizade.

À Ana Carolina Junqueira Vasques pela amizade e pelo auxílio no estudo piloto.

À Társis e Emanuele por caminharem ao meu lado, me incentivando e dividindo os momentos difíceis e pela amizade.

À Glauce e Poliana pela agradável convivência e pela amizade.

Aos colegas de mestrado e a todos os amigos do Departamento de Nutrição e Saúde, pelo convívio, companheirismo e pela amizade.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição, pelos ensinamentos, pela acolhida e agradável convivência.

Aos funcionários do Departamento de Nutrição e Saúde, em especial Solange, Mimorina e Cleuza, pela dedicação, atenção e amizade.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

ESTRUTURA DO TRABALHO

Este trabalho foi elaborado a partir de seis artigos:

1. Análise das Características Demográficas e Socioeconômicas da População Idosa Brasileira. – (Artigo de Revisão).
2. Características de Saúde do Idoso Brasileiro. – (Artigo de Revisão).
3. Qualidade de Vida: Revendo Conceitos e Instrumentos para sua avaliação. – (Artigo de Revisão).
4. Contribuição dos Domínios na Qualidade de Vida Global de Idosos. – (Artigo Original).
5. Análise do Perfil Sociossanitário de Idosos: A Importância do Programa de Saúde da Família. - (Artigo Original).
6. Influência das Condições Sociossanitárias na Qualidade de Vida de Idosos. - (Artigo Original).

Os artigos foram publicados e submetidos a revistas de relevância na área de saúde pública, nacionais e internacionais e que estão indexadas nas principais bases de dados e no QUALIS Medicina II – CAPES.

O trabalho foi apoiado parcialmente pelo Ministério da Saúde.

Convênio nº 539/2003.

ÍNDICE

RESUMO.....	xiv
ABSTRACT.....	xvi
I - INTRODUÇÃO	1
I.1 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	4
II - OBJETIVOS	6
II.1 - OBJETIVO GERAL	6
II .2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
III - REVISÃO DA LITERATURA.....	7
III.1 - ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS DA POPULAÇÃO IDOSA BRASILEIRA	7
III.1.1 - RESUMO	8
III.1.2 - ABSTRACT	9
III.1.3 - INTRODUÇÃO.....	10
III.1.4 - METODOLOGIA.....	11
III.1.5 - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS.....	11
População e Distribuição Espacial.....	11
Composição por sexos	13
Distribuição Etária	14
Urbanização	15
Inserção Familiar	16
III.1.6 - ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS.....	18
Renda	18
Escolaridade.....	19
Trabalho	21
III.1.7 - CONCLUSÃO.....	23
III.1.8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

III.2 - CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE DO IDOSO BRASILEIRO	29
III.2.1 - RESUMO	30
III.2.2 - ABSTRACT	31
III.2.3 - INTRODUÇÃO.....	32
III.2.4 - METODOLOGIA.....	32
III.2.5 - CONDIÇÕES DE SAÚDE.....	33
Prevalência de enfermidades crônico-degenerativas	33
Capacidade Funcional.....	34
Utilização de serviços de saúde	36
Utilização de medicamentos	38
III.2.6 - A INFLUÊNCIA DAS CONDIÇÕES DE VIDA NA SAÚDE DO IDOSO.	39
III.2.7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
III.3 - QUALIDADE DE VIDA: REVENDO CONCEITOS E INSTRUMENTOS PARA SUA AVALIAÇÃO	44
III.3.1 - RESUMO	45
III.3.2 - ABSTRACT	46
III.3.3 - INTRODUÇÃO.....	47
III.3.4 - METODOLOGIA.....	47
III.3.5 - CONCEITOS DE QUALIDADE DE VIDA	48
III.3.6 - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA.....	50
III.3.7 - INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA	53
Instrumentos de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100 e WHOQOL -bref)	56
Escala de Qualidade de Vida de Flanagan – EQVF	57
Elderly Assessment System/ Sistema de Avaliação dos Idosos – EASY – Care.....	57
The Short Form Health Survey Questionnaire - SF-36	58
The Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey: SF-12	59
The Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey: SF-20 ..	59
The Assessment of Quality of Life (AQoL) Instrument.....	59

The European Research and Treatment Quality of Life Questionnaire:	
EORTC QLQ-C30	60
The European Research Questionnaire Quality of Life: EuroQol EQ - 5D ..	60
III.3.8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
III.3.9 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
IV - TRABALHOS DE INVESTIGAÇÃO.....	69
IV.1 - CONTRIBUIÇÃO DOS DOMÍNIOS NA QUALIDADE DE VIDA GLOBAL DE	
IDOSOS	69
IV.1.1 - RESUMO	70
IV.1.2 - ABREVIATURAS	71
IV.1.3 - INTRODUÇÃO	72
IV.1.4 - MÉTODOS.....	74
Características do município em estudo	74
Sujeitos.....	75
Seleção da Amostra	76
Desenho do estudo	77
Análise dos Dados	78
IV.1.5 - RESULTADOS	78
Características Sociodemográficas	78
Qualidade de Vida	80
Características Sociodemográficas e os Domínios da Qualidade de Vida	80
Domínios da Qualidade de Vida e o Domínio Global	82
IV.1.6 - DISCUSSÃO.....	83
IV.1.7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
IV.2 - ANÁLISE DO PERFIL SOCIOSSANITÁRIO DE IDOSOS: A IMPORTÂNCIA DO	
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	94
IV.2.1 - RESUMO	95
IV.2.2 - INTRODUÇÃO	96
IV.2.3 - MÉTODOS.....	98
IV.2.4 - RESULTADOS	99
IV.2.4.1 - ASPECTOS SOCIAIS	99
a) Família	99

b) Condições de Habitação	100
c) Escolaridade.....	100
d) Trabalho e Renda.....	101
IV.2.4.2 - ATIVIDADE FÍSICA	104
IV.2.4.3 - MORBIDADES AUTO-REFERIDAS E FATORES DE RISCO.....	105
a) Morbidades auto-referidas	105
b) Insônia	106
c) Tabagismo.....	106
d) Uso de bebidas alcoólicas.....	107
IV.2.4.4 - UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	107
a) Consultas e Internações	107
b) Uso de medicamentos.....	108
c) Utilização do PSF e Plano de Saúde Privado	110
IV.2.5 - DISCUSSÃO.....	111
IV.2.6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
IV.3 - INFLUÊNCIA DAS CONDIÇÕES SOCIOSSANITÁRIAS NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS	123
IV.3.1 - RESUMO	124
IV.3.2 - ABREVIATURAS	125
IV.3.3 - INTRODUÇÃO	126
IV.3.4 - MÉTODOS.....	127
Caracterização do município em estudo	127
Sujeitos.....	127
Seleção da Amostra	128
Desenho do Estudo	129
Análise dos Dados	130
IV.3.5 - RESULTADOS	131
IV.3.6 - DISCUSSÃO.....	138
IV.3.7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	143
V - CONCLUSÕES.....	147
VI - ANEXOS.....	149

RESUMO

PEREIRA, Renata Junqueira, M.S., Universidade Federal de Viçosa, Junho de 2005. **Análise da Qualidade de Vida de Idosos - Município de Teixeira-MG.** Orientadora: Dra. Rosângela Minardi Mitre Cotta. Conselheiras: Dra. Sylvia do Carmo Castro Franceschini e Dra. Rita de Cássia Lanes Ribeiro.

Com o aumento da expectativa de vida no mundo, faz-se necessário pensar também na qualidade de vida nesses anos que sobrevieram. Diante disso, o interesse pela pesquisa sobre o envelhecimento humano foi despertado, surgindo uma multiplicidade de indagações, opiniões e avaliações objetivas e subjetivas sobre a qualidade de vida da população idosa. Neste sentido, este estudo teve como objetivos: avaliar a qualidade de vida da população idosa do município de Teixeira-MG; estudar o perfil socio-sanitário dessa população; analisar a influência das condições socio-sanitárias na qualidade de vida desses idosos e realizar comparações da qualidade de vida entre a população usuária e não usuária do PSF. O desenho do estudo foi observacional de corte transversal, tendo participado do estudo 211 indivíduos de idade igual ou superior a 60 anos, representando, portanto, 14,28% da população de idosos do município. A amostragem do estudo foi aleatória estratificada por sexo, por utilização ou não do PSF e residência nas diferentes microáreas de saúde. Foram calculados 15% do total de indivíduos cadastrados em cada microárea de saúde e o número representativo desta porcentagem foi dividido proporcionalmente por sexo e utilização ou não do PSF. Utilizaram-se dois questionários, aplicados em visitas domiciliares, por um único entrevistador, devidamente treinado. Um deles, especificamente criado para este estudo, buscou analisar as variáveis sexo, idade, escolaridade, renda, zona de residência, situação conjugal, apoio familiar, condições da habitação, composição do núcleo familiar, atividade profissional, cobertura previdenciária, prática de atividade física, morbidades auto-referidas, utilização de medicamentos, sono, tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas e utilização de serviços de saúde, objetivando caracterizar os idosos quanto às variáveis socio-sanitárias. Para avaliar a qualidade de vida foi utilizado o instrumento proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o *World Health Organization Quality of Life Instrument Bref* (WHOQOL-bref), que analisa quatro domínios da qualidade de vida: capacidade física, bem-estar psicológico, relações sociais e meio ambiente. O WHOQOL-bref é uma versão reduzida do WHOQOL-100, sendo composto por 24 questões que avaliam os 4

domínios e mais 2 questões de avaliação global de qualidade de vida. Os dados foram analisados por meio de Análises de Regressão Linear e Logística, com a utilização do programa estatístico SPSS. Dos idosos estudados, 51,7% eram do sexo feminino e 48,3% do masculino. A idade do grupo variou entre 60 a 93 anos com média de 71,09 (\pm 8,09). A faixa etária predominante foi de 60 a 69 anos (49,3%), seguida das faixas de 70 a 79 anos (32,7%), 80 a 89 anos (15,6%) e 90 anos e mais (2,4%). A maioria residia na zona urbana (66%) e 34% na zona rural. Os resultados indicaram que os idosos de Teixeira apresentaram altos escores de qualidade de vida para todos os domínios do WHOQOL-bref. Ao se analisar a contribuição dos diferentes domínios na qualidade de vida global, observou-se que os quatro domínios juntos explicam 36,1% da qualidade de vida global; e que os domínios diferiram a respeito da contribuição individual: o domínio que mais contribuiu foi o Físico, seguido do Ambiental e do Psicológico; o Social não teve contribuição estatisticamente significativa. O sexo teve influência significativa nos domínios Físico, Psicológico e Ambiental, sendo os escores médios desses domínios significativamente maiores entre os homens. O fato de ser usuário ou não dos serviços do PSF não se mostrou significativamente associado aos escores de qualidade de vida em nenhum dos domínios do WHOQOL-bref. Também a idade não foi fator de risco significativo para baixos escores de qualidade de vida. Em todos os domínios, pelo menos duas variáveis sanitárias estiveram associadas a menores escores de qualidade de vida. Atenção especial deve ser dada a essas características sanitárias que se destacaram como fatores de risco para uma baixa qualidade de vida: a utilização de medicamentos, a necessidade de cuidados médicos, a ausência de cobertura por plano de saúde privado, a presença de comorbidades, os problemas do sono e estar aposentado. Nesse sentido, identificar os fatores que contribuem para uma pior ou melhor qualidade de vida do idoso torna-se imprescindível aos profissionais de saúde, gestores e políticos, para que sejam capazes de prestar cuidados em saúde adequados e direcionados ao perfil epidemiológico, social e demográfico da comunidade.

ABSTRACT

PEREIRA, Renata Junqueira, M.S., Universidade Federal de Viçosa, June 2005.
Analysis of Quality of Life of Elderly People – Teixeiras Municipality-MG.
Coordinator: Dra. Rosângela Minardi Mitre Cotta. Advisors: Dra. Sylvia do Carmo Castro Franceschini e Dra. Rita de Cássia Lanes Ribeiro.

With the increase of life expectancy in the world, it's also been made necessary to think in quality of life in these years that followed. On the face of it, interest in research on human aging was aroused, appearing a diversity of inquiries, opinions and objective and subjective assessments about quality of life of elderly people. In that sense, this study had as objectives: to assess the quality of life of elderly population in Teixeiras municipality –MG; to study socio-sanitary profile of this population, to analyze influence of socio-sanitary conditions in the quality of life of these elderly people and perform comparisons of quality of life between users and non-users of FHP (Family Health Program). The design of this study was observational and cross-sectional, 211 persons aged 60 years and older took part in this study, performing, therefore, 14,3% of elderly population in the municipality. The sampling of the study was random stratified by age, for utilization of FHP or not and residence in different health micro-areas. It was calculated 15% of total registered persons in each health micro-area and the representative number of this percentage was divided proportionally by sex and by using FHP or not. Two questionnaires were administrated in home visits, by a single and well-trained interviewer. One of the questionnaires, specifically developed for a study, intended to analyze variables sex, age, educational level, economic status, residence area, marital status, family support, housing conditions, family unit composition, professional activity, medical insurance coverage, practice of physical activities, self-referred morbidities, use of medication, sleep, tabagism, use of alcohol beverage, health care facility use, aiming to feature elderly as for socio-sanitary variables. To assess quality of life it was used the instrument proposed by World Health Organization (WHO), the World Health Organization Quality of Life Instrument Bref (WHOQOL-bref), which analyzes four domains of quality of life: physical functioning, psychological well-being, social relationship and environment. WHOQOL-bref is a reduced version; it is constituted of 24 questions that assess the four domains and two more questions of overall quality of life assessment. The data were performed by means of Logistic and Linear Regression Analyzes by using

SPSS. From elderly people studied, 51,7% constituted women and 48,3% were men. The age of the group varied between 60 and 93 years with an average of 71,1(± 8,09). The prevailing age group was from 60 to 69 years (49,3%), followed by 70 to 79 years (32,7%), 80 to 89 (15%) and 90 years and older (2,4%). Most of them lived in the urban area (66%) and 34% in the rural area. The results indicated the elderly people in Teixeiras presented high scores of quality of life to all WHOQOL-bref domains. When analyzing contribution of different domains in overall quality of life, it was observed the four domains together explain 36,1% of overall quality of life; and that domains were different concerning individual contribution: the greatest contribution was given by Physical domain, followed by Environmental and Psychological, Social didn't have significant contribution. Sex had significant influence in Physical, Psychological and Environmental domains, being the average scores of these domains higher among men. The fact of being FHP user or not didn't show itself significantly associated to scores of quality of life in any of WHOQOL-bref domains. Age wasn't a significant risk factor to low scores of quality of life either. In all domains at least two sanitary variables were associated to minor scores of quality of life. Special attention should be given to these sanitary characteristics that stood out as risk factors to a low quality of life: use of medication, necessity of medical care, lack of coverage by private medical insurance, presence of co-morbidity, sleep problems and retirement. In that sense, to identify factors that help to a better or worse quality of life of elderly becomes indispensable to health professionals, managers and politicians, so that they will be able to provide adequate health care and directed to epidemiologic and social demographic profile of the community.

I - INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno que está ocorrendo em todo o mundo e aproximadamente 75% dos idosos vivem nos países desenvolvidos. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2025 existirão 1,2 bilhões de indivíduos com mais de 60 anos (OMS, 2001).

O Brasil está passando por um rápido processo de envelhecimento populacional, que se iniciou com a queda nas taxas de fecundidade, ocorrida na década de 60 (CHAIMOWICZ, 1997). Estima-se que entre 1960 e 2020 o crescimento do número de idosos seja de 760% e o de jovens de 166%, e que no período de 1950 a 2025, o Brasil passará da 16ª para a 6ª posição mundial em relação ao contingente de idosos (KALACHE et al., 1987).

As investigações sobre as condições que permitem um envelhecimento com qualidade de vida, bem como das variações que a idade comporta, tentam responder à aparente contradição entre envelhecimento e bem-estar e entre velhice e doença, buscando contribuir para a melhor compreensão dos limites e alcances do desenvolvimento humano (FLECK et al., 2003).

Assim, o estudo da qualidade de vida em geral e, em particular, dos indivíduos idosos deve considerar tanto aspectos subjetivos como objetivos. Entre os aspectos subjetivos é possível fazer distinção entre as propriedades e características percebidas do ambiente (serviços sociais e de saúde, apoio social, valorização do meio ambiente, necessidades culturais, satisfação social, dentre outros) e a avaliação que o indivíduo faz dessas características, onde é importante o papel da percepção individual (nível de aspiração, expectativas, grupos de referência, necessidades individuais, escala de valores, entre outros). Quanto às dimensões objetivas, estas compreendem fatores bem mais contextuais (culturais, qualidade do ambiente, disponibilidade de serviços de saúde e sociais) e uma série de sintomas e significados que podem ser descritos sob um ponto de vista mais objetivo (CASTELLÓN & PINO, 2003).

No idoso a qualidade de vida pode ser percebida como boa ou ruim de acordo com a forma como cada indivíduo vivencia a velhice, podendo variar entre os dois extremos. Nesse sentido, a qualidade de vida depende, então, da interpretação emocional que cada indivíduo faz dos fatos e eventos, e está intimamente relacionada à percepção subjetiva dos acontecimentos e condições de vida (XAVIER et al., 2003).

Na literatura médica o conceito de qualidade de vida parece apresentar diversos

significados. “Condições de saúde”, “Bem-estar” e “Qualidade de vida”, são termos utilizados como sinônimos, mas que apresentam significados diferentes. “Condição de saúde” relaciona-se com prejuízos e incapacitações, direcionando-se a uma perspectiva funcional de saúde. Por outro lado, “Bem-estar” é entendido a partir do estado psicológico ou emocional, e não leva em conta nem a dimensão cognitiva, nem a satisfação ou as condições objetivas de vida (LIMA, 2002).

Apesar de ainda não existir um consenso em relação à definição de qualidade de vida, a Organização Mundial de Saúde a define como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 1998).

Assim, a avaliação da qualidade de vida do idoso surge como tema de grande relevância científica e social, por proporcionar informações e guiar intervenções, tanto na pesquisa gerontológica, quanto em políticas socio sanitárias, com o intuito de promover o bem-estar dos que envelhecem (SANTOS et al., 2002; FLECK et al., 2003).

A literatura comprova que as características socio sanitárias têm influência marcante na qualidade de vida. Dentre esses fatores socio sanitários destacam-se os socioeconômicos e demográficos (renda, escolaridade, situação familiar, classe social, sexo e faixa etária) e as condições de saúde (prevalência de enfermidades crônicas, utilização de medicamentos, acesso aos serviços de saúde, capacidades física, funcional e cognitiva; auto-percepção da saúde) (LIMA-COSTA et al., 2003a).

O conhecimento das influências socioeconômicas na saúde da população idosa torna-se importante para a implementação de ações e políticas, visando melhorar a qualidade de vida desse grupo etário (BERQUÓ, 1999).

As condições de saúde da população idosa também podem ser estudadas por meio dos perfis de morbidades e mortalidade, da presença de incapacidades físicas e cognitivas e da utilização de serviços de saúde e medicamentos, dentre outros indicadores (LIMA-COSTA et al., 2003b).

As enfermidades crônico-degenerativas não-transmissíveis revestem-se de fundamental importância ao influenciarem a qualidade de vida de idosos, devido ao perfil de morbidades característico das faixas etárias mais avançadas.

Além disso, ressalta-se que as doenças crônicas representam a principal causa de mortalidade e incapacidade no mundo inteiro, principalmente doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias e que mudanças nos hábitos e estilo de vida são

comprovadamente eficazes como medidas de prevenção destas condições (OPAS, 2003).

Nesse sentido, a capacidade funcional também tem sido bastante considerada em estudos da população idosa, por ser um dos grandes componentes da saúde do idoso e emergir como um componente essencial para a caracterização da saúde dessa população (LIMA-COSTA et al., 2003b; RAMOS, 2003).

Em gerontologia, a perspectiva do ciclo vital e do desenvolvimento humano, enfoca a esperança de vida livre de incapacidades, através de estilos de vida e comportamentos saudáveis, ou seja, um processo de envelhecimento com qualidade de vida aceitável. Diante desta premissa, ter qualidade de vida é ter uma existência intensa e satisfatória, com o intuito de somar mais vida aos anos que sobrevierem (CASTELLÓN & PINO, 2003).

Assim, considerando-se a importância da abordagem da qualidade de vida no envelhecimento, o objetivo central deste trabalho foi analisar a qualidade de vida de idosos, residentes no município de Teixeiras em Minas Gerais.

I.1 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BERQUÓ E. **Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil.** In: NERI, A.L.; DEBERT, G.G., org. *Velhice e Sociedade.* São Paulo: Papyrus Editora, 1999. p.11-40.
2. CASTELLÓN, A.; PINO, S. Calidad de vida en la atención al mayor. **Rev Mult Gerontol**, v.13, n.3, p.188-192, 2003.
3. CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev Saúde Pública**, v.31, n.2, p.184-200, 1997.
4. FLECK, M.P.A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C.M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.37, n.6, p.793-799, 2003.
5. KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Rev Saúde Pública**, v.21, n.3, p.200-210, 1987.
6. LIMA, A.F.B.S. **Qualidade de Vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool.** 2002. 90f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
7. LIMA-COSTA, M.F., BARRETO, S., GIATTI, L., UCHÔA, E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad Saúde Pública**, v.19, n.3, p. 745-757, 2003a.
8. LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad Saúde Pública**, v.19, n.3, p.735-743, 2003b.
9. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. The world health report. Geneva, 2001.
10. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: OPAS, 2003. 60p.
11. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Promoción de la Salud. Glosario. Genebra: OMS 1998; 35p.

12. RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad Saúde Pública**, v.19, n.3, p.793-98, 2003.
13. SANTOS, S.R.; SANTOS, I.B.C.; FERNANDES, M.G.M.; HENRIQUES, M.E.R.M. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.10, n.6, p.757-764, 2002.
14. XAVIER, F.M.F.; FERRAZ, M.P.T.; MARC, N.; ESCOSTEGUY, N.U.; MORIGUCHI, E.H. Elderly people's definition of quality of life. **Rev Bras Psiquiatr**, v.25, n.1, p.31-39, 2003.

II - OBJETIVOS

II.1 - Objetivo Geral

- Avaliar a qualidade de vida e relacioná-la ao perfil socio-sanitário de idosos do Município de Teixeira – MG.

II.2 - Objetivos Específicos

- Avaliar a qualidade de vida da população idosa do município de Teixeira MG, através do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL BREF);
- Descrever o perfil socio-sanitário da população idosa;
- Analisar a influência das condições socio-sanitárias na qualidade de vida dessa população;
- Realizar comparações da qualidade de vida entre a população idosa usuária e não usuária do PSF.

III – REVISÃO DA LITERATURA

III.1 - Análise das Características Demográficas e Socioeconômicas da População Idosa Brasileira.

Renata Junqueira Pereira, Sylvia do Carmo Castro Franceschini, Silvia Eloiza Priore,
Rosângela Minardi Mitre Cotta

III.1.1 – RESUMO

Considerando as particularidades do processo de envelhecimento da população brasileira, o presente estudo teve como objetivo realizar uma revisão da literatura para estudar a evolução, ao longo dos últimos anos, das principais características do envelhecimento e das demandas que acarretam à sociedade. Acredita-se que a população idosa brasileira esteja não só vivendo mais, como também, melhor, pois os indivíduos que conseguem sobreviver a idades mais avançadas são selecionados por melhores condições de saúde e melhor qualidade de vida. Porém, as características socioeconômicas exercem ainda efeitos adversos e para sanar as lacunas que ainda existem em relação à saúde e as condições de vida do idoso brasileiro, são necessárias mais ações, políticas e programas enfocando as necessidades do grupo etário, visando fortalecer o potencial de desenvolvimento dos idosos de forma sistemática e focalizada.

Palavras-chave: envelhecimento, trabalho, escolaridade, renda.

III.1.2 – ABSTRACT

Considering the peculiarities of the aging process in Brazil, this study aimed to revise the literature to study the evolution, along the last years, of the main demographic, social and economical characteristics of the aging process and the needs they bring to society. It's believed that older people in Brazil are not only living longer, but also better and, of course, the ones who live longer, do it because they have better health and better quality of life. However, the social and economic characteristics still have negative effect and, to deal with this, more action is required, more policies and programs focusing on the needs of this age group, aiming to strengthen the development potential of the elderly in a systemic, focused way.

Keywords: aging, work, education, income.

III.1.3 - INTRODUÇÃO

Atingir a longevidade constitui-se em um dos maiores êxitos da segunda metade do século XX. Segundo Payares¹, o envelhecimento da população suporá um aumento das demandas sanitárias, sociais e econômicas, representando, ao mesmo tempo, um dos maiores triunfos e desafios da humanidade².

Do ponto de vista demográfico, o envelhecimento é caracterizado pelo aumento da proporção da população acima de 60 anos, em relação à população total, levando à diminuição da participação relativa das faixas etárias mais jovens, aliado ao aumento da expectativa de vida e à queda da mortalidade³. Além disso, a proporção da população de 80 anos e mais é a que mais cresce, alterando a composição etária dentro do próprio grupo. Isso leva a uma heterogeneidade do segmento populacional de idosos⁴.

O crescimento mais elevado do contingente idoso é resultado da alta fecundidade prevaiente no passado associada à atual redução da mortalidade, a qual altera a vida do indivíduo, as estruturas familiares e a sociedade⁵.

E apesar do aumento da longevidade ser resultado também de políticas e incentivos promovidos pela sociedade e pelo Estado e do progresso tecnológico, suas conseqüências acarretam pressões para a transferência de recursos na sociedade, colocando desafios para o Estado, os setores produtivos e as famílias⁵.

Estas implicações também parecem insuperáveis sob o ponto de vista das relações institucionais e sociais que dão forma à vida diária dos cidadãos – participação no mercado de trabalho, estado civil e relações intergeracionais. Quando são consideradas as implicações do envelhecimento populacional e as necessidades de ajuste das instituições à nova realidade demográfica, é importante reconhecer todos os aspectos desta tendência, tendo em conta tanto os desafios como as oportunidades surgidas: econômica, social e culturalmente⁶.

Considerando as particularidades do processo de envelhecimento da população brasileira, o presente estudo teve como objetivo central realizar uma revisão da literatura para estudar a evolução, ao longo dos últimos anos, das principais características do envelhecimento e das demandas que elas acarretam à sociedade.

III.1.4 - METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão bibliográfica a partir das principais bases de dados em saúde pública: MEDLINE (base de dados de literatura internacional, produzida pela US National Library of Medicine – NLM), LILACS (Literatura Latino-Americana y del Caribe en Ciencias de la Salud), considerando-se os trabalhos publicados entre 1997 e 2003.

De forma complementar, consultou-se também as bases de dados Scielo e os Periódicos da Capes, além de sites da internet para a busca de documentos e estudos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), do Ministério da Saúde do Brasil (MS), da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Os indexadores utilizados na pesquisa bibliográfica foram: envelhecimento, idoso(s), demográficos, socioeconômico e seus sinônimos em inglês e espanhol.

III.1.5 -ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

População e Distribuição Espacial

O envelhecimento da população é um fenômeno que está ocorrendo em todo o mundo e aproximadamente 75% dos idosos vivem nos países desenvolvidos. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2025 existirão 1,2 bilhões de indivíduos com mais de 60 anos, sendo o grupo de 80 anos e mais, a faixa etária de crescimento mais expressivo⁷.

A população humana apresenta um incremento médio anual de 1,7%, enquanto a parcela com 60 anos e mais cresce de 2,5 a 3% ao ano⁸.

Nos países em desenvolvimento observa-se um envelhecimento populacional acelerado, com um incremento da população idosa três vezes maior que nos países desenvolvidos⁹.

Na América Latina, o envelhecimento populacional varia de acordo com as condições sociais e demográficas de cada país. O Uruguai tem 14,8% de homens e 18,4% de mulheres com 60 anos e mais. Em Honduras, Nicarágua e Guatemala os idosos representam apenas 5% da população total¹⁰.

O Brasil está passando por um rápido processo de envelhecimento populacional, que se iniciou com a queda nas taxas de fecundidade, ocorrida na década de 60¹¹. A participação do segmento populacional idoso na população brasileira passou de 4% em 1940, para 8% em 1996 e em 2000 chegou a 10%^{5, 12}.

De acordo com projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), em 2010 o Brasil terá cerca de 18 milhões de indivíduos com mais de 60 anos e, até 2020, esse número crescerá para 25 milhões¹².

Segundo Chaimowicz¹¹, o índice de envelhecimento da população, que era de 6,4 em 1960, teve um incremento superior a 100% em três décadas, alcançando um valor de 13,9 em 1991. Estima-se que entre 1960 e 2020 o crescimento do número de idosos seja de 760% e o de jovens de 166%¹¹, e que no período de 1950 a 2025, o Brasil passará da 16ª para a 6ª posição mundial em relação ao contingente de idosos¹³.

Atualmente no Brasil, os idosos representam cerca de 10% da população geral. O censo de 2000 informou que dos 169.500.000 brasileiros, 15,5 milhões têm 60 anos ou mais, sendo estes na maioria mulheres, viúvas, com baixa escolaridade e baixa renda¹⁴.

Além disso, a proporção da população “mais idosa”, ou seja, com 80 anos e mais, tem aumentado, passando de 166 mil em 1940 para 1,5 milhões em 1996, representando 11,7% da população idosa e 0,9% da total. Este aumento altera a composição etária dentro do próprio grupo, contribuindo para a heterogeneidade do grupo idoso⁴.

O envelhecimento populacional se iniciou em algumas regiões mais desenvolvidas do Brasil. A região sudeste foi a que teve maior envelhecimento, representando, os idosos, 10% da população total¹⁴. Tal fenômeno se estende a todos os estados e classes sociais, tanto na zona urbana como na rural. A esperança de vida no país, já ultrapassa os 71 anos, sendo que, em 1970, era de 53,7 anos^{3, 11, 12}.

Porém, no Brasil, observa-se um processo de envelhecimento da estrutura etária da população diferente para cada região, em 1991 enquanto a região Norte possuía 4,5% da população com 60 anos e mais, na região Sudeste esta porcentagem era de 7,9%⁸.

Rio de Janeiro e Paraíba possuem um contingente de idosos semelhante (11,2% e 10,6%, respectivamente, da população com 60 anos e mais), porém, no Rio

de Janeiro há aumento do número de idosos em função do envelhecimento da estrutura etária da população, enquanto na Paraíba o número de idosos está aumentado em relação à população total em decorrência das altas taxas de migração de jovens para outras regiões^{8, 15}.

As desigualdades regionais do envelhecimento populacional supõem a necessidade de maior atenção no planejamento e avaliação local das ações em saúde para a terceira idade.

Na maioria dos estudos, predomina a preocupação com a pressão que o crescimento da população idosa pode fazer sobre os gastos previdenciários, a utilização de serviços de saúde e os custos aos cofres públicos. No entanto, segundo Camarano⁵, estes estudos se baseiam, em geral, numa determinada época e não se conhecem estudos que tenham medido o tipo de repercussão que as melhoras nas condições de vida da população idosa possam ter nesses gastos. Pode-se supor que estas melhoras diminuiriam a pressão sobre os gastos de saúde e previdenciários, se houvesse uma associação positiva entre maior longevidade e melhores condições de saúde.

Composição por sexos

Observa-se uma feminização do envelhecimento no Brasil. Esta maior proporção de mulheres em relação aos homens pode ser explicada pela vida média mais longa das mulheres, menor mortalidade por causas externas e menor exposição às condições adversas ao longo do ciclo da vida⁸.

Embora nasçam mais homens do que mulheres, em decorrência de fatores ao longo do ciclo vital, morrem mais homens do que mulheres. No Brasil observa-se um predomínio feminino entre os idosos desde 1920, a vida mais longa das mulheres superou o incremento da população masculina causado pela imigração estrangeira⁵.

Segundo o IBGE¹², no último censo em 2000, as mulheres de 60 anos e mais representavam 9,28% da população total e os homens 7,82%.

Quanto mais velho o contingente estudado, maior a proporção de mulheres nele, podendo chegar à proporção de 2/1 no grupo de 80 anos e mais. Segundo o IBGE¹⁶, a razão de sexo é de 118 mulheres para cada 100 homens na faixa etária de 65-69 anos e de 141 para cada 100 no grupo de 80 anos ou mais. A expectativa de vida ao atingir 60 anos também acompanha o sexo, as mulheres vivem mais 19,3 anos

em média, enquanto os homens vivem 16,8 anos.

Em 1995, a razão de sexos dos países considerados desenvolvidos foi de 63% e entre os em desenvolvimento de 88%. A brasileira, em 1996, foi de 82%¹⁷.

A predominância da população feminina entre os idosos tem causado repercussões nas demandas por políticas públicas de saúde. Isso porque as mulheres estão mais sujeitas a deficiências físicas e mentais, há uma elevada proporção de mulheres morando sozinhas em decorrência da viuvez (14% em 1998), têm menor nível de escolaridade, têm menor experiência de trabalho no mercado formal, menor acesso a aposentadoria⁵, o que requer maior assistência tanto do Estado, quanto das famílias.

Porém, segundo Camarano et al¹⁸, no médio prazo, quando as novas coortes de mulheres que fazem parte do mercado de trabalho atingirem as idades avançadas, espera-se mudanças nesse perfil.

Distribuição Etária

Segundo Palloni & Peláez¹⁹, a taxa de crescimento da população idosa varia em função de três mudanças: na taxa de fecundidade e na mortalidade de 0 a 60 anos, no passado e na mortalidade acima dos 60 anos.

A caracterização das tendências demográficas se faz por meio de duas conseqüências do citado acima. Primeiro, a população que alcançará o sexagésimo aniversário entre 2000 e 2025 pertence à coorte aumentada pelo leve aumento de fecundidade nos anos 1950-1965, assim, a taxa de crescimento do grupo de 60 anos e mais aumentará. Segundo, esses mesmos grupos desfrutaram de grandes e incomuns melhorias na sobrevivência, particularmente durante a infância. Isso aumenta o tamanho da coorte que alcançará os 60 anos em 2025¹⁹.

Nesse sentido, o aumento da população idosa é função do declínio das taxas de natalidade e da mortalidade que ocorreram no passado.

De 1940 até 1960 a população brasileira apresentou-se relativamente estável, com distribuição etária praticamente constante. Era uma população extremamente jovem, com 52% da população abaixo de 20 anos e menos de 3% acima dos 65 anos²⁰. Neste período, a leve queda nas taxas de fecundidade se equilibrou com o significativo declínio da mortalidade, permanecendo constante a estrutura etária da população²¹.

No final da década de 60 inicia-se rápido e generalizado declínio da fecundidade no Brasil, levando ao incremento do envelhecimento populacional que é hoje observado. Como consequência, a população brasileira entra em processo de desestabilização de sua estrutura etária, com estreitamento da base da pirâmide populacional¹⁷.

A evolução da estrutura etária da população brasileira, segundo censos demográficos, é apresentada na Tabela 1.

TABELA 1. Distribuição Proporcional da População Brasileira, segundo grupos etários.

Grupo Etário	Ano do Recenseamento			
	1970	1980	1991	2000
0-14 anos	42,10%	38,24%	34,73%	29,60%
15-59 anos	52,83%	55,69%	57,97%	61,84%
60 anos e mais	5,07%	6,07%	7,30%	8,56%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: IBGE (Censos Demográficos 1970, 1980, 1991, 2000)^{22, 23, 24, 12}.

Como o processo de envelhecimento se dá via declínio da fecundidade, mesmo quando não houver mais declínio desta taxa, o processo de envelhecimento populacional continuará até que desapareçam de sua configuração etária os efeitos da alta fecundidade no passado²⁰.

Urbanização

A urbanização da população é um indicador demográfico de grande importância no planejamento de ações em saúde. Populações concentradas em áreas urbanas, como se verifica atualmente no Brasil, têm maior acesso ao saneamento básico, escolas, assistência à saúde, meios de comunicação, programas de educação em saúde⁸.

Os países latino-americanos em desenvolvimento sofreram um acelerado processo de urbanização, generalizado a todos os países do continente. No Brasil, o processo de urbanização iniciou-se no final do século XIX e acelerou-se a partir de

1940, em virtude das mudanças sociais e econômicas que ocorreram no país, como a mecanização do trabalho no campo e a redução da necessidade de mão-de-obra nas atividades agrícolas²⁵.

A participação do grupo de 60 anos e mais se concentra até hoje no setor agrícola e, reduzidas as oportunidades no campo, verifica-se a migração desse grupo etário para as áreas urbanas²⁶.

Segundo Telarolli Jr. et al⁸, no Brasil os índices de urbanização do grupo de 60 anos e mais superam os da população geral desde década de 1950 e aumenta com a progressão da idade o número de residentes no campo.

Segundo Camarano et al¹⁸, tem se observado uma concentração da população idosa nas áreas urbanas, especialmente do contingente feminino, sendo que a proporção do contingente feminino residindo nas áreas urbanas tem aumentado mais que a do sexo masculino. Embora as taxas de mortalidade nas duas áreas (urbana e rural) não tenham diferenças acentuadas, o fato da mortalidade na zona rural ser maior, pode estar contribuindo para um maior contingente de idosos sobreviventes nas cidades.

Inserção Familiar

A análise da inserção do idoso na família tem sido uma das grandes contribuições da demografia aos estudos sobre as condições de vida da população idosa²⁷.

Como o cuidado aos idosos no Brasil é uma tarefa que ainda se concentra na família, observa-se que estudar os arranjos domiciliares reveste-se de grande importância quando se refere à saúde do idoso.

Em estudo das Pesquisas Nacionais por Amostras de Domicílios de 1981 a 1998, realizado por Camarano⁵, as famílias com a presença de idosos são menores, encontram-se em etapas do ciclo vital mais avançadas, têm um menor número de filhos residindo nos arranjos familiares e apresentam estruturas etárias mais envelhecidas. Destaca-se também entre as famílias com idosos, elevada proporção de casais sem filhos e de pessoas vivendo sozinhas. As famílias brasileiras com idosos estão em melhores condições socioeconômicas que as demais. Para isso, destaca-se a importância da aposentadoria e benefícios previdenciários que em muitos casos, constituem-se na única fonte de renda das famílias.

Mudanças notáveis vêm ocorrendo nos padrões familiares brasileiros. O tamanho das famílias reduziu-se com a queda acentuada da taxa de fecundidade, as famílias têm se organizado em domicílios nucleares (cônjuges e filhos apenas) com a maior participação da mulher no mercado de trabalho, grande parte dos casais que tiveram um número reduzido de filhos, a partir da década de 1960, já ingressou na terceira idade. Com isso, a tendência é uma sobrecarga sobre um número pequeno de jovens com a responsabilidade de cuidar de um número cada vez maior de idosos, o que poderá levar ao colapso o modelo assistencial centrado na família⁸.

Mortalidade

Uma das maiores conquistas deste século tem sido a redução da mortalidade que atingiu todos os grupos etários. No Brasil, de 1940 a 1998 houve um ganho de 30 anos na esperança de vida ao nascer, resultado da redução da mortalidade infantil. Esses ganhos foram mais expressivos nas mulheres, em 1998 a esperança de vida ao nascer feminina foi 7,5 anos maior que a masculina⁵.

No Brasil, a esperança de vida em idades mais avançadas é elevada e semelhante à dos países desenvolvidos. De 1980 a 1998 houve um ganho na esperança de vida de 2,7 para mulheres em idades avançadas e de 2,4 anos para os homens do mesmo grupo etário. Em 1998 um homem que chegasse aos 60 anos esperaria viver mais 13,1 anos e, uma mulher, 15,4 anos¹⁸.

Esse aumento da sobrevida da população idosa é refletido por uma redução da taxa de mortalidade em 27% (73,6 óbitos/1000 idosos em 1980 para 57,7 óbitos/1000 idosos em 1998)²⁸.

Em estudo de Camarano⁵, que analisou a evolução das causas de mortalidade, nos grupos de idade avançada, entre 1980 e 1997, destacam-se como o grupo de causas mais importante as doenças do aparelho circulatório, em ambos os sexos. Dentre as causas de morte que tiveram sua participação relativa aumentada, destacam-se as doenças do aparelho respiratório e os neoplasmas. Entre os homens aumentou o peso das mortes por doenças do aparelho digestivo e, entre as mulheres, por doenças endócrinas e do metabolismo.

Nogales²⁹ observou que a diminuição da participação relativa das doenças do aparelho circulatório como causa de morte no segmento idoso deveu-se a uma redução efetiva dos níveis de mortalidade por esse grupo de causas.

A queda da mortalidade por doenças do aparelho circulatório parece ter sido a grande responsável pela redução da mortalidade entre a população idosa brasileira e pelo aumento da esperança de sobrevivência em países desenvolvidos^{5,30}.

III.1.6 - ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

Renda

É consenso que a produtividade e a empregabilidade declinam com a idade, a partir dos 60 anos. A partir desta idade, os indivíduos passam a depender cada vez mais dos rendimentos dos demais moradores do domicílio para sobreviver e manter seu padrão de vida. Além disso, a aposentadoria também passa a desempenhar papel fundamental na renda do idoso³¹.

Com o avanço da idade, incrementam-se os gastos, principalmente em saúde e há também redução da renda domiciliar per capita, devido ao fato de as famílias que contêm idosos serem menos numerosas, com menor renda e incremento dos gastos pela presença do idoso^{17,31}.

Os idosos podem influenciar a renda domiciliar por representarem membros adicionais na família, dependendo também da renda ou por participarem com a aposentadoria, contribuindo para o aumento da renda domiciliar.

Estudo de Paes de Barros et al³¹, utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1997 (PNAD/97), mostrou tendência ao aumento da renda domiciliar do início da vida até os 60 anos, a partir daí, a renda se estagna com tendência ao declínio com o avanço da idade. Esta estagnação acompanhada da posterior redução dos rendimentos decorre da saída dos indivíduos do mercado de trabalho.

Estes mesmos autores mostraram que a aposentadoria chega a representar cerca de 50% da renda domiciliar total entre os idosos mais pobres.

Em relação à distribuição de renda entre os idosos, espera-se que haja uma maior proporção de idosos nos decimos superiores da distribuição (de maior renda), pois há uma correlação positiva entre a renda e a expectativa de vida devido ao fato de que a probabilidade de que uma pessoa atinja a terceira idade cresce com a renda.

De acordo com Paes de Barros et al³¹, a proporção de idosos cresce ao longo dos centésimos da distribuição de renda: a porcentagem de indivíduos com 60 anos e

mais está entre 2 a 4% na extremidade inferior da distribuição, enquanto na extremidade superior se encontram 10% dos idosos.

O Índice T de Theil, um análogo do Índice de Gini, que mede a desigualdade na distribuição de renda, foi maior entre os indivíduos de 60 anos e mais (0,76) do que entre os não idosos (0,71), revelando que a distribuição de renda entre os idosos é ainda mais desigual do que entre a população geral. Observa-se também uma acentuada concentração de idosos no centro da distribuição, principalmente no sexto e sétimo décimos.

Anderson ³², em estudo com dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição de 1989 (PNSN/89), encontrou que a pobreza era uma característica da população idosa. Os idosos eram mais pobres quando comparados aos indivíduos de 40 a 59 anos; e entre si, os idosos acima de 80 anos eram mais pobres do que os de 60 a 79 anos.

A situação socioeconômica desempenha um papel central na determinação das condições de saúde de indivíduos e populações, principalmente entre idosos que estão mais vulneráveis ao surgimento de doenças e seu conseqüente incremento nos gastos financeiros ^{33,34}.

Diversos estudos de base populacional mostraram que idosos com melhor situação socioeconômica apresentam melhores condições de saúde ^{35,36}.

Segundo Berquó³⁷, o conhecimento das condições de saúde da população idosa e das influências socioeconômicas sobre essas condições, é fundamental para o direcionamento e desenvolvimento de políticas.

Em estudo de Lima-Costa et al³⁸, analisando dados da PNAD de 1998, foram encontradas associações entre menor renda domiciliar per capita de idosos e piores condições de saúde, de função física e menor uso de serviços de saúde. Portanto, idosos de piores níveis socioeconômicos têm pior qualidade de vida relacionada à saúde. No Brasil, mesmo pequenas diferenças na renda mensal domiciliar per capita são suficientemente sensíveis para identificar idosos nessas condições destacadas.

Escolaridade

A escolaridade é um dos indicadores mais precisos na identificação do nível socioeconômico de uma população, pois se relaciona ao acesso a emprego e renda. Além disso, relaciona-se também à utilização de serviços de saúde e à apreensão e receptividade a programas educacionais e sanitários⁸.

Vários estudos afirmam que, em países em desenvolvimento, os níveis de alfabetização de idosos são inferiores aos observados na população geral^{39, 40, 41}.

Porém, a tendência secular tem sido o progressivo aumento nos níveis de alfabetização do grupo de 60 anos e mais.

Em 1991, os idosos que sabiam ler e escrever eram 56,2% da população total na faixa etária acima dos 60 anos²⁴. Já em 2000, esse número passou para 64,8% da população idosa¹².

De acordo com Camarano¹⁷, quando se analisa a população idosa, observa-se que os indivíduos do sexo masculino são mais alfabetizados do que os do feminino, independentemente da idade. Essas diferenças por sexo entre os idosos sugerem a discriminação nas oportunidades educacionais que ocorreu no passado, o que atualmente vem se modificando: mulheres jovens apresentam níveis educacionais maiores do que os homens⁴².

Apesar de se observarem ganhos expressivos na proporção da população idosa alfabetizada, ela ainda é baixa. Em 2000, 41,1% da população acima de 60 anos era analfabeta¹².

Camarano et al¹⁸, estudando dados da PNAD de 1986 e 1996, mostraram que em dez anos o número de idosos sem instrução passou de 54,3% (1986) para 47,3% (1996); o percentual de idosos com mais de cinco anos de escolaridade se elevou de 13,7% (1986) para 17,2% (1996); a proporção que tinha pelo menos o antigo ginásio completo (atualmente o Ensino Fundamental) cresceu de 4,9% para 7,7% e a porcentagem de idosos com 12 ou mais anos de estudo subiu de 1,8% (1986) para 3,3% (1996).

Quando se analisam os dados do último censo, realizado em 2000, observam-se as porcentagens mostradas na Tabela 2.

TABELA 2 – População idosa brasileira por anos de escolaridade e sexo em 2000.

Grupos de Idade	Sem instrução e menos de 1 ano	1 a 3 anos	4 a 7 anos	8 a 10 anos	11 a 14 anos	15 anos ou mais	Não determinados
Mulheres ≥ 60 anos	1,9%	2,0%	2,3%	4,9%	5,2%	6,9%	58,7%
Homens ≥ 60 anos	1,7%	1,9%	2,4%	4,6%	5,1%	7,8%	36,6%

Fonte: IBGE, Censo de 2000¹².

A Tabela 3 mostra a evolução dos níveis de alfabetização entre a população idosa em 40 anos (1960 a 2000).

TABELA 3 – Evolução da alfabetização entre a população brasileira de 65 anos e mais, separada por sexos, de 1960 a 2000.

População alfabetizada de 65 anos e mais		
Ano	Homens	Mulheres
1960	51,4%	34,7%
1970	52,7%	38,0%
1980	52,5%	40,6%
1991	55,8%	48,9%
2000	64,9%	59,7%

Fonte: IBGE, vários Censos Demográficos^{12,22,23,24,43}

O aumento do índice de alfabetização entre os idosos é um fato muito positivo para esse grupo populacional no sentido de que o maior acesso às informações mantém o indivíduo ativo e participante.

No campo da saúde, a alfabetização torna o indivíduo mais sensível às ações de educação sanitária, e é possível que níveis crescentes de escolaridade atuem como fatores protetores contra as disfunções cognitivas que comumente afetam os idosos⁸.

Além disso, o acesso a informações sobre as formas disponíveis para a assistência à saúde, incentiva a procura por atendimento médico precoce, reduzindo complicações de enfermidades e aumentando sua detecção, além de favorecer a utilização dos serviços de saúde.

Trabalho

O trabalho na terceira idade pode ser tanto um indicador da manutenção da capacidade funcional, como pode refletir a necessidade de continuar trabalhando, mesmo sem condições, para manter a sobrevivência³².

Entre 1986 e 1996 a taxa de participação do grupo idoso na atividade econômica (população economicamente ativa – PEA) aumentou de 28,5% para 32,0% entre os homens e de 5,7% para 7,9% entre as mulheres¹⁸.

Entretanto, como mostra a PNAD de 1996, entre os homens de 65 e 75 anos as taxas de atividade econômica variaram de 47,0 a 22,1%, isso mostra a velocidade da queda na participação dos idosos no mercado de trabalho, principalmente quando se considera que a participação dos idosos na PEA decresce com a idade¹⁸.

Em 1970 45% dos homens idosos participavam da população economicamente ativa (PEA) e em 1996 esta proporção foi de 32%. Essa redução da participação pode ser explicada por fatores tais como: incrementos nos gastos públicos em benefícios sociais, menor proporção da população ocupada em atividades agrícolas e aumento da urbanização. As taxas de atividade feminina, apesar de mais baixas em relação às masculinas, mostraram-se crescentes entre 1986-1996¹⁸.

Segundo Camarano et al¹⁸, a distribuição percentual da PEA idosa por ramos de atividades se alterou entre 1970 e 1996, acompanhando as modificações econômicas ocorridas no país. Em 1996, tanto os homens quanto as mulheres trabalhavam menos na agricultura e mais no setor serviços, indústria e comércio. Neste mesmo ano, 60% dos homens e 46% das mulheres trabalhavam por conta própria, e entre as mulheres, 22% eram não remuneradas.

Anderson³², analisando dados da PNSN de 1989, encontrou maior percentual de idosos trabalhando quando a renda familiar era mais baixa. Na zona rural, mais de 70 % dos indivíduos de 60 a 69 anos e 16% daqueles com 80 anos e mais ainda trabalhavam. A autora conclui que, no Brasil, o trabalho na terceira idade serve para manter a subsistência.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde⁴⁴, muitos idosos sustentam a si mesmos e a outros, trabalhando no setor informal, especialmente nos países em desenvolvimento.

Em relação à aposentadoria, em 1986, 65% da PEA masculina era aposentada e em 1996, esse número passou para 79%. No caso da PEA feminina, 44% eram aposentadas em 1996¹⁸.

Dos aposentados que trabalham 54% dos homens e 47% das mulheres estão na agricultura, sendo o segundo setor empregador, a indústria para os homens, e a prestação de serviços para as mulheres.

O aumento da parcela da PEA constituída por aposentados pode estar refletindo a maior cobertura dos benefícios previdenciários, ou o aumento da

longevidade, associado a melhores condições de saúde, que permitem que o idoso aos 60 anos possa exercer uma atividade econômica⁴⁵. A saúde é apontada não só como um dos principais determinantes para a permanência no trabalho, como também para o retorno ao trabalho após a aposentadoria, em países desenvolvidos⁴⁶.

Estudos têm identificado que a maior escolaridade está associada com a permanência no mercado de trabalho em idades mais avançadas^{46,47}.

Além disso, como assinala Camarano et al¹⁸, a renda é um elemento diferenciador importante quando se considera que a diferença entre os rendimentos dos que trabalham e dos que não trabalham chega a 80% para ambos os sexos.

III.1.7-CONCLUSÃO

Acredita-se que a população idosa brasileira esteja não só vivendo mais, como também, melhor, pois os indivíduos que conseguem sobreviver a idades mais avançadas são selecionados por melhores condições de saúde e melhor qualidade de vida.

Contribuíram muito para a longevidade os avanços tecnológicos ocorridos em diversas áreas, principalmente na da saúde, tornando esperado o ganho nos anos de vida.

Observa-se ainda que, embora tenham melhorado as condições socioeconômicas e de vida do idoso brasileiro ainda não são satisfatórias.

Para sanar as lacunas que ainda existem em relação à saúde e as condições de vida do idoso brasileiro, são necessárias mais ações, políticas e programas enfocando as necessidades do grupo etário. A abordagem do envelhecimento deve ser incluída como parte integrante das estratégias pressupostas nacionais, visando fortalecer o potencial de desenvolvimento dos idosos de forma sistemática e focalizada.

III.1.8-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Payares PR. Encuentro de la red de envejecimiento saludable. IMSERSO. Madrid; 2001.
2. Cotta RMM, Morales MSV, Cotta Filho JS, Llopis AG, Ricòs JAD, Real ER. La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud. *Revista Panamericana de Salud Publica* 2002; 11(4):253-261.
3. Ribeiro RCL. A velhice em uma nova versão: uma abordagem interdisciplinar na microrregião de Viçosa, Minas Gerais [Tese Doutorado]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais.
4. Camarano AA, Beltrão KI, Araújo HE, Pinto MS. Transformações no padrão etário da mortalidade brasileira em 1979-1994 e no impacto na força de trabalho (Texto para Discussão nº512). Rio de Janeiro: IPEA; set.1997.
5. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica (Texto para Discussão nº 858). Rio de Janeiro: IPEA; jan. 2002.
6. Helpage International. Estado Mundial de las Personas Mayores 2002 [acesso em 17 de novembro de 2003 para download do documento]. Disponível em: <http://www.helpage.org>.
7. Organização Mundial da Saúde. The world health report. Geneva; 2001.
8. Telarolli Jr.R, Machado JCMS, Carvalho F. Perfil demográfico e condições de sanitárias dos idosos em área urbana do Sudeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública* 1996; 30(5):485-98.
9. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. Washington; 1994.
10. Kinsella K. Dimensiones demográficas y de salud en América Latina y el Caribe. In: Pérez EA et al., La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Washington: OPS/OMS; 1994. p.3-18
11. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública* 1997; 31(2):184-200.

12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Dados Preliminares do Censo 2000 [acesso em 12 fev. 2004, para informações de 2000]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
13. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. *Revista de Saúde Pública* 1987; 21(3):200-210.
14. Garrido R, Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2002;24 supp(1):3-6.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Rio de Janeiro: IBGE; 1997.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Rio de Janeiro: IBGE; 1999.
17. Camarano AA. (org.). Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA; 1999.
18. Camarano AA, Beltrão KI, Pascom ARP, Medeiros M, Carneiro IG, Goldani AM, Vasconcellos AMN, Chagas AMR, Osório RG. Como vai o idoso brasileiro? (Texto para Discussão nº681). Rio de Janeiro: IPEA; dez.1999.
19. Palloni A, Peláez M. Histórico e Natureza do Estudo. In: Lebrão ML, Duarte YAO, SABE - saúde, bem- estar e envelhecimento - O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p.7-15.
20. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19(3):725-733.
21. Frias LAM, Carvalho JAM. Fecundidade nas regiões brasileiras a partir de 1903: Uma tentativa de reconstrução do passado através das gerações. In: Anais do Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 1994; Belo Horizonte, Minas Gerais: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 1994; 2:23-46.
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Censo Demográfico: Brasil, 1970 [acesso em 12 abr. 2004, para informações de 1970]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> .

23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Censo Demográfico: Brasil, 1980 [acesso em 12 abr. 2004, para informações de 1980]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Censo Demográfico: Brasil, 1991 [acesso em 12 abr. 2004, para informações de 1991]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
25. Veras RP *et al.* Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. *Revista de Saúde Pública* 1987; 21:225-233.
26. Cançado FAX. Epidemiologia do envelhecimento. In: Cançado FAX, Noções práticas de geriatria. Belo Horizonte: COOPMED & Health CR; 1994. p.17-52.
27. Goldani AM. Arranjos familiares no Brasil dos anos 90: proteção e vulnerabilidades. Como vai? *População Brasileira*. Brasília: IPEA 1998; 3(3):14-23.
28. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Mortalidade [acesso em 04 mai. 2004, para informações da data atual]. Disponível em: www.saude.gov.br.
29. Nogales AMV. A mortalidade da população idosa no Brasil. Como vai? *População Brasileira*. Brasília: IPEA 1998; 3(3):14-23.
30. Caseli G, Lopez AD. Health and mortality among the elderly: issues for assessment. *International Studies. Demography: health and mortality among the elderly: issues for assessment*. New York: Oxford University Press Inc.;1996. p.3-20.
31. Paes de Barros R, Mendonça R, Santos D. Incidência e natureza da pobreza entre idosos no Brasil (Texto para Discussão nº686). Rio de Janeiro: IPEA; dez.1999.
32. Anderson MIP. Saúde e condições de vida do idoso no Brasil [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro;1997.
33. Nunes A, Santos JRS, Barata RB, Vianna SM. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: Uma proposta de monitoramento. Brasília: OMS/IPEA; 2001.
34. Duarte EC, Schneider MC, Paes-Sousa R, Ramalho WM, Sardinha LMV *et al.* Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: Um estudo exploratório. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.

35. Berkman CS & Gurland BJ. The relationship among income, other socioeconomic indicators, and functional level in older persons. *Journal of Aging Health* 1998; 10:81-98.
36. Liao Y, Mcgee DL, Kaufman JS, Cao G, Cooper RS. Socioeconomic status and morbidity in the last years of life. *American Journal of Public Health* 1999; 89:569-572.
37. Berquó E. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: Neri AL, Debert GG, org., *Velhice e Sociedade*. São Paulo: Papirus Editora; 1999. p.11.
38. Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchôa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19(3):745-757.
39. Camargo ABM, Yazaki LM. Características demográficas e socioeconômicas da população idosa. In: Fundação SEADE, *O idoso na Grande São Paulo*. São Paulo: SEADE; 1990.
40. Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Revista de Saúde Pública* 1993; 27(2):87-94.
41. Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará/UERJ; 1994.
42. Madeira FR. Recado dos Jovens: mais qualificação. *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília: CNPD; 1998. p.427-496.
43. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Censo Demográfico: Brasil, 1960 [acesso em 12 abr. 2004, para informações de 1960]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> .
44. Organização Pan-Americana da Saúde. Envelhecimento: Mitos na Berlinda. 2000 [acesso em 20 mai.2004, para download do documento]Disponível em: <http://www.opas.org.br/noticias/publicacoes/Mitos%20na%Berlinda.htm>.
45. Giatti L & Barreto SM. Saúde, Trabalho e Envelhecimento. *Cadernos de Saúde Pública* 2003;19(3):759-771.

46. Flippen C & Tienda M. Pathways to retirement: Patterns of labor force participation and labor market exit among the pre-retirement population by race, hispanic origin, and sex. *Journal of Gerontology* 2000; 55:14-27.
47. Parnes H & Sommers DG. Shunning retirement: Work experience of men in their seventies and early eighties. *Journal of Gerontology* 1994; 49:117-124.

III.2 - Características de Saúde do Idoso Brasileiro.

Renata Junqueira Pereira, Sylvia do Carmo Castro Franceschini, Silvia Eloiza Priore,
Rosângela Minardi Mitre Cotta.

III.2.1-RESUMO

O presente estudo teve como objetivo realizar uma revisão da literatura e caracterizar as condições de saúde da população idosa brasileira. Em menos de 40 anos o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico da população jovem para outro caracterizado por enfermidades complexas e onerosas, próprias das idades mais avançadas. Portanto, os estudos citados revelam com clareza o perfil da população idosa em relação à presença de enfermidades crônicas e confirmam as afirmações da sobrecarga sobre os sistemas sanitários e da necessidade de se programarem políticas e se adaptar o sistema de saúde brasileiro para atender a esta nova demanda do grupo idoso.

Palavras-chave: envelhecimento, saúde, idoso.

III.2.2-ABSTRACT

The present study aimed to revise all literature and characterize the health conditions of the elderly in Brazil. In less than 40 years Brazil went from a profile of mortality among youngsters to another characterized by complex illnesses related to aging. Based on this, the cited studies reveal clearly the profile of this age group in relation to the presence of these illnesses and confirm the overcharging of the sanitary system and the necessity to create policies and programs to adapt the Brazilian health system to this group of people.

Keywords: aging, health, elderly.

III.2.3-INTRODUÇÃO

O envelhecimento aumenta o risco de adquirir enfermidades e incapacidades, e com ele a necessidade de implantar e implementar políticas que visem garantir e manter as condições de vida e de assistência socio sanitárias adequadas para a população anciã^{1,2}.

No Brasil, paralelamente à transição demográfica, ocorre a transição epidemiológica, caracterizada pelas mudanças nos padrões de morbi-mortalidade, com diminuição da mortalidade geral e predomínio das morbidades crônico-degenerativas, principalmente sobre o grupo de idade mais avançada³.

Neste sentido, o envelhecimento da população e o aumento da esperança de vida causam um incremento de patologias crônicas e de incapacidades que requerem uma atenção socio sanitária mais efetiva.

De acordo com estudos brasileiros, cerca de 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica^{4,5}. As doenças crônicas representam a principal causa de mortalidade e incapacidade, a maior razão para a demanda a serviços de saúde e respondem por parte considerável dos gastos efetuados no setor⁶.

Considerando-se as características do processo de envelhecimento da população brasileira, o presente estudo teve como objetivo realizar uma revisão da literatura e caracterizar as condições de saúde da população idosa brasileira.

III.2.4-METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão bibliográfica a partir das principais bases de dados em saúde pública: MEDLINE (base de dados de literatura internacional, produzida pela US National Library of Medicine – NLM), LILACS (Literatura Latino-Americana y del Caribe en Ciencias de la Salud) e considerou-se os trabalhos publicados entre 1997 e 2004.

De forma complementar ao estudo, se consultou também as bases de dados Scielo e os Periódicos da Capes, além de sites da internet para a busca de documentos do Ministério da Saúde do Brasil (MS), da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Os indexadores utilizados na pesquisa bibliográfica foram: envelhecimento, idoso(s), saúde, enfermidades crônicas, medicamentos, serviços de saúde e seus sinônimos em inglês e espanhol.

III.2.5-CONDIÇÕES DE SAÚDE

Embora, no Brasil, haja carência de informações que permitam uma avaliação, ao longo do tempo, das condições de saúde da população idosa, acredita-se que a população idosa esteja não só vivendo mais, como também, melhor, pois os indivíduos que conseguem sobreviver a idades mais avançadas são selecionados por melhores condições de saúde e melhor qualidade de vida⁸.

As condições de saúde no idoso podem ser estudadas por meio das características de saúde deste grupo etário, que se tornam indicadores de morbimortalidade, da presença de déficits físicos e cognitivos e do acesso aos serviços de saúde, tais como: a prevalência de enfermidades crônicas, a utilização de medicamentos, o acesso aos serviços de saúde, as capacidades física, funcional e cognitiva e a auto-percepção da saúde⁹.

Prevalência de enfermidades crônico-degenerativas

Em menos de 40 anos o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico da população jovem para outro caracterizado por enfermidades complexas e onerosas, próprias das idades mais avançadas¹⁰.

Em geral as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico constante e medicação contínua¹¹.

O bem estar na terceira idade resulta do equilíbrio entre as várias dimensões de saúde, sem significar necessariamente a ausência de problemas em todas essas dimensões¹².

De acordo com estudos brasileiros, cerca de 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica e 10% apresentam pelo menos cinco dessas enfermidades⁵.

Estudo de Lima-Costa⁹, analisando resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, mostrou que 69,0% dos indivíduos com 60 anos e mais apresentavam pelo menos uma enfermidade crônica, sendo esta proporção maior entre as mulheres (74,5%) do que entre os homens (62,2%).

Em estudo de Ramos¹² com dados do Projeto Epidoso em São Paulo, mostrou que 90% da população analisada referiram pelo menos uma enfermidade crônica.

Coelho Filho et al¹³, estudando idosos do Nordeste do Brasil, mostraram que 92,4% dos indivíduos estudados referiram pelo menos uma enfermidade; e a

proporção do que referiram mais de cinco enfermidades foi três vezes maior entre os do sexo feminino (18,7%) do que os do sexo masculino (5,8%).

Almeida et al¹⁴, analisando dados da PNAD de 1998, encontrou prevalência de pelo menos uma enfermidade crônica em 80,8% dos indivíduos idosos estudados. Este estudo também mostrou que o risco de apresentar doenças crônicas foi 4,57 vezes maior para os idosos do que para a população mais jovem, além disso, comprovou-se um aumento da prevalência dessas enfermidades com o aumento da idade; padronizando a idade, houve uma redução da prevalência com o aumento da escolaridade e da renda. A prevalência também foi maior entre as mulheres e entre os que não possuíam planos de saúde.

Portanto, os estudos citados revelam com clareza o perfil da população idosa em relação à presença de enfermidades crônicas e reafirmam a sobrecarga sobre os sistemas sanitários e da necessidade de se programarem políticas e se adaptar o sistema de saúde brasileiro para atender a esta nova demanda do grupo idoso.

Capacidade Funcional

De acordo com Ramos¹², o conceito de saúde proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) já não se mostra adequado para descrever a saúde do idoso, porque a ausência de doenças é privilégio de poucos e o completo bem estar pode ser alcançado por muitos, independentemente da presença ou ausência de enfermidades.

Nesse sentido, a capacidade funcional surge como um novo paradigma de saúde para o idoso e o envelhecimento saudável passa a ser resultante da interação multidimensional entre a saúde física e mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica^{12, 15}.

Segundo Lima-Costa et al¹⁶, estudando os resultados da PNAD de 1998, a percepção da própria saúde, o comprometimento das atividades cotidianas por problemas de saúde, estar acamado, o nível funcional cognitivo são indicadores mais proeminentes da qualidade de vida em idosos do que a presença de enfermidades especificamente.

Embora o conceito de capacidade funcional seja amplo, abrangendo outros como os de deficiência, incapacidade, desvantagem e autonomia, na prática se trabalha com o conceito de capacidade/incapacidade. A incapacidade funcional pode

ser definida pela presença de dificuldade ou impossibilidade no desempenho de certas atividades da vida cotidiana¹⁷.

Estudos brasileiros revelam que aproximadamente 40% dos indivíduos acima de 65 anos de idade precisam de algum tipo de auxílio para realizar atividades cotidianas como – fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições e limpar a casa; e que 10% requerem ajuda para realizar tarefas básicas – tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, alimentar-se e sentar e levantar de cadeiras e camas^{4,5}.

Estudo multicêntrico desenvolvido por Rosa et al¹⁷, analisando idosos de São Paulo em 1989, mostrou que idosos com níveis mais baixos de escolaridade apresentaram chance cinco vezes maior de terem dependência moderada a grave; categorias como aposentados, pensionistas e dona de casa tiveram chance oito vezes maior; em relação à idade, entre 65 e 69 anos a chance foi de 1,9 vezes, aumentando gradativamente, podendo alcançar 36 vezes até os 80 anos e mais; a chance para as mulheres foi duas vezes maior em relação aos homens.

Lima-Costa et al⁹, em estudo da PNAD de 1998, também encontrou que a prevalência de incapacidades aumenta com a idade para ambos os sexos.

Rosa et al.¹⁷ ainda concluiu que as características associadas à dependência moderada/grave foram analfabetismo, ser aposentado, pensionista ou dona de casa, ter mais de 65 anos, morar em domicílios multigeracionais, ter sofrido internação nos últimos seis meses, não visitar amigos e parentes, ter problemas de visão, ter história de derrame e ter avaliação pessimista da própria saúde.

Lima-Costa et al¹⁸, em estudo da PNAD 1998, observou que a pior função física no idoso esteve associada à menor renda domiciliar per capita, independentemente do sexo. Além disso, os idosos com piores níveis socioeconômicos, perceberam a própria saúde como pior, tiveram alguma de suas atividades cotidianas comprometidas por problemas de saúde, estiveram acamados recentemente e queixaram-se mais de dificuldades para realizar atividades da vida diária.

De acordo com Ramos¹², em estudo com idosos do Projeto Epidoso em São Paulo, o nível de renda mostrou-se fortemente associado com a saúde física e mental. A proporção de idosos portadores de enfermidades crônicas, depressão e dependência no dia-a-dia foi significativamente mais alta entre idosos de baixa renda. O estado de viuvez e a solidão, a hospitalização e a exclusão de atividades sociais

também podem influenciar negativamente a capacidade funcional do idoso^{17,19}.

Anderson²⁰, analisando dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) de 1989, encontrou que o perfil epidemiológico da população idosa brasileira foi de alta prevalência de morbidades crônico-degenerativas, estando associadas a este perfil, variáveis psicossociais tais como: prevalência de depressão, solidão e baixa renda per capita.

Utilização de serviços de saúde

Os inquéritos de saúde de base populacional, como a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), são boas fontes de informação sobre o acesso e a utilização dos serviços de saúde, principalmente em sistemas de saúde complexos como o brasileiro, onde é praticamente impossível um conhecimento compreensivo da situação por meio de dados secundários. As informações fornecidas por esses inquéritos constituem-se em elementos importantes para o planejamento de políticas públicas e mesmo para avaliação de programas e serviços²¹.

As doenças crônicas representam a principal causa de incapacidades, a maior razão para a demanda por serviços de saúde e respondem por grande parte dos gastos do setor saúde.

Entre as características que predispõem à utilização de serviços de saúde encontram-se as variáveis sociodemográficas como idade, gênero, raça, hábitos de vida, etc. A capacidade de consumo de serviços de saúde é condicionada pela renda, cobertura securitária pública ou privada, pela oferta de serviços e pela necessidade definida pela presença de um problema de saúde¹⁴.

O processo de envelhecimento associa-se a um aumento dos riscos de incidência de inúmeras enfermidades, quer pelo próprio processo biológico, quer pelos longos períodos de exposição à patógenos. Essa maior incidência e prevalência de morbidades resultam em uma demanda maior por serviços de saúde pelos idosos, aumentando a necessidade de consultas, de atendimento especializado e estendendo o tempo médio de internação. Além disso, as especificidades dos quadros clínicos sugerem a utilização de serviços mais complexos e mais caros. Assim, o acesso a serviços adequados às necessidades do idoso representa importante fator na qualidade de vida em saúde²¹.

Em estudo de Anderson²⁰, analisando resultados da PNSN/89, a proporção de idosos relatando internação no período de um ano variou de 10,3% (idosos de 60 a 69 anos) a 21,2% (idosos de 80 anos e mais). Assim, no ano de 1989, aproximadamente 1,9 milhões de internações ocorridas no Brasil foram de pessoas com 60 anos e mais de idade, esse valor representa 10% do total de internações ocorridas no Brasil.

Camarano et al⁸, analisando as internações ocorridas no país pelo Sistema Único de Saúde (SUS), mostraram que as principais causas de internações hospitalares, para indivíduos de 60 anos e mais de ambos os sexos, foram as doenças do aparelho circulatório, seguidas pelas do aparelho respiratório. As duas juntas responderam por mais de 50% das causas de internação para o grupo idoso. A terceira causa foram as doenças do aparelho digestivo, para ambos os sexos, mas a sua importância em relação às duas primeiras foi menor: 9,6% das internações do sexo masculino e 8,3% do sexo feminino.

Segundo esta mesma autora, mais da metade das internações hospitalares na rede SUS por doenças do aparelho circulatório foi de pessoas com 60 anos e mais de ambos os sexos⁸. Aproximadamente um terço das internações por doenças das glândulas endócrinas, nutricionais, metabólicas e transtornos imunológicos e por doenças do sistema nervoso foram também da população idosa. E quase 40% das internações por neoplasmas foram de mulheres idosas²⁰.

Lima-Costa et al¹⁶, quando analisaram a PNAD/98, encontraram que a procura por serviços de saúde e o não atendimento pelo serviço foram mais frequentes entre idosos de menor renda. Além disso, a filiação a plano de saúde privado foi mais frequente entre os idosos de maior renda.

Esses mesmos autores encontraram que a situação econômica afeta negativamente e igualmente a saúde de idosos e indivíduos mais jovens no Brasil.

Almeida et al¹⁴, estudando os resultados da PNAD de 1998, encontraram que a utilização dos serviços de saúde pela população idosa brasileira foi maior 1,8 vezes entre os portadores de enfermidades crônicas, com um consumo significativamente maior de consultas médicas. Porém não houve diferença estatisticamente significativa entre o número médio de consultas pelo SUS e pelos planos de saúde privados. Esses mesmos autores também encontraram que o número de internações no último ano foi

3,5 vezes maior entre os portadores de enfermidades crônicas do que entre os demais¹⁴.

Pinheiro et al²², estudando idosos de diferentes classes socioeconômicas e bairros da cidade do Rio de Janeiro, encontraram que existiam desigualdades no consumo de serviços de saúde em relação à condição socioeconômica e em relação ao local de moradia dos idosos: os idosos de maior renda e que residiam em bairros de melhores níveis socioeconômicos tinham maior acesso aos serviços de saúde.

Estudo de Bós & Bós²³, analisando os determinantes da utilização dos serviços de saúde entre idosos de um estudo realizado pelo Conselho Estadual do Idoso do Rio Grande do Sul (CEI-RS), observaram que as chances de utilização de serviços de saúde pelos idosos foram 15% maiores para os indivíduos do sexo feminino; 2,7% maiores com o aumento da idade a cada ano; 4% maiores para cada ano de escolaridade a mais; 7% maiores com o aumento da renda individual em 1 salário mínimo; 20% maiores com o aumento da renda domiciliar em 1 salário mínimo e 15% menores com o aumento de uma pessoa na família.

Esses mesmo autores observaram que como aumento da renda, o idoso apresentava maior tendência a escolher o atendimento pela rede privada de saúde²³.

Utilização de medicamentos

Os idosos geralmente apresentam múltiplas enfermidades e, portanto, utilizam maior quantidade de medicações.

As mudanças fisiológicas que acompanham o processo de envelhecimento influenciam as concentrações de medicamentos e seu metabolismo, de forma que a polifarmácia e a interação de outras drogas com álcool podem influenciar negativamente a capacidade funcional, bem como a habilidade psicomotora e cognitiva dos idosos – o que aumenta o risco de acidentes, ferimentos, isolamento e, finalmente, institucionalização²⁴.

Segundo Rozenfeld²⁵, a maioria dos idosos consome, pelo menos, um medicamento, e cerca de um terço deles consome cinco ou mais simultaneamente.

O uso dos medicamentos varia conforme a idade, o sexo, as condições de saúde e outros fatores de natureza social, econômica ou demográfica.

Vinte e cinco por cento da população mundial não têm acesso, ou têm acesso limitado, aos fármacos²⁶.

No Brasil, estima-se que 23% da população consumam 60% da produção de medicamentos, e que 64,5 milhões de pessoas, em condições de pobreza, não tenham como comprar remédios.

Além da idade e do sexo, outros fatores predisponentes para o uso de medicamentos têm sido identificados no País. No grupo dos idosos, mulheres mais velhas, com maior renda familiar e com mais sintomas utilizam mais medicamentos prescritos²⁵.

Atualmente, o uso de medicamentos pelos idosos tem gerado preocupação quanto aos gastos excessivos e aos possíveis efeitos, benéficos ou indesejáveis.

Estudo de Lima-Costa et al¹⁸, analisando os resultados da PNAD de 1998, encontrou que o gasto médio mensal com medicamentos compromete cerca de um quarto (23%) da renda mensal de metade da população idosa brasileira.

No Brasil, estudos populacionais sobre o consumo de produtos farmacêuticos evidenciam o uso crescente com a idade, tanto no interior como em grandes centros urbanos. O número médio de produtos consumidos oscila entre dois e três medicamentos²⁷.

III.2.6-A INFLUÊNCIA DAS CONDIÇÕES DE VIDA NA SAÚDE DO IDOSO.

As piores condições de vida favorecem a ocorrência de doenças e dificultam a adoção de hábitos sadios de vida¹⁴.

Pelas dificuldades em relação à saúde já comentadas anteriormente, o fato de morar sozinho pode acarretar uma série de dificuldades adicionais ao idoso, como, por exemplo, o sentimento de solidão e de exclusão social, a má alimentação, além de dificuldades com a higiene pessoal e do próprio domicílio. Assim, morar só pode ser bom para o idoso, desde que existam condições econômicas e físicas suficientes para a mínima manutenção do auto-cuidado²⁰.

Em estudo de Anderson²⁰, com dados da PNSN de 1989, embora a maioria da população idosa brasileira estivesse morando com duas ou mais pessoas, a maior proporção de idosos morando sozinhos esteve entre as mulheres com 70 anos ou mais (15%), para os homens esta proporção foi de 6%.

Estudo de Ramos¹², com idosos do Projeto Epidoso em São Paulo, mostrou que os idosos vivendo sozinhos eram, em geral, mulheres de origem urbana, viúvas,

de baixo nível socioeconômico, portadoras de várias enfermidades, com nível intermediário de dependência no dia-a-dia.

Esse mesmo autor encontrou também que os domicílios multigeracionais, além de serem muito prevalentes, associavam-se a baixo nível socioeconômico e, mais que uma opção sociocultural, tais arranjos representavam formas de sobrevivência¹².

Desta forma pode-se afirmar que os tipos de arranjos domiciliares abrigam idosos com características bastante distintas e tais características vão demandar dependência da família em maior ou menor grau.

Diversos estudos que abordam as trocas de apoio entre o idoso e a família, tanto no que diz respeito aos recursos físicos, financeiros e da coabitação, mostram que quanto menor a renda e piores as condições de saúde dos idosos, maiores as suas chances de receber apoio dos familiares. Paralelamente, tem sido observado em estudos com a população idosa brasileira, que há uma transferência de apoio do idoso para a família, e que, muitas vezes chega a ser bem próximo do apoio que a família proporciona²⁸.

A afirmação acima, concorda com Camarano et al⁸, sugerindo que quando se reduzem ou se aumentam os benefícios previdenciários, o Estado não está simplesmente atingindo um grupo de indivíduos, mas uma fração razoável dos rendimentos de famílias inteiras.

Na verdade, na terceira idade o mais importante é a autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios. Um indivíduo que chegue aos 80 anos, capaz de gerir sua própria vida e determinar quando, onde e como se darão duas atividades de lazer, convívio social e trabalho, certamente será considerado saudável, independentemente da presença de enfermidades crônicas. O importante é que esta pessoa mantenha sua autonomia, seja feliz e integrada socialmente¹².

Assim, o bem estar na velhice seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem significar a ausência de doenças¹².

III.2.7-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cotta RMM, Morales MSV, Cotta Filho JS, Llopis AG, Ricòs JAD, Real ER. La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud. *Revista Panamericana de Salud Publica* 2002a; 11(4):253-261.
2. Cotta RMM, Morales MSV, Cotta Filho JS, Llopis AG, Real ER, Ricòs JAD. Las personas mayores y la utilización de los servicios sanitarios: análisis de la hospitalización domiciliaria en cuanto alternativa asistencial. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia* 2002b; 4:178-184.
3. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública* 1997; 31(2):184-200.
4. Ramos LR, Perracini M, Rpsa TE, Kalache A. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 1993; 8:313-323.
5. CEI-RS – Conselho Estadual do Idoso – Rio Grande do Sul. Os Idosos do Rio Grande do Sul: Estudo Multidimensional de suas condições de vida: Relatório de Pesquisa. Porto Alegre: CEI; 1997.
6. Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: OMS; 2003.
7. Otero UB, Rozenfeld S, Gadelha AMJ, Carvalho MS. Mortalidade por desnutrição em idosos, região Sudeste do Brasil, 1980 - 1997. *Revista de Saúde Pública* 2002; 36(2): 141-148.
8. Camarano AA, Beltrão KI, Pascom ARP, Medeiros M, Carneiro IG, Goldani AM, Vasconcellos AMN, Chagas AMR, Osório RG. Como vai o idoso brasileiro? Texto para Discussão nº681. Rio de Janeiro: IPEA; 1999.
9. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cadernos de Saúde Pública* 2003a; 19(3):735-743.

10. Gordilho A, Nascimento JS, Ramos LR, Freire MPA, Espindola N, Maia R, Veras R, Karsch U. Desafios a serem enfrentados no Terceiro Milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro: Universidade Aberta à Terceira Idade, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2000.
11. Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19(3):705-715.
12. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19(3):793-798.
13. Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Revista de Saúde Pública* 1999; 33(5):445-453.
14. Almeida MF, Barata RB, Monteiro CV, Silva ZP. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva* 2002; 7(4):743-756.
15. Fillenbaum GG. The well-being of the elderly: approaches to multidimensional assessment. Geneva: World Health Organization; 1984.
16. Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L. A situação socioeconômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil? Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios - PNAD/98. *Ciência e Saúde Coletiva* 2002; 7(4):813-824.
17. Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública* 2003; 37(1):40-48.
18. Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchôa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cadernos de Saúde Pública* 2003b; 19(3):745-757.
19. Roos NP, Havens B. Predictors of successful aging: a twelve-year study of Manitoba elderly. *American Journal of Public Health* 1991; 81:63-68.

20. Anderson MIP. Saúde e condições de vida do idoso no Brasil. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social-Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1997.
21. Cesar CLG, Paschoal SMP. Uso dos serviços de saúde. In: Lebrão ML, Duarte YAO. SABE - saúde, bem-estar e envelhecimento - O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p.225-237.
22. Pinheiro RS, Travassos C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública 1999; 15(3): 487-496.
23. Bós AMG & Bós AJG. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. Revista de Saúde Pública 2004; 38(1):113-120.
24. Hulse GK. Alcohol, drugs and much more in later life. Revista Brasileira de Psiquiatria 2002; 24 (1) supl: 34-41.
25. Rosenfeld, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre idosos: uma revisão. Cadernos de Saúde Pública 2003; 19(3):717-724.
26. World Health Organization. The World Drug Situation. Geneva: WHO; 1988.
27. Franco RC S, Carvalho Neto J A; Khouri M A, Nunes M O; Santos Jr. J W, Marques Neto J, Santana V S, Almeida Filho N M. Consumo de medicamentos em grupo populacional da área urbana de Salvador-BA. Revista Baiana de Saúde Pública 1987; 14:113-121.
28. Saad PM. Arranjos domiciliares e transferências de apoio informal. In: Lebrão ML, Duarte YAO. SABE - saúde, bem-estar e envelhecimento - O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p.201-224.

III.3 - Qualidade de Vida: Revendo Conceitos e Instrumentos para sua avaliação.

Renata Junqueira Pereira, Rosângela Minardi Mitre Cotta, Sylvia do Carmo Castro Franceschini, Rita de Cássia Lanes Ribeiro.

Artigo Publicado – Revista O Mundo da Saúde, v.29, n.1, p.72-81, 2005.

III.3.1-RESUMO

Este estudo teve como objetivo revisar a literatura científica sobre os instrumentos disponíveis para a avaliação da qualidade de vida em saúde, além de mostrar a evolução dos conceitos de qualidade de vida e os parâmetros metodológicos para a escolha do melhor instrumento a ser utilizado. A expressão “qualidade de vida” tem várias vertentes, desde a perspectiva de um conceito popular, amplamente utilizado na atualidade, em relação a sentimentos e emoções, relações pessoais, eventos profissionais, propagandas da mídia, política, sistemas de saúde, atividades de apoio social, dentre outros; até a perspectiva científica com vários significados na literatura médica. Atualmente existem muitos instrumentos válidos, confiáveis e disponíveis para uso na pesquisa científica de avaliação da qualidade de vida, que são resultado de incessantes pesquisas ao longo dos anos, com diversas populações. Eles refletem os padrões de percepção do estado de saúde e da qualidade de vida em saúde dos indivíduos, além de constituírem ferramentas complementares para avaliar respostas aos tratamentos e exposições ao longo da vida.

Palavras-chave: Qualidade de vida, saúde, instrumentos.

III.3.2-ABSTRACT

The aim of this study was to revise the scientific literature on the available instruments for the evaluation of health-related quality of life, showing the evolution of the quality of life concepts and the methodological parameters for choosing the best instrument to be used. The expression “quality of life” has several definitions, from the very broad perspective, such as those used at the present time, in relation to feelings and emotions, personal relationships, professional events, media, politics, health systems, activities of social support; until the scientific perspective, with several meanings in the medical literature. There are now a number of valid and reliable instruments available for use in the scientific research of quality of life, which are the result of incessant researches throughout years, in several populations. They reflect the target individuals’ perceptions of their health status and health-related quality of life, and constitute complementary tools to evaluate treatments and exhibitions throughout life.

Keywords: Health-related quality of life, health, instruments

III.3.3-INTRODUÇÃO

A inclusão da qualidade de vida relacionada à saúde nas investigações clínicas tem aumentado significativamente ao longo das últimas décadas, bem como o desenvolvimento de instrumentos para mensurar a mais diversa gama de condições de saúde (Special Issue, 1993).

Historicamente, os pesquisadores no campo da qualidade de vida têm desenvolvido vários pontos de vista sobre como o constructo deve ser definido, desde perspectivas mais amplas, como nas primeiras conceituações de qualidade de vida, até definições mais específicas como na qualidade de vida relacionada à saúde (Naughton & Shumaker, 2003).

Ao se avaliar a qualidade de vida deve-se reconhecer sua multidimensionalidade, incluindo desde os estilos de vida, situação socioeconômica e demográfica, até a satisfação com as condições de moradia, trabalho, escola e meio ambiente. Deste modo, a qualidade de vida se contextualiza de acordo com padrões ou perspectivas que variam de indivíduo para indivíduo, de grupo para grupo e de lugar para lugar (Velarde–Jurado et al, 2002a).

A medicina busca preservar a qualidade de vida através da prevenção e do tratamento das enfermidades, neste contexto surgem os questionários que auxiliam a quantificar de forma eficaz os problemas de saúde. Existem inúmeros instrumentos com a finalidade de avaliar as dimensões que integram a saúde e a qualidade de vida.

A avaliação do estado de saúde está diretamente relacionada à qualidade de vida, influenciada pelo gênero, escolaridade, idade, condição econômica e presença de incapacidades (Lebrão & Laurenti, 2003).

Nesse sentido, este estudo teve como objetivo revisar os instrumentos disponíveis na literatura científica para a avaliação da qualidade de vida em saúde, além de analisar a evolução dos conceitos de qualidade de vida e os parâmetros metodológicos para a escolha do melhor instrumento a ser utilizado.

III.3.4-METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão bibliográfica da literatura a partir das principais bases de dados em saúde: MEDLINE e PubMed (bases de dados de literatura internacional, produzidas pela US National Library of Medicine – NLM), LILACS, Science Direct e Elsevier.

De forma complementar, se consultou também as bases de dados Scielo e os Periódicos da Capes, além de sites da internet para a busca de documentos e estudos do Ministério da Saúde do Brasil (MS), da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Para a consulta nas bases de dados se utilizou os seguintes indexadores: Health-Related Quality of Life (HRQL), WHOQOL, SF-36, quality of life instruments e seus equivalentes em português e espanhol.

III.3.5-CONCEITOS DE QUALIDADE DE VIDA

A expressão “qualidade de vida” tem várias vertentes, desde a perspectiva de um conceito popular, amplamente utilizado na atualidade, em relação a sentimentos e emoções, relações pessoais, eventos profissionais, propagandas da mídia, política, sistemas de saúde, atividades de apoio social, dentre outros; até a perspectiva científica com vários significados na literatura médica (Gill & Feinstein, 1994).

Tentativas de medir a qualidade de vida tiveram início em 1960 quando uma comissão do presidente americano Eisenhower foi criada com objetivo de desenvolver a qualidade de vida a população estadunidense. Em 1964 a expressão *qualidade de vida* foi usada pela primeira vez pelo presidente americano Lyndon Johnston ao declarar que “*os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas*” (Pais-Ribeiro, 2004).

A partir de então muitos estudos começaram a focar com mais frequência o termo qualidade de vida, inicialmente interesse de sociólogos, filósofos e políticos. No que se refere às ciências humanas e biológicas, a preocupação com o conceito de “qualidade de vida” surge como resposta à desumanização crescente na medicina e ciências afins (Fleck et al, 1999a).

Segundo Liu (1975), a qualidade de vida inclui dois componentes: o subjetivo (ou psicológico) e o objetivo (ou social, econômico, político e ambiental).

Em relação a seu emprego na literatura médica, o termo qualidade de vida vem sendo associado a diversos significados como: condições de saúde e funcionamento social. Qualidade de vida relacionada à saúde (*Health-related quality of life*) e estado subjetivo de saúde (*Subjective health status*) são conceitos

relacionados à avaliação subjetiva do paciente e ao impacto do estado de saúde na capacidade de se viver plenamente (Fleck et al., 1999a).

Há também autores que consideram um conceito mais amplo de qualidade de vida, não se limitando à dimensão curativa (condições de saúde e intervenções médicas) e considerando também condições relacionadas à percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamento, sua capacidade funcional e de vida diária (Bullinger et al., 1993).

No contexto médico, este conceito surgiu como uma tentativa de se valorizar as percepções do paciente a respeito de vários aspectos de sua vida, e não meramente uma avaliação de seu estado de saúde (Lima, 2002).

Para Nahas (1994) a conceituação de qualidade de vida “*é vaga, leva a concepções subjetivas conflitantes, devido à complexidade da vida humana e ao potencial das pessoas para se auto-realizarem, ser variável. Existem fatores a serem considerados, perspectivas, níveis de vida, oportunidades*”.

Assim, surge a qualidade de vida em saúde, onde se enfocam aspectos multidimensionais, porém voltados aos aspectos de saúde do indivíduo e a interferência que eles podem ter na capacidade de viver bem.

Segundo Santos et al. (2002), o conceito de qualidade de vida pode basear-se em três princípios fundamentais: capacidade funcional, nível socioeconômico e satisfação. Pode estar relacionada também com capacidade física, estado emocional, interação social, atividade intelectual e auto-percepção da saúde. O conceito de qualidade de vida também pode variar de indivíduo para indivíduo, de acordo com a percepção de cada um, podendo ser considerada unidimensional por alguns ou multidimensional por outros.

Esse caráter subjetivo da qualidade de vida é determinado pela realidade individual, constituindo um conceito complexo e de difícil avaliação. Trata-se de uma abordagem centrada na percepção pelo indivíduo de seu funcionamento em diferentes áreas da vida: física, ambiental, social, afetiva... (Segre et al., 1997).

Embora não haja um consenso a respeito do conceito para o termo, três aspectos fundamentais referentes ao construto *qualidade de vida* foram obtidos através de diferentes culturas: subjetividade; multidimensionalidade, presença de dimensões positivas (mobilidade) e negativas (dor) (The WHOQOL Group, 1994).

Nesse sentido, o Grupo de Qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (The WHOQOL Group) propõe um conceito para qualidade de vida subjetivo, multidimensional e que inclui elementos positivos e negativos: “*qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (The WHOQOL Group, 1994). É um conceito amplo e complexo que engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características do meio ambiente (OMS, 1998).

Segundo Victor et al. (2000), os modelos de qualidade de vida variam desde “*satisfação com a vida*” ou “*bem-estar social*”, até modelos baseados em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas.

De acordo com Smith (2001), citado por Sousa et al. (2003), o conceito de bem-estar que antes significava somente disponibilidade de bens materiais (moradia adequada, renda suficiente, acesso a serviços de saúde e de ação social, alimentação), atualmente passou a abranger novas dimensões como: segurança, dignidade pessoal, oportunidade de atingir objetivos pessoais, satisfação com a vida, alegria, felicidade, visão positiva de si próprio, entre outras.

Dentre as inúmeras definições para qualidade de vida, destacam-se aquelas que incluem conceitos como: bem-estar, satisfação, felicidade, expectativas, funcionalidade, mostrando a multidimensionalidade do conceito de qualidade de vida.

III.3.6-AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Segundo Pais-Ribeiro (2004), para se mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde, são necessárias medidas adequadas e apuradas. Essas características variam em função do respondente, do instrumento utilizado e dos objetivos da pesquisa. Não há um único instrumento capaz de avaliar todas as dimensões do construto qualidade de vida, e um bom instrumento depende da sensata escolha do pesquisador: uma vez traçados os objetivos da mensuração, se faz necessária a escolha de um instrumento que inclua todos os domínios que se deseja avaliar.

Para a escolha do instrumento ideal é recomendado que se escolha um questionário de avaliação da qualidade de vida que responda bem aos objetivos preestabelecidos. Deve-se considerar também a seriedade e confiabilidade dos estudos publicados sobre o método e da instituição que o propôs, além das propriedades métricas do questionário em questão. Podem-se considerar dois tipos de propriedades métricas: as propriedades psicométricas e as clínicas. Os objetivos do estudo influenciam a escolha do tipo de propriedade métrica.

Quando se pretende determinar a qualidade de vida relacionada à saúde deve-se escolher um instrumento baseando-se em propriedades métricas que garantam a qualidade dos escores. Para isso, a seleção do instrumento deve considerar as seguintes propriedades métricas: a validade, a credibilidade e a sensibilidade. A validade é a garantia de que o instrumento realmente meça a característica à que se propôs. A credibilidade é a veracidade com a qual o instrumento mede determinado construto ou a propriedade de garantir que o instrumento produza o mesmo escore quando aplicado a diferentes indivíduos ou ao mesmo indivíduo em momentos diferentes. A sensibilidade é a extensão em que medida reflete com fidedignidade o real estado do paciente (Terwee et al., 2003).

Um dos problemas que se pode enfrentar quando se mede a qualidade de vida é que não existe um valor de referência “padrão ouro”, com o qual se possa comparar os resultados de uma avaliação. Assim para que um instrumento seja de qualidade científica aceitável é necessário que tenha sido submetido a duas importantes provas de avaliação: as de validade e de consistência, uma vez que se provem esses atributos, pode-se aceitar que as medidas tenham qualidade científica (Velarde-Jurado et al., 2002b).

Há três tipos de validade: de construto, de conteúdo e de critério.

Validade de construto: é avaliada qualitativamente. Observa-se a existência de relação entre as variáveis do instrumento e a característica que se pretende avaliar. O índice é aplicado e se avaliam os resultados, para determinar se o encontrado foi o que realmente se queria conhecer (SAC, 2002).

Validade de conteúdo: é uma avaliação qualitativa do instrumento em relação à avaliação integral do atributo que se deseja medir (SAC, 2002).

Validade de critério: é a comparação de um instrumento com um “padrão ouro”.

Calculam-se a sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivos e negativos do novo método em relação ao “padrão ouro” (SAC, 2002).

Quando se pretende validar um instrumento de avaliação da qualidade de vida, a confiabilidade deve ser demonstrada através da *consistência interna* do método. A *consistência interna* tem dois componentes:

Consistência de Execução: em que se mede a variabilidade do conteúdo das perguntas do instrumento e se determina sua consistência. Refere-se à resposta individual às perguntas ou à repetição da aplicação do índice em um mesmo indivíduo. Pode-se aplicar a metade do teste e comparar o resultado com o de uma aplicação completa do método, de forma que se espera o mesmo resultado, isso também deve acontecer quando se comparam uma primeira aplicação com outra posterior, em um mesmo indivíduo (Velarde-Jurado et al., 2002b).

Consistência de Homogeneidade: avalia a consistência total de um domínio do instrumento. O domínio é um conjunto de perguntas com as quais se pretende medir determinada característica da qualidade de vida. Um instrumento de avaliação da qualidade de vida, geralmente, é composto por vários domínios, cada um proposto a avaliar determinada dimensão da qualidade de vida. A consistência de homogeneidade se refere à coerência entre o conteúdo das perguntas e a relação delas com o atributo que se pretende medir. Ela analisa a consistência das diferentes perguntas que compõem um domínio. A relação das perguntas entre si é analisada para se conhecer se realmente essas perguntas são capazes de determinar a característica a que se propõem (Velarde-Jurado et al., 2002b).

Em relação aos escores resultantes dos instrumentos, há que se considerar também a dificuldade de se estabelecer um ponto de corte que distinga qualidade de vida “boa” de “ruim”. Como é um conceito que implica em subjetividade, é difícil expressá-lo em termos de quantidade (Leplège et al, 1997).

Assim, a maioria dos estudos com instrumentos de avaliação de qualidade de vida utiliza delineamentos tipo coorte, ensaios clínicos randomizados ou transversal. Desta forma, o grupo controle é interno ao estudo, evitando a utilização de pontos de corte dos estudos de base populacional (Schipper et al, 1996).

E ainda, as medidas de qualidade de vida são consideradas medidas brandas e não há um padrão-ouro contra o qual se possa comparar os instrumentos (Lima, 2002).

III.3.7-INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

A primeira escala criada para medir qualidade de vida foi a KPS (The Karnofsky Performance Status Scale), criada pelo Dr. Karnofsky em 1948. É uma medida baseada nas observações das funções do paciente, considerando apenas os efeitos do tratamento; inicialmente foi desenvolvida para pacientes com câncer, mas seu uso tem sido extrapolado para portadores de outras enfermidades crônicas. Desde sua primeira descrição em 1948, a escala tem sido aceita entre os médicos como um método de estimativa do estado funcional do paciente e uma medida do desfecho da enfermidade. A vantagem desta escala é que é genérica, e a desvantagem é que apenas avalia o estado funcional do paciente, sem medir as outras dimensões da qualidade de vida (Velarde-Jurado et al., 2002a).

Os métodos para avaliar a qualidade de vida têm sido elaborados para refletir as perspectivas do paciente e mensurar os aspectos psicológicos do bem-estar.

Os instrumentos para mensurar a qualidade de vida são desenhados com diversos propósitos, destacando-se a finalidade de conhecer e comparar o estado de saúde entre populações (fundamental para estratégias e políticas em saúde), e de avaliar o impacto de intervenções terapêuticas que modificam sintomas e função física com o decorrer do tempo. E, sendo a qualidade de vida um construto multidimensional, que se afeta tanto pela doença como pelo tratamento, as variáveis incluídas na avaliação dependem da finalidade do estudo (Velarde-Jurado et al., 2002b).

Atualmente, existem numerosos instrumentos para mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde (Health-related quality of life – HRQOL). Esses instrumentos podem ser genéricos ou específicos.

Os genéricos são aplicáveis a qualquer paciente, sem considerar a existência de enfermidades, são úteis para comparar diferentes populações e são de finalidade descritiva (Pais-Ribeiro, 2004). Como exemplos são citados o SF-36 (The Short Form Health Survey Questionnaire), o WHOQOL 100 (Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde) e o WHOQOL-BREF (uma forma reduzida do WHOQOL-100).

Já os específicos são desenvolvidos e utilizados especialmente para indivíduos com determinados tipos de enfermidades, baseiam-se nas características especiais da enfermidade, para avaliar mudanças físicas e efeitos do tratamento ao

longo do tempo. Como exemplos têm-se o VSQLQ (The Mild Hypertension Vital Signs Quality of Life Questionnaire) para hipertensos; o MOS-HIV (The Medical Outcomes Study HIV Healthy Survey) para pacientes com SIDA; o CAVE (Calidad de Vida del Niño com Epilepsia) para crianças portadoras de epilepsia e vários outros para as mais diversas enfermidades (Velarde-Jurado et al., 2002b).

Há ainda numerosos instrumentos genéricos e específicos, para avaliar a qualidade de vida nas diferentes fases da vida (infância, adolescência, idade adulta, senescência). Como exemplos podem ser citados o WHOQOL 100 e o WHOQOL-BREF gerais para adultos; o CHAQ (The Childhood Health Assessment Questionnaire) geral para crianças; o QWB (The Quality of Wellbeing Scale) geral para adolescentes; o EASY-Care e a Escala de Flanagan, gerais para idosos (Velarde-Jurado et al., 2002a).

Neste estudo, serão descritos alguns dos principais instrumentos destinados a avaliar a qualidade de vida de adultos, podendo estar incluídos também os idosos, uma vez que muitos instrumentos são destinados ao uso na classe adulta como um todo, incluindo os indivíduos que envelhecem.

Através da Tabela 1, pode-se visualizar os principais instrumentos genéricos desenvolvidos para a avaliação da qualidade de vida em adultos, com as dimensões que medem.

TABELA 1 – Questionários genéricos para a avaliação da qualidade de vida em adultos.

INSTRUMENTO	DIMENSÕES MEDIDAS
The World Health Organization Quality of Life: WHOQOL-100	Psicológica, física, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade.
The World Health Organization Quality of Life: WHOQOL-bref	Capacidade física, bem-estar psicológico, relações sociais e meio ambiente.
Escala de Qualidade de Vida de Flanagan - EQVF	Bem-estar físico e material, relações inter-pessoais, atividades sociais, desenvolvimento e realização pessoal, recreação.
Elderly Assessment System- EASY care	Capacidade funcional e saúde em geral
The Karnofsky Performance Status Scale	Capacidade funcional, dor
The Assessment of Quality of Life Instrument: AQoL	Independência, relações sociais, capacidade física, bem-estar psicológico e doença.
The Short Form Health Survey Questionnaire - SF-36	Capacidade funcional, integridade física, dor, saúde geral, vitalidade, função social, integridade emocional e saúde mental.
The Short Form Health Survey Questionnaire - SF-12	Saúde em geral, física, limitações, dor, vitalidade, função social, e saúde mental.
The Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey: SF-20	Física, capacidade funcional, social, percepções da saúde, dor e mental.
The European Research and Treatment Quality of Life Questionnaire: EORTC QLQ- C30	Física, capacidade funcional, cognição, emocional, social e global.
The European Research Questionnaire Quality of Life: EuroQol EQ - 5D	Física, autocuidado, ansiedade, limitação

**Instrumentos de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde
(WHOQOL-100 e WHOQOL -bref)**

Os instrumentos de avaliação em qualidade de vida em geral são desenvolvidos em um único país e então traduzidos para diferentes línguas. Numa tentativa de criar um instrumento para avaliação de qualidade de vida que levasse em consideração as peculiaridades de diferentes países em diferentes culturas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) resolveu, em 1991, desenvolver o WHOQOL - “World Health Organization Quality of Life Instrument”. Este questionário foi desenvolvido a partir de 15 centros, inclusive no Brasil, envolvendo 45000 participantes, durante quatro anos. Para isso foram selecionados centros com diferentes níveis de industrialização, bem como de recursos de saúde disponíveis e outros marcadores relevantes para a medida de qualidade de vida, como papel da família, percepção de tempo, auto-percepção, domínio religioso, entre outros (The WHOQOL Group, 1993). Este estudo teve como ponto de partida a criação de um conceito universal para qualidade de vida, ou seja, comum a todas as culturas (WHO, 1996; Lima, 2002).

No Brasil há um grupo, filiado à OMS, de estudos sobre qualidade de vida, coordenado pelo Professor Marcelo Pio de Almeida Fleck, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que traduziu e validou o WHOQOL para a cultura brasileira.

Após pesquisas nos 15 centros, 100 itens foram selecionados para o desenvolvimento do WHOQOL-100. Este instrumento é composto por 24 facetas de qualidade de vida compostas por 4 itens cada e 1 faceta geral relacionada à qualidade de vida global e à saúde em geral. As 24 facetas de qualidade de vida estão agrupadas em 6 domínios: psicológico, físico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade (WHO, 1996; Fleck et al., 1999b).

A necessidade de um instrumento mais curto que demandasse menor tempo de aplicação, mas que mantivesse as características psicométricas desejadas, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, surgindo então o WHOQOL-bref (The WHOQOL Group, 1998).

O WHOQOL-bref é composto de 26 questões, sendo duas delas gerais de qualidade de vida e as outras 24 representantes de cada um a das 24 facetas que compõem o instrumento original, o WHOQOL-100. Assim, enquanto no WHOQOL-100 cada uma das 24 facetas é avaliada por 4 questões, no WHOQOL-bref cada

faceta é avaliada por apenas uma questão. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos de testes de campo em 20 centros de 18 países (Skevington et al, 2004).

O WHOQOL-bref é contempla quatro domínios: capacidade física, bem-estar psicológico, relações sociais e meio ambiente (WHO, 1996; Hwang et al., 2003).

Os critérios de seleção das questões para compor o instrumento abreviado foram determinados pelo WHOQOL Group com o objetivo principal de preservar o caráter abrangente do instrumento original. Toda a adaptação foi realizada dentro de padrões metodológicos rigorosos para que os resultados do escore final do WHOQOL-bref fossem muito próximos do escore final do WHOQOL-100 (Fleck et al, 2000).

Está em estudo uma adaptação deste questionário para indivíduos idosos, o WHOQOL-OLD, porém, enquanto não se divulgam os resultados, este instrumento tem sido utilizado com resultados satisfatórios em idosos (Hwang et al., 2003; Fleck et al., 2003).

Escala de Qualidade de Vida de Flanagan – EQVF

Proposta por Flanagan J.C. em 1982, esta escala conceitua qualidade de vida a partir de cinco dimensões: bem-estar físico e material, relações inter-pessoais, atividades sociais, comunitárias e cívicas, desenvolvimento pessoal e realização, e recreação. Essas dimensões são mensuradas por 15 itens que são avaliados numa escala de 1 a 7. A pontuação máxima proposta por Flanagan é de 105 pontos e a mínima é de 15 pontos, que refletem baixa qualidade de vida. A escala é auto-aplicável e de fácil entendimento, porém foi desenvolvida no âmbito dos Estados Unidos, onde é bastante utilizada pela validade e confiabilidade de seus achados, não tendo sido validada na cultura brasileira (Santos et al., 2002).

Elderly Assessment System/ Sistema de Avaliação dos Idosos – EASY –Care

Com o intuito de caracterizar a qualidade de vida e o bem-estar da população idosa, com 75 anos ou mais, desenvolveu-se um instrumento de avaliação multidimensional, desenvolvido para avaliar as necessidades dos idosos em nível social e de saúde (Philp, 1997).

O EASY-Care foi originalmente desenvolvido sob responsabilidade do European Regional Office (WHO) em 1999 para uso primariamente em idosos de cuidados primários e comunitários em saúde (University of Sheffield, 2004).

Desenvolvido no âmbito de um projeto financiado pela União Européia (*European Prototype for Integrated Care -EPIC*), está disponível em 15 países da União Européia. Porém, existem limitações no seu uso por pesquisadores brasileiros: o instrumento é muito extenso, sendo composto de nove apostilas que avaliam as diversas dimensões propostas, não foi traduzido para o português do Brasil e nem validado na cultura brasileira (Sousa et al, 2003).

The Short Form Health Survey Questionnaire - SF-36

O SF-36 é um instrumento amplamente utilizado, extensivamente investigado e validado. Foi criado pelo Medical Outcomes Study (MOS), um estudo americano observacional de pacientes adultos, previamente recrutados, com diagnósticos crônicos e psiquiátricos que receberam cuidados médicos entre 1986 e 1990 em áreas geográficas previamente definidas dos Estados Unidos, atendidos por profissionais de saúde selecionados (Manocchia et al, 2001). O SF-36 é composto por oito dimensões da saúde: capacidade funcional, integridade física, dor, saúde geral, vitalidade, função social, integridade emocional e saúde mental. Essas oito dimensões da saúde podem ser divididas em duas medidas: o sumário físico (Physical Component Summary PCS) e o sumário mental (Mental Component Summary MCS) (Osborne et al., 2003). Os componentes físico e mental do SF-36 podem ser utilizados para discriminar níveis de severidade de diversas enfermidades (Manocchia et al, 2001).

Este instrumento é uma medida genérica de estado funcional e bem-estar que é usada na prática clínica e em pesquisas populacionais. A maioria dos itens utilizados tem suas origens em instrumentos consagrados há mais de 20 anos pela literatura médica. Cada domínio possui um escore que vai de zero (“saúde pobre“) a 100 (“ótima saúde“). É um instrumento auto-aplicável e de fácil entendimento (Lima, 2002).

The Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey: SF-12

O SF-12 é uma versão abreviada do SF-36, medindo a qualidade de vida relacionada à saúde através de 12 itens que compreendem 10 áreas, sendo uma o Sumário Físico (PCS – Physical Component Summary Score) e outra o Sumário Mental (MCS - Mental Component Summary Score). As outras oito áreas incluem avaliações da saúde em geral, dimensão física, limitações e dor, sumarizadas no PCS, enquanto limitações mentais, vitalidade, função social, e saúde mental são sumarizadas no MCS. Os escores em cada área (PCS e MCS) são dados num intervalo de 0 (pior qualidade de vida) a 100 (melhor qualidade de vida) (Jakobsson et al, 2004).

O SF-12 tem sido mais utilizado para populações idosas, devido à sua simplicidade de aplicação e tamanho reduzido, e por não conter questões relacionadas ao trabalho, além de não requerer entrevista presencial quando aplicado aos muito idosos, ao contrário do SF-36 (Gandek et al, 1998).

The Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey: SF-20

Originado no Medical Outcomes Study (MOS) em 1988 (Stewart et al, 1988), o SF-20 inclui 20 itens que representam seis domínios da qualidade de vida: físico, capacidade funcional, social, percepções da saúde, dor e mental. As escalas do domínio físico e mental são feitas através de entrevistas presenciais e as demais escalas são parte de um questionário postal. Todas as medidas são transformadas num intervalo de 0 a 100, com altos valores indicando melhor saúde, exceto para o domínio dor corporal (Kempen et al, 1999).

The Assessment of Quality of Life (AQoL) Instrument

Descrito inicialmente por Hawthorne G. e colaboradores, em 1999, é um instrumento genérico de medida da qualidade de vida relacionada à saúde compreendendo cinco dimensões: independência na vida diária, relações sociais, capacidade física, bem-estar psicológico, e doença. Cada escala provê escores de 0,0 (pior estado de saúde) a 1,0 (melhor estado de saúde) (Osborne et al, 2003).

Como todo instrumento genérico, o AQoL foi desenhado para ser usado na avaliação de diversas intervenções, desde tratamentos médicos e farmacológicos de enfermidades agudas até atividades de promoção da saúde (Hawthorne et al, 1999).

The European Research and Treatment Quality of Life Questionnaire: EORTC QLQ-C30

O EORTC QLQ-C30 foi desenvolvido para avaliar o impacto da doença e do tratamento e para avaliar a qualidade de vida em saúde de pacientes com câncer.

Desenvolvido pela European Organization for Research and Treatment of Câncer (EORTC), por volta de 1998, este questionário é específico para portadores de câncer e é composto por seis escalas: física, capacidade funcional, cognição, emocional, social e qualidade de vida global, incluindo também três escalas de sintomas: fadiga, dor, náusea e vômitos e seis itens singulares: dispnéia, insônia, anorexia, constipação, diarreia e dificuldades financeiras devidas ao tratamento (Michelson et al, 2001).

Todas as escalas e itens singulares são transformados em escores de 0 a 100. Altos escores no domínio global e nas escalas de funcionalidade indicam boa qualidade de vida e bom nível funcional, altos escores para as escalas de sintomas e para os itens singulares representam alto nível de sintomas e complicações (Thomé et al, 2004).

No entanto, mesmo sendo um questionário câncer-específico, é aceitável seu uso para a população em geral devido à simplicidade de seu desenho e à facilidade de aplicação (Hjermstad et al, 1998).

The European Research Questionnaire Quality of Life: EuroQol EQ - 5D

O EuroQol EQ - 5D é um instrumento genérico, relativamente simples e utilizado para avaliar a qualidade de vida relacionada em saúde. Criado pela University of York, foi desenvolvido em diferentes países numa perspectiva transcultural, é utilizado nos diferentes grupos etários, incluindo idosos hospitalizados e está disponível desde 1990. O EuroQol EQ - 5D descreve o estado de saúde em 5 dimensões: física, autocuidado, limitação, dor, e ansiedade ou depressão. Os escores foram derivados de um estudo nacional com a população geral e variam de 0 (morte) a 1 (saúde completa) (Hickson & Frost, 2003). Alguns exemplos de instrumentos específicos, que medem a qualidade de vida de adultos, estão descritos na Tabela 2.

TABELA 2 – Questionários específicos para a avaliação da qualidade de vida em adultos.

INSTRUMENTO	DIMENSÕES MEDIDAS
The MildHypertension Vital signs Quality of Life Questionnaire: VSQLQ	Dor, limitações
The Diabetes quality of Life Measure: DQOL	Satisfação, metas, estresse e depressão.
Quality of Life Parkinson Disease Questionnaire: PDQ39	Deterioro neurológico e limitações
The Quality of Life in Epilepsy: QOLIE-10	Física, social, mental, cognição, condições pós-crise, relações pessoais.
The Oral Health-related Quality of Life Questionnaire: OHRQOL	Física, social, mental e dor.
The Medical Outcomes Study (MOS) Short form Health Survey: MOS-HIV	Física, social, mental, cognitiva, sintomas, febre, fadiga, energia, dor e estresse
The self report HIV-Specific Quality of Life: HOPES	Física, social, mental, cognitiva
The Health Assessment Questionnaire Disability Index: Spanish HAD-DI	Físico, social, emocional, dor e nível de atividade.
The Schwartz Cancer Fatigue Scale SCFS	Físico, social, vitalidade e fadiga.

Fonte: Velarde-Jurado et al., 2002b.

III.3.8-CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da qualidade de vida tem vencido desafios ao longo do tempo, o que permitiu o desenvolvimento de instrumentos aplicáveis às diversas condições de saúde e populações.

Destaca-se que o entendimento de alguns aspectos são fundamentais para definição de qualidade de vida: não há um consenso entre os pesquisadores sobre o conceito que se deve utilizar e sempre se propõem novos aspectos a serem considerados em relação à qualidade de vida. Trata-se de uma abordagem centrada na percepção pelo paciente do seu funcionamento em diferentes áreas da vida: física, ocupacional, psicológica, interação social, religiosidade, crenças, sensações somáticas, dentre muitas outras, e que pode flutuar ao longo do tempo, de forma global, ou em algumas áreas da vida do indivíduo.

A percepção da qualidade de vida ainda pode ser influenciada por aspectos da personalidade do indivíduo e/ou pelo contexto social e cultural em que ele está inserido. Ressaltando o estudo de Arnold e colaboradores, em 2004, escores de qualidade de vida de grupos de pacientes enfermos podem não diferir de grupos de pacientes saudáveis pela hipótese da “homeostase”, ou seja, os pacientes se acostumam à sua condição enferma e passam a não considerar sua qualidade de vida como ruim.

Outro desafio na avaliação da qualidade de vida é a dificuldade de se quantificar sentimentos subjetivos e de se estabelecer um ponto de corte que se aplique a diferentes populações ao mesmo tempo, além de não haver um padrão-ouro para se compararem resultados e avaliar a eficácia dos novos instrumentos.

Dentre os instrumentos disponíveis para avaliar a qualidade de vida destacam-se: os genéricos, que permitem avaliar grupos e populações com diferentes diagnósticos e os específicos, que medem o impacto de enfermidades específicas na vida dos indivíduos. Essa ampla gama de instrumentos permite mensurar a qualidade de vida dos diversos grupos populacionais, em várias enfermidades, em diferentes nacionalidades e com os mais diversos objetivos: desde resultados de intervenções médicas até o impacto de serviços de atenção primária em saúde.

Atualmente existem muitos instrumentos válidos, confiáveis e disponíveis para uso na pesquisa científica de avaliação da qualidade de vida, que são resultado de incessantes pesquisas ao longo dos anos, com diversas populações. Eles refletem

os padrões de percepção do estado de saúde e da qualidade de vida em saúde dos indivíduos, além de constituírem ferramentas complementares para avaliar respostas aos tratamentos e exposições ao longo da vida.

III.3.9-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arnold R, Ranchor AV, Sanderman R, Kempen GIJM, Ormel J, Suurmeijer TPBM. The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. *Qual Life Res* 2004; 13:883-896.
2. Bullinger M, Anderson R, Cella D. Developing and evaluating cross-cultural instruments: from minimum requirements to optimal models. *Qual Life Res* 1993; 2:451-459.
3. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr* 1999a; 21(1):19-28.
4. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev Saúde Pública* 1999b; 33(2):198-205.
5. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev. Saúde Pública* 2000; 34(2):178-183.
6. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(6):793-799.
7. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 health survey in nine countries: Results from the IQOLA project. *Journal Clin Epidemiol* 1998; 51:1171-1178.
8. Gill T, Feisntein A. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA* 1994; 272 (suppl 8):619-626.
9. Hawthorne G, Richardson J, Osborne R. The assessment of quality of life (AQoL) instrument: a psychometric measure of health-related quality of life. *Qual Life Res* 1999; 8:209-224.
10. Hickson M & Frost G. An investigation into the relationships between quality of life, nutritional status and physical function. *Clin Nutr*, 2003; In Press.

11. Hjerstad MJ, Fayers PM, Bjordal K, Kaasa S. Using reference data on quality of life – the importance of adjusting for age and gender, exemplified by the EORTC QLQ-C30 (+3). *Eur J Cancer* 1998; 34:1381-1389.
12. Hwang HF, Liang WM, Chiu YN, Lin MR. Suitability of the WHOQOL-BREF for community-dwelling older people in Taiwan. *Age and Ageing* 2003; 32(6):593-600.
13. Jakobsson U, Hallberg IR, Westergren A. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. *Qual Life Res* 2004; 13:125-136.
14. Kempen GIJM, Brilman EI, Ranchor AV, Ormel J. Morbidity and quality of life and the moderating effects of level of education in the elderly. *Social Science & Medicine* 1999; 49:143-149.
15. Lebrão ML, Laurenti R. Condições de Saúde. In: Lebrão ML, Duarte YAO. SABE: Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento. O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003; p.73-91.
16. Leplège A, Hunt S. The Problem of Quality of Life in Medicine. *JAMA* 1997; 278: 47-50.
17. Lima AFBS. Qualidade de Vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool. [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.
18. Liu B. Quality of life: concept, measure and results. *Am J Econom Sociol* 1975; 34:4 -13.
19. Manocchia M, Keller S, Ware JE. Sleep problems, health-related quality of life, work functioning and health care utilization among the chronically ill. *Qual Life Res* 2001; 10:331-345.
20. Michelson H, Bolund C, Brandberg Y. Multiple chronic health problems are negatively associated with health-related quality of life (HRQoL) irrespective of age. *Qual Life Res* 2001; 9:1093-1104.
21. Nahas M. O conceito de qualidade de vida. Apostila. Florianópolis, 1994.

22. Naughton MJ, Shumaker SA. The case for domains of function in quality of life assessment. *Qual Life Res* 2003; 12 (suppl1): 73-80.
23. Organización Mundial De La Salud. Promoción de la Salud. Glosario. Ginebra: OMS 1998; 35p.
24. Osborne RH, Hawthorne G, Lew EA, Gray LC. 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. *Journal Clin Epidemiol* 2003; 56:138-147.
25. Pais-Ribeiro JL. Quality of life is a primary end-point in clinical settings. *Clin Nutr* 2004; 23:121-130.
26. Philp I. Can a medical and social assessment be combined? *JR Sc Méd* 1997; 90:11-13.
27. Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MERM. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Rev Latino-am Enfermagem* 2002; 10(6):757-764.
28. Schipper H, Clinch J, Olweny CLM. Quality of Life Studies: Definitions and Conceptual Issues In: Spilker B. editor. *Quality of life and Pharmacoeconomics in clinical Trials*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996. p. 11-23.
29. Scientific Advisory Committee of The Medical Outcomes Trust. Assessing health status and quality of life instruments: Attributes and review criteria. *Qual Life Res* 2002; 11:193-205.
30. Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(5):538-542.
31. Skevington SM, Lotfy M & O'connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL Group. *Qual Life Res* 2004; 13:299-310.
32. Smith J. Well-being and health from age 70 to 100: findings from the Berlin Aging Study. *Eur Rev* 2001; 9:461-477.

33. Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(3):364-371.
34. Special Issue. International Use, Application and Performance of Health-Related Quality of Life Instruments. *Qual Life Res* 1993; 2 (6).
35. Stewart AL, Hays RD, Ware JE. The MOS Short-form General Health Survey: reability and validity in a patient population. *Med Care* 1988; 26:724-735.
36. Terwee CB, Dekker FW, Wiersinga WM, Prummel MF, Bossuyt PMM. On assessing responsiveness of health-related quality of life instruments: Guidelines for instrument evaluation. *Qual Life Res* 2003; 12:349-362.
37. The Whoqol Group. The Development of the World Health Organization Quality of Life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley E, Kuyen W .Editors. Quality of life assessment International Perspectives. Proceedings of The Joint-Meeting Organized by The World Health Organization and the Foundation IPSEN. July: Paris1993; p. 41-57.
38. The Whoqol Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W. Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag 1994; p.41-60.
39. The Whoqol Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. *Quality of Life Assesment. Psychol Med* 1998; 28:551-558.
40. Thomé B, Dykes AK, Hallberg IR. Quality of life in old people with and without cancer. *Qual Life Res* 2004; 13:1067-1080.
41. University Of Sheffield. Easy-Care. United Kingdom; 2004 Disponível em: <http://www.shef.ac.uk/sisa/easycare>.
42. Velarde-Jurado E, Avila-Figueiroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Publica Mex* 2002a; 44: 349-361.
43. Velarde-Jurado E, Avila-Figueiroa C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Publica Mex* 2002b; 44:448-463.

44. Victor C, Scambler S, Bond J, Bowling A. Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Rev Clin Geronto* 2000; 10:407-417.
45. World Health Organization- Programme On Mental Health. WHOQOL-bref: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment. Field Trial Version. WHO: Geneva; 1996.

IV – TRABALHOS DE INVESTIGAÇÃO

IV.1 - Contribuição dos Domínios do WHOQOL-Bref na Qualidade de Vida Global de Idosos.

Renata Junqueira Pereira, Rosângela Minardi Mitre Cotta, Sylvia do Carmo Castro Franceschini, Rita de Cássia Lanes Ribeiro, Rosana Ferreira Sampaio, Silvia Eloiza Priore, Paulo Roberto Cecon.

IV.1.1 - RESUMO

Este estudo investigou a contribuição de cada domínio da qualidade de vida (físico, social, psicológico e ambiental) na qualidade de vida global e em que extensão esses domínios explicam a qualidade de vida global de idosos residentes no município de Teixeira, na Região Sudeste do Brasil. Trata-se de um estudo observacional de corte transversal, sendo a amostragem aleatória estratificada por sexo, uso do Programa de Saúde da Família e microárea de saúde (n = 211 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos), representando 14,28% do total de idosos do município em estudo. O instrumento utilizado foi o *World Health Organization Quality of Life Instrument Bref* (WHOQOL-bref) proposto pela Organização Mundial da Saúde, aplicado por um único entrevistador, devidamente treinado. As análises de regressão linear mostraram que nenhuma das variáveis sociodemográficas interferiu significativamente no domínio global da qualidade de vida e, entre os quatro domínios, o que mais explicou a qualidade de vida global foi o Físico, seguido do Ambiental e do Psicológico. O domínio Social não mostrou contribuição significativa na qualidade de vida global. As possíveis explicações para os resultados encontrados foram discutidas.

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

IV.1.2 - ABREVIATURAS

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde

WHOQOL-bref - World Health Organization Quality of Life Instrument Bref

WHOQOL -100 - World Health Organization Quality of Life Instrument 100

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SM - Salário Mínimo

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

€ - Euro

IV.1.3 - INTRODUÇÃO

Nos países em desenvolvimento observa-se um envelhecimento populacional acelerado, com um incremento da população idosa maior do que nos países desenvolvidos [1].

Atualmente no Brasil, os idosos representam cerca de 10% da população geral. O censo de 2000 informou que dos 169,5 milhões de brasileiros, 15,5 milhões têm 60 anos ou mais, sendo que projeções apontam um crescimento desse grupo populacional para 18 milhões, até 2010 e 25 milhões, até 2025 [2,3].

O processo de envelhecimento, que nos países desenvolvidos ocorre de forma gradual, acompanhado de melhorias na cobertura do sistema de saúde, nas condições de habitação, saneamento básico, trabalho e alimentação; no Brasil ocorre rapidamente e num contexto de desigualdades sociais, economia frágil, crescentes níveis de pobreza, com precário acesso aos serviços de saúde e reduzidos recursos financeiros, sem as modificações estruturais que respondam às demandas do grupo etário emergente [4,5].

A tendência ao envelhecimento populacional está acarretando mudanças profundas em todos os setores da sociedade. De acordo com Cotta et al. [6], a transição demográfica tem um crescente e profundo impacto em todos os âmbitos da sociedade, mas é na saúde onde terá maior transcendência, tanto por sua repercussão nos diversos níveis assistenciais, como pela demanda por novos recursos e estruturas.

Assim, destaca-se a relevância científica e social de se investigar as condições que interferem no bem-estar na senescência e os fatores associados à qualidade de vida de idosos, no intuito de criar alternativas de intervenção, propor ações e políticas na área da saúde, buscando atender às demandas da população que envelhece [7].

A avaliação do estado de saúde está diretamente relacionada à qualidade de vida, influenciada pelo sexo, escolaridade, idade, condição econômica e presença de incapacidades [8].

Quando se investiga a qualidade de vida relacionada à saúde, em sua multidimensionalidade, identificam-se os principais aspectos a serem considerados em relação às potencialidades e peculiaridades de saúde e vida do idoso, interferindo no seu processo saúde-doença [9].

Dessa forma, avaliar as condições de vida e saúde do idoso, permite a

implementação de propostas de intervenção, tanto em programas geriátricos, quanto em políticas sociais gerais, no intuito de promover o bem-estar dos que envelhecem [9,10].

A expressão “qualidade de vida” tem várias vertentes, que compreendem desde um conceito popular, amplamente utilizado na atualidade, em relação a sentimentos e emoções, relações pessoais, eventos profissionais, propagandas da mídia, política, sistemas de saúde, atividades de apoio social, dentre outros; até a perspectiva científica com vários significados na literatura médica [11].

Em relação a seu emprego na literatura médica, o termo qualidade de vida vem sendo associado a diversos significados como condições de saúde e funcionamento social. Qualidade de vida relacionada à saúde (*Health-related quality of life*) e estado subjetivo de saúde (*Subjective health status*) são conceitos relacionados à avaliação subjetiva do paciente e ao impacto do estado de saúde na capacidade de se viver plenamente [12].

O Grupo de estudiosos em qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde, The WHOQOL Group [13], propõe um conceito para qualidade de vida subjetivo, multidimensional e que inclui elementos positivos e negativos: “*qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*”. É um conceito amplo e complexo que engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características do meio ambiente [14].

Nesse sentido, a qualidade de vida reflete a percepção que têm os indivíduos de que suas necessidades estão sendo satisfeitas, ou ainda, se lhes estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a auto-realização, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas [14].

Diferentes conceitos têm sido estabelecidos, dos mais gerais aos mais específicos. Distinção tem sido feita entre a qualidade de vida global, as distintas dimensões da qualidade de vida (domínios) e os componentes que compõem cada dimensão [15].

De acordo com Arnold et al. [15] e Suurmeijer et al. [16], o modelo de qualidade de vida de Spilker inclui a qualidade de vida global e os diferentes

domínios, bem como os diferentes aspectos que compõem cada domínio. A avaliação da qualidade de vida global, definida como a satisfação geral do indivíduo com a vida e a percepção geral do bem-estar, compõe o primeiro nível do modelo de Spilker. Os domínios da qualidade de vida separadamente compõem o segundo nível e os mais utilizados são o psicológico, o social e o físico, que refletem a qualidade de vida satisfatoriamente, embora alguns estudos incluam também outros domínios como produtividade, ambiente, cognição, ocupação e situação financeira. E finalmente, o terceiro nível do modelo de Spilker é composto pelos aspectos específicos de cada domínio.

Sendo o principal propósito avaliar a influência dos domínios da qualidade de vida (físico, psicológico, social e ambiental) no domínio global da qualidade de vida global, neste estudo serão analisados os dois primeiros níveis do modelo de Spilker, uma vez que a literatura é consensual a respeito do estudo destes níveis de qualidade de vida [15].

Os objetivos do presente estudo foram analisar se existe contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental na qualidade de vida global, e investigar em que extensão esses domínios explicam a qualidade de vida global de indivíduos idosos residentes no município de Teixeira, situado na Região Sudeste do Brasil.

IV.1.4 - MÉTODOS

Características do município em estudo

O município de Teixeira possui uma área territorial de 167,00 km², densidade demográfica de 66,8 hab/km², atingindo uma altitude de 648 m. Geograficamente pertence à microrregião de Viçosa e à mesorregião da Zona da Mata do Estado de Minas Gerais, situado na Região Sudeste do Brasil [17]. Segundo o censo demográfico realizado em 2000, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [2], Teixeira possui uma população total de 11.149 habitantes, distribuída em 6.949 habitantes na zona urbana (62,33%) e 4.200 (37,67%) na zona rural, apresentando uma taxa de urbanização de 62,33% e uma taxa média de crescimento anual de 1,23%. Em relação ao contingente de idosos, do total de habitantes, 1.374 têm 60 anos ou mais, o que representa 12,32%[2].

As principais atividades econômicas desenvolvidas no município são: agricultura (café, arroz, feijão, mandioca, milho, abacaxi, tomate, cana de açúcar, batata doce), pecuária (bovinocultura e suinocultura), silvicultura e exploração florestal [17].

No período de 1991 a 2000, o acesso a serviços básicos e bens de consumo aumentou e o nível de analfabetismo diminuiu de 28,3% (1991) para 17,4% (2000) [17].

Ainda no período 1991-2000, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Teixeira cresceu 17,11%, passando de 0,608 em 1991 para 0,712 em 2000. A dimensão que mais contribuiu para este crescimento foi a educação, com 42,4%, seguida pela longevidade, com 30,5% e pela renda, com 27,0%. Neste período, o hiato de desenvolvimento humano (a distância entre o IDH do município e o limite máximo do IDH, ou seja, $1 - \text{IDH}$) foi reduzido em 26,5% [17].

Sujeitos

Foram envolvidos no estudo indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, residentes no município de Teixeira. Realizou-se um cadastro prévio de todos os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, até a data prevista para o início do estudo; agosto de 2004. Esse cadastro foi realizado com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que compõem as equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) do município.

O PSF foi criado pelo Ministério da Saúde do Brasil, destacando-se como porta de entrada do sistema, que propõe a reorganização da atenção primária em ações de promoção da saúde, prevenção e riscos de doenças, resolutividade na assistência e recuperação, com qualidade, o que favorece a maior aproximação dos serviços à população. Desta forma, destaca-se como estratégia inovadora e reestruturadora das ações e serviços de saúde, ao transpor a visão fragmentada do ser humano para uma compreensão integral na dimensão individual, familiar e coletiva, ou seja, o resgate da prática generalista, onde a compreensão do processo saúde-doença passa a ser pensada de uma forma mais ampla, segundo as realidades locais, comunitárias e familiares [18].

O ano de referencia para a implantação do PSF no município de Teixeira é 1997, sendo a cobertura total da população alcançada em 1999. Atualmente estão em

funcionamento três equipes de saúde da família, compostas por dezoito microáreas de saúde.

Cada ACS preencheu uma ficha informando o nome, o endereço, a data de nascimento, a idade, o sexo, as condições de acamado e/ou inconsciente e a condição de usuário ou não do PSF, de todos os indivíduos com idade ≥ 60 anos, residentes no município (ANEXO 1). Por meio deste cadastro obteve-se a relação de todos os idosos residentes em Teixeira, já que o PSF cobre 100% da população do município. Este cadastro foi incluído no banco de dados do PSF local.

Como resultado deste levantamento, tem-se que a população idosa do município é composta por um total de 1478 indivíduos. Destes 965 (65,29%) se encontram residindo na zona urbana e 513 (34,7%) na zona rural; 775 (52,43%) são do sexo feminino e 703 (47,56%) do sexo masculino; 964 (65,22%) são usuários do PSF e 514 (34,77%) não o são; 101(6,83%) se encontram acamados, 56 (3,78%) inconscientes e 20 (1,35%) institucionalizados. A partir destes dados se procedeu a seleção da amostra.

Seleção da Amostra

A amostragem do estudo foi aleatória estratificada por sexo, uso do PSF e microárea de saúde.

Dadas as características do estudo, com o auxílio dos profissionais de saúde do PSF, foram excluídos os indivíduos que se encontravam acamados, inconscientes, com problemas mentais e aqueles institucionalizados, totalizando 1.301 idosos.

Após a aplicação dos critérios de exclusão, foram calculados 15% do total de indivíduos cadastrados em cada microárea de saúde e o número representativo desta porcentagem foi dividido proporcionalmente entre os sexos e usuários e não usuários do PSF na microárea [19]. Esse procedimento foi feito considerando-se que cada microárea de saúde representa uma região geográfica do município e assim se garantiria que os indivíduos de todas as localidades estivessem representados equitativamente no estudo.

Após a estratificação e a determinação do número de indivíduos de cada microárea foi feito um sorteio da amostra. A amostra foi composta por 211 idosos, representando, portanto, 14,28% da população de idosos do município.

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal, no qual foram realizadas entrevistas em visitas domiciliares que ocorreram entre os meses de agosto e dezembro de 2004. As entrevistas diretas foram realizadas por um único entrevistador, devidamente treinado. Realizou-se previamente um estudo piloto em população com características semelhantes às de Teixeira, porém em município distinto do estudado.

Utilizaram-se dois instrumentos para a coleta de dados. Para caracterizar os aspectos sociodemográficos (sexo, idade, situação conjugal, renda e escolaridade), foi criado um instrumento especificamente para este estudo.

Para avaliar a qualidade de vida foi utilizado o instrumento proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para adulto, o *World Health Organization Quality of Life Instrument Bref* (WHOQOL-bref) (ANEXO 2). Este instrumento tem sido utilizado para mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde em grupos de indivíduos enfermos, sadios e em idosos [20].

O WHOQOL-bref é uma versão reduzida do *World Health Organization Quality of Life Instrument 100* (WHOQOL-100) e é composto de 26 questões, sendo 2 delas gerais de qualidade de vida e as 24 representantes de cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original, o WHOQOL-100. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos de testes de campo em 20 centros de 18 países [21]. A versão brasileira do WHOQOL-bref, traduzida e validada pelo grupo de estudos em qualidade de vida da OMS no Brasil, foi a utilizada neste estudo.

O WHOQOL-bref é composto por quatro domínios: capacidade física, bem-estar psicológico, relações sociais e meio ambiente e um domínio de qualidade de vida global [20,21]. Cada domínio é composto por questões, cujas respostas variam de intensidade entre 1 e 5.

Os escores finais de cada domínio são calculados por uma sintaxe, que considera as respostas de cada questão que compõe o domínio, resultando em escores finais numa escala de 4 a 20, comparáveis ao WHOQOL 100, que podem ser transformados em escala de 0 a 100.

O instrumento em questão é auto-aplicável, mas neste estudo optou-se pela aplicação pelo pesquisador, dada a dificuldade de leitura, problemas visuais e o analfabetismo, comuns em idosos.

A utilização do WHOQOL-bref neste estudo é justificada pela literatura, que mostra boa resposta do instrumento à qualidade de vida dos idosos [21], e pela ausência de um instrumento validado para idosos e traduzido para o Português com características tão abrangentes e de simples aplicabilidade.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, Brasil (ANEXO 3). Todos os indivíduos que aceitaram participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (ANEXO 4).

Análise dos Dados

Os dados foram analisados, utilizando-se o Teste “t” para comparações de médias entre dois grupos (feminino e masculino). O Coeficiente de Correlação de Pearson foi calculado entre os domínios (físico, ambiental, social e psicológico) e a qualidade de vida global. Modelos de Análises de Regressão Linear Múltipla foram construídos para verificar a influência das variáveis sociodemográficas nos domínios de qualidade de vida e para analisar a contribuição desses domínios na qualidade de vida global. Utilizou-se o procedimento “stepwise”, no qual se empregam critérios de inclusão estatísticos. O nível de significância utilizado foi de 5%.

Contemplou-se uma abordagem quantitativa com a utilização do software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 10.0 [22].

IV.1.5 - RESULTADOS

Características Sociodemográficas

Como descrito na Tabela 1, dos 211 idosos estudados, 109 (51,7%) são do sexo feminino e 102 (48,3%) do masculino. A faixa etária do grupo variou de 60 a 93 anos com média de 71,09 ($\pm 8,09$). A maioria reside na zona urbana (66%) e 34% na zona rural.

TABELA 1 – Características Sociodemográficas dos Idosos Estudados, Teixeira, Brasil, 2004.

Característica	Classificações	N	%
Sexo	Feminino	109	51,7
	Masculino	102	48,3
Faixas Etárias	60-64 anos	51	24,2
	65-69 anos	53	25,1
	70-74 anos	39	18,5
	75-79 anos	30	14,2
	80-84 anos	22	10,4
	85-89 anos	11	5,2
	90 anos e mais	5	2,4
Situação Conjugal	Com companheiro	132	62,6
	Sem companheiro	79	37,4
Escolaridade (anos de estudo)	Sem instrução a menos de 1 ano	84	39,8
	1 a 3 anos	66	31,3
	4 a 7 anos	53	25,2
	8 a 10 anos	2	0,9
	11 a 14 anos ou mais	6	2,8
Renda Mensal	Sem rendimento	18	8,5
	Até ½ SM	3	1,4
	De ½ a 1 SM	126	59,7
	Mais de 1 a 2 SM	38	18,1
	Mais de 2 a 3 SM	14	6,7
	Mais de 3 a 5 SM	6	2,8
	Mais de 5 a 10 SM	6	2,8

SM – Salário mínimo.

N= 211

Em relação à situação conjugal, 62,6% vivem com companheiros e os demais, sem companheiros. No que se refere à escolaridade e renda, 71,1% têm menos de

quatro anos de estudos formais e 61,1% têm renda mensal igual ou inferior a um salário mínimo (SM), equivalente a € 83,33.

Qualidade de Vida

Na Tabela 2 são mostradas as médias e desvios padrão dos escores da qualidade de vida global e dos diferentes domínios do WHOQOL-bref.

TABELA 2 – Valores mínimos, máximos, médias e desvios padrão dos diferentes domínios do WHOQOL-bref, na escala de 4 a 20, Teixeira, Brasil, 2004.

Domínios	Mínimo	Máximo	Média	D. Padrão
Global	10,00	20,00	15,18	2,48
Físico	8,57	20,00	15,84	2,46
Psicológico	6,67	20,00	15,66	2,53
Social	9,33	20,00	17,29	2,17
Ambiental	9,50	20,00	14,84	2,08

N = 211

Na escala de 4 a 20, o escore mínimo encontrado foi de 6,67 para o Domínio Psicológico e o máximo foi de 20,0 para todos os domínios. O domínio que obteve a menor média foi o Ambiental e o de maior média foi o Social. O domínio global teve média de 15,18 (\pm 2,48).

Características Sociodemográficas e os Domínios da Qualidade de Vida

Todas as características sociodemográficas foram colocadas em modelos de Regressão Linear Múltipla para se estudar o efeito delas em cada um dos domínios de qualidade de vida do WHOQOL-bref (global, físico, psicológico, social e ambiental) (Tabela 3). Foram construídos cinco modelos de regressão e em cada modelo, um domínio era colocado como variável dependente.

TABELA 3 - Contribuição das variáveis Sociodemográficas em cada Domínio de Qualidade de Vida do WHOQOL-bref, Teixeira, Brasil, 2004.

Variáveis Sociodemográficas (Independentes)	Domínios (Variáveis Dependentes)														
	Global			Físico			Psicológico			Social			Ambiental		
	$\hat{\beta}$	R ² (%)	p	$\hat{\beta}$	R ² (%)	p	$\hat{\beta}$	R ² (%)	p	$\hat{\beta}$	R ² (%)	p	$\hat{\beta}$	R ² (%)	p
	14,87			15,70			14,55			18,24			13,54		
Gênero	0,09	0,8	0,21	0,18	2,0	0,02*	0,19	3,3	0,01**	-0,00	0,0	0,95	0,19	2,8	0,00***
Idade (anos)	0,05	0,2	0,47	0,11	0,7	0,26	-0,08	0,6	0,26	-0,07	0,4	0,31	0,06	0,3	0,44
Situação conjugal	-0,13	1,4	0,07	-0,13	0,7	0,09	-0,03	0,1	0,71	-0,02	0,0	0,79	-0,06	0,5	0,43
Escolaridade	0,07	0,6	0,32	0,01	0,0	0,87	0,37	0,4	0,36	-0,07	0,6	0,31	0,00	0,0	0,99
Renda (SM)	0,04	0,2	0,56	0,05	0,3	0,50	-0,07	0,0	0,94	-0,05	0,3	0,47	0,09	0,6	0,19
R² Total (%)		3,2			3,7			4,4			1,3			4,2	

* Significativo a 5% de probabilidade pelo teste “t”.

** Significativo a 1% de probabilidade pelo teste “t”.

*** Significativo a 0,1% de probabilidade pelo teste “t”.

Nos Domínios Global e Social nenhuma das variáveis sociodemográficas interferiu significativamente ($p > 0,05$). Nos Domínios Físico, Psicológico e Ambiental, somente a variável sexo mostrou contribuição significativa, porém pequena. O sexo interfere em 2,0% no Domínio Físico, 3,3% no Psicológico e 2,8% no Ambiental.

Desta forma, realizou-se o Teste “t” para comparar as médias dos escores dos domínios da qualidade de vida entre os sexos feminino e masculino (Tabela 4).

TABELA 4 – Comparação entre as médias dos domínios de qualidade de vida entre os grupos masculino e feminino, Teixeira, Brasil, 2004.

Domínios	Masculino	Feminino	
	Média ± DP	Média ± DP	p
Global	15,33 ± 2,29	15,04 ± 2,65	0,401
Físico	16,20 ± 2,38	15,51 ± 2,50	0,042*
Psicológico	16,14 ± 2,21	15,22 ± 2,73	0,008**
Ambiental	15,20 ± 2,12	14,50 ± 1,98	0,015*
Social	17,28 ± 2,15	17,29 ± 2,19	0,959

* Significativo a 5% de probabilidade pelo teste “t”.

** Significativo a 1% de probabilidade pelo teste “t”.

Observa-se que houveram diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos domínios físico, psicológico e ambiental para os grupos feminino e masculino, sendo os escores médios de qualidade de vida desses domínios maiores entre os homens.

Domínios da Qualidade de Vida e o Domínio Global

Inicialmente foi feita a Correlação de Pearson entre os domínios (físico, psicológico, social e ambiental) e o domínio Global da qualidade de vida. Todos os domínios se correlacionaram positiva e significativamente com o domínio global, apesar das correlações serem de baixa magnitude (Tabela 5).

Assim, procedeu-se a análise de regressão linear múltipla para se verificar a contribuição de cada domínio na qualidade de vida global (variável dependente). As variáveis sociodemográficas não foram incluídas neste modelo, por não mostrarem interferências significativas no domínio global da qualidade de vida, quando analisadas anteriormente.

Os quatro domínios (físico, psicológico, ambiental e social) juntos explicam 36,1% da qualidade de vida global. O domínio social tem pequena contribuição (0,4%), porém não significativa ($p > 0,05$). O domínio que mais contribui na qualidade de vida global é o Físico (28,2%), seguido do Ambiental (6,2%) e do Psicológico (1,3%). Os resultados são sumarizados na Tabela 5.

TABELA 5 – Estimativa dos coeficientes de Correlação de Pearson e da Análise de Regressão Linear entre os domínios e a qualidade de vida global.

Domínios	Qualidade de vida Global (dependente)		
	Correlação	Regressão	
	r	R ² (%)	$\hat{\beta}$
Físico	0,531***	28,2	0,321***
Ambiental	0,499***	6,2	0,246***
Psicológico	0,443***	1,3	0,144*
Social	0,336***	0,4	0,072 ^{NS}
R² Total (%)		36,1	

* Significativo a 5% de probabilidade pelo teste “t”.

*** Significativo a 0,1% de probabilidade pelo teste “t”.

^{NS} Não significativo a 5% de probabilidade pelo teste “t”.

IV.1.6 - DISCUSSÃO

Sprangers et al. [23], mostraram que fatores como a idade avançada, ser do feminino, o baixo nível de escolaridade e não ter companheiro estão relacionados a baixos níveis de qualidade de vida. Além disso, outros estudos também controlaram a influência destas variáveis sociodemográficas [15,16].

Assim, no presente estudo, optou-se por analisar as variáveis sociodemográficas sexo, idade, situação conjugal (com e sem companheiro), escolaridade e renda. A renda foi incluída por ser considerada também um importante indicador socioeconômico.

Os idosos estudados são na maioria de baixa renda e de baixa escolaridade. Observa-se que 71,1% têm menos de quatro anos de estudo e podem ser considerados, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE [24], como analfabetos funcionais. Esta porcentagem é maior que a da população brasileira, que em 2003 possuía 57,9% de idosos com menos de quatro anos de escolaridade [24].

Em relação ao rendimento mensal, 61,1% têm renda mensal igual ou inferior a um salário mínimo. Na população brasileira, em 2003, 43,8% dos idosos tinham rendimento inferior a um salário mínimo [24]. É consenso que a produtividade e a empregabilidade declinam com a idade. A partir dos 60 anos, os indivíduos passam a depender cada vez mais dos rendimentos dos demais moradores do domicílio para sobreviver e manter seu padrão de vida. Além disso, a aposentadoria também passa a desempenhar papel fundamental na renda do idoso [25]. Daí encontrarmos grande percentual de idosos vivendo com um salário mínimo, que é o valor da aposentadoria mais frequentemente pago aos idosos no Brasil.

Segundo Jakobsson et al [26], os rendimentos estão frequentemente diminuídos entre os idosos, sendo os fatores socioeconômicos importantes na vida diária e na qualidade de vida deste grupo populacional. Ainda segundo estes autores, uma boa situação socioeconômica mostra-se associada à melhor qualidade de vida. Sherbourne et al [27] também encontraram que problemas financeiros reduzem o bem estar em idosos. Porém, em nosso estudo não encontramos influência significativa da variável renda em nenhum dos domínios da qualidade de vida, o que pode ser atribuído ao fato de que o município estudado é de pequeno porte, com baixo custo de vida, predominando as atividades agrícolas familiares e de

subsistência. Além disso, o PSF presta assistência sanitária gratuita, incluindo visitas domiciliares dos profissionais de saúde e distribuição de medicamentos.

No que se refere aos escores de qualidade de vida, eles são uma escala positiva (quanto maior o escore, melhor a qualidade de vida), e não existem pontos de corte que determinem um escore abaixo ou acima do qual se possa avaliar a qualidade de vida como “ruim” ou “boa” [28].

Não obstante, os resultados deste estudo indicam que os idosos de Teixeira apresentaram altos escores de qualidade de vida para todos os domínios do WHOQOL-bref, quando comparados os valores de referência (escala de 4 a 20) com as médias encontradas para os diferentes domínios da qualidade de vida.

Quando se estudou a influência das variáveis sociodemográficas sexo, idade, situação conjugal, escolaridade e renda nos diferentes domínios da qualidade de vida, observou-se que estas não tiveram influência significativa na qualidade de vida global dos idosos estudados; somente a variável sexo teve influência significativa, porém pequena, nos domínios Físico, Psicológico e Ambiental, sendo os escores médios desses domínios significativamente maiores entre os homens.

Outros autores também observaram o efeito do sexo na qualidade de vida. Segundo Castellón & Pino [29], a qualidade de vida subjetiva é melhor para os homens do que para as mulheres idosas, talvez porque o envelhecimento seja percebido pela mulher como mais negativo. De acordo com Avis et al [30], estudando a qualidade de vida em mulheres idosas, o esquecimento e o sentimento de que mulheres mais velhas são menos atraentes foram associados à pior qualidade de vida. Além disso, estes autores também encontraram que a atividade física, o estresse, a percepção e aceitação em relação ao envelhecimento estavam fortemente associados à qualidade de vida nas mulheres. Thomé et al [31] encontraram que os idosos do sexo masculino apresentaram melhores escores no domínio físico da qualidade de vida do que os do feminino. E segundo Jakobsson et al [26], as mulheres estão mais expostas que os homens aos problemas físicos e mentais, o que poderia explicar menores escores no domínio psicológico.

Embora este estudo não tenha evidenciado influência da idade nos escores de qualidade de vida, é importante considerar as diferenças de idade e sexo em estudos da qualidade de vida em idosos. Segundo García et al [32], a idade avançada esteve associada a piores níveis de qualidade de vida relacionada à saúde. Além disso,

muitos outros estudos mostram o efeito da idade na qualidade de vida de idosos [33, 34, 35].

Nesse sentido, destaca-se a importância de se reconhecer a heterogeneidade da população idosa, no que diz respeito às faixas etárias e ao sexo, além da variância individual, quando se avalia a qualidade de vida.

Ao se analisar a contribuição dos diferentes domínios na qualidade de vida global, observou-se que a contribuição dos quatro domínios juntos foi de 36,1%. E que os domínios diferiram a respeito da contribuição individual na qualidade de vida global: o domínio que mais contribuiu na qualidade de vida global foi o Físico, seguido do Ambiental e do Psicológico; o Social não teve contribuição estatisticamente significativa. Desta forma, os domínios explicam limitadamente a qualidade de vida global; mas alterações em um ou mais domínios, pode implicar em alterações na qualidade de vida global.

A maior influência do Domínio Físico na qualidade de vida global desses idosos ressalta a importância de se considerar a capacidade funcional como importante fator de impacto na qualidade de vida em idosos. Ramos [36] destaca que a capacidade funcional atualmente surge como um novo paradigma de saúde para os indivíduos idosos e o envelhecimento saudável passa a ser visto como uma interação multidimensional entre saúde física e mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica.

Além disso, a qualidade de vida na velhice tem sido associada a questões de independência e autonomia e a dependência no idoso resulta das alterações biológicas (incapacidades) e de mudanças nas exigências sociais [37].

De acordo com Covinsky et al. [38] e Fassino et al. [39], o domínio funcional assume grande relevância no conceito multidimensional de qualidade de vida, devendo ser medido juntamente ao estado de saúde quando se deseja avaliar a qualidade de vida em idosos.

Desta forma, o bem-estar do idoso, seria resultado do equilíbrio entre as diversas dimensões da capacidade funcional, sem significar ausência de problemas em todas as dimensões; tendo em vista que o bem-estar pode ser atingido por muitos, independentemente da presença ou não de enfermidades [40].

Neste trabalho, o município estudado tem atividade predominantemente agrícola e 34,1% dos idosos estudados residem na zona rural. Em comunidades onde

as atividades rurais e domésticas predominam, os indivíduos têm maior oportunidade de continuarem exercendo sua atividade laboral também na velhice, e essa continuidade de papéis ocupacionais proporciona maior satisfação com a vida [40].

Outra dimensão a ser considerada deve ser o ambiente físico em que o idoso está inserido, uma vez que o Domínio Ambiental foi o que apresentou a segunda maior influência na qualidade de vida global.

Segundo a OMS [41] o ambiente físico em que o idoso está inserido pode determinar a dependência ou não do indivíduo. Desta forma, é mais provável que um idoso esteja física e socialmente ativo se puder ir andando com segurança a casa de seus vizinhos, ao parque ou tomar o transporte local. Idosos que vivem em ambientes inseguros são menos propensos a saírem sozinhos e, portanto, estão mais susceptíveis ao isolamento e à depressão, bem como a ter mais problemas de mobilidade e pior estado físico, o que vem a influenciar a qualidade de vida. Castellón & Pino [29] ressaltam que os idosos com limitações em seu ambiente físico têm cinco vezes mais chances de sofrerem depressão, e de acordo com O'Shea [42], a moradia e o ambiente físico adequados têm influência positiva na qualidade de vida do idoso.

Como destaca Néri [43], quanto mais ativo o idoso, maior sua satisfação com a vida e conseqüentemente melhor é sua qualidade de vida. Isso é especialmente importante em comunidades como a estudada, em que o trabalho é predominantemente agrícola e doméstico, podendo ser exercido ao longo de toda vida.

Deve-se destacar também a inserção familiar do idoso em domicílios multigeracionais: a convivência com familiares pode tanto oferecer benefícios no sentido do apoio familiar nas condições debilitantes e de dependência, reduzindo o isolamento, como gerar conflitos intergeracionais que acabam por diminuir a auto-estima e deteriorar o estado emocional do idoso, afetando de forma marcante a qualidade de vida [44].

Embora o Domínio Psicológico tenha sido o de menor contribuição significativa na qualidade de vida e o Social não tenha mostrado contribuição significativa, há que se considerarem as alterações psicológicas e de inserção social pelas quais passam os idosos.

De acordo com Pereira [45], as avaliações subjetivas da qualidade de vida em idosos devem preocupar-se com o que acontece ao indivíduo nas diferentes etapas do

envelhecimento, desde mudanças físicas até a desvalorização social consequente da aposentadoria, considerando qual o seu sentimento e entendimento dessas situações, seus ganhos e perdas psicológicas, suas frustrações e aspirações.

Nesse sentido, segundo Santos et al. [9], a qualidade de vida do idoso compreende a consideração de diversos critérios de natureza biológica, psicológica e socioestrutural, pois vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice; longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, eficácia cognitiva, status social, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos.

Embora a literatura confirme a relevância dos domínios social e psicológico na qualidade de vida de idosos, em nosso estudo esses domínios não se mostraram fortes influentes na qualidade de vida global. E isso pode ser decorrente do fato de que o grupo estudado talvez passe pelas alterações psicossociais do envelhecimento de forma mais branda, pois nos trabalhos doméstico e rural a perda de papéis funcionais pode não ocorrer com a aposentadoria e, além disso, no município estudado, a pequena distância entre as localidades torna a locomoção e o convívio entre os indivíduos mais fácil. Como exemplos podem ser citados o contato com a vizinhança que se tem, a locomoção que se dá por meio de carroças e bicicletas mesmo pela população idosa, a participação no grupo de terceira idade promovido pelo PSF.

Convém destacar como fator de limitação em nosso estudo, que a contribuição dos quatro domínios no domínio global de qualidade de vida mostrou-se moderada (36,1%). Isso pode ser explicado pelo fato de terem sido usadas medidas simples, por exemplo, o domínio global foi avaliado por apenas duas questões; e ainda, foram medidos apenas os dois primeiros níveis do modelo de Spilker, o que significa que os fatores que compõem cada domínio (terceiro nível) não foram discriminados. Além disso, outros fatores importantes podem estar também contribuindo para o domínio global da qualidade de vida, o que também foi evidenciado em outros estudos encontrados na literatura [15,16].

De acordo com Arnold et al. [15], o julgamento que cada indivíduo faz de sua qualidade de vida global deve ser considerado. Teoricamente espera-se que o indivíduo combine diferentes aspectos de sua vida e os resuma em uma avaliação

global de sua qualidade de vida, a questão é se os indivíduos realmente fazem um resumo de tudo ou se incluem apenas aspectos que os preocupam recentemente ou se excluem esses aspectos da avaliação.

No idoso a qualidade de vida pode ser percebida como boa ou ruim de acordo com a forma como cada indivíduo vivencia a velhice, podendo variar entre os dois extremos (muito bom e péssimo). Nesse sentido, a qualidade de vida depende, então, da interpretação emocional que cada indivíduo faz dos fatos e eventos, e está intimamente relacionada à percepção subjetiva dos acontecimentos e condições de vida. A diminuição da visão, por exemplo, pode não significar o mesmo para dois indivíduos diferentes, a perda funcional tem importâncias emocionais e sociais diferentes para cada indivíduo [40].

Como destaca Rogerson [46], a interpretação da avaliação global da qualidade de vida é um tanto difícil, uma vez que resultados semelhantes podem ser explicados por diferentes fatores. Para cada indivíduo há uma forma de operacionalizar sua avaliação e a avaliação de um mesmo indivíduo pode variar com o tempo, com a variação de prioridades ao longo da vida, e com as circunstâncias pelas quais a vida pode se modificar.

Assim, avaliar a qualidade de vida global ou os domínios da qualidade de vida parecem ser duas maneiras diferentes de se avaliar a qualidade de vida de idosos. Isso é especialmente importante no delineamento de pesquisas, uma vez que a medida a ser utilizada irá depender dos objetivos da pesquisa: se avaliar a qualidade de vida com um todo (domínio global) ou apenas alguns aspectos da qualidade de vida (domínios físico, psicológico, social e ambiental).

Desta forma, o presente estudo mostrou que os quatro domínios analisados não explicam totalmente a variância do domínio global da qualidade de vida. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de realização de novos estudos com o intuito de verificar que outros fatores podem interferir na qualidade de vida global do idoso. Além disso, estudos longitudinais seriam importantes para investigar se a contribuição dos domínios na qualidade de vida global pode se modificar ao longo do tempo e/ou em relação ao estado de saúde do indivíduo.

IV.1.7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. Washington: OPS, 1994.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Dados Preliminares do Censo 2000. Available at: <http://www.ibge.gov.br> Access: Feb. 2004.
3. Garrido R, Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24(suppl): 3-6.
4. Palloni A, Peláez M. Histórico e Natureza do Estudo. In: Lebrão ML, Duarte YAO. SABE: Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento. O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003, pp.13-32.
5. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(2): 184-200.
6. Cotta RMM, Morales MSV, Cotta Filho JS, Llopis AG, Ricòs JAD, Real ER. La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud. *Rev Panam Salud Pública* 2002; 11(4): 253-261.
7. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(6): 793-799.
8. Lebrão ML, Laurenti R. Condições de Saúde. In: Lebrão ML, Duarte YAO. SABE: Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento. O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003, pp.73-91.
9. Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MERM. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Rev Latino-am Enfermagem* 2002; 10(6): 757-764.
10. Veras RP. País Jovem com Cabelos Brancos: A Saúde do Idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará/ Eduerj, 1994.
11. Gill T, Feisntein A. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA* 1994; 272 (suppl 8): 619-626.

12. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21(1): 19-28.
13. The Whoqol Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag 1994; p.41-60.
14. Organización Mundial De La Salud. *Promoción de la Salud. Glosario*. Ginebra: OMS 1998; 35p.
15. Arnold R, Ranchor AV, Sanderman R, Kempen GIJM, Ormel J, Suurmeijer TPBM. The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. *Qual Life Res* 2004; 13:883-896.
16. Suurmeijer TPBM, Reuvekamp M F, Aldenkamp BP. Social Functioning, Psychological Functioning, and Quality of Life in Epilepsy. *Epilepsia* 2001; 42(9): 1160-1168.
17. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Fundação João Pinheiro (FJP). *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil / Índice de Desenvolvimento Humano Municipal*. Brasília, 2003. Available at: <http://www.ipea.gov.br/>. Access: Apr. 2004.
18. Fernandes AS, Seclen-Palacin J (org.). *Experiências e desafios da atenção básica e saúde da família: caso Brasil*. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2004.
19. Hulley SB, Gove S, Browner WS, Cummings SR. Elección de los individuos que participarán en el estudio: especificación y muestreo. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Newman TB, Hearst N. *Diseño de la investigación clínica: un enfoque epidemiológico*. Madrid: Harcourt Brace 1997; 264p.
20. Hwang HF, Liang WM, Chiu YN, Lin MR. Suitability of the WHOQOL-BREF for community-dwelling older people in Taiwan. *Age Ageing* 2003; 32(6): 593-600.

21. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev. Saúde Pública* 2000; 34(2): 178-183.
22. Norusis JM, SPSS Inc. *Statistical Package for the Social Sciences for Windows. Base system user’s guide*. Chicago: SPSS Inc. 1992.
23. Sprangers AG, De Regt EB, Andries F et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *J Clin Epidemiol* 2000; 53: 895-907.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Síntese de Indicadores Sociais 2004*. Rio de Janeiro: IBGE, 2005, pp.359.
25. Paes de Barros R, Mendonça R, Santos D. *Incidência e natureza da pobreza entre idosos no Brasil (Texto para Discussão nº686)*. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.
26. Jakobsson U, Hallberg I R, Westergren A. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. *Qual Life Res* 2004; 13: 125-136.
27. Sherbourne CD, Meredith LS, Rogers W, Ware JE Jr. Social support and stressful life events: Age differences in their effects on health related quality of life among chronically ill. *Qual Life Res* 1992; 1: 235-246.
28. Lima AFBS. *Qualidade de Vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool*. [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.
29. Castellón A, Pino S. *Calidad de vida en la atención al mayor*. *Rev Mult Gerontol* 2003; 13(3): 188-192.
30. Avis NE, Assmann SF, Kravitz HM, Ganz PA, Ory M. Quality of life in diverse groups of midlife women: Assessing the influence of menopause, health status and psychosocial and demographic factors. *Qual Life Res* 2004; 13: 933-946.
31. Thomé B, Dykes AK, Hallberg IR. Quality of life in old people with and without cancer. *Qual Life Res* 2004; 13: 1067-1080.
32. García EL, Banegas JRB, Pérez-Regadera AG, Cabrera RH, Rodríguez-Artalejo F. Social network and health related quality of life in older adults: A population-based study in Spain. *Qual Life Res* 2004; In Press.

33. Michelson H, Bolund C, Brandberg Y. Multiple chronic health problems are negatively associated with health-related quality of life (HRQoL) irrespective of age. *Qual Life Res* 2001; 9:1093-1104.
34. Osborne RH, Hawthorne G, Lew EA, Gray LC. 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. *Journal Clin Epidemiol* 2003; 56:138-147.
35. Heinonen H, Aro AR, Aalto AM, Uutela A. Is the evaluation of the global quality of life determined by emotional status? *Qual Life Res* 2004; 13: 1347-1356.
36. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3): 793-98.
37. Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(3): 364-371.
38. Covinsky KE, Wu AW, Landefeld CS, Connors AF, Phillips RS, Tsevat J, Dawson DV, Lynn J, Frotinsky RH. Health status versus quality of life in older patients: does the distinction matter? *Am J Med* 1999; 106: 435-440.
39. Fassino S, Leombruni P, Daga GA, Brustolin A, Rovera GG, Fabris F. Quality of life in dependent older adults living at home. *Arch Gerontol Geriatr* 2002; 35: 9-20.
40. Xavier FMF, Ferraz MPT, Marc N, Escosteguy NU, Moriguchi EH. Elderly people's definition of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr* 2003; 25(1):31-39.
41. Organización Mundial de la Salud. Salud y Envejecimiento: Un documento para el debate. Versión Preliminar. Boletín sobre el envejecimiento: perfiles y tendencias 2001; 4: 40.
42. O'Shea E. La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. CS-QV/ CECS: Council fo Europe, 2003, pp.34.

43. Néri AL. Qualidade de vida e idade madura. Campinas: Papirus Editora, 1993, pp.16.
44. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3): 773-781.
45. Pereira DEC. Qualidade de vida na terceira idade e sua relação com o trabalho, no grupo de terceira idade “Amor e Carinho” de Santa Terezinha de Itaipu – PR. [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.
46. Rogerson RJ. Environmental and health related quality of life: conceptual and methodological similarities. *Soc Sci Med* 1995; 41: 1373-1382.

IV.2 - Análise do Perfil Sociossanitário de Idosos: A Importância do Programa de Saúde da Família.

Renata Junqueira Pereira, Rosângela Minardi Mitre Cotta, Sylvia do Carmo Castro Franceschini, Rita de Cássia Lanes Ribeiro, Adelson Luiz Araújo Tinoco, Lina Enriqueta F. P. de Lima Rosado.

IV.2.1 – RESUMO

O objetivo do presente estudo foi analisar as características socio sanitárias dos idosos de Teixeira-MG, tendo como referência a organização territorial, no contexto do PSF, visando auxiliar a compreensão das demandas, necessidades e estruturação socio sanitária da população idosa. Foi realizado um estudo transversal, sendo aplicado um questionário, especificamente criado para este estudo, que coletou informações socio sanitárias de 211 idosos, residentes no município de Teixeira, no sudeste do Brasil. Os dados foram coletados no período de agosto a dezembro de 2004, por meio de visitas domiciliares, realizadas por um único entrevistador, devidamente treinado. Quanto ao perfil socio sanitário, os resultados mostraram que a maioria dos idosos recebe apoio emocional familiar; possui vínculo conjugal; reside em moradia própria; é de baixa escolaridade e de baixa renda; pratica atividades físicas regularmente; é portadora de comorbidades, não fuma, não ingere bebidas alcoólicas, necessita de cuidados à saúde (consultas e medicamentos) e não possui plano de saúde privado. Nesse sentido, há que se pensar como promover a saúde da população idosa, buscando prevenir os agravos à saúde, afastar as causas evitáveis de morbidades e mortalidade, proporcionando ao idoso um envelhecimento saudável e ativo. E é aí que se insere o PSF, ao deixar de pensar o indivíduo de forma fragmentada, isolado de seu contexto familiar, social e de seus valores, desenvolvendo novas ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas.

IV.2.2 - INTRODUÇÃO

Um dos fatos mais significativos da sociedade atual, e que seguramente adquirirá maiores dimensões ao longo dos próximos anos, é o crescente envelhecimento da população e suas importantes conseqüências sobre o sistema socio-sanitário (1).

O envelhecimento da população é um fenômeno universal, sendo que cerca de 75% dos idosos vivem nos países desenvolvidos. Projeções populacionais das Nações Unidas indicam que nos próximos 50 anos a proporção de pessoas com mais de 60 anos, nos países em desenvolvimento, aumentará desde os atuais 5 ou 6% até aproximadamente 25% da população total. Neste contexto, o Brasil, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), chegará a ocupar em 2025, a sexta posição entre os países com maior população de idosos (2,3).

O Brasil está passando por um rápido processo de envelhecimento populacional, que se iniciou com a queda nas taxas de fecundidade, ocorrida na década de 60 (4). Estes fenômenos, envelhecimento da população e progressiva queda das taxas de fecundidade, geram uma mudança no tipo de demanda por serviços médicos, sanitários e sociais, havendo uma correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica (1).

Do ponto de vista sanitário, o aumento da longevidade é caracterizado pela mudança do perfil de saúde da população que passa do predomínio de enfermidades infecto parasitárias para as crônicas e suas complicações. Proporcionalmente ao crescimento do número de idosos e aumento da expectativa de vida, são mais frequentes as complicações por enfermidades crônico-degenerativas não-transmissíveis (5).

O processo de envelhecimento, que nos países desenvolvidos ocorre de forma gradual, acompanhado de melhorias na cobertura do sistema de saúde, nas condições de habitação, saneamento básico, trabalho e alimentação, no Brasil ocorre rapidamente e num contexto de desigualdades, necessitando de modificações estruturais que respondam às demandas do grupo etário emergente (4). Associado a isto, ressalta-se o processo de acumulação epidemiológica, que no Brasil ganha dimensões importantes, ocorrendo a superposição de morbidades e não uma transição entre as doenças transmissíveis e crônico-degenerativas não-transmissíveis (6).

Hoje no país, coexistem doenças transmissíveis e não-transmissíveis. Como o Estado ainda se preocupa com o desafio da mortalidade infantil e doenças infecciosas, tem carecido de estratégias que visem a efetiva prevenção e tratamento das doenças crônico-degenerativas não-transmissíveis e suas complicações (7). Neste sentido, o envelhecimento da população e o aumento da esperança de vida podem levar a um incremento de enfermidades crônico-degenerativas não-transmissíveis e de incapacidades que requerem uma atenção socio sanitária mais efetiva.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) as doenças crônicas representam a principal causa de mortalidade e incapacidade no mundo inteiro, principalmente as doenças cardiovasculares, o diabetes, o câncer e as doenças respiratórias. A evidência científica aponta mudanças nos hábitos e estilos de vida como medidas eficazes de prevenção destas condições (8, 9, 10).

Neste contexto, o Programa de Saúde da Família (PSF), através da identificação de problemas em determinada área de abrangência e da elaboração do planejamento local, numa relação direta e de reciprocidade com a equipe multiprofissional, destaca-se como estratégia adequada à execução das ações de vigilância em saúde, direcionadas à população idosa (11).

Ressalta-se ainda, a relevância científica e social de se investigar as condições que interferem no bem-estar na senescência e os fatores associados à qualidade de vida de idosos como longevidade, capacidade funcional, presença de enfermidades crônico-degenerativas não-transmissíveis, uso de medicamentos, utilização de serviços de saúde, papel social, situação socioeconômica, renda, escolaridade, relações familiares, produtividade, atividade física e hábitos de vida saudáveis, no intuito de criar alternativas de intervenção, propor ações e políticas na área da saúde, buscando atender às demandas da população que envelhece, tendo como foco central a promoção e prevenção em saúde (12,13).

O PSF foi criado no Brasil na década de 1990, inspirado em experiências advindas de outros países, cuja saúde pública alcançou níveis de qualidade com o investimento na promoção da saúde e prevenção de doenças. O PSF incorpora e reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, tem como princípios básicos ser substitutivo do modelo biomédico hegemônico, trabalhar em equipe multiprofissional, com território definido e adscrição da clientela, realizando vigilância à saúde. Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, o PSF prioriza as ações

de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos e idosos, quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (11). O ano de referencia para a implantação do PSF no município de Teixeira é 1997, sendo a cobertura total da população alcançada em 1999. Atualmente estão em funcionamento três equipes de saúde da família, compostas por dezoito microáreas de saúde.

Diante desta perspectiva, especial importância deve ser dada ao PSF, tanto no que se refere ao delineamento do perfil epidemiológico e social de diferentes grupos populacionais, quanto em relação ao planejamento de estratégias de intervenção nas diferentes etapas da vida (11).

Assim, o objetivo do presente estudo foi analisar as características socio sanitárias dos idosos de Teixeira-MG, tendo como referência a organização territorial, no contexto do PSF, visando auxiliar a compreensão das demandas, necessidades e estruturação socio sanitária da população idosa.

IV.2.3 - MÉTODOS

Realizou-se um estudo observacional de corte transversal, de 211 indivíduos com idade ≥ 60 anos, residentes no município de Teixeira, no estado de Minas Gerais, Sudeste do Brasil.

Segundo censo realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a população idosa do município é composta por um total de 1478 indivíduos. Destes 65,29% se encontram residindo na zona urbana e 34,7% na zona rural; 52,43% são do sexo feminino e 47,56% do masculino; 65,22% são usuários do PSF e 34,77% não o são; 6,83% se encontram acamados, 3,78% inconscientes e 1,35%, institucionalizados.

A seleção da amostra do estudo foi aleatória, estratificada por sexo, pela utilização ou não do PSF e residência nas diferentes microáreas de saúde.

Foram selecionados 15% dos indivíduos cadastrados em cada uma das dezoito microáreas de saúde do PSF, respeitando-se a proporção por sexo e usuários ou não do PSF em cada microárea, de forma a garantir uma representatividade equitativa, segundo estas variáveis e em todas as áreas geográficas do município (14).

De acordo com os objetivos do estudo, elaborou-se um questionário (ANEXO 5) que analisou as variáveis sexo, idade, escolaridade, renda, zona de residência, situação conjugal, apoio familiar, condições da habitação, núcleo familiar, atividade profissional, cobertura previdenciária, prática de atividade física, morbidades auto-referidas, utilização de medicamentos, sono, tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas e utilização de serviços de saúde, objetivando caracterizar os idosos quanto ao perfil sociosanitário.

As entrevistas foram aplicadas por meio de visitas domiciliares, no período de agosto a dezembro de 2004, por um único entrevistador, devidamente treinado.

Realizou-se um estudo piloto em município distinto ao estudado, mas com características semelhantes.

Os dados foram analisados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 10.0 (15).

IV.2.4 - RESULTADOS

Do total de idosos estudados, 51,7% são do sexo feminino e 48,3% do masculino; 48,3% são da raça branca, 34,1% da raça parda e 17,5% da raça negra. A maioria reside na zona urbana (66%) e 34% na zona rural.

A idade do grupo oscilou entre 60 a 93 anos com média de 71,09 ($\pm 8,09$). A faixa etária predominante é de 60 a 69 anos (49,3%) - seguida das faixas de 70 a 79 anos (32,7%), de 80 a 89 anos (15,6%) e 90 anos e mais (2,4%).

IV.2.4.1 - ASPECTOS SOCIAIS

a) Família

A maioria dos idosos estudados tem vínculo conjugal (62,6%), os 37,4% restantes vivem sem companheiro: são viúvos (29,9%), solteiros (4,7%), separados ou divorciados (2,8%). É importante destacar que foi considerado o estado civil, *de fato*, e não de direito, buscando mostrar a situação conjugal real.

Quanto ao apoio que recebem do grupo familiar, a maioria (89,1%) informou ser muito apoiada, 7,6% informaram apoio razoável e 3,3% informaram pouco ou nenhum apoio da família.

Questionados quanto ao relacionamento familiar, a grande maioria se declarou muito satisfeita (91,0%), 6,6% declararam-se pouco satisfeitos e 2,4% nada satisfeitos.

b) Condições de Habitação

Quanto ao tipo de moradia, 83,9% referiram ter moradia própria, 7,6% vivem em moradia alugada e 8,5% em moradia cedida.

A infra-estrutura de saneamento básico foi referida como adequada por 95,3% dos entrevistados e inadequada por 4,7%. A disponibilidade de água encanada foi relatada por 97,2% dos entrevistados; 95,7% relataram possuir rede de esgoto; 99,5% relataram possuir rede elétrica em seus domicílios e 68,2% possuíam serviço de coleta de lixo.

O número médio de cômodos por domicílio foi de 8; 36% dos idosos possuíam quarto individual e 64% compartilhavam o quarto; sendo 55,9% com esposo, 3,4% com filhos, 2,8% com netos e 1,9% com outros parentes.

Em 89,6% dos domicílios o banheiro possuía localização interna à residência, em 8,1% a localização era externa e 2,4% dos domicílios visitados não possuíam banheiro. Em relação à proximidade do banheiro com o quarto, 68,2% relataram possuir banheiro perto do quarto. No que se refere à adequabilidade do piso do banheiro, 75,8% relataram piso adequado e 24,2% referiram-se ao piso como liso e escorregadio; 86,3% dos banheiros não possuíam estruturas físicas de apoio para o idoso.

A análise da composição do domicílio mostra que 31,8% dos idosos estudados moram apenas com o cônjuge, 21,3% vivem no núcleo familiar (cônjuge e filhos), 17,1% vivem em domicílio multigeracional, 14,7% moram sozinhos, 10,4% moram com filhos apenas e 4,7% moram com irmãos e/ou outros parentes. Essa distribuição é semelhante para ambos os sexos.

c) Escolaridade

A Tabela 1 mostra a distribuição da população estudada, em relação aos anos de estudo.

TABELA 1 – Escolaridade dos idosos, Teixeira - MG, Brasil, 2004.

Anos de estudo	N	Percentual
Sem instrução ou menos de 1 ano	84	39,8
1 a 3 anos	66	31,3
4 a 7 anos	53	25,2
8 a 10 anos	2	0,9
11 a 14 anos ou mais	6	2,8
Total	211	100

A maioria (71,1%) são analfabetos funcionais, ou seja, possuem menos de quatro anos de estudo formal (16), enquanto apenas 28,9% são considerados alfabetizados, sendo pequeno o percentual de idosos com mais de sete anos de escolaridade.

d) Trabalho e Renda

A inserção em atividade profissional remunerada, mesmo que por tempo inferior ao necessário para a aposentadoria, foi relatada por 99,1% dos idosos. Destes, 38,9% ainda exercem suas ocupações.

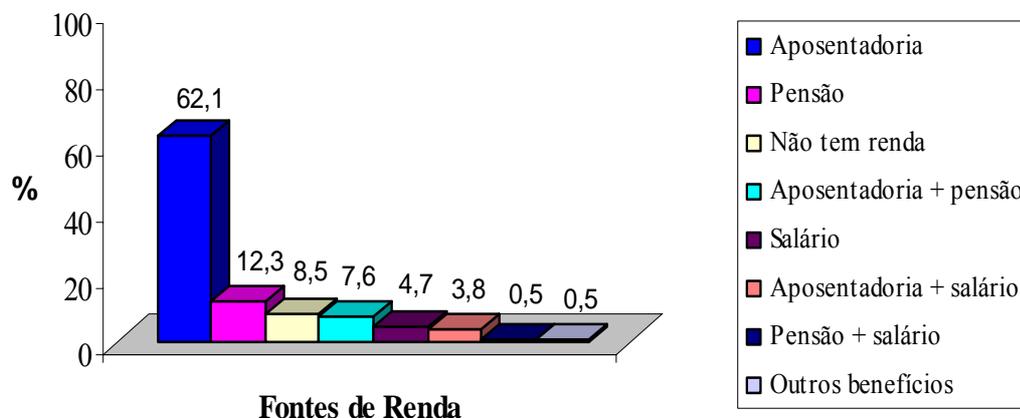
Dentre as ocupações relatadas destacam-se a de lavrador (47,4%), serviços do lar (17,1%), serviços autônomos – comerciante, fazendeiro, produtor rural - (10,0%), trabalhos temporários – lavadeira, pintor, pedreiro, costureira, diarista - (9,0%), funcionário público (6,6%) e os 10% restantes se dividem em outras profissões, como está demonstrado na Tabela 2.

TABELA 2 – Profissões exercidas pelos idosos, Teixeira - MG, Brasil, 2004.

Profissão	N	Percentual
Lavrador	100	47,4
Serviços do lar	36	17,0
Autônomo	21	10,0
Trabalhos temporários	19	9,0
Funcionário público	14	6,5
Escrivão	4	1,9
Doméstica	3	1,4
Motorista	3	1,4
Professor	1	0,5
Ferrovário	1	0,5
Protético	1	0,5
Diretor de Hospital	1	0,5
Farmacêutico (prático)	1	0,5
Policia	1	0,5
Auxiliar de Enfermagem	1	0,5
Gerente de vendas	1	0,5
Marceneiro	1	0,5
Outros	2	0,9
Total	211	100

A situação previdenciária mostra que 73% dos idosos estudados são aposentados, 15,2% são desempregados, ou seja, não trabalham e não recebem benefícios previdenciários e 11,8% não são aposentados, isto é, ainda trabalham e não recebem benefícios previdenciários.

O Gráfico 1 mostra a distribuição das fontes de renda do grupo estudado.

GRÁFICO 1 – Fontes de renda dos idosos, Teixeira - MG, Brasil, 2004.

A Tabela 3 mostra a distribuição dos rendimentos mensais do grupo estudado.

TABELA 3 – Faixas de renda mensal dos idosos, Teixeira - MG, Brasil, 2004.

Renda Mensal	N	Percentual
Sem rendimento	18	8,5
Até ½ SM	3	1,4
De ½ a 1 SM	126	59,7
Mais de 1 a 2 SM	38	18,1
Mais de 2 a 3 SM	14	6,7
Mais de 3 a 5 SM	6	2,8
Mais de 5 a 10 SM	6	2,8
Total	211	100

SM – Salário mínimo vigente na época do estudo: R\$ 260,00, equivalentes a 92,85 dólares.

Observa-se que a maioria (69,7%) tem renda mensal igual ou inferior a um salário mínimo, sendo que 8,5% não possuem renda e o percentual de idosos com renda acima de três salários mínimos é pequeno (5,6%).

Quando questionados em relação à satisfação das necessidades pelos recursos financeiros recebidos, a maioria (57,8%) declarou que os rendimentos satisfaziam razoavelmente as necessidades, seguidos por 25,1% que relataram boa satisfação e por 17,1% que relataram pouca ou nenhuma satisfação de suas necessidades.

IV.2.4.2 - ATIVIDADE FÍSICA

Dos idosos estudados, 55% (n=116) praticavam atividade física e em 45,7% destes casos a atividade física estava relacionada à atividade profissional. Dentre as atividades físicas mais praticadas destacaram-se a caminhada e o trabalho rural (Tabela 4).

TABELA 4 – Atividades praticadas pelos idosos, Teixeira - MG, Brasil, 2004.

Atividade praticada	N	Percentual
Caminhada	69	59,5
Trabalho rural	32	27,6
Andar de bicicleta	5	4,3
Trabalhos domésticos	4	3,4
Carregamento de pesos	3	2,5
Ginástica	1	0,9
Catar latinhas de alumínio	1	0,9
Artes marciais	1	0,9
Total	116	100

Considerando que a prática de atividade física regular seja aquela exercida três ou mais vezes por semana, pode-se dizer que 90,5% dos idosos praticavam suas atividades físicas regularmente (Tabela 5).

TABELA 5 - Frequência da prática de atividades físicas pelos idosos, Teixeira - MG, Brasil, 2004.

Frequência	N	Percentual
1 vez/semana	3	2,6
2 vezes/semana	8	6,9
3 vezes/semana	6	5,2
4 vezes/semana	4	3,4
5 ou mais vezes/semana	95	81,9
Total	116	100

IV.2.4.3 - MORBIDADES AUTO-REFERIDAS E FATORES DE RISCO
a) Morbidades auto-referidas

Dentre os idosos estudados, 76,8% (n=162) referiram alguma enfermidade e destes, 72,51% relataram menos de quatro enfermidades concomitantemente, sendo a mediana do número de enfermidades igual a 1. A enfermidade auto-referida mais relatada foi a Hipertensão Arterial, seguida do Diabetes Mellitus, das Doenças Cardiovasculares (angina, insuficiência cardíaca, afecções vasculares, arritmia cardíaca, acidente vascular cerebral, trombose) e das Dislipidemias (Tabela 6).

TABELA 6 - Distribuição das enfermidades auto-referidas dos idosos, Teixeira - MG, Brasil, 2004.

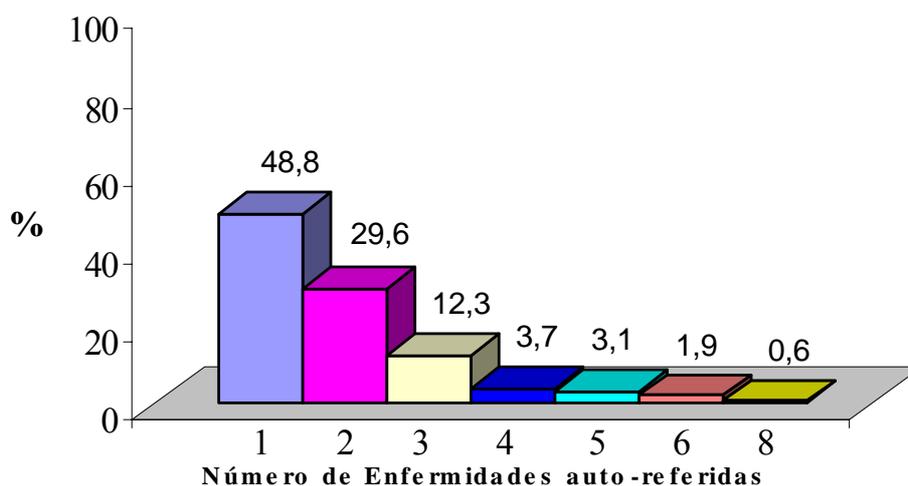
Enfermidade	Percentual #
Hipertensão	85,2
Diabetes Mellitus	13,0
Doenças cardiovasculares	13,0
Dislipidemias	10,5
Osteoporose	9,2
Problemas de coluna	8,0
Depressão	6,8
Problemas da tireóide	6,8
Gastrite	4,9
Artrose	4,3
Cegueira	3,1
Bronquite	3,1
Câncer	2,5
Labirintite	1,8
Catarata	1,8
Problemas de próstata	1,8
Gota	1,8
Insuficiência renal	1,8
Outras enfermidades*	9,2

* Outras enfermidades: surdez, obesidade mórbida, vitiligo, hidrocele, insuficiência pulmonar, trombose, hérnia de hiato (valores inferiores a 1,5%).

N= 162, dados não excludentes.

Através do Gráfico 2, pode-se visualizar a frequência do número de enfermidades auto-referidas entre os idosos estudados.

GRÁFICO 2 - Frequência do número de enfermidades auto-referidas entre os idosos, Teixeira - MG, Brasil, 2004.



b) Insônia

Entre os idosos estudados, 54% referiram não ter problemas do sono, mas 46% referiram problemas para dormir. Dentre os que relataram problemas do sono, 53,6% relataram que o sintoma ocorria regularmente e em 46,4% o sintoma ocorria às vezes.

Dentre os motivos que perturbavam o sono dos idosos o mais relatado foi preocupação (47,4%), seguida de nervosismo (9,3%) e 37,1% não sabiam informar o motivo associado à perda do sono.

Em relação ao tratamento da insônia, 48,5% dos que apresentam o problema referiram utilizarem tratamento medicamentoso, sendo os ansiolíticos e tranqüilizantes os mais utilizados (95,7% dos casos).

c) Tabagismo

O hábito de fumar foi relatado por apenas 19,4% dos entrevistados, enquanto 80,6% relataram não fumar. Dos que não fumam atualmente, 34,7% relataram já

terem fumado no passado e a principal motivação para deixarem o vício foram os problemas de saúde (66,1%).

Dentre os que fumam atualmente, o número médio de cigarros fumados por dia foi 6,34 e a mediana foi de 5 cigarros/dia.

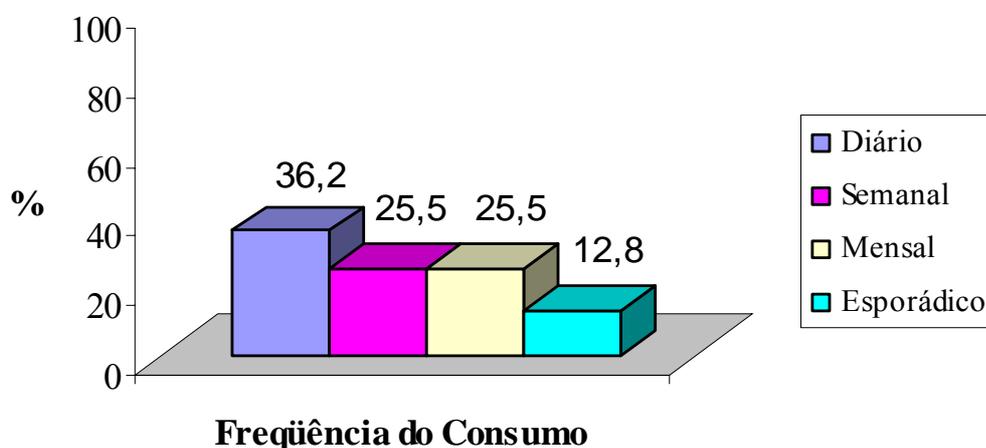
d) Uso de bebidas alcoólicas

A ingestão de bebidas alcoólicas foi relatada por 22,3% dos entrevistados, enquanto 77,7% referiram não possuir este hábito. A mediana de duração do hábito, entre os que ingerem bebidas alcoólicas, foi de 50 anos.

Os tipos de bebidas mais consumidos foram a cachaça, cerveja, vinho e demais bebidas destiladas e/ou fermentadas, nesta ordem.

O gráfico 3 mostra a periodicidade da ingestão de bebidas alcoólicas pelo grupo estudado.

GRÁFICO 3 - Periodicidade da ingestão de bebidas alcoólicas pelos idosos, que relataram possuir este hábito, Teixeira - MG, Brasil, 2004.



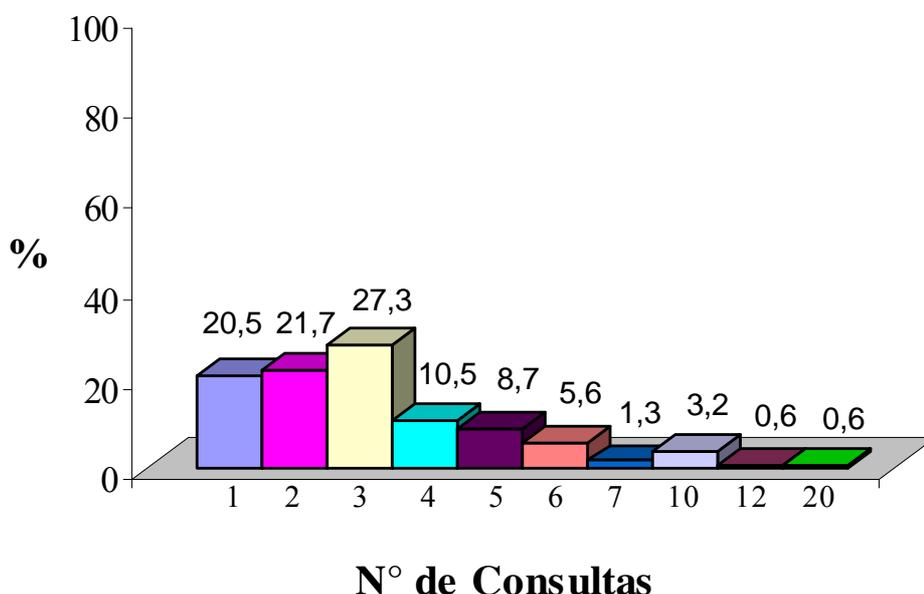
IV.2.4.4 - UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

a) Consultas e Internações

Os resultados revelaram que 76,3% dos idosos entrevistados estiveram em consulta médica pelo menos uma vez nos últimos seis meses, enquanto 23,7%

afirmaram não ter consultado no período. A mediana do número de consultas foi de 3, tendo sido encontradas até 20 consultas para um mesmo indivíduo no período (Gráfico 4). Em relação ao tipo de serviço utilizado para as consultas, o PSF foi o mais utilizado (46,5%), seguido do serviço privado (29,7%) e de outros serviços públicos (23,8%).

GRÁFICO 4 – Número de consultas relatadas pelos idosos nos últimos seis meses, Teixeira - MG, Brasil, 2004.



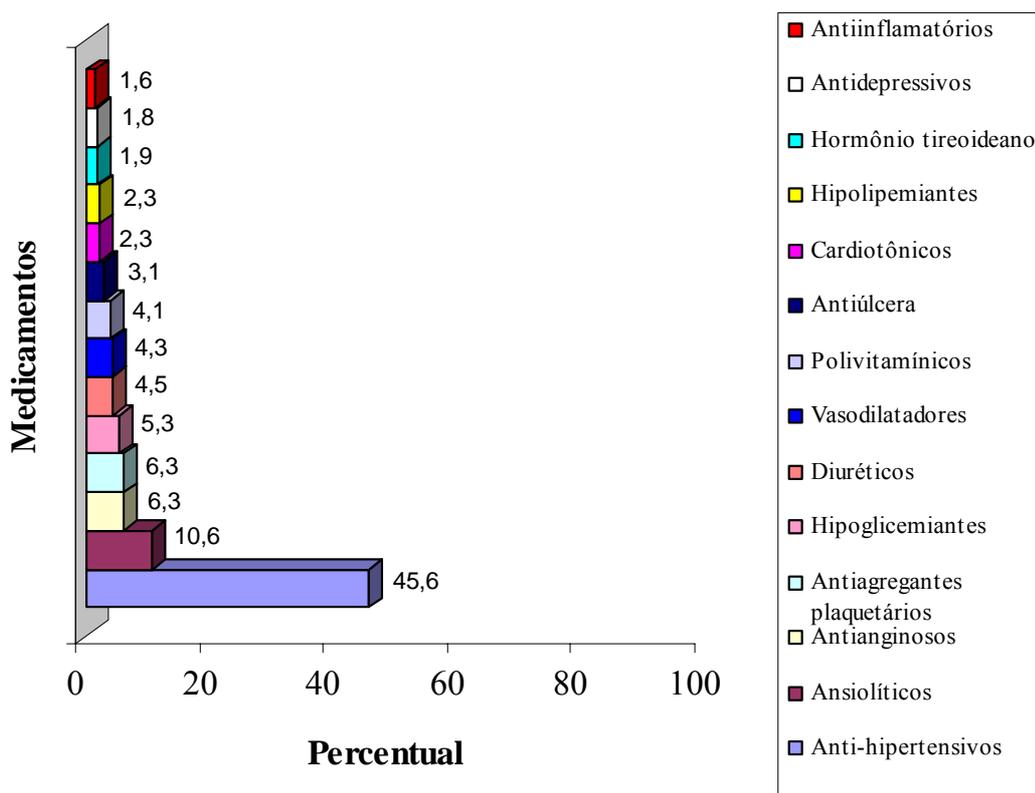
Ao serem indagados sobre as internações no último ano, 23,7% referiram terem sido internados pelo menos uma vez, enquanto 76,3% não. O número máximo de internações encontrado foi dois, 88% estiveram internados uma vez e 12% duas vezes. Dentre os motivos da internação destacaram-se as cirurgias (30%) e o aumento da pressão arterial (14%). O tipo de serviço mais utilizado para as internações foi o público (68%), seguido do privado (32%).

b) Uso de medicamentos

Cerca de 77% dos idosos relataram utilizar regularmente pelo menos um tipo de medicamento e 23,2% não utilizavam medicamento algum. Dentre os tipos de medicamentos mais consumidos os que mais se destacaram foram os anti-hipertensivos, seguidos dos ansiolíticos, dos antianginosos, dos antiagregantes

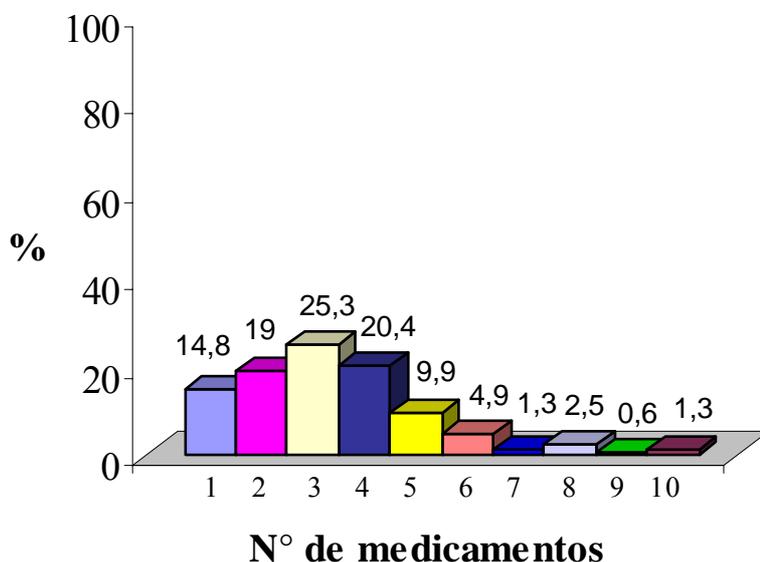
plaquetários e dos hipoglicemiantes. O gráfico 5 mostra os medicamentos mais utilizados pelos idosos estudados.

GRÁFICO 5 – Medicamentos mais utilizados pelos idosos, Teixeira - MG, Brasil, 2004.



No que se refere ao número de medicamentos utilizados, 79,5% utilizam quatro ou mais medicações concomitantemente, sendo 3 a mediana do número de medicações utilizadas (Gráfico 6).

GRÁFICO 6 – Número de medicamentos utilizados concomitantemente pelos idosos, Teixeira - MG, Brasil, 2004.



c) Utilização do PSF e Plano de Saúde Privado

Os resultados revelam que a maioria dos idosos estudados (70,1%) não possui plano de saúde privado, apenas 29,9% o possuem. A maioria dos entrevistados (63%) utiliza os serviços do PSF, através da Unidade Básica de Saúde local e 37% não utilizam.

Os tipos de planos de saúde privados predominantes foram os planos privados hospitalares regionais: PLAMHUV¹ (49,2%), PLAMAG² (22,2%), UNIMED (6,3%), seguidos dos planos de saúde empresariais: Petrobrás (4,8%), GIAP³ (3,2%), AGROS⁴ (3,2%), Aeronáutica (1,6%) e Polícia militar (1,6%); 7,9% não souberam informar o nome do plano privado que possuíam.

Quando se analisa o perfil dos usuários do PSF, observa-se que 73,7% possuem renda mensal igual ou inferior a um salário mínimo, 50,4% são do sexo masculino, 45,9% possuem mais de 70 anos, 85,7% consultaram pelo menos uma vez nos últimos seis meses, 81,9% possuem pelo menos uma enfermidade crônica,

¹ Plano Médico Hospitalar de Viçosa.

² Plano Médico do Hospital Arnaldo Gavaza, Ponte Nova – MG.

³ Nome não encontrado, sigla de plano privado empresarial, relatada pelo entrevistado.

⁴ Instituto Universidade Federal de Viçosa de Seguridade Social.

83,4% utilizavam pelo menos um medicamento e 81,2% não possuem plano de saúde privado.

Em relação aos idosos não usuários do PSF, 62,8% possuem renda mensal igual ou inferior a um salário mínimo, 55,1% são do sexo feminino, 46,1% possuem mais de 70 anos, 60,3% consultaram pelo menos uma vez nos últimos seis meses, 67,9% possuem pelo menos uma enfermidade crônica, 65,4% utilizam pelo menos um medicamento e 51,5% não possuem plano de saúde privado.

IV.2.5 - DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo revelam que a maior parte do grupo estudado apresenta-se apoiada pelos familiares e em convivência harmoniosa com estes parentes.

De acordo com Ramos (17), dentre os efeitos positivos exercidos pelo apoio familiar na saúde dos idosos destacam-se a redução dos efeitos indesejáveis do estresse na saúde mental, as sensações de segurança para lidar com problemas de saúde e de assistência, o aumento da auto-estima e a diminuição do sentimento de solidão, principalmente na ausência de parentes mais próximos como o cônjuge e os filhos. Além disso, a ajuda dada e/ou recebida contribui para o aumento do autocontrole, influenciando positivamente o bem-estar psicológico (18).

É importante ressaltar também que a maioria dos idosos estudados possui vínculo conjugal, ou seja, vivem com um companheiro. Frequentemente, indivíduos que vivem com companheiros apresentam melhor estado de saúde do que os com outros estados civis (19) e idosos não-casados e sem filhos necessitam mais de suporte emocional, o que constitui uma ameaça à qualidade de vida desse grupo (17).

Como o cuidado aos idosos no Brasil é uma tarefa que ainda se concentra na família, observa-se que estudar os arranjos domiciliares reveste-se de grande importância quando se refere à saúde do idoso (20).

Na população estudada, coexistem diversos tipos de arranjos domiciliares, predominando os núcleos familiares, seguidos dos domicílios multigeracionais.

Essa convivência com familiares pode tanto oferecer benefícios no sentido do apoio familiar nas condições debilitantes e de dependência, reduzindo o isolamento, como, no caso da inserção em domicílios multigeracionais, gerar conflitos

intergeracionais que acabam por diminuir a auto-estima e deteriorar o estado emocional do idoso (21). Em nosso estudo observamos que, em geral, a convivência com familiares, dividindo a mesma residência, parece ser positiva.

No que se refere às condições da habitação, apesar do baixo poder aquisitivo, a maioria dos idosos reside em moradia própria com infra-estrutura de saneamento básico disponível e adequada.

A escolaridade é um dos indicadores mais precisos na identificação do nível socioeconômico de uma população, pois se relaciona ao acesso a emprego e renda. Além disso, relaciona-se também à utilização de serviços de saúde e à apreensão e receptividade a programas educacionais e sanitários (7).

Observa-se que 71,1% dos idosos estudados têm menos de quatro anos de estudo e podem ser considerados, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (16), como analfabetos funcionais. Esta porcentagem é maior que a da população brasileira, que em 2003 possuía 57,9% de idosos com menos de quatro anos de escolaridade (16).

Em relação ao rendimento mensal, 61,1% têm renda mensal igual ou inferior a um salário mínimo. Na população brasileira, em 2003, 43,8% dos idosos tinham rendimento inferior a um salário mínimo (16).

Estudo de Paes de Barros et al (22), utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1997, mostrou tendência ao aumento da renda domiciliar do início da vida até os 60 anos, a partir daí, a renda se estagna com tendência ao declínio com o avanço da idade. Esta estagnação acompanhada da posterior redução dos rendimentos decorre da saída dos indivíduos do mercado de trabalho. Estes mesmos autores mostraram que a aposentadoria chega a representar cerca de 50% da renda domiciliar total entre os idosos mais pobres, dados estes, que coincidem com nosso estudo.

A maioria dos entrevistados possui cobertura previdenciária, sendo a aposentadoria a fonte de renda predominante. Isso é especialmente importante quando se considera que a situação socioeconômica desempenha papel central na determinação das condições de saúde de indivíduos e populações, principalmente entre os idosos, que estão mais vulneráveis ao surgimento de doenças e, conseqüentemente, ao incremento nos gastos financeiros (23, 24).

O trabalho na terceira idade pode tanto ser um indicador da manutenção da capacidade funcional, como pode refletir a necessidade de continuar trabalhando, mesmo sem condições, para manter a sobrevivência (25).

Neste estudo, a inserção em atividade profissional remunerada, mesmo que por tempo inferior ao necessário para a aposentadoria, foi relatada por 99,1% dos idosos e, destes, 38,9% ainda exercem suas ocupações. Na comunidade estudada, em que o trabalho é predominantemente agrícola e doméstico, podendo ser exercido ao longo de toda a vida, a inserção em atividade laboral após os 60 anos pode ser pensada como um indicador da manutenção da funcionalidade.

Dentre os idosos estudados, 55% praticam atividades físicas regulares e a maioria as pratica cinco ou mais vezes por semana. A prática regular de atividade física pode retardar o declínio funcional e reduzir o risco de enfermidades crônicas e de incapacidades relacionadas a essas enfermidades, bem como melhorar a saúde mental e favorecer contatos sociais entre os idosos; por isso, é especialmente importante fomentar a prática de atividades físicas, oferecendo áreas de lazer seguras e apoiando atividades comunitárias, que estimulem a prática de exercícios físicos, voltadas à população idosa (26).

Pereira et al (27), estudando o Programa Municipal da Terceira Idade (PMTI), um grupo de apoio ao idoso do município de Viçosa MG, em que a prática de atividades físicas era fomentada por meio da oferta aos idosos de vagas gratuitas nas academias de ginástica do município, encontraram proporções significativas de sociabilização e manutenção da capacidade funcional, destacando-se a atividade física regular como importante fator de estímulo.

Assim, em nosso estudo é possível inferir que a prática de atividades físicas regulares pelos idosos seja favorável à funcionalidade e à sociabilização desses indivíduos.

À medida que os indivíduos envelhecem, as enfermidades crônico-degenerativas não-transmissíveis se tornam as principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade em todas as regiões do mundo, inclusive nos países em desenvolvimento, acabando por elevar os custos para as pessoas, as famílias e para a saúde pública (26).

Dentre os idosos estudados, 76,8% referiram alguma enfermidade e destes, 72,51% relataram menos de quatro enfermidades concomitantemente, sendo a mais

relatada a Hipertensão Arterial, seguida do Diabetes Mellitus, das Doenças Cardiovasculares e das Dislipidemias.

Esses resultados se assemelham aos encontrados pela PNAD 2003, em que 77,6% da população idosa brasileira relatou a presença de pelo menos uma enfermidade crônica (28).

Em nosso estudo encontramos dados semelhantes à Organização Mundial da Saúde (OMS), que destaca as enfermidades cardiovasculares, seguidas da hipertensão, dos acidentes cerebrovasculares, diabetes, câncer, enfermidade pulmonar, enfermidades músculo-esqueléticas, problemas mentais e alterações visuais, como as principais enfermidades crônicas que afetam os idosos (29).

É importante destacar que neste estudo, 46% dos idosos referiram problemas para dormir e, destes, 53,6% relataram que o sintoma ocorria regularmente. Segundo Flemons e Tsai (30) os problemas do sono podem causar dificuldades no desempenho cognitivo, distúrbios do humor, problemas emocionais, mal desempenho no trabalho e em atividades de lazer, além de prejuízo do bem-estar físico e mental. Desta forma, a elevada frequência de problemas do sono na população estudada pode revelar-se como fator de risco para estas intercorrências.

Além disso, é importante considerar que quando os problemas do sono coexistem com as enfermidades crônico-degenerativas não-transmissíveis, amplamente presentes no grupo estudado, podem exacerbar os sintomas crônicos, interromper o tratamento, causar complicações adicionais e favorecer o surgimento das incapacidades associadas a essas condições crônicas (31).

O consumo de tabaco é um dos fatores de risco modificáveis mais importantes nos casos de enfermidades crônicas não-transmissíveis tanto nos jovens, como nos idosos, além de ser uma importante causa evitável de morte prematura (32).

Neste estudo o hábito de fumar foi relatado por 19,4% dos entrevistados e dos que não fumam atualmente, 34,7% relataram já terem fumado no passado, sendo os problemas de saúde a principal motivação para deixarem o vício. Isso é especialmente importante quando se considera que, no idoso, o hábito de fumar acelera a taxa de redução da densidade óssea, da força muscular, e da função respiratória, além de estar também negativamente relacionado a outros fatores

causadores da perda da capacidade funcional e interferir no efeito de alguns tipos de medicamentos (26).

Dos idosos estudados apenas um pequeno percentual (22,3%) relatou a ingestão de bebidas alcoólicas. Porém, é importante ressaltar que as pessoas idosas tendem a beber menos, mas as modificações metabólicas que acompanham o envelhecimento aumentam a predisposição do idoso às enfermidades relacionadas ao uso do álcool (desnutrição, enfermidades hepáticas, gástricas e pancreáticas). Além disso, o consumo de álcool pode interferir no efeito dos medicamentos e aumentar o risco de quedas e suas conseqüentes lesões (26, 32).

Em relação à maior prevalência de morbidades, esta resulta em maior demanda por serviços de saúde pelos idosos, aumentando a necessidade de consultas e de atendimento especializado.

Os resultados encontrados revelaram que 76,3% dos idosos entrevistados estiveram em consulta médica pelo menos uma vez nos últimos seis meses, sendo o PSF o serviço mais utilizado. Assim, fica evidente a importância da oferta de serviços de saúde pelo PSF à população estudada, pois, como resalta Almeida et al (33), a utilização de serviços de saúde é condicionado pela cobertura securitária pública ou privada, pela oferta de serviços e pela necessidade, definida pela presença de um problema de saúde.

Além disso, nossos resultados se aproximam aos da PNAD 2003, em que 79,5% da população idosa brasileira estiveram em consulta médica no ano que antecedeu a pesquisa (28).

Quanto às internações sofridas, em nosso estudo, 23,7% dos idosos relataram terem sido internados pelo menos uma vez no último ano, sendo duas internações número máximo encontrado por indivíduo.

Nossos resultados assemelham-se aos encontrados por Anderson (25), que analisando resultados da população brasileira por meio da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição de 1989 (PNSN), encontraram uma proporção de idosos relatando internação no período de um ano, que variou de 10,3% (idosos de 60 a 69 anos) a 21,2% (idosos de 80 anos e mais).

Já em 2003, de acordo com a PNAD (28), apenas 14% dos idosos brasileiros relataram alguma internação no ano que antecedeu a pesquisa, número bastante inferior ao encontrado em nosso estudo.

Os motivos mais freqüentes das internações sofridas pelos idosos estudados foram as cirurgias (30%) e o descontrole da pressão arterial (14%). Também para as internações o serviço público foi o mais utilizado; 68% dos casos.

Camarano et al (34), analisando as internações ocorridas no país pelo SUS, também mostraram que as principais causas de internações hospitalares, para indivíduos de 60 anos e mais de ambos os sexos, foram as doenças do aparelho circulatório, seguidas pelas do aparelho respiratório. As duas juntas responderam por mais de 50% das causas de internação para o grupo idoso.

Cerca de 77% dos idosos estudados relataram utilizar regularmente pelo menos um tipo de medicamento e os mais utilizados foram os antihipertensivos, seguidos dos ansiolíticos. A mediana do número de medicamentos utilizados concomitantemente pelo grupo estudado foi de três medicações.

Os resultados de nosso estudo vão ao encontro dos observados por Rozenfeld (35) na população brasileira, em que a maioria dos idosos utiliza, pelo menos, um medicamento, e cerca de um terço deles utiliza cinco ou mais simultaneamente. Segundo esta autora, o uso dos medicamentos varia conforme a idade, o sexo, as condições de saúde e outros fatores de natureza social, econômica ou demográfica.

Além disso, o uso, pelos idosos estudados, de várias medicações ao mesmo tempo preocupa, pois as mudanças fisiológicas que acompanham o processo de envelhecimento influenciam as concentrações séricas de medicamentos e seu metabolismo, de forma que a polifarmácia predispõe o idoso à iatrogenia por interações farmacológicas, dosagens inadequadas e/ou maior freqüência de reações adversas imprevisíveis (26).

Os resultados da PNAD 2003 (28) mostraram que 70,2% da população idosa brasileira possuíam plano de saúde privado. Em nosso estudo observamos exatamente o contrário, ou seja, 70,1% dos idosos entrevistados não possuíam plano de saúde privado, sendo a maioria, usuária da rede pública de saúde, por meio do PSF.

Em relação ao perfil dos usuários do PSF, a maioria possuía renda mensal \leq um salário mínimo; era do sexo masculino; consultou pelo menos uma vez nos últimos seis meses; possuía pelo menos uma enfermidade crônica; utilizava pelo menos um medicamento; não possuía plano de saúde privado e 45,9% possuíam idade acima de 70 anos.

Quando analisados os idosos não usuários do PSF, o perfil encontrado foi semelhante ao dos usuários, exceto pelo fato da maioria ser do sexo feminino e 51,5% não possuírem plano de saúde privado, ou seja, quase a metade dos não usuários do PSF possui plano de saúde privado; e, talvez por isso, não utilizem a assistência gratuita disponível pelo PSF.

Nossos resultados vão ao encontro dos trabalhos presentes na literatura que mostram a influência do sexo, da idade, da renda e das condições de saúde na utilização dos serviços de saúde pelo grupo idoso.

Estudo de Bós & Bós (36), analisando os determinantes da utilização dos serviços de saúde entre idosos de um estudo realizado pelo Conselho Estadual do Idoso do Rio Grande do Sul (CEI-RS), observaram que as chances de utilização de serviços de saúde pelos idosos foram 15% maiores para os indivíduos do sexo feminino; 2,7% maiores com o aumento da idade a cada ano; 4% maiores para cada ano de escolaridade a mais; 7% maiores com o aumento da renda individual em 1 salário mínimo; 20% maiores com o aumento da renda domiciliar em 1 salário mínimo.

Além disso, a evidência de que os planos privados de saúde tendem, pela seleção adversa, a excluir os mais velhos, os mais doentes e os mais pobres, pelo alto custo imposto às mensalidades à medida que cresce a gravidade dos problemas de saúde e a necessidade de atendimento especializado (6), sendo estas justamente as características dos idosos do presente estudo, ou seja, de baixa renda, com idade avançada, portadores de enfermidades crônicas, necessitados de cuidados médicos (consultas e medicamentos) e que têm o serviço público como referência em cuidados sanitários.

Somado a isso, como salienta Cotta et al (37), mesmo que o indivíduo possua plano de saúde privado, a maioria desses planos não cobre os procedimentos de alto custo, e quando o indivíduo necessita destes serviços, tem no serviço público de saúde sua única alternativa. Daí a importância da atenção da saúde pública, por meio dos serviços prestados pelo PSF aos idosos, que estão mais sujeitos à utilização de serviços de saúde.

De acordo com a OMS, o envelhecimento ativo deve ser “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que os indivíduos envelhecem”, ou seja,

permitir que os indivíduos realizem seu potencial de bem-estar físico, social e mental ao longo de todo o seu ciclo vital e participem na sociedade, de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; enquanto lhes são proporcionadas proteção, segurança e cuidados adequados quando necessitam de assistência (26).

Nesse sentido, há que se pensar como promover a saúde da população idosa, buscando prevenir os agravos à saúde, afastar as causas evitáveis de morbidades e mortalidade, proporcionando ao idoso um envelhecimento saudável e ativo. E é aí que se insere o PSF, no sentido de somar qualidade de vida aos anos vividos por esta população, ao deixar de pensar o indivíduo de forma fragmentada, isolado de seu contexto familiar, social e de seus valores, desenvolvendo novas ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas (11,38).

IV.2.6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cotta RMM, Morales MSV, Cotta Filho JS, Llopis AG, Ricòs JAD, Real ER. La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud. *Revista Panamericana de Salud Publica* 2002; 11(4): 253-261.
2. Organização Mundial da Saúde. *The world health report*. Geneva; 2001.
3. Rubens J, Calvo JI, Riani L, Kaori L, Barbero FJ, Orejuela J. Identificación de los factores determinantes de enfermedades relacionadas con el movimiento en mayores. *Rev Mult Gerontologia* 2003; 13(5): 302-309.
4. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública* 1997; 31(2): 184-200.
5. Cotta RMM, Morales MSV, Cotta Filho JS, Llopis AG, Ricòs JAD, Real ER. Envejecimiento de la población, cambio demográfico e hospitalización domiciliaria: Nuevos rumbos en atención sanitaria ante los retos actuales e del futuro. *AGATHOS* 2003; 3(1): 4 -13.
6. Mendes EV. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec 1996; 300p.
7. Telarolli JrR, Machado JCMS, Carvalho F. Perfil demográfico e condições de sanitárias dos idosos em área urbana do Sudeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública* 1996; 30(5): 485-98.
8. Organização Pan-Americana da Saúde. *Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde*. Brasília: OMS; 2003.
9. Azambuja MIR. Da degeneração à infecção e da abordagem centrada no indivíduo à investigação ecológica dos padrões de ocorrência de enfermidades nas populações. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004; 9(4): 851-856.
10. Lima-Costa MFL. Estilos de vida e uso de serviços de saúde entre adultos filiados ou não a plano privado de saúde (inquérito de saúde de Belo Horizonte). *Ciência & Saúde Coletiva* 2004; 9(4): 857-864.

11. Scherer MDA, Marino SRA, Ramos FRS. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia de saúde da família com base nas categorias kuhnianas. *Revista Interface* 2005; 9(16): 53-66.
12. Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MERM. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Rev Latino-am Enfermagem* 2002; 10(6): 757-764.
13. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(6): 793-799.
14. Hulley SB, Gove S, Browner WS, Cummings SR. Elección de los individuos que participarán en el estudio: especificación y muestreo. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Newman TB, Hearst N. *Diseño de la investigación clínica: un enfoque epidemiológico*. Madrid: Harcourt Brace 1997; 264p.
15. Norusis JM, SPSS Inc. *Statistical Package for the Social Sciences for Windows. Base system user's guide*. Chicago: SPSS Inc. 1992.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Síntese de Indicadores Sociais 2004*. Rio de Janeiro: IBGE, 2005, pp.359.
17. Ramos MP. Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias* 2002; 4 (7): 156-175.
18. Bisconti T, Bergeman C. Perceived social control as a mediator of the relationship among social support, psychological well being and perceived health. *Gerontol* 1999; 39: 94-103.
19. Cockerham W. *This aging society*. New Jersey: Prentice Hall, 1991.
20. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica (Texto para Discussão nº 858). Rio de Janeiro: IPEA; jan. 2002.
21. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3): 773-781.
22. Paes de Barros R, Mendonça R, Santos D. Incidência e natureza da pobreza entre idosos no Brasil (Texto para Discussão nº686). Rio de Janeiro: IPEA; dez.1999.
23. Nunes A, Santos JRS, Barata RB, Vianna SM. *Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: Uma proposta de monitoramento*. Brasília: OMS/IPEA; 2001.

24. Duarte EC, Schneider MC, Paes-Sousa R, Ramalho WM, Sardinha LMV *et al.* Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: Um estudo exploratório. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.
25. Anderson MIP. Saúde e condições de vida do idoso no Brasil [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1997.
26. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37(S2): 74 -105.
27. Pereira RJ, Netto MP, Campos KA, Vidigal FC, Vasques ACJ, Ribeiro RCL, Cotta RMM. Perfil de saúde de idosas, praticantes de atividade física, cadastradas no Programa Municipal da Terceira Idade do município de Viçosa MG. *Rev Med Minas Gerais* 2004; 14(4): 239-243.
28. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Acesso e Utilização de Serviços de Saúde - PNAD 2003. Rio de Janeiro: IBGE, 2005, pp.169.
29. Organización Mundial de la Salud. Growing older, staying well, ageing and physical activity in everyday life. Preparado por Heikkinen RL. Ginebra: Organización Mundial de La Salud; 1998.
30. Flemons WW, Tsai W. Quality of life consequences of sleep-disordered breathing. *J Allergy Clin Immunol* 1997; 99(2): S750-S756.
31. Manocchia M, Keller S, Ware JE. Sleep problems, health-related quality of life, work functioning and health care utilization among the chronically ill. *Qual Life Res* 2001; 10: 331-345.
32. Hulse GK. Alcohol, drugs and much more in later life. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2002; 24 (1) supl: 34-41.
33. Almeida MF, Barata RB, Monteiro CV, Silva ZP. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva* 2002; 7(4): 743-756.
34. Camarano AA, Beltrão KI, Pascom ARP, Medeiros M, Carneiro IG, Goldani AM, Vasconcellos AMN, Chagas AMR, Osório RG. Como vai o idoso brasileiro? Texto para Discussão nº681. Rio de Janeiro: IPEA; 1999.

35. Rosenfeld, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre idosos: uma revisão. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19(3): 717-724.
36. Bós AMG & Bós AJG. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. *Revista de Saúde Pública* 2004; 38(1): 113-120.
37. Cotta RMM, Muniz JN, Mendes FF, Filho JSC. A crise do Sistema Único de Saúde e a fuga para o mercado. *Ciência e Saúde Coletiva* 1998; III(1): 94-105.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família. Treinamento Introdutório. Caderno 2*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

IV.3 - Influência das Condições Sociossanitárias na Qualidade de Vida de Idosos.

Renata Junqueira Pereira, Rosângela Minardi Mitre Cotta, Sylvia do Carmo Castro Franceschini, Rita de Cássia Lanes Ribeiro, Rosana Ferreira Sampaio, Silvia Eloiza Priore, Paulo Roberto Cecon.

IV.3.1 -RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar as condições socio sanitárias e o impacto das mesmas na qualidade de vida de idosos, residentes no município de Teixeira, na região Sudeste do Brasil. Foram aplicados dois questionários: um criado especificamente para caracterizar a população quanto às características socio sanitárias e o WHOQOL-bref para avaliar a qualidade de vida. A associação entre as características socio sanitárias e os escores de qualidade de vida foram analisadas por meio de Análises de Regressão Logística. Dentre as variáveis mais fortemente associadas aos escores de qualidade de vida destacaram-se: utilização de medicamentos, necessidade de cuidados médicos, ausência de cobertura por plano de saúde privado, presença de comorbidades, problemas do sono e aposentadoria. Neste sentido, os resultados de nosso estudo apontam as características socio sanitárias como fatores de risco para baixos escores de qualidade de vida no idoso, o que deve ser levado em conta ao se estabelecerem estratégias e políticas voltadas a este grupo populacional.

Palavras-chave: qualidade de vida, idosos, comorbidades, aposentadoria.

IV.3.2 - ABREVIATURAS

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS - Organização Mundial da Saúde

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

WHOQOL-bref - World Health Organization Quality of Life Instrument Bref

WHOQOL -100 - World Health Organization Quality of Life Instrument 100

OR - Odds Ratio

SM - Salário Mínimo

€ - Euro

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

IV.3.3 - INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional se iniciou, no Brasil, sendo a região sudeste (considerada a mais desenvolvida) a que presenciou maior envelhecimento, representando, os idosos, 10% da população total [1].

De acordo com projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) [2], em 2010 o Brasil terá cerca de 18 milhões de indivíduos com mais de 60 anos e, até 2020, esse número crescerá para 25 milhões.

Atingir a longevidade constituiu um dos maiores êxitos da segunda metade do século XX. O aumento da expectativa de vida é uma conquista social, entretanto almeja-se que esses anos sejam vividos com qualidade. Segundo Payares [3], na maioria dos países do mundo, cada vez mais o envelhecimento da população exigirá um aumento das demandas sanitárias, sociais e econômicas. Neste sentido, o envelhecimento da população, ao mesmo tempo em que representa um dos maiores triunfos da humanidade, é também um dos maiores desafios [4].

Segundo Camarano [5], melhorias nas condições de vida da população idosa diminuiriam os gastos com a saúde e previdenciários, se houvesse uma associação positiva entre maior longevidade e melhores condições de saúde.

Há uma crescente demanda social por alternativas especializadas, destinadas a atender as dificuldades e necessidades do grupo idoso. De acordo com Sousa et al. [6] a obtenção de dados para a determinação e caracterização da qualidade de vida (QV) e bem estar dos idosos é fundamental para permitir um melhor planejamento do envelhecimento bem sucedido. Para o autor, um envelhecimento bem sucedido é acompanhado de qualidade de vida e bem estar, devendo ser fomentado ao longo da vida dos indivíduos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) integra vários conceitos, definindo a qualidade de vida como a percepção pelo indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura, bem como no sistema de valores em que vive, assim como em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Assim, a OMS propõe que, para avaliar a qualidade de vida, devam ser estudadas seis áreas: saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade [7].

Qualidade de vida é um conceito que vem adquirindo importância na sociedade em geral e é um constructo muito apreciado, sobretudo em relação aos

adultos e idosos, constituindo um referencial no âmbito da gerontologia e no planeamento de políticas socio sanitárias para a população idosa [8].

Assim, reveste-se de grande importância o estudo do perfil socio sanitário das populações idosas para se identificar os principais indicadores de bem-estar na velhice, ou seja, longevidade, saúde biológica e mental, capacidade funcional, presença de enfermidades crônico-degenerativas, uso de medicamentos, papel social, situação socioeconômica, renda, escolaridade, continuidade de papéis ocupacionais, relações familiares, produtividade, atividade física e hábitos de vida saudáveis [9].

O conceito de qualidade de vida tem sido considerado na literatura como um conceito básico no campo da atenção ao idoso e é um dos principais indicadores a ser considerado ao se avaliar a eficácia das ações prestadas a esse grupo populacional [10].

Neste sentido, este estudo tem como objetivo avaliar as características socio sanitárias e suas possíveis influências na qualidade de vida de idosos, residentes no município de Teixeiras, na região Sudeste do Brasil.

IV.3.4 – MÉTODOS

Caracterização do município em estudo

O município de Teixeiras integra a microrregião de Viçosa e a mesorregião da Zona da Mata do Estado de Minas Gerais, situado na Região Sudeste do Brasil [11]. Segundo o censo demográfico realizado em 2000, Teixeiras possuía uma população total de 11.149 habitantes, distribuída em 6.949 habitantes na zona urbana (62,33%) e 4.200 (37,67%) na zona rural, apresentando uma taxa de urbanização de 62,33% e uma taxa média de crescimento anual de 1,23%. Em relação ao contingente de idosos, dos 11.149 habitantes, 1.374 tinham 60 anos ou mais, o que representa 12,32% da população total [2].

Sujeitos

Foram incluídos no estudo indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos [11].

Em um primeiro momento do estudo, realizou-se um cadastro prévio de todos os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, até a data prevista para o

início do estudo (agosto de 2004). Esse cadastro foi realizado com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que compõem as equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) do município.

Por meio deste cadastro obteve-se a relação de todos os idosos residentes em Teixeira, já que o PSF cobre 100% da população do município.

O PSF é responsável pela porta de entrada no sistema sanitário nos municípios brasileiros, sendo as atividades executadas por equipe multiprofissional em nível de atenção primária.

Como resultado deste levantamento, tem-se que a população idosa do município é composta por um total de 1478 indivíduos. Destes 965 (65,29%) se encontram residindo na zona urbana e 513 (34,7%) na zona rural; 775 (52,43%) são do sexo feminino e 703 (47,56%) do masculino; 964 (65,22%) são usuários do PSF e 514 (34,77%) não o são; 101(6,83%) se encontram acamados, 56 (3,78%) inconscientes e 20 (1,35%) institucionalizados.

Seleção da Amostra

Realizou-se amostragem aleatória estratificada por sexo, utilização dos serviços do PSF e residir na microárea de saúde. Devido às características da entrevista, com o auxílio dos profissionais de saúde do PSF, foram excluídos os indivíduos que se encontravam acamados, inconscientes, com problemas mentais e aqueles institucionalizados, totalizando 1.301 idosos.

Aplicados os critérios de exclusão, foram calculados 15% dos indivíduos cadastrados em cada uma das dezoito microáreas de saúde [12], respeitando a proporção por sexo e usuários e não usuários do PSF na microárea. Esse procedimento foi feito considerando-se que cada microárea de saúde representa uma região geográfica do município, garantindo assim, que a amostra fosse representativa do município.

Após a estratificação e a determinação do número de indivíduos para cada microárea realizou-se o sorteio da amostra, que foi composta por de 211 idosos, representando, portanto, 14,28% da população de idosos do município.

Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal. Os questionários foram aplicados por um único entrevistador, devidamente treinado, em visitas domiciliares, no período de agosto a dezembro de 2004. Realizou-se previamente um estudo piloto em população com características semelhantes às de Teixeira, porém em município distinto do estudado.

Um dos questionários, especificamente criado para este estudo, coletou informações como: sexo, idade, escolaridade, renda, zona de residência, situação conjugal, apoio familiar, condições da habitação, núcleo familiar, atividade profissional, cobertura previdenciária, prática de atividade física, morbidades auto-referidas, utilização de medicamentos, sono, tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas e utilização de serviços de saúde, objetivando caracterizar os idosos quanto às variáveis socio sanitárias.

Para avaliar a qualidade de vida foi utilizado o instrumento proposto pela OMS, o *World Health Organization Quality of Life Instrument Bref* (WHOQOL-bref). O WHOQOL-bref é uma versão reduzida do *World Health Organization Quality of Life Instrument 100* (WHOQOL-100), sendo composto por 24 questões referentes a cada faceta do WHOQOL-100, mais duas questões de avaliação global de qualidade de vida. O WHOQOL-bref analisa quatro domínios: capacidade física, bem-estar psicológico, relações sociais e meio ambiente [13].

A versão abreviada demonstrou características satisfatórias quanto à confiabilidade teste-reteste e à validade discriminante, apresentando como principal vantagem o rápido preenchimento. O questionário WHOQOL já foi traduzido para mais de 20 idiomas. No Brasil, foi analisado quanto às validades interna, discriminante, concorrente e de conteúdo [14].

A versão brasileira do WHOQOL-bref, traduzida e validada pelo grupo de estudos em qualidade de vida da OMS no Brasil, foi utilizada neste estudo.

Os escores finais de cada domínio são calculados por uma sintaxe, que considera as respostas de cada questão que compõe o domínio, resultando em escores finais numa escala de 4 a 20, comparáveis ao WHOQOL 100, que podem ser transformados em escala de 0 a 100.

O instrumento em questão é auto-aplicável, mas neste estudo optou-se pela aplicação pelo pesquisador, dada a dificuldade de leitura, problemas visuais e o analfabetismo, comuns em idosos.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, Brasil. Todos os indivíduos que aceitaram participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Análise dos Dados

Inicialmente foi calculada a Razão de Chances (Odds Ratio - OR) e o Intervalo de Confiança (IC 95%) para cada variável socio sanitária em relação a cada um dos domínios da qualidade de vida. Os escores de cada um dos domínios da qualidade de vida e as variáveis socio sanitárias foram dicotomizados em presença ou ausência de risco para baixos escores de qualidade de vida.

Para cada domínio da qualidade de vida os indivíduos foram divididos em abaixo e acima da mediana do grupo, sendo considerados com baixa qualidade de vida os indivíduos abaixo da mediana. Esta divisão foi feita por que não existem pontos de corte para os escores de qualidade de vida. As medianas encontradas para os diferentes domínios do WHOQOL-bref foram 16,00 para os domínios Global, Físico e Psicológico; 17,33 para o Social e 14,50 para o Ambiental.

Em relação às variáveis socio sanitárias, para a idade foi calculada a mediana do grupo (70 anos) e os indivíduos foram divididos em abaixo ou igual e acima da mediana, sendo considerados em risco para uma baixa qualidade de vida os indivíduos acima da mediana. Para as demais variáveis socio sanitárias, ser do sexo feminino, residir na zona rural, não utilizar os serviços do PSF, não possuir infraestrutura básica adequada no domicílio, dormir em quarto individual, ter banheiro localizado fora do domicílio, não exercer atividade profissional, ser aposentado, não praticar atividade física, possuir alguma enfermidade, apresentar número de enfermidades auto-referidas acima da mediana do grupo (uma enfermidade), utilizar algum medicamento, fazer uso de um número de medicamentos acima da mediana do grupo (três medicamentos), não dormir bem, fumar, ingerir bebidas alcoólicas, não ter plano de saúde privado, ter consultado o médico nos últimos seis meses, ter sofrido alguma internação no último ano, viver sem esposo (a) ou companheiro (a),

não ter apoio da família, ter menos de quatro anos de escolaridade (analfabeto funcional), ter renda ≤ 1 salário mínimo (SM, equivalente a € 83,33) (baixa renda) e morar só foram considerados riscos para escores de qualidade de vida abaixo da mediana nos domínios do WHOQOL-bref.

As variáveis que apresentaram OR com significância \leq a 20% de probabilidade ($p \leq 0,20$) foram inseridas em Modelos de Regressão Logística Múltipla para identificar os fatores associados a baixos escores de qualidade de vida. Foram construídos cinco modelos de Regressão Logística, cada um com um domínio como variável dependente. Para entrar na análise, as variáveis socio sanitárias foram dicotomizadas em valores 0 e 1, sendo atribuído o valor 1 para os fatores de risco. Foram calculados intervalos de confiança de 95% para as OR. A significância foi fixada em 5% de probabilidade. O modelo ajustado foi verificado usando o Teste de Hosmer e Lemeshow.

Para as análises foi utilizado o software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 10.0 [15].

IV.3.5 - RESULTADOS

Em relação à caracterização socio sanitária, dos 211 idosos estudados, 51,7% são do sexo feminino e o restante masculino. A idade do grupo variou entre 60 a 93 anos com média de 71,09 ($\pm 8,09$) e mediana de 70 anos. Mais da metade dos idosos reside na zona urbana (66%).

A maioria (71,1%) são analfabetos funcionais, ou seja, possuem menos de quatro anos de estudo formal [16], enquanto apenas 28,9% são considerados alfabetizados. Em relação à renda mensal, 69,7% recebiam valor igual ou inferior a um salário mínimo, equivalente a € 83,33.

Descrevendo a situação conjugal, 37,5% vivem sem companheiro. A maioria dos idosos estudados relatou receber apoio emocional da família (97,6%). A análise da composição do domicílio mostra que coexistem diversos tipos de arranjos familiares e cerca de 15% dos entrevistados moram sozinhos. Em relação ao compartilhamento do quarto, 64% o fazem com pelo menos um familiar e 36% têm quarto individual. Em 10,5% dos domicílios o banheiro tem localização externa ao domicílio.

Mais da metade dos idosos estudados (61,1%) não mais exerce atividade profissional, mas 38,9% ainda continuam desempenhando atividades laborais (serviços domésticos, autônomos e com vínculo empregatício). A situação previdenciária mostra que 73% dos idosos estudados são aposentados, 15,2% estão desempregados, isto é, não trabalham e não recebem benefícios previdenciários e 11,8% não são aposentados, ou seja, ainda trabalham e não recebem benefícios previdenciários.

No que se refere à saúde, 63% (n=133) dos entrevistados são usuários do PSF. Em relação à assistência à saúde privada, 29,9% possuem plano de saúde.

O percentual de usuários do PSF que possuía plano de saúde privado foi de 18,8%. Em relação aos não usuários do PSF, 51,5% não possuíam plano privado.

O perfil dos idosos que não possuem plano de saúde privado (n=148), é de renda mensal menor ou igual a um SM (77%); idade acima de 70 anos (46%); portadores de pelo menos uma enfermidade crônica e usuários de pelo menos um medicamento (73,6%); usuários de consultas médicas, no mínimo uma vez, nos últimos seis meses (76,3%).

Em relação aos usuários do PSF (n=133), 73,7% possuem renda menor ou igual a um salário mínimo; 45,9% possuem idade acima de 70 anos, 85,7% consultaram pelo menos uma vez nos últimos seis meses; 81,9% possuem pelo menos uma enfermidade crônica e 83,4% utilizam pelo menos um medicamento.

Quanto às demais características de saúde, 55% praticam atividade física regularmente; 76,8% relataram a presença de pelo menos uma enfermidade crônica; 76,8% utilizam algum medicamento; 39,8% relatam problemas do sono; 19,4% fumam; 22,8% fazem uso de bebidas alcoólicas; 76,3% estiveram em consulta médica nos últimos seis meses e 23,7% sofreram pelo menos uma internação hospitalar no último ano.

Os resultados significativos ($p \leq 0,20$) das razões de chances para cada domínio da qualidade de vida com as variáveis socio sanitárias estão demonstrados na Tabela 1.

Destaca-se que a idade (corte mediano) não se mostrou fator de risco para baixos escores de qualidade de vida, por isso optou-se por não controlar a idade nas análises de regressão.

Foram construídos cinco modelos de Regressão Logística Múltipla para identificar os fatores de risco para uma qualidade de vida abaixo da mediana. As variáveis mostradas na Tabela 1 foram inseridas na análise para cada domínio. Nas Tabelas 2 a 6 são apresentados os modelos ajustados para cada domínio da qualidade de vida.

TABELA 1 – Odds Ratio das variáveis sociosanitárias com os domínios da qualidade de vida, Teixeira, Minas Gerais, Brasil, 2004.

DOMÍNIO	FATOR	OR	IC (95%)	p
Global n=168 N= 43	Não possuir plano saúde privado	2,86	1,43 – 5,72	0,003*
	Consultar nos últimos seis meses	2,33	1,13 – 4,81	0,024*
	Baixa renda	2,16	1,08 – 4,32	0,031*
	Nº enfermidades acima da mediana	2,18	1,03 – 4,61	0,034*
	Zona residência rural	2,26	1,02 – 5,03	0,035*
	Não utilizar o PSF	0,53	0,27 – 1,06	0,074
	Utilizar algum medicamento	1,83	0,87 – 3,83	0,114
	Banheiro fora do domicílio	2,77	0,62 – 12,34	0,132
Físico n=110 N=101	Consultar nos últimos seis meses	4,31	2,12 – 8,74	0,000*
	Nº enfermidades acima da mediana	3,39	1,88 – 6,09	0,000*
	Possuir alguma enfermidade	3,21	1,62 – 6,36	0,001*
	Não dormir bem	2,70	1,52 – 4,80	0,001*
	Não trabalhar	2,39	1,35 – 4,21	0,002*
	Utilizar algum medicamento	2,53	1,30 – 4,93	0,005*
	Fumar	0,40	0,19 – 0,81	0,010*
	Não utilizar o PSF	0,53	0,30 – 0,93	0,028*
	Ser aposentado	1,73	0,94 – 3,21	0,076
	Não praticar atividade física	1,52	0,88 – 2,63	0,129
	Ingerir bebidas alcoólicas	0,60	0,31 – 1,17	0,136
	Nº medicamentos acima da mediana	1,50	0,83 – 2,71	0,171
	Psicológico n=113 N= 98	Não dormir bem	2,55	1,27 – 3,98
Utilizar algum medicamento		2,44	1,26 – 4,72	0,007*
Sexo feminino		1,94	1,12 – 3,36	0,017*
Possuir alguma enfermidade		2,18	1,13 – 4,19	0,018*
Não trabalhar		1,74	0,99 – 3,04	0,050*
Nº enfermidades acima da mediana		1,69	0,96 – 2,97	0,063
Ser aposentado		0,58	0,31 – 1,08	0,087
Baixa renda		1,60	0,89 – 2,90	0,113
Consultar nos últimos seis meses		1,65	0,87 – 3,13	0,121
Fumar		0,61	0,31 – 1,22	0,168
Internação no último ano		1,57	0,82 – 3,00	0,168
Social n= 84 N=127	Banheiro fora do domicílio	2,97	1,18 – 7,44	0,017*
	Não possuir plano saúde privado	2,01	1,06 – 3,79	0,027*
	Zona residência rural	1,59	0,89 – 2,83	0,115
	Fumar	0,56	0,26 – 1,17	0,119
	Ser aposentado	1,62	0,85 – 3,09	0,134
	Nº enfermidades acima da mediana	1,50	0,85 – 2,64	0,154
	Quarto individual	1,49	0,84 – 2,65	0,166
Ambiental n=110 N=101	Não dormir bem	1,45	0,82 – 2,55	0,191
	Consultar nos últimos seis meses	2,37	1,22 – 4,57	0,009*
	Sexo feminino	1,87	1,08 – 3,23	0,024*
	Baixa renda	1,94	1,07 – 3,53	0,027*
	Não possuir plano saúde privado	1,86	1,02 – 3,39	0,039*
	Não trabalhar	1,58	0,90 – 2,76	0,104
	Nº enfermidades acima da mediana	1,58	0,90 – 2,76	0,105
	Banheiro fora do domicílio	2,12	0,82 – 5,43	0,107
	Não dormir bem	1,51	0,86 – 2,64	0,142
Ser aposentado	1,57	0,85 – 2,90	0,143	

* Significativo a 5% de probabilidade pelo Teste do Qui-quadrado.
n Número de idosos abaixo da mediana de qualidade de vida.
N Número de idosos acima da mediana de qualidade de vida.

TABELA 2 – Fatores associados a baixos escores de qualidade de vida no domínio Global do WHOQOL-bref, Teixeiras, Minas Gerais, Brasil, 2004.

	OR	IC (95%)	p	$\hat{\beta}$	R ² Cox & Snell	HL [§]
				-0,298		
Não possuir plano saúde privado	2,43	1,16 – 5,08	0,018*	0,890		
Consultar nos últimos seis meses	2,44	1,14 – 5,19	0,021*	0,892	0,082	0,934
Zona residência rural	1,78	0,77 – 4,14	0,177 ^{NS}	0,581		
Baixa renda	1,55	0,73 – 3,29	0,253 ^{NS}	0,439		

§ Teste de Hosmer and Lemeshow goodness-of-fit.

* Significativo a 5% de probabilidade.

^{NS} Fatores não significativos foram incluídos para ajuste do modelo.

Observa-se que os fatores significativamente associados a escores abaixo da mediana do grupo para o domínio global do WHOQOL-bref foram não possuir plano de saúde privado e ter consultado o médico pelo menos uma vez nos últimos seis meses (Tabela 2). A chance de estar abaixo da mediana de qualidade de vida global é 2,43 vezes maior, quando não se possui plano de saúde privado; e 2,44 vezes maior, quando se consultou o médico nos últimos seis meses. O modelo ajustado explica 8,2% do domínio global.

TABELA 3 – Fatores associados a baixos escores de qualidade de vida no domínio Físico do WHOQOL-bref, Teixeiras, Minas Gerais, Brasil, 2004.

	OR	IC (95%)	p	$\hat{\beta}$	R ² Cox & Snell	HL [§]
				-2,344		
Consultar nos últimos seis meses	2,90	1,24- 6,82	0,014*	1,067		
Nº enfermidades acima da mediana	2,35	1,17- 4,72	0,016*	0,857		
Não dormir bem	2,40	1,25- 4,62	0,009*	0,876	0,196	0,599
Ser aposentado	2,57	1,26- 5,25	0,010*	0,945		
Possuir alguma enfermidade	1,14	0,47- 2,73	0,765 ^{NS}	0,133		
Não trabalhar	1,49	0,79- 2,82	0,216 ^{NS}	0,401		
Não utilizar o PSF	0,75	0,39- 1,45	0,389 ^{NS}	-0,290		

§ Teste de Hosmer and Lemeshow goodness-of-fit. * Significativo a 5% de probabilidade.

^{NS} Fatores não significativos foram incluídos para ajuste do modelo.

Para o domínio físico do WHOQOL-bref, os fatores significativamente associados a escores abaixo da mediana foram consultar o médico pelo menos uma vez nos últimos seis meses, possuir mais de uma enfermidade auto-referida, não dormir bem e ser aposentado (Tabela 3). A chance de estar abaixo da mediana do grupo para o domínio físico foi 2,90 vezes maior para os indivíduos que consultaram nos últimos seis meses, 2,35 vezes maior para os que possuíam mais de uma enfermidade auto-referida, 2,40 vezes maior para os que não dormiam bem ou tinham insônia e 2,57 vezes maior para os que eram aposentados. O modelo ajustado explica, portanto, 19,6% do domínio físico.

TABELA 4 – Fatores associados a baixos escores de qualidade de vida no domínio Social do WHOQOL-bref, Teixeira, Minas Gerais, Brasil, 2004.

	OR	IC (95%)	p	$\hat{\beta}$	R ² Cox & Snell	HL [§]
				-1,582		
Banheiro fora do domicílio	2,77	1,06- 7,22	0,036*	1,020		
Não possuir plano saúde privado	2,19	1,12- 4,27	0,022*	0,784	0,084	0,826
Fumar	0,45	0,20- 0,99	0,047*	-0,794		
Ser aposentado	1,80	0,91- 3,56	0,089 ^{NS}	0,590		
Não dormir bem	1,65	0,91- 3,01	0,098 ^{NS}	0,505		

§ Teste de Hosmer and Lemeshow goodness-of-fit.

* Significativo a 5% de probabilidade.

^{NS} Fatores não significativos foram incluídos para ajuste do modelo.

No que se refere ao domínio social do WHOQOL-bref, os fatores significativamente associados a escores abaixo da mediana foram a localização do banheiro fora do domicílio, não possuir plano de saúde privado e fumar (Tabela 4). A chance de estar abaixo da mediana do grupo para o domínio social foi 2,77 vezes maior quando o banheiro era localizado fora do domicílio e 2,19 vezes maior quando não se possuía plano de saúde privado. O hábito de fumar reduziu a chance de estar abaixo da mediana para o domínio social. O modelo ajustado explica, neste caso, 8,4% do domínio social.

TABELA 5 – Fatores associados a baixos escores de qualidade de vida no domínio Psicológico do WHOQOL-bref, Teixeira, Minas Gerais, Brasil, 2004.

	OR	IC (95%)	p	$\hat{\beta}$	R ² Cox & Snell	HL [§]
				-0,642		
Não dormir bem	1,92	1,06- 3,47	0,031*	0,654	0,055	0,900
Utilizar algum medicamento	1,99	1,00- 3,96	0,049*	0,690		

§ Teste de Hosmer and Lemeshow goodness-of-fit.

* Significativo a 5% de probabilidade.

No domínio Psicológico, os fatores significativamente associados a escores abaixo da mediana foram não dormir bem e utilizar pelo menos um medicamento (Tabela 5), com chance 1,92 vezes maior, quando não se dorme bem ou se tem insônia e 1,99 vezes maior quando se utiliza pelo menos um medicamento. Observa-se que o modelo ajustado explica pouco (5,5%) o domínio psicológico.

TABELA 6 – Fatores associados a baixos escores de qualidade de vida no domínio Ambiental do WHOQOL-bref, Teixeira, Minas Gerais, Brasil, 2004.

	OR	IC (95%)	p	$\hat{\beta}$	R ² Cox & Snell	HL [§]
				-2,454		
Consultar nos últimos seis meses	2,37	1,19- 4,71	0,014*	0,862		
Sexo feminino	2,95	1,52- 5,73	0,001*	1,082	0,111	0,786
Não possuir plano saúde privado	2,27	1,19- 4,33	0,012*	0,821		
Ser aposentado	2,81	1,35- 5,84	0,006*	1,034		

§ Teste de Hosmer and Lemeshow goodness-of-fit.

* Significativo a 5% de probabilidade.

Para o domínio ambiental, os fatores significativamente associados foram consultar pelo menos uma vez nos últimos seis meses, ser do sexo feminino, não possuir plano de saúde privado e ser aposentado (Tabela 6). A chance de estar abaixo da mediana do grupo para o domínio ambiental foi 2,37 vezes maior, para os que consultaram nos últimos seis meses; 2,95 vezes maior, para as mulheres; 2,27 vezes maior, na ausência de plano de saúde privado e 2,81 vezes maior para os aposentados. O modelo ajustado explicou 11,1% do domínio ambiental.

IV.3.6 - DISCUSSÃO

Os resultados de nosso estudo mostram a influência que têm as condições de saúde na qualidade de vida dos idosos. Em todos os domínios, pelo menos duas variáveis sanitárias estiveram associadas a menores escores de qualidade de vida.

Estudo realizado pelo IMSERSO [17], também mostrou ser a saúde a principal preocupação dos idosos, que apontaram a saúde e a independência como aspectos mais importantes para a qualidade de vida.

Por outro lado, nossos resultados apontaram a ausência de plano de saúde privado como característica de saúde que mais se destacou, estando associada a baixos escores de qualidade de vida nos domínios global, social e ambiental.

Estudos destacam que os serviços privados de saúde tendem, pela seleção adversa, a negligenciar os idosos e os portadores de doenças crônicas, excluindo esses indivíduos do acesso a serviços de saúde pelo alto custo das mensalidades [18, 19]. Talvez esta seja uma hipótese explicativa para o fato da ausência de plano privado de saúde estar influenciando a qualidade de vida da população estudada, ou seja, em geral os que não possuem plano de saúde privado, são mais doentes, possuem fragilidades financeiras e necessitam de maior atenção à saúde; fato observado em nosso estudo, em que os idosos sem plano de saúde privado, na maioria, são de baixa renda, necessitam de cuidados à saúde, possuem enfermidades crônicas e utilizam medicamentos continuamente.

Outra característica de saúde relevante foi ter consultado pelo menos uma vez nos últimos seis meses, estando associada a baixos escores de qualidade de vida nos domínios global, físico e ambiental, ou seja, em nosso estudo, os idosos acometidos por enfermidades e/ou suas complicações percebem pior sua qualidade de vida. Nossos resultados se assemelham ao estudo realizado por Castellón & Pino [8], em que os idosos associam estreitamente um bom estado de saúde a uma boa qualidade de vida.

Um aspecto que também merece destaque é o fato de estar aposentado se associar significativamente a piores escores de qualidade de vida nos domínios físico e ambiental. Esse achado vai ao encontro das teorias de que a perda do papel social e o declínio da funcionalidade, que normalmente ocorrem com a aposentadoria, interferem marcadamente na qualidade de vida [20].

De uma forma geral, os escores de qualidade de vida subjetiva são maiores para os homens do que para as mulheres, talvez porque o envelhecimento seja percebido mais negativamente pelas mulheres [8]. Porém, a razão desta diferença ainda é obscura, havendo somente hipóteses [21, 22]. Em nosso estudo ser do sexo feminino mostrou-se associado significativamente a baixos escores apenas no domínio ambiental, onde os indivíduos fazem uma análise do meio ambiente em que estão inseridos, podendo as mulheres mostrarem-se mais insatisfeitas do que os homens, considerando-se que a preocupação da mulher com a casa, a aparência e condições do local onde vive é mais evidente [23].

É importante ressaltar um resultado inusitado encontrado, em que o hábito de fumar reduz a chance de baixos escores no domínio social. Como destaca Hulse [24], o uso de tabaco raramente é escondido pelo paciente idoso. Porém, depois de toda vida fumando, as pessoas mais velhas podem ser mais relutantes em deixar o vício do que grupos de idade mais jovens, pois os idosos consideram que os danos do cigarro já ocorreram em seu organismo. A família também pode não apoiar a mudança, por considerar que o ato de fumar é um dos poucos prazeres que ainda restam ao idoso.

Além disso, existem estudos que informam ser o tabaco frequentemente utilizado pelo idoso como forma de refúgio da solidão, de aumentar o ânimo e a auto-estima, de ajudar no sono, no relaxamento e até no alívio da dor [25].

No entanto, a literatura comprova que deixar de fumar representa, para o idoso, melhorias significativas nas condições de saúde, inclusive uma provável diminuição do risco de perda da capacidade cognitiva e Doença de Alzheimer [26].

É consenso que os problemas do sono podem causar dificuldades no desempenho cognitivo, distúrbios do humor, problemas emocionais, mau desempenho no trabalho e em atividades de lazer, além de prejuízo do bem-estar físico e mental [27]. Nesse estudo evidenciou-se que não dormir bem esteve significativamente associado a baixos escores nos domínios físico e psicológico, mostrando a importância do sono no bem-estar dos idosos. Igualmente, estudo desenvolvido por Manocchia et al [28] mostrou diminuição significativa nos escores de qualidade de vida à medida que se aumentavam os níveis de problemas do sono.

Ainda no domínio psicológico, encontrou-se associação entre utilizar medicamentos e baixos escores de qualidade de vida. Atualmente, o uso de

medicamentos pelos idosos tem gerado preocupação quanto aos gastos excessivos e aos possíveis efeitos, muitas vezes, indesejáveis.

No Brasil, estima-se que 23% da população consumam 60% da produção de medicamentos, e que 64,5 milhões de pessoas (\pm 35% da população), em condições de pobreza, não tenham acesso a estes remédios; e ainda, no grupo dos idosos, as mulheres mais velhas, com maior renda familiar e com mais sintomas são as que mais utilizam os medicamentos prescritos [29].

De acordo com Hulse [24], as mudanças fisiológicas que acompanham o processo de envelhecimento influenciam as concentrações séricas de medicamentos e seu metabolismo, de forma que a polifarmácia e a interação entre drogas podem influenciar negativamente a capacidade funcional, bem como a habilidade psicomotora e cognitiva dos idosos – o que aumenta o risco de acidentes, ferimentos, isolamento e, finalmente, institucionalização.

No domínio social, uma característica que esteve significativamente associada a baixos escores e que chama a atenção foi a localização do banheiro fora do domicílio. Talvez isso possa ser explicado pelo fato de ser mais difícil para o idoso se locomover até o banheiro fora de casa, principalmente durante a noite; além de poder causar certo constrangimento em relação às pessoas estranhas ao domicílio, fato observado durante as visitas domiciliares realizadas.

É importante destacar que neste estudo a idade não foi fator de risco significativo para escores de qualidade de vida abaixo da mediana, embora a literatura confirme que com o aumento da idade haja uma redução dos escores de qualidade de vida [21, 30, 31, 32]. Uma possível explicação seria que, em nosso estudo, a comparação foi feita entre o grupo idoso (60 a 100 anos), enquanto outros trabalhos realizam comparações entre indivíduos das faixas etárias mais jovens e os idosos.

Jakobsson et al [21] ressaltam que, apesar do declínio da qualidade de vida com o aumento da idade, nem todos os idosos a relatam baixa; com o envelhecimento há um declínio nos aspectos físicos da qualidade de vida, porém pode não haver mudanças, ou apenas discretas alterações, nos aspectos mentais, podendo assim, serem explicadas as diferenças no número de pessoas idosas que experimentam uma qualidade de vida boa ou aceitável. Covinsky et al [33], em

estudo de população idosa (80 a 101 anos), encontraram que mais de 51% relataram boa ou muito boa qualidade de vida.

Além disso, renda e escolaridade não estiveram significativamente associadas aos escores de qualidade de vida em nosso estudo, embora a literatura considere esses fatores como influentes [34]. De acordo com Jakobsson et al [21], a renda se reduz acentuadamente quando ocorre a aposentadoria e os fatores socioeconômicos podem influenciar a qualidade de vida, tendo sido encontradas associações entre melhores condições socioeconômicas e melhores escores de qualidade de vida. Sherbourne et al [22] também encontraram que problemas financeiros reduzem o bem estar dos idosos. Sprangers et al. [35], mostraram que o baixo nível de escolaridade esteve relacionado a baixos níveis de qualidade de vida.

Cabe também ressaltar que o fato de ser usuário ou não dos serviços do PSF não se associou significativamente aos escores de qualidade de vida em nenhum dos domínios do WHOQOL-bref. No entanto, as equipes do PSF podem direcionar seu planejamento e suas ações tendo as características socio sanitárias dos idosos como referência, principalmente aquelas que interferem na qualidade de vida do idoso, buscando melhorias da qualidade de vida e do cuidado a esta população.

É importante destacar ainda que este estudo é de corte transversal, permitindo apenas mostrar associações e não uma relação de causalidade entre as variáveis. No entanto, é necessário pesquisar os fatores associados tanto a baixos quanto a altos escores de qualidade de vida, com o objetivo de melhor entender a qualidade de vida, e ser capaz de propor melhorias (ou, pelo menos, manter) a qualidade de vida e o cuidado ao idoso [21].

Conhecer sobre a qualidade de vida do idoso e os fatores que contribuem para uma redução ou aumento da qualidade de vida torna-se imprescindível aos provedores de cuidados em saúde, gestores e políticos, para que sejam capazes de melhorar a vida diária e a qualidade de vida da população idosa; além de fator essencial a ser considerado quando se propõem ações e políticas de saúde e qualidade de vida para esta população.

Assim, no planejamento de ações em saúde e qualidade de vida para esta população idosa, atenção especial deve ser dada às características sanitárias que mostraram-se fatores de risco para uma baixa qualidade de vida como a utilização de medicamentos, a necessidade de cuidados médicos, a ausência de plano de saúde

privado, a presença comorbidades e problemas do sono. Além de se considerar, em especial, os indivíduos aposentados, buscando devolver papéis ocupacionais e manter a capacidade funcional desses indivíduos.

IV.3.7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Garrido R, Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. Rev Bras Psiquiatr 2002; 24(suppl1): 3-6.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Dados Preliminares do Censo 2000. Available at: <http://www.ibge.gov.br> Access: Feb. 2004.
3. Payares PR. Encuentro de la red de envejecimiento saludable. IMSERSO. Madrid; 2001. Cotta RMM, Morales MSV, Cotta Filho JS, Llopis AG, Ricòs JAD, Real ER. La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud. Revista Panamericana de Salud Publica 2002; 11(4): 253-261.
4. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica (Texto para Discussão nº 858). Rio de Janeiro: IPEA; jan. 2002.
5. Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. Rev Saúde Pública 2003; 37(3): 364-371.
6. Organización Mundial de La Salud. Promoción de la Salud. Glosario. Ginebra: OMS 1998; 35p.
7. Castellón A, Pino S. Calidad de vida en la atención al mayor. Rev Mult Gerontol 2003; 13(3): 188-192.
8. Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MERM. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. Rev Latino-am Enfermagem 2002; 10(6): 757-764.
9. Castellón A, Rubio HR, Aleixandre M. Nivel de autoestima en los mayores tras un programa de ocio. Rev Esp Geriatr Gerontol 1999; 34(4): 225-229.
10. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Fundação João Pinheiro (FJP). Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil / Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. Brasília, 2003. Available at: <http://www.ipea.gov.br/>. Access: Apr. 2004.

11. Organización Mundial de La Salud. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37(S2): 74 -105.
12. Hulley SB, Gove S, Browner WS, Cummings SR. Elección de los individuos que participarán en el estudio: especificación y muestreo. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Newman TB, Hearst N. *Diseño de la investigación clínica: un enfoque epidemiológico*. Madrid: Harcourt Brace 1997; 264p.
13. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev. Saúde Pública* 2000; 34(2): 178-183.
14. Lima AFBS. *Qualidade de Vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool*. [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.
15. Norusis JM, SPSS Inc. *Statistical Package for the Social Sciences for Windows. Base system user’s guide*. Chicago: SPSS Inc. 1992.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Síntese de Indicadores Sociais 2004*. Rio de Janeiro: IBGE, 2005, pp.359.
17. IMSERSO. *Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar*, 1995.
18. Mendes EV. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec 1996; 300p.
19. Cotta RMM, Mendes FF, Muniz JN. *Descentralização das políticas públicas de saúde: “do imaginário ao real”*. Viçosa: UFV 1998; 148p.
20. Pereira DEC. *Qualidade de vida na terceira idade e sua relação com o trabalho, no grupo de terceira idade “Amor e Carinho” de Santa Terezinha de Itaipu – PR*. [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.
21. Jakobsson U, Hallberg I R, Westergren A. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. *Qual Life Res* 2004; 13: 125-136.
22. Sherbourne CD, Meredith LS, Rogers W, Ware JE Jr. Social support and stressful life events: Age differences in their effects on health related quality of life among chronically ill. *Qual Life Res* 1992; 1: 235-246.

23. Gil-Lacruz M, Lanzuela YG, Bravo SM. Tendencias diferenciales de la percepción epidemiológica en función del género. *AGATHOS* 2005; 5(1): 16-23.
24. Hulse GK. Alcohol, drugs and much more in later life. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2002; 24 (1) supl: 34-41.
25. Adlaf E, Smart R. Alcohol use, drug use and well-being in older adults in Toronto. *Int J Addict* 1995; 20(13/14): 1985-2016.
26. Almeida O, Hulse G, Lawrence D, Flicker L. Smoking as a risk factor for Alzheimer's disease: contrasting evidence from a systematic review of case-control and cohort studies. *Addiction* 2002; 97: 15-28.
27. Flemons WW, Tsai W. Quality of life consequences of sleep-disordered breathing. *J Allergy Clin Immunol* 1997; 99(2): S750-S756.
28. Manocchia M, Keller S, Ware JE. Sleep problems, health-related quality of life, work functioning and health care utilization among the chronically ill. *Qual Life Res* 2001; 10: 331-345.
29. Rosenfeld, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre idosos: uma revisão. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19(3): 717-724.
30. Lim LL, Fisher JD. Use of the 12-item short form (SF-12) health survey in an Australian heart and stroke population. *Qual Life Res* 1999; 8: 1-8.
31. Michelson H, Bolund C, Brandberg Y. Multiple chronic health problems are negatively associated with health-related quality of life (HRQoL) irrespective of age. *Qual Life Res* 2001; 9:1093-1104.
32. García EL, Banegas JRB, Pérez-Regadera AG, Cabrera RH, Rodríguez-Artalejo F. Social network and health related quality of life in older adults: A population-based study in Spain. *Qual Life Res* 2004; In Press.
33. Covinsky KE, Wu AW, Landefeld S, et al. Health status versus quality of life in older patients: Does the distinction matter? *J Med* 1999; 106: 435-440.
34. Thomé B, Dykes AK, Hallberg IR. Quality of life in old people with and without cancer. *Qual Life Res* 2004; 13: 1067-1080.

35. Sprangers AG, De Regt EB, Andries F et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *J Clin Epidemiol* 2000; 53: 895-907.

V – CONCLUSÕES

- Quanto ao perfil socio-sanitário, a maioria da população estudada recebe apoio emocional familiar; possui vínculo conjugal; reside em moradia própria; é de baixa escolaridade e de baixa renda; pratica atividades físicas regularmente; é portadora de comorbidades, não fuma, não ingere bebidas alcoólicas, necessita de cuidados em saúde (consultas e medicamentos) e não possui plano de saúde privado.
- Os idosos apresentaram bons escores de qualidade de vida para todos os domínios do WHOQOL-bref, ao comparar-se a escala deste instrumento com as médias encontradas para os diferentes domínios.
- As variáveis sociodemográficas sexo, idade, situação conjugal, escolaridade e renda não tiveram influência na qualidade de vida global dos idosos estudados.
- Em relação aos domínios Físico, Psicológico e Ambiental, somente a variável sexo teve influência, porém pequena. Os escores médios desses domínios foram maiores entre os homens, mostrando que estes têm uma melhor percepção de sua qualidade de vida, quando comparados às mulheres.
- Os quatro domínios do WHOQOL-bref explicam limitadamente a qualidade de vida global dos idosos estudados havendo, portanto, outros fatores e aspectos da vida dos indivíduos influenciando a percepção da qualidade de vida global, o que sugere a necessidade de futuras investigações acerca desses aspectos.
- A maior influência encontrada do Domínio Físico na qualidade de vida global dos idosos reafirma a importância, destacada na literatura, de se considerar a capacidade funcional como importante fator de impacto na qualidade de vida dessa população.
- Em todos os domínios, pelo menos duas variáveis sanitárias estiveram associadas a menores escores de qualidade de vida. As características sanitárias que se destacaram como fatores de risco para uma baixa qualidade de vida foram:

utilização de medicamentos, necessidade de cuidados médicos, ausência de cobertura por plano de saúde privado, presença de comorbidades, problemas do sono e estar aposentado.

- A idade, renda e escolaridade não se mostraram fatores de risco para baixos escores de qualidade de vida.
- Não se encontrou associação entre a qualidade de vida e o fato de ser ou não usuário dos serviços do PSF, em nenhum dos domínios do WHOQOL-bref.
- A parceria entre as unidades de saúde (PSF) e a academia (atividades docentes assistenciais) apresentou-se como uma importante estratégia, tanto no estabelecimento do vínculo entre o pesquisador e os idosos estudados, quanto no delineamento do perfil socio-sanitário e demográfico, contribuindo para o planejamento e intervenções sanitárias das equipes multiprofissionais.

ANEXOS

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões** . Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas** . Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO 4

CONVITE À PARTICIPAÇÃO DE UM ESTUDO SOBRE QUALIDADE DE VIDA

Estamos realizando um trabalho de pesquisa sobre como é que as pessoas acham que está a sua vida nas últimas duas semanas. Para isto, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a um questionário. Serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos de sua vida: sua saúde física, sua vida emocional, sua relação com amigos e familiares, seu meio-ambiente.

Gostaríamos de deixar claro que esta pesquisa é independente de seu tratamento e em nada influenciará, caso o (a) senhor (a) não estiver de acordo em participar.

Asseguramos que todas as informações prestadas pelo senhor (a) são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações serão anônimas e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

Se você tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir, sinta-se a vontade para fazê-la.

Data: ____/____/2004

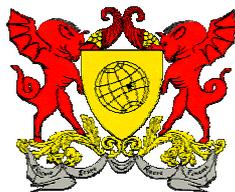
Nome do entrevistado: _____

Assinatura: _____

Nome do entrevistador: _____

Assinatura: _____

ANEXO 5



UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO E SAÚDE
Tel.: 0055 (31) 3899-2542 Fax:0055 (31) 3899-2541



Questionário Sócio-Sanitário

Data da entrevista: ____/____/____

Entrevistador: _____

I- Dados de Identificação

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo F () M ()

Raça: _____

Naturalidade: _____

Nacionalidade: _____

Endereço: _____

Zona Urbana () Rural ()

II- Aspectos Sociais

II.1-Família

Situação conjugal: () Solteiro () Casado () Viúvo () Desquitado

Apoio da Família – [convivência/emocional]: () Muito () Razoável
() Pouco () Nada

Satisfação quanto ao relacionamento familiar:

() Muito satisfeito () Pouco satisfeito () Nada satisfeito

II.2- Condições de Habitação

Moradia () Própria () Alugada () Cedida

Outros: _____

Infra-estrutura Básica: Disponível? () Sim () Não

Adequada? () Sim () Não

Água encanada? () Sim () Não

Rede de Esgoto? () Sim () Não Luz () Sim () Não

Coleta Lixo? () Sim () Não

Se não: destino do lixo: _____

IV.1- Sono

Dorme bem? () Sim () Não

Tem insônia? () Sim () Não

Se sim: () Regularmente () Às vezes

Motivo: _____

Faz tratamento medicamentoso? () Sim () Não

Se sim, qual? _____

IV.2- Tabagismo

Fumante? () Sim () Não

Se sim, Há quanto tempo? _____

Número de cigarros que fuma por dia? _____

Já fumou? () Sim () Não

Se sim, há quanto tempo parou? _____

Porquê? _____

IV.3 - Uso de Bebida Alcoólica

Faz uso de bebida alcoólica? () Sim () Não

Se sim:

Há quanto tempo? _____

Qual (is)? _____

Periodicidade? _____

V. Utilização de Serviços de Saúde

Possui plano de saúde privado? () Sim () Não

Qual? _____

Utiliza os serviços do PSF? () Sim () Não

Esteve em consulta médica nos últimos 6 meses? () Sim () Não

Quantas vezes? _____

Tipo de serviço utilizado: () público () privado () PSF

Sofreu alguma internação hospitalar no último ano? () Sim () Não

Quantas? _____

Motivo (s)? _____

Encaminhado por: _____

Tipo de serviço utilizado: () público () privado