

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ATENÇÃO À SAÚDE

MICHELLE HELENA PEREIRA DE PAIVA

**FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS DA
MACRORREGIÃO DO TRIÂNGULO DO SUL – MINAS GERAIS.**

UBERABA - MG

2014

MICHELLE HELENA PEREIRA DE PAIVA

**FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS DA
MACRORREGIÃO DO TRIÂNGULO DO SUL – MINAS GERAIS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação stricto sensu Mestrado em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito para obtenção do título de mestre. **Linha de Pesquisa:** Atenção à Saúde das Populações. **Eixo temático:** Saúde do Adulto e Idoso.

Orientador: Prof. Dr. Álvaro da Silva Santos

UBERABA - MG

2014

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

P17f

Paiva, Michelle Helena Pereira de
Fatores associados à qualidade de vida de idosos da Macrorregião do
Triângulo Sul / Michelle Helena Pereira de Paiva. -- 2014.
82 f. : il., fig., tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do
Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2014
Orientador: Prof^o Dr. Álvaro da Silva Santos

1. Envelhecimento. 2. Idoso. 3. Qualidade de vida. 4. Saúde do idoso. 5.
Dados demográficos. 6. População urbana. I. Santos, Álvaro da Silva. II. Uni-
versidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 613. 98

MICHELLE HELENA PEREIRA DE PAIVA

**FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS DA
MACRORREGIÃO DO TRIÂNGULO DO SUL – MINAS GERAIS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação stricto sensu Mestrado em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito para obtenção do título de mestre. Linha de Pesquisa: Atenção à Saúde das Populações. Eixo temático: Saúde do Adulto e Idoso.

Uberaba _____ de _____ de 2014.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Álvaro da Silva Santos
Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)

Profa. Dra. Grasielle Silveira Tavares Paulin
Universidade de Brasília (FCE)

Profa. Dra. Leiner Resende Rodrigues
Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor, toda honra e toda glória, pela sabedoria e ânimo nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais Marta e Joel, pelo incentivo e apoio incondicional, pela compreensão de tantos momentos ausente.

Ao meu orientador Professor Doutor Álvaro da Silva Santos pelos ensinamentos, pela confiança depositada e pelas experiências que contribuíram para o meu amadurecimento profissional e pessoal.

Às professoras Leiner Resende Rodrigues, Grasielle Silveira Tavares Paulin, Lúcia Marina Scatena, Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves e Vânia Del'Arco Pachoal, pelas importantes contribuições, críticas e recomendações essenciais para o nosso crescimento.

Ao Professor Doutor Vanderlei José Hass, pela dedicação e orientações metodológicas e estatísticas.

Aos amigos Janaína Santos Nascimento e Maycon Sousa Pegorari pelo apoio, disponibilidade e conhecimentos compartilhados valiosos para execução deste trabalho.

Aos alunos e mestrandos pela colaboração na coleta e organização do banco de dados.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde pelos conhecimentos transmitidos e disposição em auxiliar em todos os momentos.

Aos membros do grupo de pesquisa Ciclos de Vida, Família e Saúde no Contexto Social - CIFACS e da Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social – REFACS pela confiança e experiências compartilhadas.

Aos professores do curso de Terapia Ocupacional pela contribuição na minha formação acadêmica.

Aos funcionários do PPGAS pela disponibilidade e auxílio.

À FAPEMIG pelo auxílio financeiro.

Às secretarias municipais de saúde dos municípios do Triângulo do Sul e à Superintendência Regional de Saúde - Uberaba/Minas Gerais, pelo apoio e confiança no nosso trabalho.

Aos idosos dos municípios do Triângulo do Sul pela colaboração e carinho.

RESUMO

PAIVA, Michelle Helena Pereira de. Fatores associados à qualidade de vida de idosos da Macrorregião do Triângulo Sul. 2014. 82f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2014.

A qualidade de vida (QV) pode ser compreendida como sendo a percepção individual de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores em que a pessoa vive, em relação aos seus alvos, expectativas, padrões e interesses. Há diversos fatores relacionados que influenciam a qualidade de vida na velhice. Este estudo objetivou descrever a qualidade de vida dos idosos e associar as variáveis sociodemográficas, econômicas e condições de saúde com a qualidade de vida dos idosos. Trata-se de um estudo analítico correlacional de corte transversal, de abordagem quantitativa. Participaram desse estudo 3430 idosos dos municípios que compõe a macrorregião do Triângulo do Sul. Os instrumentos utilizados na coleta foram: entrevista de perfil sociodemográfico, econômico e de condições de saúde, Mini Exame do Estado Mental (MEEM), World Health Organization Quality of Life – Bref (WHOQOL-BREF), World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults (WHOQOL-OLD) e Índice de Independência em Atividades de Vida Diária (Índice de Katz). As variáveis categóricas foram analisadas por meio de frequências absolutas e percentuais e para as numéricas utilizou-se média e desvio padrão. Para verificar os fatores associados, procedeu-se à análise bivariada preliminar, para a comparação empregou-se o teste *t*-student e para a correlação utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson. Os fatores associados à qualidade de vida foram identificados por meio da análise multivariável no modelo de regressão linear múltipla ($p < 0,05$). Houve evidências de fatores associados à qualidade de vida, como variáveis sociodemográficas (faixa etária, sexo, estado conjugal, escolaridade), econômicas (renda) e condições de saúde (percepção de saúde, número de morbidades, classe de medicamentos, nível de dependência para as atividades básicas de vida diária). A correlação foi fraca e inversa para a maioria dos domínios e facetas exceto físico e morte e morrer. Na análise multivariável, o preditor que mais contribuiu para os menores escores em todos os domínios e facetas de QV foi a percepção de saúde negativa.

Palavras-chave: Envelhecimento. Idoso. Qualidade de vida. Saúde do Idoso. Dados demográficos. População urbana.

ABSTRACT

PAIVA, Michelle Helena Pereira de. Factors associated with quality of life of older adults Macroregion South Triangle. 2014. 82f. Dissertation (Master in Health Care) –Federal University of Triangulo Mineiro, Uberaba (MG), 2014.

The quality of life (QOL) can be understood as being the individual perception of their position in life, in the context of culture and value system in which the person lives, in relation to their targets, expectations, standards and concerns. There are several related factors that influence the quality of life in old age. This study aimed to describe the quality of life of the elderly and associate demographic variables, and economic conditions of health with quality of life of the elderly. It is an analytical cross-sectional study, correlational of quantitative approach. Participated in this study elderly of municipalities 3430 that composes the South Triangle macroregion, Minas Gerais, Brazil. The instruments used in the collection were: sociodemographic profile interview, economic and health conditions, Mini Mental State examination(MEEM), World Health Organization Quality of Life – Bref (WHOQOL-BREF), World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults (WHOQOL-OLD) and index of Independence in activities of daily living (Índex of Katz). Categorical variables were analyzed by absolute frequencies and percentages and the number variables were used mean and standard deviation. To verify the associated factors, was proceeded to the preliminary bivariate analysis, for comparison was used the t-student test, for correlation was used the Pearson Correlation Coefficient. Factors associated with quality of life were identified by multivariate analysis in multiple linear regression model ($p < 0.05$). There was evidence of factors associated with quality of life, such as socio-demographic variables (age, sex, marital status, education), economic (income) and health (health perception, number of morbidities, class of medications, level of dependency to the basic activities of daily living). The correlation was weak and reversed for most domains and facets except physical and death and dying. In multivariate analysis, the Predictor that most contributed to the lowest scores in all areas and facets of QOL was negative health perception.

Key-words: Aging. Aged. Quality of life. Health of the elderly. Demographic data. Urban population.

RESUMEN

PAIVA, Michelle Helena Pereira de. Factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores macrorregión Sur Triangle. 2014. 82f. Disertación (Maestría en Cuidados de la Salud) - Universidad Federal del Triángulo Mineiro, Uberaba (MG), 2014.

La calidad de vida (CDV) puede entenderse como la opinión individual de su posición en la vida, en el contexto del sistema de la cultura y el valor en que vive la persona, en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Hay varios factores relacionados que influyen en la calidad de vida en la vejez. Este estudio pretende describir la calidad de vida de los ancianos y asociar variables demográficas, económicas y las condiciones de salud con calidad de vida de los ancianos. Es un estudio transversal analítico, correlacional de enfoque cuantitativo. Participaron en este estudio ancianos de 3430 municipios que componen la macroregión Triángulo del Sur, Minas Gerais, Brasil. Los instrumentos utilizados en la colección fueron: entrevista de perfil sociodemográfico, económico y las condiciones de salud, Mini Examen de Estado Mental (MEEM), World Health Organization Quality of Life – Bref (WHOQOL-BREF), World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults (WHOQOL-OLD) y el índice de independencia en las actividades de la vida diaria (Índice de Katz). Las variables categóricas se analizaron mediante frecuencias absolutas y porcentajes y las variables numéricas que utilizaron de la media y desviación estándar. Para verificar los factores asociados, se procedió al análisis bivariado preliminar, para la comparación se utilizó la prueba t-student, para la correlación fueron utilizados el coeficiente de correlación de Pearson. Factores asociados a la calidad de vida fueron identificados mediante análisis multivariante en múltiples modelos de regresión lineal ($p < 0,05$). Había que proporcionar evidencias de los factores asociados con la calidad de vida, tales como variables socio-demográficas (edad, sexo, estado civil, educación), económicas (ingresos) y salud (percepción de la salud, número de morbilidades, clase de medicamentos, niveles de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria). La correlación era débil e invertidas para la mayoría de los dominios y facetas excepto física y muerte y muriendo. En el análisis multivariante, el predictor que más contribuyó a las puntuaciones más bajas en todas las áreas y facetas de la CDV fue percepción negativa para la salud.

Palavras-chave: Envejecimiento. Anciano. Calidad de vida. Salud del anciano. Datos demográficos. Población urbana.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Divisão de Minas Gerais por Gerências Regionais de Saúde.....	26
Figura 2 - Divisão Assistencial por Macrorregião de Minas Gerais.....	27
Figura 3 – Macrorregião do Triângulo do Sul e suas Microrregiões.....	27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: População geral e amostra calculada do Triângulo do Sul. Triângulo do Sul - Minas Gerais, 2010.....	29
Tabela 2: Distribuição das variáveis socioeconômicas e demográficas dos idosos. Triângulo do Sul - Minas Gerais, 2013.....	35
Tabelas 3: Distribuição das variáveis clínicas, capacidade funcional e morbidades dos idosos. Triângulo do Sul - Minas Gerais, 2013.....	36
Tabela 4: Morbidades autorreferidas pelos idosos. Triângulo do Sul - Minas Gerais, 2013.....	37
Tabela 5: Classe de medicamentos autorreferidos pelos idosos. Triângulo do Sul - Minas Gerais, 2013.....	37
Tabela 6: Capacidade funcional para a atividades básicas de vida diária de acordo com o Índice de Katz. Triângulo do Sul - Minas Gerais, 2013.....	38
Tabela 7: Distribuição dos escores de QV do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. Triângulo do Sul - Minas Gerais, 2013.....	39
Tabela 8: Distribuição dos escores de QV dos domínios do WHOQOL-BREF e comparação das variáveis estudadas. Triângulo do Sul - Minas Gerais, 2013.....	40
Tabela 9: Distribuição dos escores de QV das facetas do WHOQOL-OLD e comparação das variáveis estudadas. Triângulo do Sul - Minas Gerais, 2013.....	41
Tabela 10: Correlação entre os escores de QV do WHOQOL-BREF e as variáveis estudadas. Triângulo do Sul - Minas Gerais, 2013.....	43
Tabela 11: Correlação entre os escores de QV do WHOQOL-OLD e as variáveis estudadas. Triângulo do Sul - Minas Gerais, 2013.....	43

Tabela 12: Coeficientes de regressão linear multivariada para os escores de QV do WHOQOL-BREF para as variáveis estudadas. Triângulo do Sul - Minas Gerais, 2013.....45

Tabela 13: Coeficientes de regressão linear multivariada para os escores de QV do WHOQOL-OLD para as variáveis estudadas. Triângulo do Sul - Minas Gerais, 2013.....45

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA.....	16
1.2 TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA	17
1.3 QUALIDADE DE VIDA.....	18
1.4 QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO.....	19
1.5 INSTRUMENTOS DE QUALIDADE DE VIDA – WHOQOL.....	22
2. HIPÓTESE	24
3. OBJETIVOS	25
3.1. OBJETIVO GERAL.....	25
3.2. OBJETIVO ESPECÍFICO.....	25
4. MATERIAL E MÉTODOS	26
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	26
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	26
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO.....	28
4.3.1 <i>Cálculo do tamanho amostral</i>	28
4.4 CRITÉRIO DE ELEGIBILIDADE.....	29
4.5 COLETA DE DADOS.....	30
4.5.1 Instrumentos de coleta de dados	30
4.5.1.1 <i>Cognição</i>	30
4.5.1.2 <i>Qualidade de vida</i>	31
4.5.1.3 <i>Perfil de Saúde</i>	31
4.5.1.3.1 <i>Características socioeconômicas e demográficas</i>	31
4.5.1.3.2 <i>Estado de saúde e consumo medicamentoso</i>	31
4.5.1.4 <i>Capacidade Funcional (Índice de Katz)</i>	31
4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	32
4.6.1 Variáveis dependentes	32
4.6.1.1 <i>Qualidade de vida (WHOQOL-BREF)</i>	32
4.6.1.2 <i>Qualidade de vida (WHOQOL-OLD)</i>	32
4.6.2 Variáveis independentes	32
4.6.2.1 <i>Características socioeconômicas e demográficas</i>	32
4.6.2.2 <i>Estado de saúde</i>	33
4.6.2.3 <i>Doenças/agravos/enfermidades</i>	33

4.6.2.4 Consumo medicamentoso.....	33
4.6.2.5 Capacidade Funcional (Índice de Katz).....	33
4.7 ANÁLISE DE DADOS.....	33
4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	34
5. RESULTADOS.....	35
6. DISCUSSÃO.....	46
7. CONCLUSÃO.....	56
8. REFERÊNCIAS.....	57
ANEXO 1 - MINI AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL (MEEM).....	65
ANEXO 2 - WHOQOL-BREF.....	68
ANEXO 3 - WHOQOL-OLD.....	73
ANEXO 4 - PERFIL DE SAÚDE.....	76
ANEXO 5 - CAPACIDADE FUNCIONAL.....	77
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	79

1. INTRODUÇÃO

Do ponto de vista cronológico, a Organização Mundial da Saúde (2005) considera idoso, a partir dos 65 anos de idade para os países desenvolvidos e aos 60 anos para os países em desenvolvimento.

O processo de envelhecimento populacional ocorre devido ao aumento da expectativa de vida e em contrapartida à diminuição do índice de natalidade, além da queda da mortalidade prematura, os avanços da medicina, as melhorias nas condições sanitárias e das mudanças nas políticas públicas voltadas para a saúde (RIBEIRO, 2008).

A transição demográfica que tem ocorrido em grande parte dos países vem associada a outro fenômeno de enorme importância para o estabelecimento de políticas públicas: a transição epidemiológica. Esta é caracterizada pela mudança do perfil epidemiológico de um país. A primeira fase foi marcada pela alta incidência de agravos de natureza infecciosa, responsáveis pela maior parte da mortalidade até 1940. Não havia saneamento suficiente, imunização acessível e muitos agentes infecciosos em circulação.

A segunda fase é caracterizada pelo aumento da expectativa de vida da população com aumento de acometimentos por doenças crônicas não-transmissíveis, como doenças cardiovasculares e câncer (ZANDONAI et al., 2010). Em outras palavras, o aumento da longevidade fez com que aumentasse também o número de doenças típicas do envelhecimento, principalmente as crônico-degenerativas.

Porém, o Brasil iniciou essa segunda fase epidemiológica sem ter eliminado a primeira. Em certas regiões como no Nordeste, ainda é muito alto o coeficiente de mortalidade infantil em consequência de doenças infecciosas geradas pelas precárias condições de vida da maioria da população. Esse padrão misto tem onerado demais a sociedade brasileira, pois além da grande quantidade de recursos para diminuir a mortalidade infantil, também é preciso responder a uma alta e crescente demanda de pessoas com agravos crônicos não-transmissíveis. Para tornar o quadro ainda mais grave, nas últimas décadas, esse perfil epidemiológico foi sensivelmente abalado pelo impacto provocado pelas chamadas doenças reemergentes, como dengue e cólera, e doenças emergentes, especialmente a aids.

Alguns estudos populacionais de idosos residentes no Brasil foram Projeto Epidoso (RAMOS, 2003), SABE (LEBRÃO; DUARTE, 2003) ambos realizados em São Paulo e o Projeto Bambuí (LIMA-COSTA et al., 2002) em Minas Gerais. Esses estudos evidenciaram a mesma problemática verificada em países desenvolvidos, o aumento das doenças crônicas não

transmissíveis (DCNT), associado às exigências significativas na economia, nos serviços de saúde e na estrutura familiar (SILVA, 2012).

Segundo Lima-Costa e Veras (2003) nos países em desenvolvimento o processo de envelhecimento populacional ocorreu em menor espaço de tempo do que em países desenvolvidos, ou seja, sem preparo para atender as necessidades da nova demanda.

A evolução médica, científica e tecnológica proporcionam o prolongamento da vida, mas isso não garante que esta será de boa qualidade, principalmente em países em desenvolvimento, onde as pesquisas sobre qualidade de vida dos idosos são poucas (TOKUHASHI, 2011).

O envelhecimento populacional se tornou um dos maiores desafios da saúde pública, uma vez que as doenças próprias dessa etapa têm aumentado, além disso, associam-se ao envelhecimento as condições desfavoráveis de saúde e outros fatores como a baixa renda, diminuição da rede de relacionamentos sociais, o que pode afetar a qualidade de vida do idoso (TOKUHASHI, 2011).

Diante do quadro demográfico e do perfil epidemiológico do Brasil, é importante proporcionar qualidade e bem-estar aos anos de vida a mais por meio de políticas destinadas aos idosos que consideram suas especificidades, promovendo a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde (FRANÇA, 2013).

Estudos com essa temática possibilitam um melhor entendimento dos determinantes de saúde e de qualidade de vida da população idosa, o que contribui para melhorar a assistência prestada pelos serviços de saúde, para o desenvolvimento de ações voltadas à manutenção da independência e autonomia dos idosos, além de estratégias de educação permanente para os profissionais de saúde (PASKULIN; VIANNA, 2007; PEDRAZA, 2011).

A qualidade de vida tem sido discutida em todo mundo, principalmente em populações idosas, pois há uma preocupação em manter a saúde e o bem-estar para que envelheçam com dignidade (TORRES; REIS; FERNANDES, 2009).

Nessa perspectiva, o presente estudo descreveu os fatores associados à qualidade de vida de idosos residentes em 24 municípios da Macrorregião do Triângulo do Sul - Minas Gerais.

Estudos sobre a qualidade de vida de pessoas idosas são cada vez mais necessários, pois a identificação de fatores determinantes da boa ou má qualidade de vida pode auxiliar na formulação e implementação de políticas que promovem o bem estar e a qualidade de vida de idosos (TOKUHASHI, 2011).

1.1 ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

O envelhecimento da população é um fenômeno universal, sendo que 75,0% dos idosos vivem em países desenvolvidos. As 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 5,0 ou 6,0% até aproximadamente 25,0% da população total (PEREIRA et al., 2010). Em 2012 o número de pessoas idosas no mundo aumentou para quase 810 milhões, estima-se que essa cifra atinja 1 bilhão em menos de 10 anos e 2 bilhões em 2050 (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012).

A partir da segunda metade dos anos de 1960 houve um declínio das taxas de crescimento da população brasileira devido à redução dos níveis de fecundidade. Em 2000 o número de filhos já era 2,3 para cada mulher (FRANÇA, 2013). Além disso, o índice de mortalidade no Brasil diminuiu nos anos de 1950 a 1970, passando de 21 para 9 óbitos por mil habitantes no período de um ano, em 1999 esse índice foi de 6,9 óbitos por mil habitantes (IBGE, 2011). Em 1940 a população idosa representava 4,1% da população total e 11,0% em 2010, ou seja, aumentou de 1,7 milhão para 19,7 milhões no mesmo período (CAMARANO; KANSO, 2011).

Os idosos, no Brasil, correspondem a aproximadamente 23,6 milhões de pessoas, ou seja, 12,1% dos indivíduos apresentam idade igual ou acima dos 60 anos (IBGE, 2010). Em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com uma população superior a 30 milhões de pessoas (CARVALHO; GARCIA, 2003; VERAS, 2009).

Com a transição da estrutura etária brasileira no período de 1980 a 2050, o formato triangular da pirâmide, com base alargada, dá lugar a uma pirâmide populacional com base mais estreita e alargamento do ápice caracterizando uma população em processo de envelhecimento, isso significa que há uma menor participação de crianças e jovens e um aumento de adultos e idosos; observa-se também, um predomínio de idosos do sexo feminino, devido sua maior sobrevivência (BRASIL, 2010).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população idosa atingiu mais de 73 anos em 2009, sendo 76,5 para as mulheres e 69 anos para os homens (MINAYO, 2012). Em 2011 a expectativa de vida alcançou a média de 74,08 anos (BRASIL, 2012).

O envelhecimento populacional também é caracterizado pela feminização desse processo, segundo Camarano e Kanso (2011) a esperança de vida da população brasileira masculina aumentou 11,8 anos entre 1980 e 2007 e as mulheres, 13,2 anos.

Esse aumento da expectativa de vida no processo de envelhecimento chama a atenção para os idosos acima de 80 anos. Entre 1997-2007, a população de 60-69 anos cresceu 21,6%, e a de mais de 80 aumentou 47,8% (MINAYO, 2012). De acordo com o IBGE (2010) a população acima de 80 anos totaliza cerca de 3 milhões no Brasil.

No ano de 2008, por exemplo, 15,2% dos idosos brasileiros (o que equivale a 3,2 milhões), tinham dificuldades em realizar as atividades básicas de vida diária (ABVD) e em aproximadamente 19% das famílias brasileiras continham idosos com dificuldades para realização das mesmas (CAMARANO; KANSO, 2011).

Percebe-se que o processo de envelhecimento populacional implica não apenas uma mudança nos grupos etários, mas também altera a vida dos indivíduos, as estruturas familiares, a demanda por políticas públicas e a distribuição de recursos na sociedade (CAMARANO; KANSO, 2011).

1.2 TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

A estrutura etária da mortalidade no Brasil sofreu profundas modificações nas últimas décadas, ou seja, os óbitos deixaram de ser uma questão infantil, e atualmente, são uma questão gerontológica, dessa forma, a proporção de óbitos após os 60 anos de idade que era de 38% em 1980, passou para 60% em 2007, nesse período entre 1990 e 2007 a proporção de homens que faleceram após os 60 anos de idade aumentou de 45% para 54%; a de mulheres subiu de 57% para 69% (CHAIMOWICZ; CAMARGOS, 2011).

O perfil de causas de morte dos idosos brasileiros não difere muito por sexo, em 2007, as neoplasias apareceram como a principal causa de morte para homens e mulheres idosos; isso se deve, principalmente, à redução dos índices de óbitos por causas mal definidas, doenças cerebrovasculares e isquêmicas; a segunda causa de morte foi devido às doenças cerebrovasculares; e a terceira foram mortes provocadas por doenças isquêmicas, porém, outras causas também tiveram sua proporção aumentada, como o diabetes melito e pneumonia (CAMARANO; KANSO, 2011).

Percebe-se também um declínio das taxas de mortalidade de idosos jovens por doenças circulatórias no Brasil desde 1980, principalmente nas regiões Sul e Sudeste, porém um aumento no Norte e Nordeste; entre os anos de 1990 e 2006, associada à obesidade, houve aumento da taxa de mortalidade de idosos de 60 a 74 anos por diabetes, com exceção dos homens no Sudeste; em relação às neoplasias no homem, houve aumento da mortalidade entre

1980 e 2005 por câncer de pulmão, próstata e colorretal, redução do câncer de estômago e estabilidade da taxa de câncer de esôfago; já nas mulheres, houve aumento da mortalidade por câncer de pulmão, mama, colo do útero e colorretal, bem como, redução do câncer de estômago e esôfago (BRASIL, 2009).

O número de óbitos por neoplasias em idosos continuará aumentando devido à melhoria dos métodos de diagnósticos e qualidade de notificação, além disso, esse aumento está associado à longevidade, pois a incidências das neoplasias é proporcional à idade (NOGALES, 2004).

A taxa de mortalidade por doenças respiratórias associadas ao tabagismo apresenta defasagem de algumas décadas, e também modificações do hábito de fumar, com o aumento entre mulheres fumantes e diminuição entre os homens; além disso, o número de óbitos por pneumonia diminuiu nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste após o início das campanhas e vacinação contra influenza (LUNA; GATTA, 2010).

No que se refere à mortalidade por causas externas pode-se destacar os acidentes de transporte envolvendo idosos mais jovens; e em relação ao crescimento de octogenários deverá aumentar a incidência de quedas e fraturas; aumentará os óbitos por disfagia e úlceras de pressão associadas à doença de Parkinson, demência e estado de fragilidade (CHAIMOWICZ; CAMARGOS, 2011).

A mortalidade entre pessoas idosas pode ser reduzida em todo mundo devido às causas de morte que podem ser evitadas, aumentando assim a esperança de vida, algumas causas são influenciadas pela qualidade do atendimento dos serviços de saúde e recursos utilizados.

São causas evitáveis aquelas por meio da prevenção primária, que são as doenças que podem ser diagnosticadas primariamente, permitindo uma intervenção na prevenção, reduzindo a incidência, como as doenças cerebrovasculares; causas evitáveis por meio do diagnóstico precoce e tratamento oportuno, que são causas que requerem prevenção secundária, como as neoplasias malignas da mama feminina; e as causas evitáveis por meio de melhorias nos tratamentos e cuidados médicos que inclui as doenças suscetíveis de tratamentos e avanços na medicina, como doenças do sistema cardiovascular (CAMARANO; KANSO, 2011).

Dessa maneira, ressalta-se que o Brasil tem passado não apenas por transformações demográficas, mas tem experimentado uma transição epidemiológica, que passou do predomínio de doenças transmissíveis a uma maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (MENDES, 2012; SILVA, 2012).

Com a transição epidemiológica, as doenças próprias do envelhecimento ganharam maior prevalência tornando-se um novo desafio para as políticas públicas de saúde, uma vez que os serviços não conseguem atender às necessidades dos idosos (FURTADO et al., 2012).

1.3 QUALIDADE DE VIDA

Segundo o grupo de pesquisadores em qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS), a definição de qualidade de vida é uma percepção individual, a qual é influenciada por fatores físicos, psicológicos, sociais ou ambientais (SILVA, 2012). Apesar de não haver uma única definição, esse grupo define QV como:

“A percepção individual de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores em que a pessoa vive, em relação aos seus alvos, expectativas, padrões e interesses. É um conceito de ampla abrangência, afetado de modos complexos pela saúde física da pessoa, seu estado psicológico, nível de dependência, relacionamentos sociais, e relacionamentos com os mais importantes aspectos dentro do seu ambiente” (WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE GROUP, 1995, p. 1405).

Nessa definição, a OMS toma como base uma natureza multifatorial da QV, considerando seis domínios: saúde física, saúde psicológica, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade (LANDEIRO, et al. 2011).

Tem se aumentado a preocupação com a qualidade de vida (QV) nas últimas décadas. O constructo de qualidade de vida é considerado bastante complexo pelos estudiosos, pois, envolve dimensões como bem-estar físico, familiar e emocional, habilidade funcional, espiritualidade, função social, sexualidade, função ocupacional (HEINONEN; ARO; AALTO; UTELA, 2004) e está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal e, abrange uma série de aspectos, como: capacidade funcional, nível socioeconômico, interação social, atividade intelectual, autocuidado, suporte familiar, o próprio estado de saúde, valores culturais e éticos, religiosidade, estilo de vida, satisfação com o emprego e/ou com as atividades diárias e ambiente em que se vive (TORRES et al, 2009).

Ressalta-se que a qualidade de vida é subjetiva, pois as necessidades podem mudar de um indivíduo para outro e de um mesmo indivíduo em momentos diferentes (KURCGANT, 2010).

Um exemplo disso é o estudo de Vecchia et al. (2005) o qual investigou o conceito de QV, fazendo a seguinte pergunta para 365 idosos: “o que é qualidade de vida para o senhor?” Por meio da análise de conteúdo, foram identificadas três categorias, para a primeira,

qualidade de vida significa “dispor de rede social de suporte sólida, saúde física e mental”, para a segunda significa “ter autonomia financeira conquistada durante a vida, de modo a assegurar-lhes recursos para a senectude, bem como a prática de hábitos saudáveis e atividades de lazer”, para a terceira “viver em lugar seguro e despoluído, acesso a conhecimentos ao longo da vida, prazer no trabalho, espiritualidade, honestidade e solidariedade”

No Brasil, o constructo QV passou a ser utilizado a partir de 1970, primeiramente relacionado aos serviços de saúde, com a elaboração da Constituição de 1988 e consequentemente com a criação do SUS, o foco da QV dirigiu-se aos pacientes, principalmente os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (LANDEIRO, et al. 2011).

A preocupação com questões relacionadas à qualidade de vida vem de um movimento das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012), sendo relacionado à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde e influenciada por políticas e práticas do setor, pois seu interesse está na percepção subjetiva do paciente sobre sua saúde em geral (BERTAN; CASTRO, 2009).

1.4 QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO

Apesar do aumento de pessoas idosas ser uma conquista da humanidade isso não garante as mesmas a dignidade para se viver bem (BRASIL, 2010), ou seja, a qualidade de vida não acompanha a evolução ocorrida no perfil demográfico e epidemiológico.

Diante desse cenário demográfico e epidemiológico, o maior desafio tem sido cuidar de uma grande população idosa, a maioria com nível socioeconômico e educacional baixo e uma alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes (RAMOS, 2003), o que tem exigido um maior investimento em pesquisas na área do envelhecimento (SILVA, 2012).

Sabe-se que os idosos constituem um grupo que apresenta especificidades relevantes para manter um envelhecimento saudável (SILVA, 2012).

A qualidade de vida na velhice pode ser assim definida:

“É a percepção de bem-estar de uma pessoa, que deriva de sua avaliação do quanto realizou daquilo que idealiza como importante para uma boa vida e de seu grau de satisfação com o que foi possível concretizar até aquele momento” (PACHOAL, 2004, p.62).

Existem determinantes do envelhecimento que são imutáveis, como raça, sexo, ambiente social e familiar, e outros que são modificáveis como hábitos, estilo de vida e maneira de encarar a vida e o meio ambiente (PASCHOAL, 2011), e esses dois tipos de determinantes influenciam direta e indiretamente a qualidade de vida dos indivíduos.

Há muitas ameaças à qualidade de vida da população idosa, entre elas, riscos de queda, doenças crônicas não transmissíveis, dentre as quais se destacam as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial, o diabetes mellitus e o câncer; abandono familiar, depressão e baixo nível socioeconômico (SILVA, 2012).

Algumas características do envelhecimento, como alterações fisiológicas, redução da capacidade de manter a homeostase, perda de papéis sociais e isolamento devido à aposentadoria e perda de familiares e amigos, vulnerabilidade às influências ambientais como guerras, violência, catástrofes, epidemias, migração e estereótipos em relação à velhice; todos esses fatores tornam os idosos suscetíveis à perda da qualidade de vida (PASCHOAL, 2011).

Sendo assim, fatores relacionados à idade afetam a saúde que é uma das dimensões fundamentais para a qualidade de vida na velhice, além de situações sociais como aposentadoria, viuvez, dependência, perda de autonomia e de papéis sociais, que dificultam uma vida de melhor qualidade (PASCHOAL, 2000).

Para avaliar a qualidade de vida do idoso é necessário considerar múltiplos critérios de naturezas biológica, psicológica e sociocultural, pois vários elementos são determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice como: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, status social, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos (CHIKUDE; FUJIKI; HONDA; ONO; MILANI, 2007).

O estudo de Braga et al. (2011), no qual avaliaram a qualidade de vida de 133 idosos, no município de Juiz de Fora/Minas Gerais, por meio do WHOQOL-BREF, mostra associação moderada com a qualidade de vida e os domínios físicos, psicológico e ambiental, enquanto o social apresentou nível de satisfação alto. No estudo de Pereira et al. (2006) também foi avaliado, por meio do WHOQOL-BREF, a qualidade de vida de 211 idosos, residentes no município de Teixeira, Minas Gerais, os autores verificaram que o domínio que mais explicou a qualidade de vida global foi o físico, seguido do ambiental e do psicológico.

Alguns estudos têm buscado identificar os fatores associados à qualidade de vida em idosos, como variáveis sociodemográficas e econômicas (idade, nível econômico,

escolaridade, situação ocupacional, estado civil), condições de saúde (presença de doenças crônicas) e o uso de medicamentos.

O estudo de Torres, Reis e Fernandes (2009) avaliou a influência de fatores sociodemográficos, condições de saúde, capacidade funcional e dinâmica familiar na qualidade de vida de 117 idosos dependentes em casa na região do Nordeste por meio do WHOQOL-OLD e verificou-se que o comprometimento da dinâmica familiar influencia de forma negativa a qualidade de vida dos idosos.

Um estudo realizado por Lima et al. (2011) parte do Inquérito de Saúde do Estado de São Paulo (ISA-SP) verificou a qualidade de vida relacionada à saúde de 1958 idosos por meio do protocolo SF-36 segundo variáveis socioeconômicas e demográficas, e resultou que idosos do sexo feminino, idade mais avançada, menor renda, baixo nível de escolaridade e de religião evangélica apresentaram pior qualidade de vida.

O estudo realizado por Faller et al. (2010) mostrou que a faixa etária com melhor qualidade de vida foi a de 60 a 69 anos, e esta cai a cada década, de modo que menos da metade dos idosos com 80 ou mais anos apresentam índice de qualidade de vida considerado adequado. Diferentemente do estudo de Maués et al. (2010) em que a qualidade de vida dos idosos foi considerada boa e a comparação entre o grupo jovem e muito idoso apontou que a qualidade de vida não diminui com a idade.

Outros resultados apontam que os idosos do sexo masculino apresentaram melhores índices de qualidade de vida em todas as facetas, exceto na faceta Intimidade; houve melhores índices de qualidade de vida entre os idosos casados, de cor branca, que seguem uma religião, residem com a família, não aposentados, que exercem uma atividade remunerada, renda entre 1 a 3 salários mínimos e com escolaridade inferior a 8 anos (FALLER; MELO; MARCON, 2010).

Os estudos apresentados revelam a variedade de fatores associados à qualidade de vida em idosos. Sendo assim, Paschoal (2011) ressalta a importância e necessidade de instrumentos multidimensionais sensíveis para detectar a variabilidade dos diferentes grupos de idosos e de sua qualidade de vida.

1.5 INSTRUMENTOS DE MEDIDA DA QUALIDADE DE VIDA - WHOQOL

A importância da qualidade de vida vem crescendo e junto a necessidade de se medi-la. A maioria das escalas de avaliação de qualidade de vida surgiu a partir dos anos 1980 em busca de um melhor desenvolvimento conceitual e metodológico, assim, atualmente, os instrumentos mais usados são os questionários de auto aplicação e entrevistas (FRANÇA, 2013).

Os instrumentos utilizados compreendem dois grupos: genéricos e específicos. Os questionários genéricos objetivam avaliar, de forma geral e global aspectos relacionados com a QV, por exemplo, o SF 36 (Medical Outcomes Study 36 – item short- form health survey) e o WHOQOL (World health organization quality of life). Os questionários específicos objetivam avaliar alguns aspectos particulares da QV, como o King's health questionnaire aplicado em portadores de incontinência urinária (LANDEIRO et al., 2011).

Para Wilson e Cleary (1995) os instrumentos clínicos ou específicos são fundamentos no modelo biomédico, em pesquisas biomédicas, mecanismos moleculares, genéticos e celulares das doenças, com raízes na biologia, bioquímica e fisiologia, dessa forma, buscam entender as causas para guiar o diagnóstico e o tratamento das doenças. Enquanto os instrumentos globais são fundamentados no modelo das ciências sociais, avaliando o bem estar, buscando meios de medir com acurácia sentimentos e comportamentos, neste caso, a QV é resultante de variáveis biológicas e fisiológicas, que geram sintomas, estado funcional e estado geral de saúde, influenciada por características individuais, valores e motivação pessoal, e as características ambientais como suporte social, econômico e psicológico. Dessa forma, o presente trabalho utilizou o WHOQOL por ser um instrumento global, utilizado em estudos de larga escala e inquéritos populacionais.

A partir de 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considerou importante desenvolver medidas de avaliação da qualidade de vida multidimensional que pudessem servir de parâmetro para diversos países e cultura (BERTAN; CASTRO, 2009).

Como resultado dessa necessidade, o grupo WHOQOL (World Health Organization of Quality of Life) criou inicialmente, o instrumento WHOQOL-100 e em seguida a versão reduzida, WHOQOL-BREF, posteriormente, devido à necessidade de se adequar à população idosa, em 2005, o grupo criou o instrumento WHOQOL-OLD, traduzido para o português por Fleck e colaboradores (2006) (FRANÇA, 2013). Os três instrumentos apresentam três

aspectos essenciais quanto ao constructo da qualidade de vida: a subjetividade, a multidimensionalidade e dimensões positivas e negativas (FLECK et al. , 2000).

O WHOQOL-BREF foi traduzido e validado no país por Fleck et al. (2000), por meio de um estudo com 250 pacientes do Hospital das Clínicas de Porto Alegre e em 50 voluntários saudáveis, desenvolvido pelo Grupo de Estudos em Qualidade de Vida da OMS no Brasil, pertencente ao Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a coordenação do Dr. Marcelo Pio de Almeida (SILVA, 2012). O instrumento WHOQOL-OLD também foi desenvolvido pela OMS a partir do WHOQOL-100, traduzido e validado também para o Brasil, esse busca analisar a qualidade de vida em idosos e, ainda, proporciona um estudo transcultural comparando envelhecimento patológico com saudável (PASKULIN, 2006; SILVA, 2012). Recomenda-se utilizá-lo como ferramenta adicional ao WHOQOL-100 ou WHOQOL-BREF, pois nele há aspectos específicos para idosos que não são contemplados pelos instrumentos originalmente construídos para a população geral (TOKUHASHI, 2011).

O WHOQOL-BREF possui 26 itens, sendo duas questões que avaliam a percepção da qualidade de vida geral e das condições de saúde e as outras 24 representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (WHOQOL-100), sendo divididas em quatro domínios: 1) Físico, 2) Psicológico, 3) Relações sociais e 4) Meio ambiente; já o WHOQOL-OLD é formado por 24 itens e seis facetas: 1) Funcionamento sensorial, 2) Autonomia, 3) Atividades passadas, presentes e futuras, 4) Participação social, 5) Morte e morrer e 6) Intimidade (SILVA, 2012). Ambos possuem cinco escalas de respostas do tipo Likert.

O escore médio em cada um dos domínios refere-se à percepção do indivíduo quanto à sua satisfação em cada um dos aspectos em sua vida, quanto maior a pontuação melhor é essa percepção relacionada com sua qualidade de vida (SILVA, 2012).

Informações acerca da QV servem de indicadores para avaliar a eficácia, a eficiência e o impacto de determinados tratamentos para grupos de portadores de agravos; para comparar os procedimentos; avaliar os custos e os benefícios dos serviços prestados; aprovar e definir tratamentos; definir estratégias na área de saúde; e monitorar a manutenção da QV dos indivíduos (LANDEIRO et al., 2011).

Não há um instrumento padrão ouro para avaliar a qualidade de vida, o instrumento escolhido deve ser coerente com a população que se pretende avaliar, com o objetivo da pesquisa e com a praticidade do instrumento (D´AMORIM, 2001; TOKUHASHI, 2011).

2. HIPÓTESE

Idosos do sexo feminino, idade mais avançada, vivem sozinhos, menor renda, baixo nível de escolaridade, dependentes para as atividades básicas de vida diária, acometidos por várias doenças e que fazem uso de muitas medicações apresentam pior qualidade de vida.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever os fatores associados à qualidade de vida de idosos residentes em 24 municípios da Macrorregião do Triângulo do Sul - Minas Gerais.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar os idosos segundo variáveis sociodemográficas, econômicas e estado de saúde;
2. Descrever a qualidade de vida dos idosos a partir dos instrumentos WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD;
3. Associar as variáveis sociodemográficas (faixa etária, sexo, estado conjugal, escolaridade), econômicas (renda) e condições de saúde (percepção de saúde, número de morbidades, classe de medicamentos, nível de dependência para as atividades básicas de vida diária) com a qualidade de vida dos idosos.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo analítico correlacional de corte transversal, de abordagem quantitativa. Os resultados desta investigação foram registrados e correlacionados salientando aspectos importantes da condição sócio-sanitária dos idosos de 24 municípios do Triângulo do Sul - Minas Gerais. Segundo Tobar; Yalour (2004), a pesquisa quantitativa analisa fatos como se fossem coisas exteriores e submetidas a leis e padrões gerais, prefere a experiência, a coleta de dados com perguntas fechadas ou semi-abertas, busca a previsão matemática e a codificação numérica.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estado de Minas Gerais é composto por 27 Gerências Regionais de Saúde (Figura 1), além de divisão assistencial do Estado por 13 Macrorregiões de Saúde (Figura 2). A região do Triângulo Mineiro está dividida assistencialmente por duas macrorregiões: Triângulo do Norte e Triângulo do Sul.

A Macrorregião do Triângulo do Sul é formada pelos municípios de Água Comprida, Araxá, Campo Florido, Campos Altos, Carneirinho, Comendador Gomes, Conceição das Alagoas, Conquista, Delta, Fronteira, Frutal, Ibiá, Itapagipe, Iturama, Limeira do Oeste, Pedrinópolis, Perdizes, Pirajuba, Planura, Pratinha, Sacramento, Santa Juliana, São Francisco de Sales, Tapira, Uberaba, União de Minas e Veríssimo.

Figura 1: Divisão de Minas Gerais por Gerências Regionais de Saúde.



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2010).

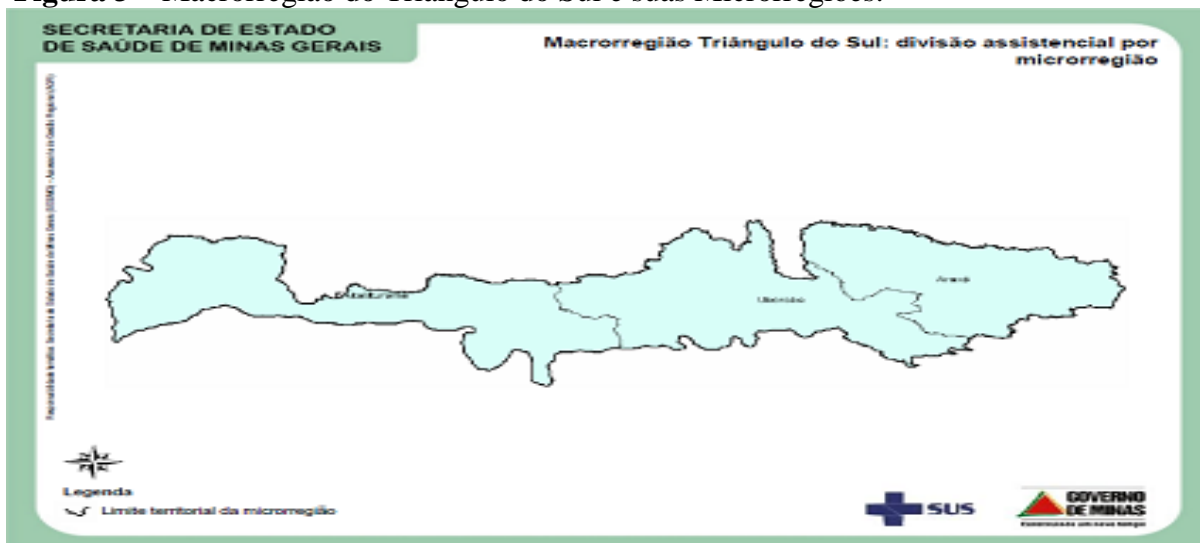
Figura 2: Divisão Assistencial por Macrorregião de Minas Gerais.



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2010).

A Macrorregião do Triângulo do Sul está sob a responsabilidade da Superintendência Regional de Saúde de Uberaba que possui três microrregiões: Araxá; Frutal-Iturama e Uberaba (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010) (Figura 3).

Figura 3 – Macrorregião do Triângulo do Sul e suas Microrregiões.



Fonte: Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais (2010).

Este projeto é parte de um projeto maior intitulado “Perfil de saúde da população idosa dos municípios da Gerência Regional de Saúde Uberaba”, que contou com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) e das Secretárias Municipais de Saúde dos municípios envolvidos, além da Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais-FAPEMIG.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população foi composta por idosos residentes em 24 municípios do Triângulo do Sul. Esta Macrorregião se caracteriza por elevado percentual de idosos em sua população. Dados do IBGE apontam que, em 2009, do total de 697.937 habitantes dos municípios que compõe a Superintendência, 82.587 tinham mais de 60 anos, ou seja, 11,81% de toda população (IBGE, 2010).

Os municípios de Delta, São Francisco de Sales e Santa Juliana foram parte de um projeto piloto, portanto seus resultados não foram abordados neste estudo.

4.3.1 Cálculo do tamanho amostral

O tamanho da amostra foi definido com base numa amostragem aleatória simples sem reposição. Para o cálculo amostral considerou-se como referencial a população de idosos de cada município (IBGE, 2011) e os parâmetros: erro amostral de 0,05; intervalo de confiança de 95% e proporção populacional de cada município (população idosa do município dividida pela população total do município). Desta forma o cálculo da amostra mínima resultou em 3.514 idosos, porém participaram do estudo 3430 idosos, isso se deve ao número de idosos que não foram encontrados em suas residências, recusas, não responderam todo o questionário e aqueles que não correspondiam aos critérios de inclusão, como por exemplo, a presença de declínio cognitivo. A Tabela 1 apresenta o cálculo amostral para cada um dos municípios pesquisados.

Tabela 1 – População geral e amostra calculada do Triângulo do Sul, 2010.

Municípios	População Total	População Idosos	Porcentagem de idosos	Amostra Calculada	Amostra Corrigida	Coletados
Água Comprida	2.025	311	15,4	200	122	164
Araxá	93.672	10823	11,6	157	155	140
Campo Florido	6.870	701	10,2	141	117	141
Campos Altos	14.206	1474	10,4	143	130	122
Carneirinho	9.471	1294	13,7	181	159	167
Comendador Gomes	2.972	330	11,1	152	104	95
Conceição das Alagoas	23.043	1982	8,6	121	114	118
Conquista	6.526	874	13,4	178	148	139
Fronteira	14.041	1369	9,8	135	123	169
Frutal	53.468	6634	12,4	167	163	150
Ibiá	23.218	2695	11,6	158	149	148
Itapagipe	13.656	1825	13,4	178	162	177
Iturama	34.456	3631	10,5	145	139	142
Limeira do Oeste	6.890	762	11,1	151	126	134
Pedrinópolis	3.490	464	13,3	177	128	183
Perdizes	14.404	1272	8,8	124	113	114
Pirajuba	4.656	454	9,8	135	104	127
Planura	10.384	972	9,4	130	115	108
Pratinha	3.265	517	15,8	205	147	148
Sacramento	23.896	3021	12,6	170	161	169
Tapira	4.112	434	10,6	145	109	120
Uberaba	295.988	37399	12,6	170	169	180
União de Minas	4.418	521	11,8	160	122	137
Veríssimo	3.483	453	13,0	174	126	138
Total	697812	82389	307	4161	3514	3430

* DATASUS 2011.

4.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

A amostra foi constituída pelos indivíduos que atenderem aos seguintes critérios: idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, ser residente no município pesquisado no período da pesquisa, não possuir declínio cognitivo, avaliado pelo Mini Exame do Estado Mental, não ser acamado, não ser usuário de cadeira de rodas e após informações, concordar em participar da pesquisa com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

4.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados nas residências dos idosos e em locais públicos ofertados pela prefeitura das cidades. Primeiramente foi realizada uma coleta piloto no município de Delta, São Francisco de Sales e Santa Juliana que não tiveram seus resultados analisados nesse trabalho. A coleta nos 24 municípios foi realizada no período de maio de 2012 a abril de 2013.

Devido aos possíveis problemas visuais e o analfabetismo (n=1036; 30,2%), a entrevista foi realizada juntamente aos idosos.

Foram selecionados entrevistadores para a coleta de dados por meio de disponibilidade de horários, interesse em pesquisa científica, afinidade com as áreas temáticas e participação na confecção de relatório parcial no município pesquisado.

Os alunos de graduação e pós-graduação selecionados para realização das entrevistas receberam treinamento e capacitação pelos docentes pesquisadores para utilização dos instrumentos e materiais da coleta e abordagem de questões éticas relacionadas à pesquisa realizadas.

4.5.1 Instrumentos de coleta de dados

4.5.1.1 *Cognição*

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Anexo 1) foi criado por Folstein e McHugh em 1975 e traduzido por Bertolucci (1994), é composto por questões que avaliam as seguintes funções cognitivas: concentração, linguagem, práxis, orientação, memória e atenção (VALLE, 2009). Essas questões são agrupadas em sete categorias, sendo: orientação para tempo (5 pontos), orientação para local (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MEEM pode variar de um mínimo de 0 até um total máximo de 30 pontos (CONVERSO, IARTELLI, 2007). O ponto de corte para declínio cognitivo considera o nível de escolaridade, sendo 13 pontos para analfabetos, 18 pontos ou menos para aqueles com 1 a 11 anos de escolaridade e 26 pontos para escolaridade superior a 11 anos (BERTOLUCCI et al., 1994).

4.5.1.2 Qualidade de vida

Para a análise da qualidade de vida se usou o World Health Organization Quality of Life – Bref (WHOQOL – BREF) (Anexo 2) que é composto por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Foi validado no Brasil, com escore que varia de zero a 100 (FLECK et al., 2000).

Se utilizou também o World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults (WHOQOL-OLD) (Anexo 3) que é um instrumento composto por 24 itens distribuídos em seis facetas: funcionamento dos sentidos; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer e intimidade (CHACHAMOVICH; TRENTINI; FLECK, 2006), que tem como objetivo avaliar a qualidade de vida dos idosos. Foi validado no Brasil e seu escore varia de zero a 100.

4.5.1.3 Perfil de Saúde

Foi construído um questionário pelos pesquisadores, entre os itens existentes para este trabalho foram considerados os seguintes:

4.5.1.3.1 Características socioeconômicas e demográficas

Questões para se obter as características socioeconômicas e demográficas dos idosos pesquisados tais como: idade, sexo, situação conjugal, escolaridade e renda familiar.

4.5.1.3.2 Estado de saúde e consumo medicamentoso

Perguntas referentes ao estado de saúde do idoso como: autoavaliação do estado de saúde, doenças (quantidade e tipos de doença) e consumo medicamentoso (quantidade de medicamentos e classes).

4.5.1.4 Capacidade Funcional

Para avaliação da capacidade funcional foi utilizado o Índice de Independência em Atividades da Vida Diária (Índice de Katz) (Anexo 5) elaborado por Katz (1963) e adaptado à realidade brasileira. Tal escala consta de seis itens que medem o desempenho da pessoa nas atividades de autocuidado (LINO et al., 2008). Foi considerado independente quando o idoso

não apresentar dificuldade para a realização de nenhuma das atividades básicas de vida diária (ABVD) e dependente quando apresentar dificuldade para realizar uma ou mais atividade.

4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

4.6.1 VARIÁVEIS DEPENDENTES

4.6.1.1 Qualidade de vida (WHOQOL-BREF) - domínios: físico (dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou tratamentos e capacidade de trabalho); psicológico (sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparências; sentimentos negativos; espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais); relações sociais (relações pessoais; suporte social e atividade sexual); meio ambiente (segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais; disponibilidade e qualidade; oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidade de recreação/lazer; ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima e transporte) (FLECK et al, 2000).

4.6.1.2 Qualidade de vida (WHOQOL-OLD) - facetas: funcionamento do sensorio (avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na qualidade de vida); autonomia (refere-se à independência na velhice, descreve até que ponto se é capaz de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões); atividades passadas, presentes e futuras (descreve a satisfação sobre conquistas na vida e anseios); participação social (participação em atividades cotidianas, principalmente na comunidade), morte e morrer (preocupações, inquietações e temores sobre a morte e morrer) e intimidade (avalia a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas) (CHACHAMOVICH; TRENTINI; FLECK, 2006).

4.6.2 VARIÁVEIS INDEPENDENTES

4.6.2.1 Características socioeconômicas e demográficas: faixa etária (60-69, 70-79 e 80-89, 90-99 anos, 100 anos ou mais), sexo (feminino e masculino), situação conjugal (vive com parceiro (a), não vive com parceiro (a), escolaridade (sem escolarização, 1 a 4 anos, 5 a 8 anos, 9 e mais anos de estudo).

4.6.2.2 Estado de saúde: estado de saúde autorreferido (ótimo, bom, regular, ruim).

4.6.2.3 Doenças/agravos/enfermidades autorreferidas: hipertensão arterial, diabetes mellitus, câncer, doenças respiratórias, doenças reumáticas, doenças osteomusculares, cardiopatias, doenças renais, doença de chagas, depressão, hiperlipidemia.

4.6.2.4 Consumo medicamentoso: anti-hipertensivo, hipoglicemiante, insulina, diurético, analgésico, antidepressivo, ansiolítico, hipolipimante, antivertiginoso, antiulceroso, anticoagulante, hormônio tireoidiano, antiinflamatório.

4.6.2.5 Capacidade funcional nas atividades básicas de vida diária (Índice de Katz): tomar banho, vestir-se, banheiro, transferência, controle de esfíncteres, alimentação.

4.7 ANÁLISE DE DADOS

Foi constituída uma planilha eletrônica para o armazenamento dos dados, por meio do programa Microsoft Office 2007 Excel[®]. Os dados coletados foram digitados por duas pessoas, com dupla entrada, para posterior verificação da existência de inconsistências. Na ocorrência de divergências, o pesquisador retomou a entrevista original para a realização das correções pertinentes.

O banco de dados foi transportado para o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 17.0.

Cada domínio do WHOQOL-BREF e faceta do WHOQOL-OLD foram analisados isoladamente com as respectivas sintaxes. O escore varia de zero a 100, sendo que o maior número corresponde à melhor QV.

Com relação ao primeiro e ao segundo objetivos, as variáveis categóricas foram analisadas por meio de frequências absolutas e percentuais e para as numéricas utilizou-se média e desvio padrão. Para verificar os fatores associados à qualidade de vida, procedeu-se à análise bivariada preliminar, empregando-se o teste *t*-student para a comparação entre as médias dos escores dos domínios do WHOQOL-BREF e as facetas do WHOQOL-OLD com as variáveis categóricas: sexo, estado conjugal, escolaridade, renda e percepção de saúde. Utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson para a correlação entre os escores dos domínios do WHOQOL-BREF e as facetas do WHOQOL-OLD e as variáveis idade, número

de medicamentos e de morbidades; e incapacidade funcional para ABVD. Para analisar a magnitude das relações entre duas variáveis, a partir dos coeficientes de correlação, optou-se pela convenção de Cohen (1988), sendo a correlação fraca, se $0 < r < 0,3$; moderada, se $0,3 \leq r < 0,5$; e forte, se $0,5 \leq r \leq 1$. Os testes foram considerados significativos quando $p < 0,10$.

As variáveis de interesse de acordo com o critério de inclusão estabelecido ($p < 0,10$) foram introduzidas no modelo de regressão multivariável. As variáveis idade, número de morbidades, medicamentos e incapacidade funcional para ABVD foram consideradas quantitativas. Para o terceiro objetivo, os fatores associados à qualidade de vida foram identificados por meio da análise multivariável no modelo de regressão linear múltipla (método enter), considerando um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

4.8. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esse trabalho é derivado de um projeto maior intitulado “Perfil de Saúde da População Idosa dos Municípios da Superintendência Regional de Saúde - Uberaba/Minas Gerais”, que foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, sob protocolo 1640/2010. Esta pesquisa pautou-se nas determinações da Resolução 466/2012 que regulamenta a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012).

Todos os entrevistados que concordaram em conceder a entrevista receberam explicações sobre os objetivos da pesquisa e destino dos dados coletados. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), após esclarecimento sobre garantia do sigilo das informações, respeito à liberdade de retirada do consentimento a qualquer momento e que, a desistência em participar do estudo em nada afetaria a assistência prestada pelo município.

5. RESULTADOS

Foram entrevistados 3430 idosos com 60 anos ou mais de 27 municípios que compõe o Triângulo do Sul, sendo que três destes não tiveram seus resultados exposto nesse trabalho por se tratarem de estudos pilotos. Os dados foram coletados no período de maio de 2012 a abril de 2013

A Tabela 2 apresenta a distribuição das variáveis socioeconômicas e demográficas dos idosos participantes.

Verificou-se maior percentual de idosos na faixa etária de 60 a 69 anos (52,6%), do sexo feminino (61,5%), que vivem com parceiro (56,2%), com 1 a 4 anos de estudos (54,2%). A maioria dos idosos era da cor da pele branca (60,1%) e maior percentual recebiam entre 1 a 3 salários mínimos (48,6%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das variáveis socioeconômicas e demográficas dos idosos. Triângulo do Sul - Minas Gerais, 2013.

Variáveis	<i>n</i>	(%)
Faixa etária		
60 a 69	1805	52,6
70 a 79	1219	35,5
80 e mais	406	11,8
Sexo		
Masculino	1319	38,5
Feminino	2111	61,5
Estado conjugal		
Vive com parceiro	1920	56,2
Vive sem parceiro	1497	43,8
Escolaridade		
Analfabetos	1036	30,2
1 a 4 anos	1859	54,2
5 a 8 anos	334	9,7
9 e mais	201	5,9
Cor da pele		
Branca	2058	60,1
Negra	459	13,4
Parda	834	24,4
Amarela	74	2,2
Renda		
Ausência de renda	51	1,5
Até 1 salário	549	16,1
1 salário	755	22,1
1 a 3 salários	1658	48,6
4 a 7 salários	342	10,0
7 salários e mais	58	1,7

*Salário mínimo referente ao período no Brasil (2012-2013): R\$678,00.

A Tabela 3 apresenta a distribuição das variáveis clínicas, capacidade funcional e número de morbidades.

Verificou-se maior percentual de idosos apresentando percepção de saúde regular (39,2%), seguida de percepção boa (37,1%), com presença de 1 a 4 morbidades (73,7%), uso de 1 a 4 medicamentos (79,3%) e independência para as ABVD (85,2%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição das variáveis clínicas, capacidade funcional e morbidades dos idosos. Triângulo do Sul - Minas Gerais, 2013.

Variáveis	<i>n</i>	(%)
Percepção de saúde		
Ótimo	377	11,0
Bom	1268	37,1
Regular	1342	39,2
Ruim	435	12,7
Morbidades		
0	345	10,1
1 a 4	2527	73,7
5 e mais	558	16,3
Uso de medicamentos		
0	507	14,8
1 a 4	2721	79,3
5 e mais	202	5,9
ABVD*		
Independente	2923	85,2
Dependente	507	14,8

*ABVD: Atividades Básicas de Vida Diária.

A Tabela 4 apresenta a distribuição das morbidades autorreferidas pelos idosos. Constatou-se que o maior percentual de idosos apresentou hipertensão arterial (65,8%), seguido de doenças osteomusculares (35,8%), hiperlipidemia (30,9%), doenças reumáticas (30,5%), cardiopatias (24,5%) e diabetes (19,9%).

Tabela 4 - Morbidades autorreferidas pelos idosos. Triângulo do Sul - Minas Gerais, 2013.

Morbidades	<i>n</i>	(%)
Hipertensão	2256	65,8
Doenças Osteomusculares	1227	35,8
Hiperlipidemia	1060	30,9
Doenças reumáticas	1045	30,5
Cardiopatias	839	24,5
Diabetes	682	19,9
Depressão	595	17,3
Doenças respiratórias	526	15,3
Doenças Renais	466	13,6
Doença de Chagas	409	11,9
Cancêr	130	3,8

A Tabela 5 apresenta a classe de medicamentos utilizados pelos idosos. O maior percentual de idosos faz uso de anti-hipertensivos (64,7%), seguido de analgésicos (39,2%), diuréticos (32,1%), antidepressivos (16,4%) e hipoglicemiantes (14,5%).

Tabela 5 - Classe de medicamentos autorreferidos pelos idosos. Triângulo do Sul - Minas Gerais, 2013.

Classe de Medicamentos	<i>n</i>	(%)
Anti-hipertensivo	2218	64,7
Analgésico	1346	39,2
Diurético	1102	32,1
Antidepressivo	562	16,4
Hipoglicemiante	497	14,5
Ansiolítico	185	5,4
Hipolimiante	185	5,4
Antiulceroso	163	4,8
Insulina	157	4,6
Hormônio tireoidiano	159	4,6
Anticoagulante	146	4,3
Antivertiginoso	114	3,3
Antiinflamatório	63	1,8

A Tabela 6 mostra o nível de dependência dos idosos entrevistados. De maneira geral, os idosos são independentes para realização das atividades básicas de vida diária, porém destaca-se que a função “continência” que apresentou um percentual considerável de idosos que “tem acidentes ocasionais” (11,4%).

Tabela 6 – Capacidade funcional para as atividades básicas de vida diária de acordo com o Índice de Katz. Triângulo do Sul - Minas Gerais, 2013.

Áreas de Funcionamento	<i>n</i>	(%)
Banho		
Não recebe assistência	3333	97,2
Recebe assistência em apenas uma parte do corpo	57	1,7
Recebe assistência em mais de uma parte do corpo	38	1,1
Vestir		
Não recebe assistência	3337	97,3
Auxílio apenas para amarrar os sapatos	44	1,3
Recebe assistência para pegar a roupa e vestir-se	47	1,4
Banheiro		
Não recebe assistência	3406	99,4
Recebe assistência para utilização do banheiro	20	0,6
Não vai ao banheiro	2	0,1
Transferência		
Não recebe assistência	3392	98,9
Recebe auxílio	36	1,0
Não sai da cama	0	0,0
Continência		
Tem controle sobre as funções	3015	88,0
Tem acidentes ocasionais	389	11,4
Supervisão para controle	21	0,6
Alimentação		
Não recebe assistência	3396	99,1
Assistência para cortar carne ou passar manteiga no pão	28	0,8
Recebe assistência ou é alimentado	4	0,1

A Tabela 7 apresenta a distribuição dos escores de qualidade de vida (QV) dos domínios do WHOQOL-BREF e das facetas do WHOQOL-OLD. O domínio relações sociais e a faceta morte e morrer apresentaram os maiores escores médios entre os idosos. Verificou-se que os idosos apresentaram menores escores médios no domínio meio ambiente e na faceta autonomia.

As consistências internas do WHOQOL-BREF e do WHOQOL-OLD foram avaliadas pelo coeficiente de fidedignidade de Crombach. Para os domínios o coeficiente variou de 0,364 (Domínio Físico) a 0,719 (Domínio Meio Ambiente); para as facetas o coeficiente variou de 0,477 (Faceta Funcionamento dos Sentidos) a 0,800 (Faceta Intimidade).

Tabela 7 - Distribuição dos escores de QV do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. Triângulo do Sul - Minas Gerais, 2013.

Escores de QV	Média	Desvio padrão	Mediana	Valor mínimo	Valor máximo	Cronbach's α
WHOQOL-BREF						
Físico	63,53	16,45	64,29	3,57	100	0,364
Psicológico	67,41	14,76	70,83	4,17	100	0,475
Relações sociais	73,54	14,10	75,00	0,00	100	0,578
Meio ambiente	62,00	13,23	62,50	15,63	100	0,719
WHOQOL-OLD						
Func. dos sentidos	70,83	22,35	75,00	0,00	100	0,477
Autonomia	66,82	16,36	68,75	0,00	100	0,641
Ativ. pas., pres. e fut.	70,45	14,70	75,00	0,00	100	0,638
Participação social	68,12	14,82	68,75	0,00	100	0,644
Morte e morrer	72,36	25,03	81,25	0,00	100	0,774
Intimidade	69,65	19,11	75,00	0,00	100	0,800

As Tabelas 8 e 9 apresentam a distribuição e comparação dos escores de QV dos domínios do WHOQOL-BREF e das facetas do WHOQOL-OLD para as variáveis sexo, estado conjugal, escolaridade, renda, e percepção de saúde.

Verificou-se que os idosos do sexo feminino, que vivem sem parceiro (a), não possuem escolaridade, sem renda e percepção negativa de saúde apresentaram menores escores médios de QV em todos os domínios do WHOQOL- BREF e facetas do WHOQOL- OLD. Na análise comparativa, constataram-se menores escores médios de QV dos domínios do WHOQOL- BREF e facetas do WHOQOL-OLD para as variáveis: sexo feminino (domínios físico, psicológico, meio ambiente; facetas funcionamento dos sentidos e morte e morrer), sem parceiro (a) (domínios psicológico, relações sociais; facetas atividades presentes, passadas e futuras e intimidade), sem escolaridade (domínios físico, psicológico, meio ambiente; facetas funcionamento dos sentidos, autonomia, participação social e intimidade), sem renda (domínios físico, meio ambiente; facetas funcionamento dos sentidos e intimidade), percepção negativa de saúde (todos os domínios e facetas) (Tabelas 8 e 9).

Tabela 8 – Distribuição dos escores de QV dos domínios do WHOQOL-BREF e comparação das variáveis estudadas. Triângulo do Sul - Minas Gerais, 2013.

Variáveis	WHOQOL-BREF							
	F		P		RS		MA	
	Média±DP	<i>p</i> *	Média±DP	<i>p</i> *	Média±DP	<i>p</i> *	Média±DP	<i>p</i> *
Sexo		<0,001		<0,001		0,62		0,01
Masculino	63,35±16,00		70,12±13,28		73,69±13,75		62,72±12,58	
Feminino	62,40±16,63		65,72±15,37		73,45±14,32		61,55±13,61	
Estado Conjugal		0,05		<0,001		<0,001		0,06
Vive com parceiro	64,02±16,44		68,41±14,40		74,40±13,67		62,37±13,18	
Vive sem parceiro	62,93±16,43		66,17±15,13		72,47±14,61		61,54±13,30	
Escolaridade		<0,001		<0,001		0,17		<0,001
Sem	60,15±15,68		64,69±15,27		73,05±14,00		59,69±12,97	
Com	65,00±16,56		68,59±14,37		73,76±14,15		63,00±13,23	
Renda		0,03		0,08		0,11		0,008
Sem	58,56±17,19		62,02±22,16		68,95±20,57		55,05±18,20	
Com	63,61±16,43		67,50±14,61		73,61±13,98		62,11±13,12	
Percepção de saúde		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001
Positiva	71,79±13,66		73,21±12,15		76,24±12,88		66,49±12,35	
Negativa	55,93±15,06		62,04±14,95		71,08±14,73		57,86±12,67	

F: Físico; P: Psicológico; RS: Relações sociais; MA: Meio ambiente; **p*<0,05. DP: desvio padrão.

Tabela 9 - Distribuição dos escores de QV das facetas do WHOQOL-OLD e comparação das variáveis estudadas. Triângulo do Sul – Minas Gerais, 2013.

Variáveis	WHOQOL-OLD											
	FS		A		APPF		PS		MM		I	
	Média±DP	p*	Média±DP	p*	Média±DP	p*	Média±DP	p*	Média±DP	p*	Média±DP	p*
Sexo		0,007		0,14		0,89		0,14		<0,001		0,14
Masculino	72,13±21,80		67,68±15,54		70,98±13,96		68,58±13,92		76,26±22,91		70,63±17,31	
Feminino	70,02±22,66		66,28±16,83		70,11±15,14		67,83±15,36		69,92±25,99		69,03±20,14	
Estado Conjugal		0,11		0,12		0,002		0,41		0,24		<0,001
Vive com parceiro	71,35±21,95		66,44±16,46		71,15±14,39		68,31±14,80		72,82±24,85		73,06±16,61	
Vive sem parceiro	70,12±22,86		67,31±16,27		69,57±15,09		67,89±14,86		71,82±25,24		65,31±21,12	
Escolaridade		<0,001		<0,001		0,14		<0,001		0,85		0,004
Sem	66,99±22,80		64,87±16,87		69,89±14,65		66,74±14,93		72,47±24,12		68,22±18,99	
Com	72,50±21,95		67,65±16,07		70,69±14,72		68,71±14,74		72,30±25,42		70,27±19,13	
Renda		0,01		0,83		0,12		0,17		0,82		0,008
Sem	62,99±24,20		66,25±19,88		66,17±19,77		64,41±19,06		71,57±26,61		58,82±28,39	
Com	70,95±22,30		66,83±16,30		70,51±14,61		68,17±14,75		72,37±25,01		69,82±18,89	
Percepção de saúde		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001
Positiva	77,22±19,87		70,90±15,53		74,48±13,31		72,70±13,27		75,24±24,71		72,79±18,17	
Negativa	64,93±22,91		63,02±16,22		66,72±14,95		63,91±14,91		69,74±25,05		66,78±19,43	

FS: Funcionamento dos sentidos; A: Autonomia; APPF: Atividades passadas, presentes e futuras; PS: Participação social; MM: Morte e morrer; I: Intimidade;

* $p < 0,05$; DP: desvio padrão.

As Tabelas 10 e 11 apresentam a correlação entre os domínios do WHOQOL-BREF e as facetas do WHOQOL-OLD com as variáveis, idade, número de morbidades, classes de medicamentos e incapacidade funcional. Houve correlação fraca e inversa para a maioria dos domínios e facetas, exceto para o domínio físico com número de morbidades e classes de medicamentos, cuja correlação foi média e inversa e a faceta morte e morrer em que se observou uma correlação fraca, porém, positiva com a idade. Segundo Cohen (1988) os valores de correlação situados entre 0,10 e 0,29 indicam uma correlação inexistente ou pequena; valores entre 0,30 e 0,49 indicam que existe uma correlação média e valores entre 0,50 e 1 podem ser interpretados como sinais de grande correlação.

Tabela 10 - Correlação entre os escores de QV do WHOQOL-BREF e as variáveis estudadas. Triângulo do Sul - Minas Gerais, 2013.

Variáveis	WHOQOL-BREF							
	F		P		RS		MA	
	r*	p**	r*	p**	r*	p**	r*	p**
Idade	-0,11	<0,001	-0,04	0,009	-0,02	0,13	-0,01	0,29
Número de morbidades	-0,39	<0,001	-0,28	<0,001	-0,10	<0,001	-0,18	<0,001
Nº de classes de medicamentos	-0,31	<0,001	-0,19	<0,001	-0,09	<0,001	-0,11	<0,001
Incapacidade Funcional	-0,24	<0,001	-0,16	<0,001	-0,10	<0,001	-0,12	<0,001

*Coeficiente de correlação de Pearson; F: Físico; P: Psicológico; RS: Relações sociais; MA: Meio ambiente; ** $p < 0,05$.

Tabela 11 - Correlação entre os escores de QV do WHOQOL-OLD e as variáveis estudadas. Triângulo do Sul - Minas Gerais, 2013.

Variáveis	WHOQOL-OLD											
	FS		A		APPF		PS		MM		I	
	r*	p**	r*	p**	r*	p**	r*	p**	r*	p**	r*	p**
Idade	-0,13	<0,001	-0,09	<0,001	-0,04	0,01	-0,05	<0,001	0,05	<0,001	-0,05	0,002
Número de morbidades	-0,21	<0,001	-0,17	<0,001	-0,15	<0,001	-0,16	<0,001	-0,13	<0,001	-0,08	<0,001
Nº de classes de medicamentos	-0,15	<0,001	-0,16	<0,001	-0,12	<0,001	-0,14	<0,001	-0,13	<0,001	-0,07	<0,001
Incapacidade Funcional	-0,14	<0,001	-0,20	<0,001	-0,13	<0,001	-0,19	<0,001	-0,07	<0,001	-0,07	<0,001

*Coeficiente de correlação de Pearson; FS: Funcionamento dos sentidos; A: Autonomia; APPF: Atividades passadas, presentes e futuras; PS: Participação social; MM: Morte e morrer; I: Intimidade; ** $p < 0,05$.

Em relação aos fatores associados, as variáveis da análise bivariada preliminar submetidas à análise multivariável, de acordo com o critério de inclusão estabelecido ($p < 0,10$) foram: idade, sexo, estado conjugal, escolaridade, renda, percepção de saúde, número de classes de medicamentos e morbidades e incapacidade funcional (Tabelas 12 e 13).

As Tabelas 12 e 13 apresentam o modelo de regressão linear multivariada para os escores de QV dos domínios do WHOQOL-BREF e facetas do WHOQOL-OLD entre os idosos para as variáveis idade, sexo, estado conjugal, escolaridade, renda, percepção de saúde, número de classes de medicamentos e morbidades e incapacidade funcional.

Na análise multivariável, empregando a regressão linear múltipla, verificou-se que o preditor que mais contribuiu para os menores escores em todos os domínios e facetas de QV foi a percepção de saúde negativa (Tabelas 12 e 13).

Todas as variáveis estudadas apresentaram associação com pelo menos um domínio ou faceta. Houve associação entre sexo feminino e menores escores de QV do domínio psicológico e da faceta morte e morrer. A variável idade esteve associada com os baixos escores de QV do domínio físico e facetas funcionamento dos sentidos, autonomia e morte e morrer. Viver sem parceiro (a) associou-se com menores escores de QV de relações sociais e intimidade. A variável sem escolaridade esteve associada aos baixos escores dos domínios físico, psicológico, meio ambiente, e facetas funcionamento dos sentidos, autonomia e participação social. Sem renda esteve associado aos baixos escores de QV dos domínios físico, psicológico, meio ambiente e faceta intimidade. A percepção de saúde negativa e incapacidade funcional associaram-se aos menores escores de QV de todos os domínios e facetas. Número de morbidades associou-se aos baixos escores de QV do domínio físico e facetas funcionamento do sentidos e morte e morrer. O número de classes de medicamentos associou-se ao baixo escore de apenas um domínio, físico (Tabelas 12 e 13).

Tabela 12 - Coeficientes de regressão linear multivariada para os escores de QV do WHOQOL-BREF para as variáveis estudadas. Triângulo do Sul – Minas Gerais, 2013.

Variáveis	WHOQOL-BREF							
	F		P		RS		MA	
	β^*	p^{**}	β^*	p^{**}	β^*	p^{**}	β^*	p^{**}
Idade	-0,065	<0,001	-0,006	0,70	-	-	-	-
Sexo	-0,017	0,26	-0,091	<0,001	-	-	-0,005	0,77
Estado Conjugal	0,011	0,46	-0,030	0,06	-0,058	<0,001	-0,008	0,64
Escolaridade	0,090	<0,001	0,094	<0,001	-	-	0,091	<0,001
Renda	0,033	0,02	0,035	0,02	-	-	0,057	<0,001
Percepção de saúde	0,423	<0,001	0,340	<0,001	0,166	<0,001	0,304	<0,001
Medicação	-0,061	<0,001	-0,022	0,23	-0,019	0,32	0,014	0,45
Morbidades	-0,099	<0,001	-0,027	0,12	-0,013	0,49	-0,015	0,41
Incapacidade Funcional	-0,146	<0,001	-0,096	<0,001	-0,064	<0,001	-0,093	<0,001

*Coeficientes de regressão; F: Físico; P: Psicológico; RS: Relações sociais; MA: Meio ambiente; ** $p < 0,05$.

Tabela 13 - Coeficientes de regressão linear multivariada para os escores de QV do WHOQOL-OLD para as variáveis estudadas. Triângulo do Sul - Minas Gerais, 2013.

Variáveis	WHOQOL-OLD											
	FS		A		APPF		PS		MM		I	
	β^*	p^{**}	β^*	p^{**}	β^*	p^{**}	β^*	p^{**}	β^*	p^{**}	β^*	p^{**}
Idade	-0,101	<0,001	-0,059	<0,001	-0,022	0,18	-0,024	0,15	0,059	<0,001	-0,008	0,64
Sexo	-0,017	0,30	-0,008	0,63	-	-	-	-	-0,090	<0,001	0,021	0,24
Estado Conjugal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-0,192	<0,001
Escolaridade	0,074	<0,001	0,048	0,004	-	-	0,035	0,03	-	-	0,024	0,16
Renda	0,041	0,01	-	-	-	-	-	-	-	-	0,057	<0,001
Percepção de saúde	0,242	<0,001	0,209	<0,001	0,247	<0,001	0,272	<0,001	0,081	<0,001	0,142	<0,001
Medicação	-0,010	0,58	-0,009	0,64	-0,029	0,12	-0,014	0,45	-0,038	0,05	-0,011	0,55
Morbidades	-0,040	0,03	-0,029	0,12	0,004	0,83	-0,018	0,34	-0,041	0,03	0,013	0,50
Incapacidade Funcional	-0,087	<0,001	-0,137	<0,001	-0,091	<0,001	-0,113	<0,001	-0,065	<0,001	-0,059	<0,001

*Coeficientes de regressão; FS: Funcionamento dos sentidos; A: Autonomia; APPF: Atividades passadas, presentes e futuras; PS: Participação social; MM: Morte e morrer; I: Intimidade; ** $p < 0,05$.

6. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo permitiram delinear o perfil sociodemográfico, econômico e clínico dos idosos pesquisados, bem como avaliar sua QV e os fatores associados à mesma.

As características sociodemográficas evidenciaram uma amostra predominantemente com idade entre 60 a 69 anos e feminina, corroborando com outros estudos brasileiros (PEREIRA et al., 2011; CLARES et al., 2011).

Observou-se uma expressiva proporção da população “mais idosa”, representada pela faixa etária de 80 anos ou mais (n=406; 11,8%), inferior à nacional (14,2%), porém representativa. A proporção de pessoas com 80 anos ou mais tem aumentado, segundo os dados do Ministério da Saúde (2012) a expectativa de vida ao nascer no Brasil alcançou a média de 74,08 anos em 2011, um pouco inferior se comparado com a região das Américas, cuja média é de 76 anos (BRASIL, 2012).

A composição predominante de mulheres, observada no presente estudo, seguiu a tendência mundial no que se refere ao sexo de indivíduos com sessenta anos ou mais (DIAS et al., 2012). O predomínio de mulheres (n=2111; 61,5%) em relação aos homens (n=1319; 38,5%) pode ser explicado pelos diferenciais de longevidade, já que em média, as mulheres vivem oito anos a mais que os homens e após os 60 anos de idade apresentam esperança de vida de quatro anos a mais que os mesmos (IBGE, 2012). Essa feminização da velhice pode ser decorrente de vários fatores, tais como condutas menos agressivas por parte das mulheres, menor exposição a determinados fatores de risco no trabalho, menor prevalência de tabagismo e alcoolismo, diferenças quanto à atitude diante de problemas de saúde e maior cobertura da assistência gineco-obstétrica (LEBRÃO; LAURENTI, 2005).

Em relação ao estado civil, pode-se dizer que essa variável refletiu os achados demográficos do Brasil, em que há maior proporção de idosos casados ou em união estável. No estudo de Dias et al. (2012) a maioria dos idosos declarou ser casado, seguidos dos viúvos e separados, o mesmo resultado foi encontrado também em um estudo na zona urbana de Uberaba-MG, onde 47% dos entrevistados viviam com o cônjuge e 36,6% eram viúvos(as) (TAVARES; GUIDETTI; SAÚDE, 2008). Isso se deve pelo fato de os idosos apresentam características mais conservadoras no que se refere ao matrimônio e acreditam que o casamento deve ser único e para a vida toda (ARAÚJO; BACHION, 2004), outro aspecto, que deve ser mencionado, é que muitos homens se casam novamente após a morte de suas esposas, trata-se de uma cultura em que o homem precisa se casar novamente e as mulheres devem permanecer sem companheiro e viver um luto eterno e dedicar-se ao lar e aos filhos (CLARES et al., 2011).

No entanto, apesar da maior proporção de idosos casados ou em união estável, verificou-se que o número de pessoas “sem parceiro” foi elevado (n=1497; 43,8%), condição que contribui para a chegada da velhice sem o apoio do cônjuge e talvez de filhos.

Quanto à escolaridade, evidenciou-se baixo nível educacional da amostra estudada, onde 54,2% (n=1859) dos idosos possuíam de um a quatro anos de estudos, seguidos de 30,2% (n=1036) analfabetos. Semelhantemente, no estudo de Clares et al. (2011) verificou-se que a maioria não era alfabetizada ou possuía ensino fundamental incompleto, o que pode ser explicado devido às dificuldades de acesso às escolas na época em que esses idosos cresceram, além da desvalorização da educação formal e de condições socioeconômicas precárias (SOUSA; SILVER; GRIEP, 2010), além de um contexto em que os meninos deveriam trabalhar no cultivo da terra e as meninas deveriam ajudar suas mães nas atividades domésticas e se tornarem boas “donas de casa” (SILVA; BESSA; OLIVIEIRA, 2004).

Na amostra da atual pesquisa, 48,6% (n=1658) dos entrevistados relataram que a renda total do seu domicílio era compreendida entre 1 a 3 salários mínimos, resultado semelhante ao encontrado por outros autores como Faller et al. (2010) cujo estudo apontou a renda de 79,08% idosos (n=152) entre 1 a 3 salários; outro percentual que merece destaque é o de idosos com apenas 1 salário mínimo (n=755; 22,1%), segundo Clares et al. (2011) a renda representa um fator determinante na situação de saúde do idoso devido a necessidade de medicamentos, alimentação e outros custos que os processos limitativos acarretam. Dessa forma, muitos idosos mesmo aposentados continuam exercendo alguma atividade remunerada, principalmente no mercado informal, já que no Brasil, uma das características marcantes da população idosa é seu baixo poder aquisitivo (FALLER et al., 2010).

No que se refere à percepção de saúde houve algumas variações. O atual estudo apontou que os idosos avaliaram sua própria saúde como regular (n=1342; 39,2%), estudos de Dias et al. (2012), Tavares e Guidetti (2008) e Lima-Costa, Firmo e Uchôa (2004) mostraram que os idosos entrevistados avaliaram o seu estado de saúde como regular. De maneira geral, 51,9% (n=1777) dos idosos apontaram uma percepção negativa (regular e ruim) de sua própria saúde. De acordo com Dias et al. (2012) a percepção de saúde frequentemente está relacionada com as condições econômicas dos indivíduos, dessa forma, a prevalência em se avaliar como regular/ruim o estado de saúde pode ser decorrente da desigualdade social.

Conforme verificado pelo presente estudo, os idosos apresentam entre 1 a 4 morbidades, esse acúmulo de doenças crônicas entre idosos é uma situação bastante comum (DIAS et al., 2012). As doenças mais referidas pelos idosos neste estudo foram hipertensão arterial (n=2256; 65,8%), doenças osteomusculares (n=1227; 35,8%), hiperlipidemia

(n=1060; 30,9%), doenças reumáticas (n=1045; 30,5%), cardiopatias (n=839; 24,5%), diabetes (n= 682; 19,9%) e depressão (n=595; 17,3%).

Outros estudos também apontam em seus resultados uma alta prevalência de queixas relacionadas à hipertensão e diabetes (OLIVEIRA; GOMES; PAIVA, 2011; FRANÇA, 2013). Estas constituem a principal causa de óbito entre os idosos (ROMERO et al, 2010). Segundo Clares et al., (2011) a presença de hipertensão e diabetes nessa faixa etária, resulta em uma maior vulnerabilidade frente às complicações cardiovasculares e cerebrovasculares determinadas pela associação entre as condições clínicas e outros fatores que acumulam ao longo do tempo.

Além dessas doenças, a depressão é uma desordem psiquiátrica que merece atenção, pois é muito comum em idosos, ela ocorre em um contexto de perda da QV associada ao isolamento social e também com o surgimento de outras doenças (COSTA et al., 2012; SILVA et al., 2012).

Com esse aumento de idosos com doenças crônicas devido à transição epidemiológica, estes tem representado uma significativa parcela dos consumidores de medicamentos (CABRERA, 2011).

As doenças que mais contribuem para a polimedicação são hipertensão, problemas cardiovasculares, problemas endócrinos e relacionados ao sistema nervoso central, sendo que as classes de medicamentos que mais contribuíram foram os anti-hipertensivos, anti-diabéticos, psicotrópicos e antitrombóticos (GALATO; SILVA; TIBURCIO, 2010).

Esse uso exacerbado de medicamentos demonstra que essa é a principal forma de tratamento utilizada pelo idoso, contrapondo as formas alternativas para cuidar da saúde como alimentação adequada e atividades físicas (FRANÇA, 2013).

Quanto à capacidade funcional dos idosos entrevistados, a maioria é independente para a realização das atividades básicas de vida diária (ABVD). Porém, vale ressaltar que o instrumento utilizado avalia alguns aspectos em detrimento de outros, determinando assim o resultado obtido. A independência para as atividades da vida diária analisadas pelo Índice de Katz são previamente determinadas da seguinte forma (KATZ et al 1963; DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007):

A) A atividade "banhar-se" é avaliada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Nessa função são considerados independentes os idosos que recebem algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades. Aqueles que recebem assistência para banhar-se em mais de uma parte do corpo ou necessitam de auxílio para

entrar ou sair da banheira são dependentes parciais e aqueles que não são capazes de banharem-se sozinhos recebem a designação de dependência total.

B) Para avaliar a função "vestir-se" considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir, são compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar sapatos foi excluído da avaliação. A designação de dependência é dada aos indivíduos que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem parcial ou totalmente despidos.

C) A função "ir ao banheiro" compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar essa atividade. "Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto, que utilizam papagaios" ou "comadres", ou que não desempenham a função.

D) A atividade de "transferência" é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. O uso de equipamentos ou suporte mecânico não alterava a classificação de independência para essa atividade. São considerados dependentes, os idosos que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executavam uma ou mais transferências.

E) A função "continência" refere-se ao ato autocontrolado de urinar ou defecar, a dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer auxílio como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classificava o idoso como dependente.

F) A atividade "alimentação" está relacionada ao ato de levar a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar os alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação. São classificados como dependentes, os idosos que recebem qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas enterais, nutrição parenteral são considerados dependentes.

A frequência de idosos dependentes foi menor que a de outros estudos (NAKATANI et al, 2010; MILLÁN-CALENTI et al, 2010; SANTOS; PAVARINI, 2011; FREITAS et al, 2012). Devido o aumento da expectativa de vida e de estudos que buscam promover a qualidade de vida dos idosos, pode-se inferir que a prevalência de idosos mais ativos e independentes é cada vez maior (BARBOSA et al, 2014).

Um dos fatores associados à capacidade funcional é a idade, ou seja, o aumento da idade implica em maior comprometimento da mesma. Idosos na faixa etária entre 70 e 79 anos têm 7,3 vezes mais chances de apresentarem comprometimento da capacidade funcional

em relação aos idosos na faixa etária entre 60 e 69 anos, enquanto os idosos de 80 anos e mais apresentaram 3,5 vezes mais chances em relação aos idosos de 70 a 79 anos (NUNES et al., 2009).

A amostra apresenta 507 idosos (14,8%) dependentes, supõe-se que estes idosos estejam em sua maioria com 80 anos ou mais, já que neste segmento da faixa etária há 406 idosos (11,8%), o que significa que mesmo que todos os dependentes sejam idosos muito idosos, ainda assim, existe uma porcentagem de idosos mais novos dependentes, este indicador pode referir-se a uma maior probabilidade de mortalidade nesta população exigindo condutas preventivas.

Frequentemente a incapacidade funcional dos idosos pode estar associada a alguma doença, como as doenças crônicas, que tendem a se desenvolver de forma mais expressiva, além de ocorrer mais de uma simultaneamente, comprometendo assim a QV dos idosos (SILVA NETO, 2011).

Dessa forma, pode-se inferir que os idosos mais jovens dependentes podem estar acometidos por doenças crônicas que constituem um fator de risco para incapacidade funcional (RODRIGUES et al, 2009). Os estudos de Barbosa et al (2014) e Giacomini et al (2008) apontaram que diabetes mellitus, AVE e doenças cardíacas tiveram associação com dependência em ABVD.

A maior frequência de dependência em ABVD foi para a incontinência urinária (DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009; NAKATANI et al, 2010; MILLÁN-CALENTI et al, 2010; FREITAS et al, 2012), o estudo realizado por Del Duca, Silva e Hallal (2009) apontou resultado semelhante, o qual 598 idosos foram entrevistados e 11% apresentaram dependência para realizar as ABVD, dentre elas urinar e/ou evacuar (21,3%). Na pesquisa realizada por Nunes et al. (2010), esta atividade obteve maior comprometimento, principalmente a incontinência urinária ocasional, relatada pelas mulheres, relacionada ao uso de medicamentos (diuréticos).

De acordo com a literatura, a fraqueza do assoalho pélvico decorrente do envelhecimento e multiparidade como principais fatores favorecem tal ocorrência (VIEIRA, 2004). Segundo Nunes et al. (2010), essa condição pode afetar a vida social e as demandas de higiene.

As condições socioeconômicas e demográficas, bem como as de saúde não acontecem de uma forma isolada. Uma interfere na outra e conseqüentemente influenciam na QV dos idosos.

A escolaridade e a renda, por exemplo, influenciam a saúde da população (CLARES et al., 2011). Estudos apontam que idosos com maior nível de escolaridade e melhor renda são mais independentes para o autocuidado, para o uso correto de medicamentos, de meios de transporte e de comunicação (LEMOS; SOUZA; MENDES, 2006). Já idosos de menor escolaridade e renda estão mais vulneráveis às doenças e, conseqüentemente, necessitam de maior atenção à saúde (LOUVISON et al., 2008).

A capacidade funcional está relacionada não apenas as doenças, mas também, segundo o estudo de Nunes et al. (2009), os resultados apontam que esta é uma condição multifatorial, ou seja, está associada à interação de fatores demográficos, sociais, econômicos, epidemiológicos e comportamentais. Este também aponta que idosos do sexo feminino, viúvas, analfabetas, morando sós, com baixa renda, sedentários e inativos no mercado de trabalho apresentaram maiores chances para o comprometimento da capacidade funcional para as AVD.

De maneira geral, o perfil socioeconômico e demográfico dos idosos entrevistados assemelha-se às tendências observadas em outros estudos populacionais, os quais a maioria dos idosos apresenta baixa escolaridade, baixa renda (SANTOS; RIBEIRO, 2011, ALVARENGA et al., 2011), com percepção de saúde regular/ruim, além de elevado número de morbidades autorreferidas, sendo a hipertensão arterial, artrite/reumatismo/artrose e diabetes mellitus as mais frequentes (SANTOS; RIBEIRO, 2011).

A QV mensurada pelo WHOQOL-BREF obteve maior escore médio para o domínio relações sociais (73,54), coincidindo com o estudo realizado no município de Uberaba, no qual 2.142 idosos foram entrevistados e o maior escore médio também foi nesse domínio (68,82) (TAVARES; DIAS, 2012).

O domínio meio ambiente (62,00) apresentou o menor escore médio de QV, resultado semelhante ao encontrado em uma pesquisa realizadas com idosos atendidos em uma Equipe Saúde da Família que obtiveram menores escores no mesmo domínio (SILVA, 2008). Com o avançar da idade ocorrem mudanças morfológicas, funcionais e bioquímicas que abrangem todo o organismo e determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade (CARVALHO FILHO; PAPALEO NETTO, 2000; GUIMARÃES, 2004).

Na avaliação pelo WHOQOL-OLD a faceta autonomia obteve o menor escore médio de QV (66,82), o mesmo se deu no estudo de França (2013) e Tavares e Dias (2012), a faceta morte e morrer (72,36) apresentou o maior escore médio, o mesmo resultado foi encontrado no estudo de França (2013). Sendo assim, supõe-se que o baixo escore médio nessa faceta

significa que os idosos estão insatisfeitos com suas possibilidades de realizar atividades que gostariam e de tomada de decisões (FRANÇA, 2013).

O escore alto na faceta morte e morrer refere-se que os idosos não estão incomodados com os medos acerca da morte, isso pode ser devido a valores espirituais e religião, ou à percepção de que se sentem no final da vida e a morte se tornou algo esperado (FRANÇA, 2013).

Os idosos do sexo feminino, sem parceiro (a), sem escolaridade, sem renda e com percepção negativa acerca da saúde, apresentaram piores escores médios de QV em todos os domínios e facetas do WHOQOL-BREF e do WHOQOL-OLD respectivamente, corroborando com o estudo de Faller, Melo, Versa, Marcon (2010), no qual idosos do sexo masculino, casados, não aposentados, que exercem uma atividade remunerada, os com renda entre 1 a 3 salários mínimos e com escolaridade inferior a 8 anos apresentaram melhores índices de QV.

Segundo a literatura os idosos sem parceiro (a) residem com famílias multigeracionais e estas acabam exercendo um maior domínio sobre o idoso, suas atividades e relacionamentos, ou seja, sobre sua vida (FALLER; MELO; VERSA; MARCON, 2010), o que pode explicar os baixos escores de QV.

Neste estudo houve correlação fraca e inversa para maioria dos domínios considerando as variáveis, idade, número de morbidades, número de classes de medicamentos e incapacidade funcional, exceto no domínio físico em que a correlação com o número de morbidades e medicamentos foi média e inversa, ou seja, quanto maior o número de morbidades e medicamentos presentes no idoso, conseqüentemente pior é sua QV no domínio físico.

Esse resultado corrobora com o estudo de Dawalibi et al (2014) o qual no domínio físico, a presença de doenças mostrou-se inversamente associada à QV, dessa forma, os idosos sem quaisquer doenças apresentaram QV significativamente melhor, em relação aos que tinham pelo menos uma doença.

A faceta morte e morrer apesar de ter apresentado correlação fraca com as variáveis estudadas, observa-se que quanto mais avançada é a idade melhor é a QV nessa faceta. Para os mais idosos, a consciência da própria idade e a expectativa de um futuro mais curto os leva a uma maior aproximação com a ideia de morte, aceitando-a como etapa inevitável (BARBOSA; MELCHIORI; NEME, 2011).

Os resultados deste estudo mostram que em todos os domínios e facetas, pelo menos uma variável sociodemográfica, econômica ou de saúde esteve associada a menores escores de QV.

A associação entre idade avançada e pior QV ocorreu no domínio, físico, e facetas, funcionamento dos sentidos, autonomia e morte e morrer. Diferentemente do estudo de Pereira et al (2011) em que o aumento da idade não influenciou na QV dos idosos.

Houve associação entre as variáveis sem escolaridade e sem renda com os domínios físico, psicológico e meio ambiente; e respectivamente funcionamento dos sentidos, autonomia e participação social; e a faceta intimidade. No estudo de Pereira, Alvarez e Traebert (2011) em que os idosos de baixa renda e escolaridade mostraram-se associados aos menores escores de QV no que se refere aos domínios físico e meio ambiente, resultado condizente com o encontrado neste estudo. O domínio meio ambiente aborda questões relacionadas à segurança física, disponibilidade de recursos financeiros, oportunidades de adquirir novas informações, recreação e lazer, e disponibilidade de cuidados com a saúde, a associação poderia ser explicada pelo fato de que essas variáveis demonstraram maior exposição da pessoa idosa a piores condições de moradia e segurança física (PEREIRA; ALVAREZ; TRAEBERT, 2011).

No caso do domínio físico é abordado a dor e o desconforto, a dependência quanto ao uso de medicações, energia e fadiga nas atividades diárias, sono e repouso, capacidade de realizar um trabalho, portanto, a associação com baixa escolaridade e baixa renda poderia ser explicada, pelo fato destas exporem o idoso a uma história de vida com maiores comprometimentos da saúde física e do envelhecimento (PEREIRA; ALVAREZ; TRAEBERT, 2011).

A percepção de saúde negativa e incapacidade funcional foram associadas aos piores escores de QV em todos os domínios e facetas. Os idosos que avaliaram melhor sua saúde e que relataram não ter doenças apresentaram escores médios maiores no domínio físico e meio ambiente, demonstrando associação significativa para esses domínios em relação à percepção de saúde (GRILLO et al., 2014).

A percepção de boa QV para o idoso está muitas vezes relacionada com sua satisfação com a saúde e sua autonomia para exercer as atividades diárias (JÓIA; RUIZ; DONALISIO, 2008). A literatura aponta que a percepção tende a ser ruim com o aumento da idade e do número de doenças crônicas relatadas (PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013).

A associação entre a percepção de saúde e a faceta morte e morrer encontrada nesse estudo sugere que para os idosos que apresentam uma percepção de saúde negativa, os

sentimentos relacionados à morte e morrer estão mais presentes que para aqueles que avaliaram a saúde como boa ou muito boa (GRILLO et al., 2014).

Observou-se ainda associação entre as idosas e menores escores de QV na faceta morte e morrer e no domínio psicológico. As mulheres, embora vivam mais do que os homens, elas passam por um período maior de debilitação biológica antes da morte do que eles (PEREIRA; ALVAREZ; TRAEBERT, 2011), explicando assim, o fato das idosas apresentarem menor escore na faceta morte e morrer.

Outra associação encontrada foi entre os idosos sem parceiro (a) e pior QV na faceta intimidade, a qual avalia a capacidade de relacionamento íntimo e sentimentos de amor, a mesma associação ocorreu no estudo de Grillo et al (2014) no qual os casados apresentaram escores médios maiores que os solteiros ou viúvos.

Além disso, houve associação entre o número de classes de medicamentos e morbidades com pior QV no domínio físico e no caso dessa última, com as facetas funcionamento dos sentidos e morte e morrer. Percebe-se que o indivíduo ter pelo menos uma morbidade, geralmente, influencia na sua QV, o estudo de Silva (2012) mostrou que os idosos que autorreferiram diabetes, por exemplo, tiveram significância estatística, influenciando negativamente nos escores de QV.

O uso de múltiplos medicamentos por idosos pode afetar a morbimortalidade e a QV dos mesmos. Entre as principais consequências está o risco de reações adversas aos medicamentos, que pode levar à potencialização de efeitos adversos, à diminuição das ações dos medicamentos, devido ao sinergismo ou antagonismo de múltiplos fármacos que interferem no metabolismo hepático e no mecanismo de excreção (CABRERA, 2011).

As reações adversas aos medicamentos são associadas a desfechos negativos da terapia, podem influenciar a relação médico-paciente, uma vez que a confiança no profissional pode ser abalada; retardar o tratamento, limitar a autonomia do idoso e afetar a QV; além disso, em muitos casos o tratamento das reações adversas envolve a inclusão de novos medicamentos aumentando o risco da cascata iatrogênica (SECOLI, 2010).

O presente estudo apresentou algumas limitações como o delineamento transversal, não ter avaliado as atividades instrumentais de vida diária e morbidades e medicações autorreferidas o que pode subestimar ou superestimar algumas informações encontradas. E a inexpressiva existência de trabalhos científicos que apontam fatores associados à QV por domínios e facetas dos instrumentos WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD e a inexistência de pontos de corte para os mesmos.

Com suporte social inadequado e insuficiente atendimento à saúde, alcançar a maior longevidade associada à qualidade de vida satisfatória trata-se de um dos maiores desafios relacionado às políticas públicas, com aumento da alocação de recursos para o atendimento às demandas socioeconômicas e sanitárias (JÓIA; RUIZ; DONALISIO, 2008).

Conhecer a qualidade de vida dos idosos é uma possibilidade de intervir no continuum de vida por meio da execução de um planejamento baseado nas variáveis que influenciam negativamente sua qualidade de vida, ressaltando que qualidade de vida não pode restringir-se à avaliação única de um momento específico da vida (SILVA, 2012)

Há necessidade de fóruns de discussão sobre a formação de uma rede de apoio que eleve e mantenha bons níveis de qualidade de vida dos idosos em um contexto multidimensional, talvez o insucesso de planos bem intencionados seja devido á desconsideração aos idosos que sofrem e reflete em sua qualidade de vida todas as privações e limitações imputadas a essa população (SILVA, 2012).

7. CONCLUSÃO

Nessa investigação foi caracterizado o perfil sociodemográfico, econômico e de saúde dos idosos de 24 municípios do Triângulo do Sul.

A maioria dos idosos tem 60 a 69 anos (52,6%), do sexo feminino (61,5%), vivem com parceiro (56,2%), com 1 a 4 anos de estudos (54,2%). A maioria dos idosos era da cor da pele branca (60,1%) e maior percentual recebiam entre 1 a 3 salários mínimos (48,6%). Apresentaram percepção de saúde regular (39,2%), presença de 1 a 4 morbidades (73,7%), uso de 1 a 4 medicamentos (79,3%) e independência para as ABVD (85,2%).

O maior percentual de idosos apresentou hipertensão arterial (65,8%), seguido de doenças osteomusculares (35,8%), hiperlipidemia (30,9%), doenças reumáticas (30,5%), cardiopatias (24,5%) e diabetes (19,9%). Fazem uso de anti-hipertensivos (64,7%), seguido de analgésicos (39,2%), diuréticos (32,1%), antidepressivos (16,4%) e hipoglicemiantes (14,5%).

Os resultados mostraram que apesar das dificuldades sociais e as condições desfavoráveis à saúde vivenciadas pelos idosos, esses não apresentaram escores médios de qualidade de vida muito baixos. O domínio relações sociais e a faceta morte e morrer apresentam maiores escores médios (73,54 e 72,36 respectivamente) e o domínio meio ambiente e faceta autonomia foram os menores (62,00 e 66,82 respectivamente).

O estudo confirmou a hipótese apresentada, ou seja, ser do sexo feminino, ter idade mais avançada, viver sozinho, menor renda, baixa escolaridade e dependência para as AVD são fatores associados à pior qualidade de vida. A correlação foi média para qualidade de vida com uso de várias medicações e acometimento por várias doenças. Na análise multivariável, o preditor que mais contribuiu para os menores escores em todos os domínios e facetas de QV foi a percepção de saúde negativa.

Os pesquisadores elaboraram um livro com os resultados desse trabalho intitulado “Perfil de Saúde da população Idosa dos Municípios da Superintendência Regional de Saúde de Uberaba - Minas Gerais”, e foram distribuídos exemplares entre os 27 municípios como contribuição da pesquisa realizada. Espera-se que as informações dessa pesquisa possibilitem a reflexão sobre a gestão e planejamento de ações e serviços de saúde e também sobre a prática do cuidado dos profissionais de saúde prestada ao idoso.

8. REFERÊNCIAS

ALVARENGA, M.R.M., OLIVEIRA, M.A.C., DOMINGUES, M.A.R., AMENDOLA, F., FACCENDA, O. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.5, p.2603-2611, 2011.

ARAÚJO, L.A.O., BACHION, M.M. Programa Saúde da Família: perfil de idosos assistidos por uma equipe. **Rev Bras Enferm.**, v.57, n.5, p.586-90, 2004.

BARBOSA, C. G., MELCHIORI, L. E., NEME, C. M. B. O significado da morte para adolescentes, adultos e idosos. **Paidéia**, v.21, n.49, p.175-185, 2011.

BERTAN, F.C; CASTRO, E.K. Qualidade de vida e câncer: revisão sistemática de artigos brasileiros. **Revista Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 40, n. 3, p. 366-372, 2009.

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

BRAGA, M.C.P. et al. Qualidade de vida medida pelo WHOQOL-bref: estudo com idosos residentes em Juiz de Fora/MG. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 14, n. 1, p. 93-100, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informação de Atenção Básica – Cadastramento Familiar**. Brasília: Dez 2003 – Abr. 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcqj.exe?ibge/cnv/popuf.def>. Acessado: 04/08/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. A epidemia de AIDS no Brasil. **Boletim de Epidemiologia AIDS**. 2009. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2009/boletim2009_final_pdf_24513.pdf. Acessado: 13/11/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: 2010. 44 p.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Estabelece as Diretrizes normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, n. 112, 13 de junho de 2013. Seção 1, p. 59-62.

CABRERA, M. Polifarmácia e Adequação do uso de medicamentos. In: FREITAS, E.V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3 ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p.1055-1060.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S. Envelhecimento da População Brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E.V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3 ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p.58-72.

CARVALHO, J.A.M.; GARCIA, R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Caderno de Saúde Pública**, v.19, n.3, p. 725-733, 2003.

CARVALHO FILHO, E.T.; PAPALEO NETTO, M. **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu; 2000.

CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C.; FLECK, M.P. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n.5, p.185-91, 2006.

CHAIMOWICZ, F.; CAMARGOS, M.C.S. Envelhecimento e Saúde no Brasil. In: FREITAS, E.V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3 ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p.4-96.

CHIKUDE, T.; FUJIKI, E.M.; HONDA, E.K.; ONO, N.K.; MILANI, C. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes idosos com fratura de colo de fêmur tratados cirurgicamente pela artroplastia parcial do quadril. **Acta Ortop Bras**, v.15, n.4, p. 32-40, 2007.

CLARES, J.W.B., FREITAS, M.C., ALMEIDA, P.C., GALIZA, F.T, QUEIROZ, T.A. Perfil de idosos cadastrados numa unidade básica de saúde da família de Fortaleza-CE. **Rev Rene**, Fortaleza, v.12, (n. esp.), p.988-94, 2011.

COHEN, J. **Statistical power analysis for the behavioural sciences**. 2 ed. New York: Academic Press, 1988.

CONVERSO, M.E.; IARTELLI, I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. **Journal Brasileiro de Psiquiatria**, v.56, n.4, p. 267-72, 2007.

COSTA, J.M.S., et al. Prevenção da depressão em idosos institucionalizados no hospital Santo Antônio dos Pobres de Itaperuna-RJ. **Acta Biomedicina Brasiliensia**, v.3, n.1, p.52-62, 2012.

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

DAWALIBI, N.W., et al. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.8, p.3505-3512, 2014.

DEL DUCA, G.F.; SILVA, M.C.; HALLAL, P.C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Rev. Saúde Pública**, n.43, v.5, p.796-805, 2009.

DIAS, L.D.; BRITO, G.E.G.; FORTE, F.D.S.; ARAÚJO, K.M.B.; LUCENA, E.M.F. Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos do município de João Pessoa- PB. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v.25, n.1, p.86-96, 2012.

DUARTE, Y.A.O.; ANDRADE, C.L.; LEBRÃO, M.L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev Esc Enferm USP**, n.41, v.2, p. 317-25, 2007.

FALLER, J.W.; MELO, W.A.; VERSA, G.L.G.S.; MARCON, S.S. Qualidade de Vida de Idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Foz do Iguaçu-PR. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.14, v.4, p. 803-810, 2010.

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

FRANÇA, M.L. **Qualidade de vida e fatores associados em idosos institucionalizados e não institucionalizados do município de Agudos**. 2013. 120p. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

FREITAS, R.S.; FERNANDES, M.H.; COQUEIRO, R.S.; REIS JÚNIOR, W.M.; ROCHA, S.V.; BRITO, T.A. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. **Acta Paul Enferm**, n.25, v.6, p. 933-939, 2012.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). **Envelhecimento no Século XXI: celebração e desafio**. Disponível em: <<http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Portuguese-Exec-Summary.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2013.

FURTADO, L.F.V. Epidemiologia do envelhecimento: dinamização, problemas e consequências. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.15, n.2, p. 55-69, 2012.

GALATO, D.; SILVA, E.S.; TIBURCIO, L.S. Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polimedicação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.6, p.2899-2905, 2010.

GIACOMIN, K.C.; PEIXOTO, S.V.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M.F. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saude Publica**, n.24, v.6, p.1260-1270, 2008.

GRILLO, L.P., et al. Qualidade de vida, estado nutricional e hábitos alimentares de idosos pertencentes a uma equipe estratégia saúde da Família no sul do Brasil. **A terceira idade**, São Paulo, v.25, n.59, p. 6-22, 2014.

GUIMARÃES, L.H.C.T.; GALDINO, D.C.A, MARTINS, F.L.M.; ABREU, S.R.; LIMA, M.; VITORINO, D.F.M. Avaliação da Capacidade Funcional de Idosos em Tratamento Fisioterapêutico. **Revista Neurociências**, n.12, v.3, 2004.

HEINONEN, H.; ARO, A.R.; AALTO, A.M.; UTELA, A. Is the evaluation of the global quality of life determined by emotional status? **Qual Life Res**, v.13, n.8, p.1347-56, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Coordenação de População e Indicadores Sociais**. Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2011>>. Acesso em: 05 ago. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Coordenação de População e Indicadores Sociais**. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. 2000 a 2012: Projeção da População do Brasil e das Unidades da Federação, por Sexo e Idade para o Período 2000-2030. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm>. Acesso em: 15/09/2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE): 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/fecundidade.html>>. Acesso em: 20/06/2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE): 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/fecundidade.html>>. Acesso em 20/05/2013.

JÓIA, L.C., RUIZ, T., DONALISIO, M.R. Grau de satisfação com a saúde entre idosos do Município de Botucatu, Estado de São Paulo. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.17, n.3, p.187-194, 2008.

KATZ, S.; FORD, A.B.; MOSKOWITZ, R.W.; JACKSON, B.A.; JAFFE, MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, n.185, n.12, p.914-9, 1963.

KURCGANT, P. **Gerenciamento em Enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 196 p.

LANDEIRO, G.; et al. Revisão Sistemática dos estudos sobre QV na base de dados Scielo. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.16, v.10, p.4257-4266, 2011.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. (Org.). **SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento: o Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: OPAS, 2003. 255p.

LEBRÃO, M.L., LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol.**, v.8, n.2, p.127-41, 2005.

LEMOS, M., SOUZA, N.R., MENDES, M.M.R. Perfil da população idosa cadastrada em uma unidade de saúde da família. **Rev Min Enferm.**, v.10, n.3, p.218-25, 2006.

LIMA, M.G.; et al. Comportamentos relacionados à saúde e qualidade de vida em idosos: um estudo de base populacional. **Revista Saúde Pública**, v.45, n.3, p.485-93, 2011.

LIMA-COSTA, M. F. F.; et al. Projeto Bambuí: um estudo epidemiológico de características sociodemográficas, suporte social e indicadores de condição de saúde dos idosos em comparação aos adultos jovens. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 11, n. 2, p. 91-105, 2002.

LIMA-COSTA, M.F., FIRMO, J.O.A., UCHÔA, E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: Projeto Bambuí. **Rev. Saúde Pública**, v.38, n.6, p.827-34, 2004.

LIMA-COSTA, M.F.; VERAS, R.P. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saúde pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.700-701, 2003.

LINO, V.T.S.; PEREIRA, S.E.M.; CAMACHO, L.A.B. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (Escala de Katz). **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 103-12, 2008.

LOUVISON, M.C.P., LEBRÃO, M.L., DUARTE, Y.A.O., SANTOS, J.L.F., MALIK, A.M., ALMEIDA, E.S. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos no município de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, v.42, n.4, p.733-40, 2008.

LUNA, E.J.A.; GATTAS, V.L. Effectiveness of the Brazilian influenza vaccination policy, a systematic review. **Revista do Instituto de Medicina Tropical**, São Paulo, v.52, n.4, p. 15-181, 2010.

MAUÉS, C.R.; et al. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 8, n.5, p.405-10, 2010.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MILLÁN-CALENTI, J.C.; et al. Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. **Arch Gerontol Geriatr**, v.50, n.3, p.306-310, 2010.

MINAYO, M.C.S. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p. 208-209, 2012.

NAKATANI, A.Y.K.; SILVA, L.B.; BACHION, M.M.; NUNES, DP. Capacidade funcional em idosos na comunidade e propostas de intervenções pela equipe de saúde. **Rev Eletrônica Enferm**, v.11, n.1, p.144-150, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/pdf/v11n1a18.pdf>

NOGALES, A.M.V. Causas de morte em idosos no Brasil. In: **Anais do XIV Encontro Nacional de estudos Populacionais da ABEP**. Saúde e longevidade. Caxambu, 2004.

NUNES, D.P., et al. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.6, p.2887-2898, 2010.

NUNES, M.C.R.; RIBEIRO, R.C.L.; ROSADO, L.E.F.P.L.; FRANCESCHINI, S.C. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.13, n.5, p. 376-82, 2009.

OLIVEIRA, E.R.A., GOMES, M.J., PAIVA, K.M. Institucionalização e qualidade de vida de idoso da região metropolitana de Vitória-ES. **Esc. Anna Nery**, v.15, n.3, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 60p. 2005.

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

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião**. 2000. 255 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

PASCHOAL, S.M.P. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, E.V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3 ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 99-106.

PASKULIN, L. M. G. **Fatores associados à qualidade de vida de idosos de um distrito sanitário de Porto Alegre/RS. 2006**. 170 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2006.

PASKULIN, L.M.G.; VIANNA, L.A.C. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.5, p.757-68, 2007.

PAVÃO, A.L.B., WERNECK, G.L., CAMPOS, M.R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.4, p.723-734, 2013.

PEDRAZA, D.F. Epidemiologia e Avaliação dos Serviços de Saúde. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.24, n.2, p. 151-8, 2011.

PEREIRA, E.F; TEIXEIRA, C.S; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v.26, n.2, p.241-50, 2012.

PEREIRA, J. R., et al Influência de fatores socio sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2907-2917, 2011.

PEREIRA, K.C.R., ALVAREZ, A.M., TRAEBERT, J.L. Contribuição das condições sociodemográficas para a percepção da qualidade de vida em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.85-95, 2011.

PEREIRA, R. J. et al. Análise do perfil socio sanitário de idosos: a importância do Programa de Saúde da Família. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.20, n.1, p. 5-15, 2010.

PEREIRA, R. J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 27-38, 2006.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, 2003.

RIBEIRO, E. E. **Tanatologia, Vida e finitude**. Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento, da Universidade Aberta da Terceira Idade - UnATI, Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. Rio de Janeiro, 2008.

RODRIGUES, M.A.P.; FACCHINI, L.A.; THUME, E.; MAIA, F. Gender and incidence of functional disability in the elderly: a systematic review. **Cad Saude Publica**, v.25, n.3, S464-S476, 2009.

ROMERO, A.D., SILVA, M.J., SILVA, A.R.V., FREITAS, R.W.J.F., DAMASCENO, M.M.C. Características de uma população de idosos hipertensos atendida numa unidade de saúde da família. **Rev Rene.**, v.11, n.2, p.72-8, 2010.

SANTOS, M.B., RIBEIRO, S.A. Dados sociodemográficos e condições de saúde de idosas inscritas no PSF de Maceió. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.613-624, 2011.

SANTOS, A.A.; PAVARINI, S.C. Functionality of elderly people with cognitive impairments in different contexts of social vulnerability. **Acta Paul Enferm**, v.24, n.4, p.520-526, 2011.

SECOLI, S.R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n.1, p. 136-40, 2010.

SILVA NETO, M. G. et al. Avaliação da capacidade funcional de idosos cadastrados nas unidades de saúde da família do município de Jataí-GO. **Sociedade Brasileira Progresso da Ciência**. Cursos de Fisioterapia e Enfermagem, 2011.

SILVA, C.B.D.C.A. **Qualidade de vida de idosos atendidos pelas equipes de saúde da família em Rio Grande**. Rio Grande (RS). 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande, Pós Graduação em Enfermagem; 2008.

SILVA, M.J., BESSA, M.E.P., OLIVEIRA, A.M.C. Tamanho e estrutura familiar de idosos residentes em áreas periféricas de uma metrópole. **Ciênc Enferm.**, v.10, n.1, p.31-9, 2004.

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

SOUSA, A.I., SILVER, L.D., GRIEP, R.H. Apoio social entre idosas de uma localidade de baixa renda no município do Rio de Janeiro. **Acta Paul Enferm.**, v.23, n.5, p.625-31, 2010.

TAVARES, D.M.S., DIAS, F.A. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.21, n.1,p.112-20, 2012.

TAVARES, D.M.S., GUIDETTI, G.E.C.B., SAÚDE, M.B.M. Características sócio-demográficas, condições de saúde e utilização de serviços de saúde por idosos. **Rev Eletrônica de Enfermagem**, v.10, n.2, p.299-09, 2008. Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a02.htm>>. Acesso: 15/09/2014.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

TOKUHASHI, K. **Fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde de idosos residentes no município de São Paulo - Estudo SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento**. São Paulo. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2011.

TORRES, G.V.; REIS, L.A.; FERNANDES, M.H. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. **J Bras Psiquiatr.**, v.58, n.1, p.30-44, 2009.

VALLE, E. A.; et al. Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental entre idosos: Projeto Bambuí. **Caderno de Saúde Pública**, v.25, n.4, p.918-26, 2009.

VECCHIA, R. D.; RUIZ, T.; BOCCHI, S.C.M.; CORRENTE, J.E. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 246-252, 2005.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, n. 43, v. 3, p. 548-54, 2009.

VIEIRA, E.B. **Manual de gerontologia: um guia teórico- prático para profissionais, cuidadores e familiares**. Rio de Janeiro: Revinter; 2004.

WILSON, I.B.; CLEARY, P.D. Linking clinical variables with Health-Related Quality of Life. **JAMA**, v.273, n.1, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1403- 1409, 1995.

ZANDONAI, A.P; CARDOZO, F.M.C; NIETO, I.N.G; SAWADA, N.O. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. **Revista Eletrônica de Enfermagem.**, v.12, n.3, p.554-61, 2010.

ANEXO 1: MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

Orientação para tempo (1 ponto por cada resposta correta ou 0 se não responder adequadamente)

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Orientação para local (1 ponto por cada resposta correta ou 0 se não responder adequadamente)

Em que estado vive? _____

Em que cidade vive? _____

Em que bairro estamos? _____

Em que local estamos? _____

Em que lugar específico estamos (apontar para o chão)? _____

Nota: _____

Memória Imediata (Coloque 1 ponto por cada palavra corretamente repetida ou 0 quando o idoso não repetir a palavra corretamente)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois que eu as disser todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Caneca _____

Tapete _____

Tijolo _____

Nota: _____

Atenção e Cálculo (Nos espaços abaixo acrescente 1 se a resposta for correta e 0 para resposta errada. Na "Nota" coloque a soma das respostas corretas).

a) "Agora peço-lhe que me diga quantos são 100 menos 7 e depois ao número encontrado volta a tirar 7 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

(100-7)_____ (93-7)_____ (86-7)_____ (79-7)_____ (72-7)_____ (65)

Nota: _____

b) "Soletre a palavra MUNDO de trás para frente" O ___ D ___ N ___ U ___ M ___ Nota:

Considere na Nota Final da questão 10 a maior Nota entre os itens a e b.

Nota Final: _____

Evocação (1 ponto por cada resposta correta ou 0 quando não acertar.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar". Caneca _____

Tapete _____ Tijolo _____

Nota: _____

Linguagem (1 ponto por cada resposta correta ou 0 quando não acertar)

a. "Como se chama isto?"

Mostrar os objetos: Relógio _____ Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer:

"Nem aqui, nem ali, nem lá"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz".

Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos?

Nota: _____

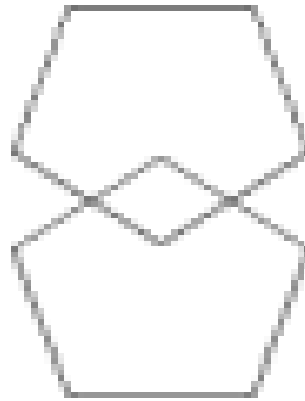
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

Capacidade Construtiva Visual (1 ponto pela cópia correta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



TOTAL (Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com declínio cognitivo:

- analfabetos ≤ 13 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 18
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 26

Adaptado de: Folstein, M. E. et al. J Psychiat. Res. 1975; 12:189-198

ANEXO 2 - WHOQOL – ABREVIADO (Versão em Português) - PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – GENEVRA

Instrumento de coleta de dados sobre a qualidade de vida

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:

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas.

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

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

1- Como você avaliaria sua qualidade de vida?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

2 - Quão satisfeita você está com a sua saúde?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

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

3 - Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você

precisa?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

4 - O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

5- O quanto você aproveita a vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

6 – Em que medida você acha que a sua vida tem sentido

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7 - O quanto você consegue se concentrar?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

8- Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9 - Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
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.

10 - Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

11 - Você é capaz de aceitar sua aparência física?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

12 - Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

13 - Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

14 - Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
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.

15 - Quão bem você é capaz de se locomover?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
1	2	3	4	5

16 - Quão satisfeita você está com o seu sono?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

17 - Quão satisfeita você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

18 - Quão satisfeita você está com sua capacidade para o trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

19 - Quão satisfeita você está consigo mesmo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

20 - Quão satisfeita você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

21 - Quão satisfeita você está com sua vida sexual?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

22 - Quão satisfeita você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

23 - Quão satisfeita você está com as condições do local onde mora?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

24 - Quão satisfeita você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

25 - Quão satisfeita você está com o seu meio de transporte?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

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

26 - Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
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 3: WHOQOL-OLD

Instruções

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade. **Por favor, responda todas as perguntas.** Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor, **escolha a que lhe parece mais apropriada.** Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor, tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que **pense na sua vida nas duas últimas semanas.**

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser:

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro “Bastante”, ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado “Nada” com o futuro.

Por favor, leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

old_01 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afetam a sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_02 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_03 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_05 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_06 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_07 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_08 O quanto você tem medo de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

old_10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

old_15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual usa o seu tempo?

Muito	Insatisfeito	Nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
-------	--------------	----------------	------------	------------------

insatisfeito		nem insatisfeito		
1	2	3	4	5

old_17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_19 Quão feliz você está com as coisas que pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito feliz
1	2	3	4	5

old_20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

old_21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

ANEXO 4: PERFIL DE SAÚDE

Dimensão I – Avaliação Sócio Demográfica

- 1-Idade: _____ (em anos completos) 2-Sexo: 2.1 () Masculino 2.2 () Feminino
- 3-Situação conjugal atual: 3.1-() vive com parceiro 3.2-() não vive com parceiro
- 4-Grau de escolaridade: 4.1-() sem escolarização 4.2-() fundamental 4.2.1-() completo 4.2.2-() incompleto 4.3-() ensino médio 4.3.1-() completo 4.3.2-() incompleto 4.4-() superior 4.4.1-() completo 4.4.2 () incompleto
- 5-Cor: 5.1-() negra 5.2-() parda 5.3-() branco 5.4-() amarelo
- 6-Profissão: _____
- 7- Ocupação remunerada: 7.1-() sim 7.2-() não
- 8- Renda familiar: 8.1-() sem renda 8.2 - () 1 a 3 SM 8.3 - () 4 a 6 SM 8.4 - () maior ou igual a 7 SM

Dimensão V – Estado de Saúde e Consumo Medicamentoso

- 22- Como você avalia seu estado de saúde nos últimos 12 meses?
- 22.1-() ótimo 22.2-() bom 22.3-() regular 22.4-() ruim
- 25- Tem alguma doença/agravo/enfermidade instalada? 25.1-() não 25.2-() sim
- 25.3-Qual (is)? 25.3.1 () Hipertensão Arterial 25.3.2 () Diabetes Mellitus 25.3.3 () Câncer 25.3.4 () Doenças Respiratórias 25.3.5 () Doenças Reumáticas 25.3.6 () Cardiopatias 25.3.7 () Doenças Renais 25.3.8 () Outras especificar _____
- 26- Qual (is) o (s) medicamento (s) utiliza com frequência?
- 26.1 () Antihipertensivo 26.2 () Hipoglicemiante 26.3 () Diurético 26.4 () Analgésico 26.5 () Outros especificar

ANEXO 5: CAPACIDADE FUNCIONAL – ÍNDICE DE KATZ

Área de funcionamento	Indep · Dep.
<p>Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro)</p> <p>1. Não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho).</p> <p>2. Recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna).</p> <p>3. Recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho.</p>	<p>(I)</p> <p>(I)</p> <p>(D)</p>
<p>Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas)</p> <p>1. Pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda</p> <p>2. Pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos</p> <p>3. Recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa</p>	<p>(I)</p> <p>(I)</p> <p>(D)</p>
<p>Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas)</p> <p>1. Vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã)</p> <p>2. Recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite</p> <p>3. Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas</p>	<p>(I)</p> <p>(I)</p> <p>(D)</p>
<p>Transferência</p> <p>1. Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador)</p> <p>2. Deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda</p> <p>3. Não sai da cama</p>	<p>(I)</p> <p>(I)</p> <p>(D)</p>
<p>Continência</p> <p>1. Controla inteiramente a micção e a evacuação</p> <p>2. Tem “acidentes” ocasionais</p> <p>3. Necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente</p>	<p>(I)</p> <p>(I)</p> <p>(D)</p>
<p>Alimentação</p> <p>1. Alimenta-se sem ajuda</p> <p>2. Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão</p> <p>3. Recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de catéteres ou fluidos intravenosos</p>	<p>(I)</p> <p>(I)</p> <p>(D)</p>

A escala de independência em atividades da vida diária é baseada numa avaliação da independência ou dependência funcional do idoso ao tomar banho, vestir-se, ir ao vaso sanitário, transferir-se, manter-se continente e alimentar-se.

0: independente em todas as seis funções;

1: independente em cinco funções e dependente em uma função;

2: independente em quatro funções e dependente em duas;

- 3: independente em três funções e dependente em três;
- 4: independente em duas funções e dependente em quatro;
- 5: independente em uma função e dependente em cinco funções;
- 6: dependente em todas as seis funções.

Classificação.....

Número de ABVD que não consegue realizar.....

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Senhor (a) está sendo convidado para participar da pesquisa: “PERFIL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA DOS MUNICÍPIOS DA SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE –UBERABA – MINAS GERAIS”. O objetivo principal deste estudo é de analisar o perfil da população idosa dos municípios da GRS UBERABA/SESMG. Estas informações poderão ajudar na elaboração de propostas para melhorar o atendimento de saúde da comunidade idosa. O (a) Sr. (Sra.) estará respondendo quatro questionários na qual irá avaliar o seu grau de compreensão, aspectos de sua situação de vida e saúde, sua qualidade de vida e nutrição.

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, ou mesmo em relação ao seu atendimento nos serviços de saúde. A sua participação será voluntária e o senhor (a) não terá direito a remuneração. As informações obtidas serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada a identificação de nenhum usuário. Além disto, o (a) Sr.(Sra) tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados da pesquisa. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. O (a) Senhor (Sra) receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Caso tenha alguma reclamação sobre esta pesquisa também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO, pelo telefone (34) 3318-5854.

Sujeito da pesquisa (nome e assinatura)

Pesquisador responsável (fone)

Declaração do pesquisador

DECLARO, para fins de realização de pesquisa, ter elaborado este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cumprindo todas as exigências da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, e que obtive, de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido do declarante acima qualificado para a realização desta pesquisa.

Uberaba, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Pesquisador

