



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

JAVANNA LACERDA GOMES DA SILVA FREITAS

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE E OS FATORES ASSOCIADOS
ENTRE IDOSOS LONGEVOS**

CAMPINA GRANDE

2019

JAVANNA LACERDA GOMES DA SILVA FREITAS

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE E OS FATORES ASSOCIADOS
ENTRE IDOSOS LONGEVOS***

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a Dr^a Tarciana Nobre de Meneze

CAMPINA GRANDE

2019

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

F866q Freitas, Javanna Lacerda Gomes da Silva.
Qualidade de vida relacionada à saúde e os fatores associados entre idosos longevos [manuscrito] / Javanna Lacerda Gomes da Silva Freitas. - 2019.
86 p. : il. colorido.
Digitado.
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2019.
"Orientação : Profa. Dra. Tarciana Nobre de Menezes, Coordenação do Curso de Fisioterapia - CCBS."
1. Envelhecimento. 2. Longevidade. 3. Qualidade de vida.
4. Saúde pública. I. Título

21. ed. CDD 614

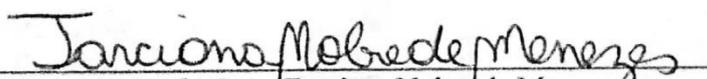
JAVANNA LACERDA GOMES DA SILVA FREITAS

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE E OS FATORES ASSOCIADOS
ENTRE IDOSOS LONGEVOS**

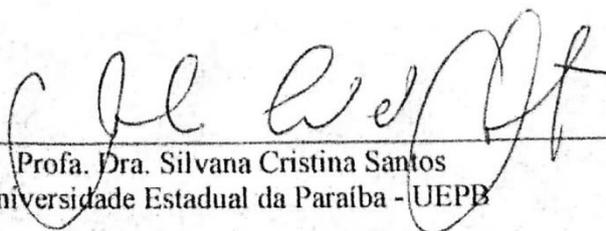
Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Aprovada em: 18/outubro/2019.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Tarciana Nobre de Menezes
Universidade Estadual da Paraíba - UEPB



Profa. Dra. Silvana Cristina Santos
Universidade Estadual da Paraíba - UEPB



Profa. Dra. Rafaella Queiroga Souto
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

AGRADECIMENTOS

À Deus pelo sopro da vida e por sempre iluminar minhas escolhas e minha caminhada.

À minha avó Lurdinha por ter sido tão presente e tão especial em minha vida. A senhora é o meu refúgio em momentos difíceis, como também é a pessoa com a qual partilho todas as minhas conquistas. Obrigada por tudo, vovó.

Aos meus pais e meus irmãos pelo apoio, paciência e amor. Sem vocês, eu não seria nada.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por viabilizar a minha formação acadêmica gratuita e de qualidade.

À professora Tarciana Nobre pelo acolhimento e paciência durante esses dois anos. Agradeço os conhecimentos, as experiências compartilhadas, a atenção e o compromisso comigo.

À professora Silvana Santos pela oportunidade de participar do estudo SABE/PB, além de agradecer os ensinamentos, os conhecimentos compartilhados ao longo dessa jornada e o aceite em participar da minha banca examinadora.

À professora Rafaella pelo aceite em participar da minha banca examinadora.

À professora Yeda pelos conhecimentos e experiências compartilhados ao longo dos nossos encontros e pela viabilização da parceria entre o SABE/PB e o SABE/SP.

Ao pessoal do Núcleo de Estudos em Genética e Educação (NEGE) pelo acolhimento, pela partilha de momentos únicos de aprendizado e pelo trabalho em conjunto para que o estudo SABE-PB acontecesse, em especial à Jaíza, Júlia e Raisa pelo trabalho em conjunto e pelo apoio desde o início do mestrado até hoje pois vocês foram fundamentais para que essa dissertação tornasse realidade.

À turma do Mestrado em Saúde Pública 2017.1 pelos momentos juntos e por compartilharem comigo a sensação de ser mestranda em Saúde Pública que por sinal não é um caminho fácil de ser trilhado. Pessoal, vocês foram demais.

Aos amigos que me apoiaram nessa caminhada, fazendo com que esse caminhar fosse mais leve e mais proveitoso, meu muito obrigada.

*Se meu andar é hesitante e minhas mãos trêmulas, ampare-me...
Se minha audição não é boa e tenho de me esforçar para ouvir o que você está dizendo,
procure entender-me...
Se minha visão é imperfeita e o meu entendimento é escasso, ajude-me com paciência...
Se minhas mãos tremem e derrubam comida na mesa do chão, por favor, não se irrite, tentei
fazer o melhor que pude...
Se você me encontrar na rua, não faça de conta que não me viu, pare para conversar comigo,
sinto-me tão só...
Se você na sua sensibilidade me vê triste e só, simplesmente partilhe um sorriso e seja
solidário...
Se lhe contei pela terceira vez a mesma “história” num só dia, não me repreenda,
simplesmente ouça-me...
Se me comporto como criança, cerque-me de carinho...
Se estou com medo da morte e tento negá-la, ajude-me na preparação para o adeus...
Se estou doente e sou um peso em sua vida, não me abandone, um dia você terá a minha
idade...
A única coisa que desejo neste final de jornada, é um pouco de respeito e amor...
Um pouco...
Do muito que te dei um dia!!!*

(Mensagem de um idoso desconhecido)

RESUMO

INTRODUÇÃO: O aumento da proporção de idosos é um evento mundial e este é o grupo etário que mais cresce. Nesse contexto, não se almeja apenas anos de vida, mas qualidade de vida. A qualidade de vida avalia a percepção do indivíduo em relação às suas perspectivas e expectativas de vida e, nesse contexto, frente às diferentes vivências dos idosos ao longo de sua vida, destaca-se o fato de a população idosa apresentar diferentes repercussões na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), considerando a sua realidade cultural, demográfica, social, psicológica e biológica. **OBJETIVO:** Avaliar a QVRS e os fatores associados entre idosos longevos residentes em Brejo dos Santos/PB e em São Paulo/SP. **MATERIAL E MÉTODOS:** Tratou-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, com coleta de dados primários. Participaram deste estudo 245 idosos com 80 anos ou mais, dos quais 116 residentes em Brejo dos Santos/PB e 129 residentes em São Paulo/SP. A QVRS foi mensurada por meio do *Short-form12*, que é constituído por dois componentes: o *Physical Component Summary* (PCS) e *Mental Component Summary* (MCS), ambos classificados em bom ou ruim, a partir de suas médias. As variáveis independentes abordaram os fatores socioeconômico-demográficos, a situação de saúde, a rede de apoio social e familiar e os eventos críticos no último ano. Para a análise, realizou-se um modelo inicial de regressão logística múltipla para cada componente. As variáveis com p valor menor ou igual a 0,20 no modelo inicial foram incluídas em um modelo final de regressão logística múltipla com intervalo de confiança de 95%. **RESULTADOS:** Em Brejo dos Santos houve maior prevalência de PCS e MCS bom. Os fatores associados ao PCS ruim no modelo final entre os idosos de Brejo dos Santos foram: sexo, grupo etário, ocorrência de quedas nos últimos 12 meses, autoavaliação do sono, não ter alguém a quem recorrer, não costumar sair à rua, as condições da rua como impedimento para sair e familiares terem sido vítimas de violência. Entre os idosos de São Paulo, os fatores associados ao PCS ruim foram: estado cognitivo, autoavaliação da visão, morar sozinho, sentir falta de companhia, sentir-se sozinho, não costumar sair à rua, condições da rua como impedimento para sair e vivência de problema familiar. O modelo final relacionado ao MCS ruim entre os idosos de Brejo dos Santos mostrou associação com a autoavaliação da importância da religião pelo idoso, estado cognitivo, bem-estar subjetivo, autoavaliação do sono, número de medicamentos, não costumar sair à rua e familiares vítimas de violência. Quanto aos idosos de São Paulo, o MCS ruim esteve associado com o medo da violência como impedimento para sair e a morte do cônjuge/companheiro. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O PCS e o MCS ruins apresentaram

associação com os fatores socioeconômico-demográficos, com a situação de saúde, com a rede de apoio social e familiar e com os eventos críticos nos últimos 12 meses entre os longevos de ambas cidades analisadas. Assim, observa-se que são necessárias ações específicas para esse grupo etário levando em consideração as realidades locais, culturais, biológicas, psicológicas e sociais, pois este estudo corrobora com o fato de a população idosa ser heterogênea.

Descritores: Envelhecimento. Longevidade. Qualidade de vida. Saúde Pública.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The increase of elderly proportion is a global event. Moreover, the older elderly is the group of elderly that grows faster. It is important to say that quality of life is an individual perception of his perspectives and expectations of life and, in this context, because of different experiences throughout elderly life that it is important to highlight the heterogeneity of the elderly population and the different repercussions in Health-Related Quality of Life (HRQoL), considering its cultural, demographic, social, psychological and biological reality. **OBJECTIVE:** To evaluate the HRQoL and its associated factors among long-lived elderly people living in Brejo dos Santos/PB and in São Paulo/SP. **MATERIAL AND METHODS:** It was a cross-sectional study, of quantitative approach and primary data collection. A total of 245 elderly people aged 80 years and older participated in this study, including 116 residents in Brejo dos Santos/PB and 129 residents São Paulo/SP. The HRQoL was measured using the Short-Form 12 which consists of two components: the Physical Component Summary (PCS) and the Mental Component Summary (MCS), both classified in good or bad, based on their means. Independent variables approached the socioeconomic and demographic factors, the health situation, the familiar and social support, and the critical event in the last year. For the analysis, an initial multiple logistic regression model was performed for each component. Variables with p value less than or equal to 0.20 in the initial model were included in a final multiple logistic regression model with 95% confidence interval. **RESULTS:** For both PCS and MCS, in Brejo dos Santos the major prevalence was good. The factors associated with bad PCS in the final model of Brejo dos Santos were: sex, age group, occurrence of falls in the last 12 months, sleep self-assessment, not having someone to resort to, not going out on the streets, streets conditions as impediment to go out and family members have been victims of violence. Among the elderly in São Paulo, the factors associated with bad PCS were: cognitive status, vision self-assessment, living alone, lacking company, feeling lonely, not going out on the streets, streets conditions as impediment to go out and familiar problems. The final model of bad MCS among Brejo dos Santos' elderly showed association with the importance of religion by the elderly, cognitive status, subjective well-being, sleep self-assessment, number of medications, not going out on streets, and family members have been victims of violence. To the elderly who lives in São Paulo, the bad MCS was associated with fear of violence as an impediment to go out and death of spouse/partner. **FINAL CONSIDERATIONS:** The bad PCS and bad MCS were significantly associated with the socioeconomic and demographic factors, the health situation,

the familiar and social support, and the critical event in the last year in both sample of elderly studied. Therefore, it was observed that it is needed specific actions to this age group considering their local, cultural, biological, psychological and social reality because this study contributes to the fact that the age population is heterogeneous.

DESCRIPTORS: Aging. Longevity. Quality of life. Public Health.

LISTA DE TABELAS

Artigo 1:

Tabela 1 - Distribuição dos idosos estudados, segundo fatores socioeconômico-demográficos e situação de saúde.....	35
Tabela 2 - Modelo final de regressão logística múltipla entre PCS ruim e fatores socioeconômico-demográficos e situação de saúde.....	37
Tabela 3 - Modelo final de regressão logística múltipla entre MCS ruim e fatores socioeconômico-demográficos e situação de saúde.....	38

Artigo 2:

Tabela 1 - Distribuição dos idosos segundo a rede de apoio social e familiar.....	52
Tabela 2 - Distribuição dos idosos segundo os eventos críticos no último ano.....	54
Tabela 3 - Modelo final de regressão logística múltipla entre PCS ruim e a rede de apoio social e familiar e eventos críticos no último ano.....	55
Tabela 4 - Modelo final de regressão logística múltipla entre MCS ruim e a rede de apoio social e familiar e eventos críticos no último ano.....	56

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Construção dos componentes físico (PCS) e mental (MCS) da QVRS.....	24
Figura 2 - Componente físico (PCS) da QVRS dos longevos de São Paulo.....	24
Figura 3 - Componente físico (PCS) da QVRS dos longevos de Brejo dos Santos	25
Figura 4 - Componente mental (MCS) da QVRS dos longevos de São Paulo.....	25
Figura 5 - Componente mental (MCS) da QVRS dos longevos de Brejo dos Santos.....	25

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS.....	18
2.1	OBJETIVO GERAL	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
3	MATERIAL E MÉTODOS.....	19
3.1	SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO (SABE).....	19
3.2	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	19
3.3	LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	19
3.4	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	20
3.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	20
3.6	PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS.....	20
3.7	VARIÁVEIS DE ESTUDO	21
3.7.1	Qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS)	23
3.7.2	Fatores socioeconômico-demográficos	25
3.7.3	Situação de saúde	25
3.7.4	Rede de apoio social e familiar.....	27
3.7.5	Eventos críticos no último ano	27
3.8	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	28
3.9	ASPECTOS ÉTICOS.....	28
4	RESULTADOS	29
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
	REFERÊNCIAS.....	67
	APÊNDICES	74
	ANEXOS.....	77

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional tem ocorrido de maneira rápida em todo o mundo⁽¹⁾. Esse fenômeno é resultado da diminuição das taxas de fecundidade e de mortalidade na população os quais desencadearam o processo de transição demográfica⁽²⁾. Embora nos países desenvolvidos sejam considerados idosos aqueles indivíduos com 65 anos ou mais, a Organização das Nações Unidas (ONU) não estabeleceu um critério padrão para essa classificação, então, no geral, consideram-se idosos aqueles com 60 anos ou mais⁽³⁾.

No ano de 1950, 205 milhões de indivíduos tinham 60 anos ou mais. Em 2012 esse quantitativo aumentou para quase 810 milhões. Estima-se que em 2050 esse grupo etário atinja dois bilhões de indivíduos⁽⁴⁾. Na França, o envelhecimento demográfico ocorreu em um período superior a 100 anos, enquanto que no Brasil esse processo acontecerá em duas décadas. Portanto, os países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, devem adaptar-se mais rapidamente a esse fenômeno⁽⁵⁾.

No Brasil, entre os anos de 2005 e 2015 houve um aumento na proporção de idosos em relação à população total, a qual foi de 9,8% para 14,3%⁽⁶⁾. Segundo a Organização Mundial da Saúde até o ano 2025, o Brasil será o sexto país com maior número de idosos no mundo⁽¹⁾. Em todas as regiões brasileiras, entre os anos de 2000 e 2010, foi verificado aumento na proporção de pessoas com 60 anos ou mais, merecendo destaque a região Sudeste com aumento de 2,5% e a região Sul de 2,8%. Em relação às regiões Nordeste, Centro-oeste e Norte, a população de idosos representava no ano 2000, 8,4%, 6,6% e 5,5% da população total, respectivamente. Em 2010, as pessoas com 60 anos ou mais correspondiam a 10,27% no Nordeste, 8,8% no Centro-oeste e 6,81% no Norte da população total⁽⁷⁾.

O estado de São Paulo está entre aqueles, cuja população idosa mais cresce proporcionalmente⁽⁸⁾. Estima-se que entre os anos 2010 e 2050 o número de idosos triplique e atinja 10,7 milhões no estado de São Paulo⁽⁹⁾. Em 2010, na capital do estado de São Paulo, 11,9% da população era composta por pessoas com 60 anos ou mais⁽⁷⁾. A proporção para esse grupo etário entre os anos 2016 e 2019 aumentou de 13,9% para 15,2%, respectivamente⁽¹⁰⁾.

Os dados referentes ao estado da Paraíba apontam que em 2010 e em 2015 os indivíduos com 60 anos ou mais representavam 11,9% e 13,5% de sua população, respectivamente. Localizado no sertão do estado da Paraíba e pertencente à microrregião da cidade de Catolé do Rocha, o município de Brejo dos Santos tem vivenciado aumento em sua população de idosos, tendo apresentado em 2000 e em 2010, uma população composta, respectivamente, por 11,9% e 14,2% de idosos⁽⁷⁾.

Nesse contexto demográfico, tem-se observado um aumento da proporção de indivíduos com 85 anos ou mais⁽⁵⁾. Em alguns países, os idosos mais velhos[†], também denominados de “mais idosos”, “muito idosos”, “longevos”,⁽¹¹⁻¹²⁾ é o grupo populacional dos idosos que mais cresce^(5,14). Estima-se que entre os anos de 2010 e 2050, a proporção de idosos longevos aumente em 351%⁽⁵⁾. No mundo, o número de longevos poderá atingir 446,6 milhões em 2050⁽¹⁴⁾.

Com o aumento da proporção de idosos, observou-se a necessidade de melhor compreender os fatores que condicionam e influenciam a saúde desta população. O envelhecimento humano é caracterizado pela diminuição paulatina das reservas funcionais dos indivíduos. Esse processo, chamado senescência, apresenta progressão normal, que não costuma condicionar problemas à saúde do indivíduo. Entretanto, quando acompanhado de doenças, ansiedade e estresse, esse processo pode resultar em problemas que necessitam de assistência à saúde, sendo essa condição denominada senilidade⁽¹¹⁾.

O envelhecer é resultado de múltiplos fatores, os quais incluem os genéticos e os ambientais⁽¹⁵⁾. No entanto, a forma como cada indivíduo envelhece é influenciada por suas vivências desde o nascimento, as quais o tornam mais ou menos vulneráveis a doenças e a perdas progressivas e contínuas⁽¹⁶⁾.

Em relação às questões genéticas como influenciadoras do envelhecimento, 20 a 30 % da longevidade é herdada, e esse acontecimento está, comumente, relacionado às alterações de genes por via metabólica⁽¹⁷⁾. Assim, os fatores genéticos associados ao envelhecimento humano, especificamente para os idosos longevos são os genes APOE e FOXO3A⁽¹⁷⁻²⁰⁾, os quais são responsáveis pelo catabolismo dos componentes ricos em triglicerídeos no corpo humano e pela sinalização do fator de crescimento da insulina, respectivamente⁽²¹⁾. Uma revisão destacou que atingir a longevidade pode estar associada a traços poligênicos sob o efeito de múltiplas variações genéticas⁽¹⁸⁾.

Estudos têm mostrado que no último século o fenômeno da longevidade esteve presente em diferentes gerações de uma mesma família, apesar da diversidade de seus estilos de vida e expectativa de vida⁽²²⁻²⁵⁾.

O processo de envelhecimento ocasiona modificações sociais (fragilização das relações entre o indivíduo e a sociedade); psicológicas (mudanças na capacidade na autorregulação frente às situações do cotidiano); fisiológicas (alterações nas funções

[†]Idosos com 80 anos ou mais^(5,11,12); 85 anos ou mais⁽¹³⁾, a depender da referência.

orgânicas); químicas (mudanças nas reações que compõem o corpo humano) e biológicas (relacionadas às questões morfológicas)⁽²⁶⁾.

Diante das repercussões comuns do envelhecimento, observa-se que os idosos tornam-se vulneráveis ao desenvolvimento de doenças e agravos, como é o caso das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)^(11,27) como as doenças cardiovasculares, as pulmonares, a *diabetes mellitus*, a asma, o câncer e o acidente vascular encefálico⁽²⁸⁾.

Perante o fenômeno da longevidade, almeja-se não apenas a prolongação da vida em anos, mas desfrutar de uma boa qualidade de vida e do desenvolvimento de suas potencialidades⁽¹⁶⁾. Para que ocorra melhora na qualidade de vida, o governo precisa garantir, por meio das políticas públicas, melhores condições de vida e de saúde para essa população e assim, possibilitar que os idosos envelheçam de forma saudável e com qualidade de vida⁽²⁹⁾.

A qualidade de vida é “uma percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais eles vivem, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁽³⁰⁾. Uma boa qualidade de vida não é de responsabilidade apenas do indivíduo, mas de uma construção baseada nos aspectos sociais e culturais da população. Estar bem durante o envelhecimento, implica estar satisfeito com suas expectativas e com sua vida. Ademais, esse estado de bem-estar é influenciado pelo equilíbrio entre as fragilidades e as potencialidades que se fazem presente na população idosa⁽³¹⁾.

Na literatura científica, diferentes termos têm sido utilizados para denominar qualidade de vida, como é o caso de estado de saúde, bem-estar percebido e psicológico, função física, satisfação com a vida e felicidade⁽³²⁾. Diante disso, o termo “Qualidade de Vida Relacionada à Saúde” (QVRS) foi sugerido como forma de abranger os aspectos relacionados às doenças e às intervenções em saúde⁽³³⁾.

Diante da sua importância na vida do idoso, a QVRS tem sido comumente avaliada em estudos⁽³⁴⁻³⁶⁾. Esta avaliação acontece por meio de instrumentos como o *World Health Organization Quality of Life-100* (WHOQOL-100)⁽³⁷⁾, o *WHOQOL-bref*⁽³⁸⁻³⁹⁾, o *WHOQOL-old*⁽³⁸⁻³⁹⁾, o Perfil de Saúde de Nottingham (PSN)⁽⁴⁰⁾, o *Short-form 36* (SF-36)⁽⁴¹⁻⁴²⁾ e o *Short-form 12* (SF-12)⁽⁴³⁻⁴⁶⁾.

De acordo com uma revisão integrativa, realizada com estudos populacionais em idosos, o instrumento frequentemente utilizado para mensurar a QVRS é o SF-12 devido à sua rapidez, facilidade de aplicação e importância para a avaliação neste grupo etário específico⁽⁴⁷⁾. Um estudo realizado em um município de Minas Gerais constatou prevalência de QVRS ruim em 41,3% dos idosos. A QVRS tem oito domínios (função física, dor, papel físico, estado geral de saúde, saúde mental, vitalidade, papel emocional, função social), entre

eles os que se destacaram como influenciadores negativos foram os domínios social e físico⁽⁴⁸⁾.

Em uma meta-análise com estudos conduzidos em idosos iranianos, observou-se que em 56% dos estudos analisados, a QVRS foi considerada ruim⁽⁴⁹⁾. Resultados de um estudo no Brasil mostraram que os valores médios da QVRS foram ruins para essa população⁽⁵⁰⁾. Fato preocupante, tendo em vista que a QVRS ruim pode acarretar diminuição da capacidade de realizar atividades do cotidiano e em dificuldades para manter uma comunicação favorável⁽¹¹⁾.

Estudo realizado com idosos em Minas Gerais identificou que a incapacidade funcional esteve relacionada com a QVRS ruim nos domínios físico, psicológico, meio ambiente, participação social e funcionamento dos sentidos. Portanto são necessárias ações que estimulem a funcionalidade do idoso e que contribuam para a sua independência, a fim de melhorar o impacto das incapacidades e das morbidades sobre a qualidade de vida⁽⁵¹⁾.

Diante da importância da temática e de suas repercussões sobre a vida do idoso, observa-se a necessidade de verificar os fatores associados à QVRS nesse grupo etário. Estudos que utilizaram o instrumento SF-12 em idosos verificaram que a QVRS ruim está comumente relacionada aos aspectos físicos^(43-46,50,52), à longevidade^(43-44,53), ao sexo feminino^(44,53), à baixa renda familiar⁽⁴³⁻⁴⁴⁾, à presença de mais de uma doença crônica⁽⁴³⁾, à baixa autoestima⁽⁵³⁾, ao déficit visual⁽⁵⁴⁾, à qualidade de sono ruim⁽⁵⁵⁾, à ocorrência de quedas⁽⁵⁶⁻⁵⁷⁾ e ao uso de medicamento⁽⁴⁸⁾.

Ao avaliar os fatores associados à QVRS boa, os estudos têm observado sua associação com o local de moradia em área rural⁽⁵⁸⁾, com a etnia branca, com o sexo masculino, com a prática regular de exercícios físicos, com o alto grau de instrução escolar^(43-45,59-60), com o número reduzido de doenças crônicas⁽⁴⁵⁾, com a presença de poucos sintomas sugestivos de depressão⁽⁴⁵⁾, com a quantidade suficiente de dinheiro para cobrir as necessidades, com a oportunidade de lazer, com a satisfação com as relações pessoais⁽⁶¹⁾ e com um bom funcionamento cognitivo⁽³⁶⁾.

Nessa fase da vida, diferentes fatores podem influenciar negativamente o estado de saúde dos idosos, os quais se destacam a falta e/ou diminuição das redes de apoio social, a falta de companhia para dialogar e trocar experiências de vida, a perda do papel social e a morte do cônjuge⁽³¹⁾. Ademais, o envelhecimento resulta em perdas relacionadas aos aspectos fisiológicos, sociais, culturais ou familiares, das quais o luto é um processo comum nessa fase da vida⁽⁶²⁾. Nesse contexto, eventos críticos acometendo os idosos e/ou seus familiares, como

é o caso das perdas ao longo do envelhecimento e a percepção de finitude da vida influenciam negativamente a QVRS desse grupo etário⁽⁵⁶⁾.

Sendo assim, envelhecer bem, com uma boa qualidade de vida é uma tarefa multidisciplinar e que envolve diversos fatores determinantes como:

(...)longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficiência cognitiva, status social, renda, continuidade de papéis familiares e ocupacionais e continuidade de relações informais em grupos primários⁽³¹⁾.

Foram encontrados poucos estudos específicos em idosos longevos^(38,63-66). Partindo do pressuposto de que as habilidades desenvolvidas ao longo da vida são capazes de proporcionar a autonomia e a independência do idoso e essas condições resultam em uma boa qualidade de vida⁽⁶⁶⁾ que se observa a importância de avaliar a QVRS, uma vez que apresentar uma QVRS boa está relacionado à capacidade de realizar as atividades de vida diárias de maneira independente e, conseqüentemente, ter melhor satisfação com a vida. Assim como, apresentar uma QVRS ruim acarreta ao indivíduo dependência e redução da autonomia.

Embora as capacidades e as necessidades relacionadas à saúde do indivíduo sejam influenciadas durante o curso da vida, sabe-se que o envelhecimento de cada indivíduo é baseado nos diferentes aspectos vivenciados ao longo da vida, como os cronológicos, psicológicos, sociais e biológicos, os quais são influenciados pela cultura do idoso⁽⁶⁷⁾. Desta forma, os idosos vêm reavaliando a sua vida e a forma como aproveitam as oportunidades quando se atinge a longevidade. Esse aproveitamento depende das condições de saúde atual, pois “se esses anos a mais são dominados por declínios na capacidade física e mental, as implicações para as pessoas mais velhas e para a sociedade é muito mais negativa”⁽¹⁾.

Portanto, identificar os fatores que promovem a boa QVRS é responsabilidade dos profissionais que atuam na área das ciências biológicas e sociais e da psicologia⁽³¹⁾.

Apesar de os estudos mostrarem os fatores associados à QVRS, bem como sua consequência na vida do idoso, a heterogeneidade da população idosa precisa ser considerada nestes estudos. Sendo assim, observa-se a importância em avaliar a QVRS em longevos de diferentes localidades do Brasil, considerando que devido à sua extensão, sua população apresenta discrepâncias sociais, econômicas, demográficas e culturais consideráveis. Dessa forma, questionou-se: os fatores socioeconômico-demográficos, a situação de saúde, a rede de apoio social e familiar e a ocorrência de eventos críticos no último ano estão associados à

QVRS em idosos residentes em Brejo dos Santos e em São Paulo? Há diferença dos fatores associados entre os idosos destas cidades?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde e os fatores associados entre idosos longevos residentes em Brejo dos Santos/PB e em São Paulo/SP.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos estudados.
- Descrever os fatores socioeconômico-demográficos dos idosos.
- Avaliar a situação de saúde, a rede de apoio social e familiar e os eventos críticos no último ano dos idosos estudados.
- Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde e sua associação com os fatores socioeconômico-demográficos, a situação de saúde, a rede de apoio social e familiar e os eventos críticos no último ano entre idosos longevos residentes em Brejo dos Santos/PB e em São Paulo/SP.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO (SABE)

O SABE era um estudo multicêntrico, coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o qual em 1997 avaliou as condições de vida e saúde das pessoas idosas na América Latina e Caribe. Neste estudo foram incluídos os seguintes países para a primeira coleta: Buenos Aires (Argentina), Bridgetown (Barbados), Havana (Cuba), Montevidéu (Uruguai), Santiago (Chile), Cidade do México (México) e São Paulo (Brasil). O objetivo principal foi avaliar o estado de saúde e as condições de vida desse grupo etário⁽⁶⁸⁾.

No ano de 2006, os responsáveis pelo SABE em São Paulo transformaram-no em um estudo longitudinal de múltiplas coortes. A amostra foi por conglomerados, com primeira coorte (A) de 2.143 indivíduos no ano de 2000 e composta por dois segmentos, o qual o primeiro foi obtido por meio de uma amostra probabilística de 1.568 entrevistas e o segundo por 575 residentes em São Paulo, a fim de compensar as perdas do estudo e completar o número almejado de entrevistas. Em 2006 foram localizados uma nova amostra de 298 idosos que não haviam sido entrevistados (coorte B) e 1115 idosos foram reentrevistados para acompanhamento e verificação das alterações que ocorreram em relação à primeira entrevista. Em 2010, foi realizado o seguimento das coortes A e B e introduzida uma nova coorte (C) com 356 indivíduos⁽⁶⁸⁾. Na coorte de 2015 foram entrevistados 1518 idosos.

3.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Tratou-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, com coleta de dados primários. Este estudo faz parte de dois estudos maiores, intitulados: “Estudo SABE-PB: investigação da situação de saúde e bem-estar e envelhecimento em populações consanguíneas no nordeste brasileiro” e “Estudo SABE: estudo longitudinal de múltiplas coortes sobre as condições de vida e saúde dos idosos do município de São Paulo – coorte 2015”.

3.3 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo da Paraíba foi realizado no município de Brejo dos Santos, localizado no sertão do estado e pertencente à microrregião de Catolé do Rocha. Em 2016, Brejo dos Santos apresentava uma população de 6.198 habitantes⁽⁶⁾. O período de realização do estudo em Brejo dos Santos foi de abril a maio de 2017.

A escolha da cidade foi devido à prevalência elevada de casamentos consanguíneos (18%), fato que corrobora com um estudo realizado em 39 cidades da Paraíba o qual cita que a proporção de casamentos consanguíneos foi de 6% a 41%, ocorrendo uma prevalência maior dos dados no sertão do estado⁽⁶⁹⁾. Estudar longevidade em locais de alta prevalência de endogamia é importante, pois estudos realizados na Sardenha, uma ilha localizada na Itália com alta prevalência de centenários, destacaram que viver mais pode estar relacionado com a consanguinidade^(25,70). Ademais, a secretaria da cidade de Brejo dos Santos tem uma parceria com a UEPB em estudos de uma família com casos de deficiência intelectual causada por mutação no gene IMPA1.

O estudo de São Paulo foi realizado na capital do estado, com período de realização entre março e junho de 2016.

3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo de Brejo dos Santos foi constituída por todos os idosos com 80 anos ou mais residentes na cidade, caracterizando um recorte populacional os quais à época somaram 188 idosos. Deste total, foram avaliados e entrevistados 179 idosos, tendo em vista que houve perdas (4,79%) relacionadas à ausência de idosos na cidade durante a época da coleta de dados.

A amostra do estudo de São Paulo foi constituída por todos os idosos com 80 anos ou mais avaliados na coorte de 2015, totalizando 239 idosos.

3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Em ambos os estudos foram incluídos idosos:

- Com idade igual ou maior a 80 anos.
- De ambos os sexos.
- Residentes no município de cada estudo.

3.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS

Para ambos os estudos, em um momento anterior à coleta de dados foi realizado um teste piloto a fim de identificar possíveis fragilidades no instrumento e nas técnicas de abordagem utilizados pelos entrevistadores.

Os dados de ambos os estudos maiores foram coletados por meio de entrevistas domiciliares (informações pessoais, avaliação cognitiva, qualidade de vida, estado de saúde, estado funcional, medicamentos, uso e acesso a serviços, rede de apoio social e familiar,

história de trabalho e fontes de receita, características da moradia, cuidadores), de avaliação antropométrica, realização de testes funcionais e testes sanguíneos (bioquímicos, imunológicos e genéticos). Apenas no SABE realizado na cidade de São Paulo, houve avaliação da saúde bucal.

Em Brejo dos Santos a identificação dos idosos para coleta de dados foi realizada por meio dos dados cadastrais dos atendimentos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município. À época da coleta de dados, as UBS apresentavam dezesseis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que acompanhavam os usuários tanto da zona rural como da zona urbana. Para facilitar a dinâmica da pesquisa, os ACS disponibilizaram uma lista de nomes de todos os idosos do município, data de nascimento e endereço com a finalidade de ajudar os pesquisadores em campo de pesquisa.

A coleta de dados iniciou-se pelas microáreas da zona urbana e em seguida zona rural. A fim de facilitar a coleta dos dados, os ACS acompanharam os pesquisadores durante o trajeto até a residência do idoso.

Em São Paulo a coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas domiciliares com auxílio dos ACS das UBS da cidade de São Paulo.

Para a coleta de dados, utilizou-se um formulário específico. Apesar de ter havido uma adaptação no formulário original para adequabilidade das questões para a região de Brejo dos Santos, devido à realidade local ser diferente da cidade de São Paulo, os formulários para ambas as pesquisas utilizaram as mesmas perguntas e respostas.

3.7 VARIÁVEIS DE ESTUDO

Foram avaliadas as seguintes variáveis: qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) (variável dependente) e fatores socioeconômico-demográficos, situação de saúde, rede de apoio social e familiar e ocorrência de eventos críticos no último ano (variáveis independentes), as quais são apresentadas no quadro 1 considerando as categorias utilizadas para análise (referência e contraste).

Quadro 1 – Variáveis do estudo, de acordo com as categorias utilizadas para a análise dos dados (referência e contraste).

Variáveis	Grupo	Nome	Referência	Contraste
DEPENDENTE	QVRS	PCS	PCS bom	PCS ruim
		MCS	MCS bom	MCS ruim
INDEPENDENTES	Fatores socioeconômico-demográficos	Sexo	Masculino	Feminino
		Etnia referida	Branco	Não branco
		Grupo etário	80 a 89 anos	90 anos ou mais
		Letrado	Sim	Não
		Importância da religião para o idoso	Importante	Não importante
		Autoavaliação do idoso sobre a sua renda	Suficiente	Não suficiente
	Situação de saúde	Estado cognitivo	Normal	Sugestivo de déficit
		Bem-estar subjetivo	Melhor	Pior
		Autoavaliação do sono	Boa	Regular Ruim
		Autoavaliação da visão	Boa	Regular Ruim
		Autoavaliação da audição	Boa	Regular Ruim
		Ocorrência de quedas nos últimos 12 meses	Não	Sim
		Autoavaliação da saúde atual em relação àquela de um ano atrás	Melhor	Igual Pior
		Número de doenças autorreferidas	Nenhuma	Uma Duas ou mais
		Número de medicamentos	Nenhum	Uma a quatro Cinco ou mais
		Sintomas sugestivos de depressão	Não	Sim
		Rede de apoio social e familiar	Mora sozinho	Não
	Gosta de morar como mora hoje		Sim	Não
	Situação conjugal		Com companheiro	Sem companheiro
	Sente falta de companhia		Nunca	Algumas vezes Sempre
	Tem alguém a quem recorrer		Sempre	Algumas vezes Nunca
	Sente-se sozinho		Nunca	Algumas vezes Sempre
	Costuma sair à rua		Sim	Não

		As condições da rua foram impedimento para sair	Nunca	Às vezes
				Sempre
		O medo da violência foi impedimento para sair	Nunca	Às vezes
				Sempre
	Eventos críticos no último ano	Vivência da morte de cônjuge/companheiro	Não	Sim
		Vivência da morte de um filho	Não	Sim
		Vivência da morte de outro ente querido	Não	Sim
		Vivência de alguma doença grave em família, netos(as), esposo(a)	Não	Sim
		Ficou gravemente doente	Não	Sim
		Vivência de problema familiar envolvendo seus filhos, netos, divórcio, desemprego, problemas financeiros	Não	Sim
Famíliares foram vítimas de violência		Não	Sim	
Vivência de algum acidente grave envolvendo filhos(as) ou netos(as), outras pessoas da família e/ou outra pessoa querida		Não	Sim	

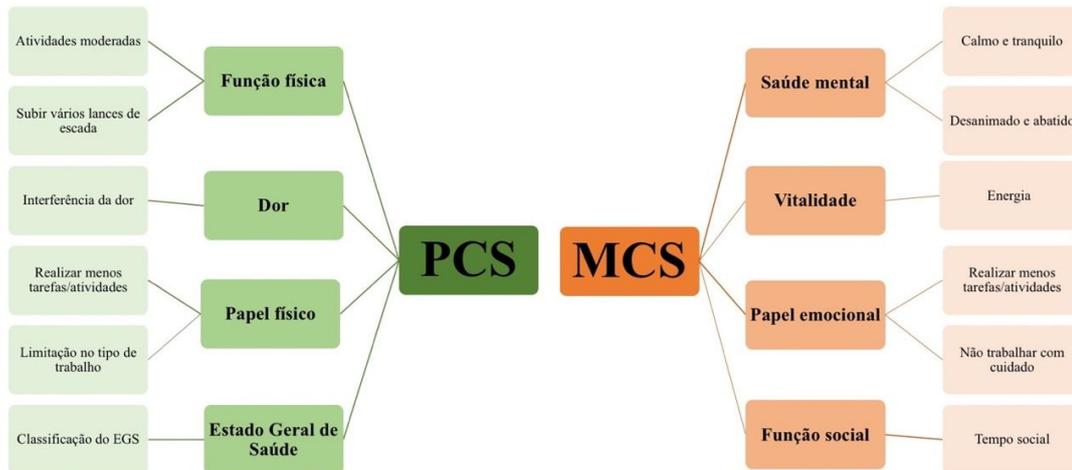
QVRS: Qualidade de vida relacionada à saúde; PCS: *Physical Component Summary*; MCS: *Mental Component Summary*.

3.7.1 Qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS)

A QVRS foi verificada por meio do *Short-form 12(SF -12)*(ANEXO A), que avalia a percepção do indivíduo em relação aos eventos relacionados à qualidade de vida nas últimas quatro semanas. Este instrumento é composto por oito dimensões (função física, aspecto físico, dor, estado de saúde geral, vitalidade, função social, aspecto emocional e aspecto mental) distribuídas em 12 perguntas⁽⁷¹⁾.

A partir da pontuação obtida nas questões do SF-12, dois escores são construídos: o *Physical Component Summary (PCS)* e o *Mental Component Summary (MCS)*, detalhados na figura 2.

Figura 1 - Construção dos componentes físico (PCS) e mental (MCS) da QVRS



Fonte: Ware; Kosinski; Keller, 1995⁽⁷¹⁾.

Para ambos os escores a pontuação varia de 0 a 100. Quanto maior o escore melhor a qualidade de vida e quanto menor o escore pior a qualidade de vida⁽⁷¹⁾. A partir do escore, tanto do PCS como do MCS de ambas as populações, os idosos foram classificados da seguinte forma: com QVRS ruim (escore abaixo da média geral do seu componente) ou com QVRS boa (escore maior ou igual a da média geral do seu componente), as médias e distribuição dos dados de acordo com a cidade do estudo encontram-se nas figuras 2, 3, 4 e 5.

Figura 2 - Componente físico (PCS) da QVRS dos longevos de São Paulo

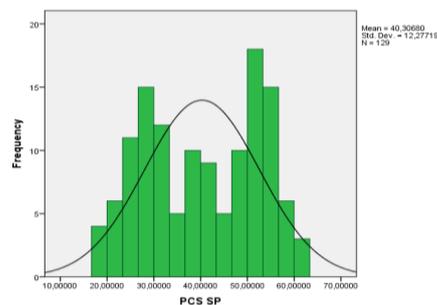


Figura 3 - Componente físico (PCS) da QVRS dos longevos de Brejo dos Santos

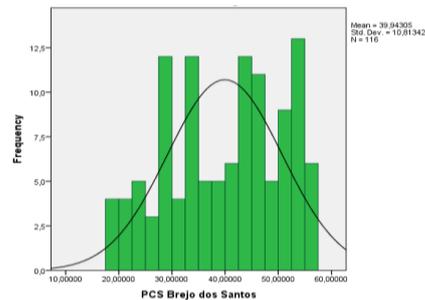


Figura 4 - Componente mental (MCS) da QVRS dos longevos de São Paulo

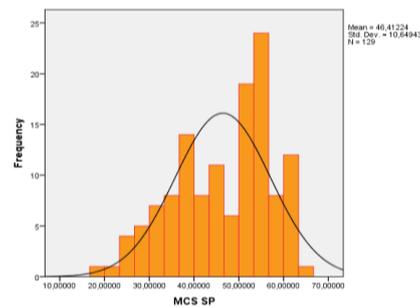
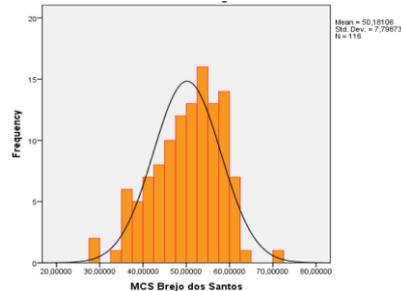


Figura 5 - Componente mental (MCS) da QVRS dos longevos de Brejo dos Santos



3.7.2 Fatores socioeconômico-demográficos

Em relação à etnia autorreferida, foi questionado: “Qual destas opções o(a) descreve melhor?”, tendo como opções de resposta: “branco(a)”, “pardo(a)/mulato(a)/moreno(a)”, “preto(a)”, “indígena”, “amarelo(a) (oriental, japonês, chinês, coreano)”, “outra” e “sem declaração”.

A importância da religião foi verificada a partir da seguinte pergunta: “Qual a importância da religião na sua vida?”, tendo como opções de resposta: “importante”, “regular” e “nada importante”.

Para a autoavaliação do idoso sobre sua renda, foi realizado o seguinte questionamento: “O(a)Sr(a). considera que tem dinheiro suficiente para cobrir suas despesas diárias?”, tendo como opções de resposta: “sim” e “não”.

3.7.3 Situação de saúde

Para avaliação do estado cognitivo, utilizou-se a versão reduzida e validada do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO B)⁽⁷²⁾. Este instrumento é composto de 6 instruções que apresentam valores atribuídos de 0 a 1 ponto, cujo escore é obtido pelo somatório destes pontos. O total de pontos máximo é 19 pontos. A partir deste escore, os idosos foram classificados em: quadro cognitivo normal (13 pontos ou mais) e quadro sugestivo de déficit cognitivo (12 pontos ou menos)⁽⁷³⁾. Para essa questão foram considerados apenas os formulários que foram respondidos pelo próprio idoso.

O bem-estar subjetivo foi mensurada por meio do *Well-being Index* (ANEXO C)⁽⁷⁴⁾. O instrumento apresenta 5 perguntas, mensuradas a partir de escalas do tipo *Likert*. O somatório dessas perguntas pode variar de 0 a 25 pontos. Os idosos que obtiveram uma pontuação menor que 13 foram classificados com pior bem-estar, enquanto que aqueles que somaram 13 pontos ou mais foram classificados com melhor bem-estar.

A autoavaliação da qualidade do sono foi verificada por meio da questão: “Durante o último mês, de maneira geral, como o(a) Sr(a) classificaria a qualidade do seu sono?”, tendo o idoso as seguintes opções de resposta: “muito boa”, “boa”, “regular”, “ruim”, e “muito ruim”. Para fins estatísticos foram utilizadas as categorias: boa (muito boa e boa), regular e ruim (ruim, muito ruim).

A autoavaliação da visão foi verificada a partir da questão: “Em geral, como o(a) Sr(a) classificaria a sua visão?”. Caso o idoso usasse óculos, foi solicitado que avaliasse sua visão considerando o uso do mesmo. Foram dadas ao idoso as seguintes opções de resposta: “muito boa”, “boa”, “regular”, “ruim”, “muito ruim” e “cego”. Caso o idoso fosse cego, esta pergunta não era realizada. Para fins estatísticos foram utilizadas as categorias: boa (muito boa, boa e regular) e ruim (ruim, muito ruim, cego).

A autoavaliação da audição foi baseada na pergunta: “Como o(a) Sr(a) classificaria a sua audição?”. Se o idoso usasse aparelho auditivo rotineiramente, foi solicitado que avaliasse sua audição considerando o uso do mesmo., tendo o idoso as seguintes opções de resposta: “excelente”, “muito boa”, “boa”, “regular”, “má” e “surdo(a)”. Caso o idoso fosse surdo, esta pergunta não era realizada. Para fins estatísticos foram utilizadas as categorias: boa (muito boa, boa e regular), e ruim (ruim, muito ruim, surdo).

A ocorrência de queda nos últimos 12 meses foi verificada por meio da pergunta: “O(a) Sr(a) teve alguma queda nos últimos 12 meses (último ano)?”.

Para a autoavaliação da saúde atual em relação àquela de um ano (12 meses) atrás, utilizou-se o questionamento: “Comparando sua saúde de HOJE com a de DOZE MESES ATRÁS, o(a) Sr(a) diria que agora a saúde está...”, tendo como opções de resposta “melhor”, “igual”, “pior”.

O número de doenças autorreferidas foi verificado por meio do seguinte questionamento: “Alguma vez um médico ou enfermeira lhe disse que o(a) Sr(a) tem X?”, no X leia-se, por vez, os nomes das seguintes doenças: hipertensão arterial sistêmica, *diabetes mellitus*, doenças cardiovasculares, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, acidente vascular encefálico, doenças osteoarticulares e osteoporose.

O número de medicamentos foi verificado a partir da informação: “Número de medicamentos (remédios) utilizados pelo(a) idoso(a)”, tendo como opções de resposta: “não toma NENHUM”, “toma APENAS UM”, “toma MAIS QUE UM, quantos medicamentos diferentes toma por dia? _____.”.

Os sintomas sugestivos de depressão foram avaliados por meio da escala de depressão geriátrica reduzida e validade (GDS-15)⁽⁷⁵⁾ (ANEXO D). Esse instrumento é composto por 15 questões relacionada a como o idoso se sentiu em duas semanas na maior parte do tempo. As respostas são do tipo “sim” ou “não”, e ao final soma-se a pontuação. Idosos com 5 pontos ou menos foram classificados como sem sinais sugestivos de depressão e aqueles com 6 pontos ou mais foram considerados como casos sugestivos de depressão.

3.7.4 Rede de apoio social e familiar

Para as variáveis: “sente falta de companhia”, “tem alguém a quem recorrer se precisar”, “sente-se sozinho”, os idosos foram questionados sobre a frequência que sentiam em cada situação, tendo como opções de respostas: “nunca”, “algumas vezes” e “sempre”.

A variável “costuma sair à rua”, foi mensurada por meio da questão: “O(a) Sr(a) costuma sair à rua para passear ou caminhar (com ou sem outras pessoas)?”, tendo como respostas: “sim” e “não”.

Para as condições da rua foram impedimento para sair, mensurou-se por meio do questionamento: “Com que frequência as CONDIÇÕES DA RUA OU DAS CALÇADAS foram impedimento para que o(a) sr(a) saísse para caminhar ou passear (aclive, declive, presença de buracos ou irregularidades)?”, tendo como possibilidades de respostas: “sempre”, “às vezes”, e “nunca”.

Em relação ao medo de violência foi impedimento para sair, questionou-se “Com que frequência O MEDO DA VIOLÊNCIA foi impedimento para que o(a) Sr(a) saísse à rua (medo de assalto, atropelamento, etc.)?”, as possibilidades de respostas foram “sempre”, “às vezes”, “nunca”.

3.7.5 Eventos críticos no último ano

Neste grupo de variável, questionou-se sobre a ocorrência de cada evento descrito no quadro 1 no último ano, tendo como opções de resposta “sim” ou “não”.

3.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Foi realizado o teste de alfa de *Cronbach* para verificar a confiabilidade do instrumento da QVRS, o qual foi de 0,963 para Brejo dos Santos e 0,966 para São Paulo.

Realizou-se um modelo inicial de regressão logística múltipla para verificar a associação entre o PCS e o MCS, separadamente, com as variáveis independentes (fatores socioeconômico-demográficos, situação de saúde, rede de apoio social e familiar e ocorrência de eventos críticos no último ano). As variáveis com p valor menor ou igual a 0,20 no modelo inicial foram incluídas em um modelo final de regressão logística múltipla. O intervalo de confiança utilizado foi de 95% e calculou-se as razões de prevalências para cada modelo através do *software R Studio*.

3.9 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto em Brejo dos Santos/PB foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (Parecer: 2.067.818) (ANEXO E). O projeto em São Paulo/SP foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública (Parecer: 2044) (ANEXO F). Ambos os estudos encontraram-se em consonância com os aspectos éticos que envolvem pesquisas com seres humanos.

Para ambos os estudos, após receberem explicações verbais e escritas a respeito do estudo, os idosos que aceitaram participar foram orientados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A e APÊNDICE B).

4 RESULTADOS

Os resultados deste estudo são apresentados em dois artigos científicos:

- Artigo 1 - Qualidade de vida relacionada à saúde e fatores associados entre idosos longevos.
- Artigo 2 - Qualidade de vida relacionada à saúde entre longevos e sua associação com a rede de apoio social e familiar e os eventos críticos no último ano.

ARTIGO 1

Qualidade de vida relacionada à saúde e fatores associados entre idosos longevos

RESUMO

Objetivo: avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde e sua associação com os fatores socioeconômico-demográficos e com a situação de saúde entre idosos longevos residentes em Brejo dos Santos/PB e em São Paulo/SP. **Metodologia:** estudo transversal, de abordagem quantitativa, com utilização de dados primários. Participaram deste estudo 245 idosos com 80 anos ou mais, dos quais 116 era residentes em Brejo dos Santos/PB e 129 em São Paulo/SP. A qualidade de vida relacionada à saúde foi mensurada por meio do *Short-form 12*, o qual é constituído por dois componentes: o *Physical Component Summary* e *Mental Component Summary*, ambos classificados em bom ou ruim, a partir de suas respectivas médias. As variáveis independentes constituem informações socioeconômico-demográficas e situação de saúde. Para a análise dos dados foi realizado um modelo inicial de regressão logística múltipla para cada componente. As variáveis com p valor menor ou igual a 0,20 em cada modelo inicial foram incluídas em um modelo final de regressão logística múltipla com intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** tanto para o PCS quanto para o MCS, em Brejo dos Santos a prevalência maior de QVRS foi boa. Os fatores associados ao PCS ruim no modelo final entre os idosos de Brejo dos Santos foram sexo, grupo etário, ocorrência de quedas nos últimos 12 meses e autoavaliação do sono. Entre os idosos de São Paulo, os fatores associados ao PCS ruim foram estado cognitivo e autoavaliação da visão. O modelo final relacionado ao MCS ruim entre os idosos de Brejo dos Santos mostrou associação com a autoavaliação da importância da religião pelo idoso, estado cognitivo, bem-estar subjetivo, autoavaliação do sono e número de medicamentos. Quanto aos idosos de São Paulo, não foi verificada associação entre MCS ruim e as variáveis avaliadas. **Considerações finais:** a partir dos resultados observou-se que são necessárias ações específicas para os idosos de cada cidade avaliada como é o caso da promoção da prática de atividades físicas e sociais em Brejo dos Santos e da melhoria na acessibilidade aos serviços de saúde em São Paulo.

Descritores: Qualidade de vida. Idosos de 80 anos ou mais. Longevidade.

INTRODUÇÃO

O aumento no número de idosos é uma realidade que tem ocorrido de maneira rápida em todo o mundo. O envelhecimento humano é influenciado por diversos fatores, incluindo os genéticos e os ambientais.¹ A forma como cada indivíduo envelhece está relacionada com suas vivências desde o nascimento, as quais o torna mais vulnerável a doenças e a perdas progressivas e contínuas. Diante desse fenômeno, almeja-se não apenas prolongar a vida em anos, mas desfrutar de uma qualidade de vida boa e do desenvolvimento de suas potencialidades.²

A qualidade de vida foi conceituada como “uma percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais eles vivem, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”³, a qual é influenciada pelo equilíbrio entre as fragilidades e as potencialidades do idoso. No que se refere à qualidade de vida boa, ela sofre alterações baseadas nos aspectos individuais e nas construções socioculturais desse indivíduo. Assim, estar bem na fase do envelhecimento significa estar em consonância com suas expectativas e com a sua vida.⁴

Na literatura científica, diferentes termos têm sido utilizados para denominar qualidade de vida, como é o caso de estado de saúde, bem-estar percebido e psicológico, função física, satisfação com a vida e felicidade.⁵ Diante disso, o termo “qualidade de vida relacionada à saúde” (QVRS) foi sugerido como forma de abranger os aspectos relacionados às doenças e às intervenções em saúde.⁶

Frente à importância da QVRS para os idosos, estudos com esse grupo etário têm abordado esta temática, tanto no Brasil⁷⁻⁹ como internacionalmente.¹⁰ Em uma revisão sistemática da literatura com meta-análise, observou-se que dos artigos contidos na revisão, 56% apresentaram piores médias dos escores para a QVRS.¹¹ Fato preocupante, tendo em vista que um idoso com QVRS ruim pode apresentar diminuição da capacidade de realizar atividades diárias e ter dificuldades para se comunicar de maneira favorável.¹²

Diante das repercussões da temática sobre a vida do idoso, observa-se a necessidade de verificar os fatores associados à sua QVRS. Estudos realizados com idosos verificaram que a QVRS ruim esteve relacionada ao sexo feminino⁸, idades mais avançadas⁸, baixa renda familiar⁸, presença de mais de uma doença crônica⁸, déficit visual¹³, privação do sono⁹, ocorrência de quedas¹⁴ e uso de medicamentos.¹⁵

Os idosos constituem uma população heterogênea, sobretudo no que diz respeito às condições socioeconômicas e demográficas, ao grupo etário, ao sexo e às formas de ocupação.

Esse grupo apresenta diferentes vivências ao longo da vida e, conseqüentemente, inserções sociais e econômicas distintas. Vale salientar que o Brasil é marcado por diferenças nas condições sociais e econômicas entre as populações das suas regiões.¹⁶ Portanto, destaca-se a importância em analisar as discrepâncias entre essas realidades existentes no país.

Destaca-se, desta forma, que uma QVRS boa está relacionada à capacidade de realizar as atividades de vida diárias de maneira independente e, conseqüentemente, ter melhor satisfação com a vida. Em contrapartida, a QVRS ruim implica dependência e diminuição da autonomia. Apesar de os estudos abordarem os fatores associados à QVRS e a sua consequência na vida desse grupo etário, a heterogeneidade da população idosa precisa ser considerada nestes estudos.

Assim, observa-se a relevância de estudos realizados com idosos longevos de diferentes localidades, os quais verifiquem os fatores determinantes da QVRS, tendo em vista que as desigualdades socioeconômicas e demográficas existentes no território brasileiro resultam em diferentes percepções sobre a QVRS, a qual é influenciada pelas expectativas e vivências dos idosos ao longo da vida. Dessa forma, questionou-se: os fatores socioeconômico-demográficos e a situação de saúde estão associados à QVRS em idosos residentes em Brejo dos Santos e em São Paulo? Há diferença entre os fatores associados à QVRS dos idosos residentes nestas cidades?

Nesse contexto, o presente estudo objetivou avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde e sua associação com os fatores socioeconômico-demográficos e com a situação de saúde entre idosos longevos residentes em Brejo dos Santos/PB e em São Paulo/SP.

METODOLOGIA

Este é um estudo transversal, analítico, de abordagem quantitativa, realizado com idosos longevos residentes nas cidades de Brejo dos Santos/PB e São Paulo/SP. Os dados são referentes a estudos maiores intitulados: “Estudo SABE-PB: investigação da situação de saúde e bem-estar e envelhecimento em populações consanguíneas no nordeste brasileiro” e “Estudo SABE: estudo longitudinal de múltiplas coortes sobre as condições de vida e saúde dos idosos do município de São Paulo – coorte 2015”, respectivamente.

A cidade de Brejo dos Santos foi escolhida devido à alta prevalência de casamentos consanguíneos (18%), corroborando com um estudo realizado em 39 cidades no estado da Paraíba o qual afirmou que a prevalência de endogamia foi de 6% a 41%.¹⁷ Estudos realizados na ilha de Sardenha contribuem com o fato de que a longevidade pode estar relacionada a casamentos consanguíneos.^{18,19}

O estudo da Paraíba foi constituído por todos os idosos com 80 anos ou mais residentes em Brejo dos Santos, os quais à época somaram-se 188 idosos. Deste total, foram avaliados 179 idosos, tendo em vista as perdas relacionadas à ausência de idosos na cidade durante a coleta de dados. O período de realização do estudo foi de abril a maio de 2017. Foram incluídos neste estudo os idosos com 80 anos ou mais, de ambos os sexos, residentes na cidade do estudo.

O estudo de São Paulo, realizado na capital do estado, é composto por todos os idosos com 80 anos ou mais avaliados na coorte de 2015 do Estudo SABE, residentes na cidade de São Paulo, totalizando 239 idosos. A coleta de dados aconteceu entre março e junho de 2016. As informações coletadas foram anotadas em um formulário estruturado e adequado à realidade local. Em ambas as pesquisas, as perguntas e respostas utilizadas foram as mesmas.

As variáveis avaliadas neste estudo foram: qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) (variável dependente) e fatores socioeconômico-demográficos e situação de saúde (variáveis independentes).

A QVRS foi mensurada por meio do *Short-form 12(SF-12)*. Esse instrumento resulta na construção de dois escores: o *Physical Component Summary* (PCS) e o *Mental Component Summary* (MCS). O ponto de corte para dicotomização da variável dependente foi calculado a partir das médias de cada componente da QVRS, o qual para Brejo dos Santos o do PCS foi de 39,94 e o do MCS foi de 50,20. Em São Paulo, a média para o PCS foi de 40,30 e para o MCS foi de 50,98. Desta forma, os idosos foram classificados da seguinte forma: PCS bom ou ruim; MCS bom ou ruim.

Os fatores socioeconômico-demográficos verificados foram: sexo (masculino; feminino), etnia referida (branco; não branco), grupo etário (80-89; 90 ou mais), letrado (sim; não); importância da religião para o idoso (importante; não importante), autoavaliação do idoso sobre sua renda (suficiente; insuficiente).

A situação de saúde foi verificada por meio do estado cognitivo (normal; sugestivo de déficit), bem-estar subjetivo (melhor; pior), autoavaliação do sono (boa; regular; ruim), autoavaliação da audição (boa; regular; ruim), autoavaliação da visão (boa; regular; ruim), ocorrência de queda nos últimos 12 meses (sim; não), autoavaliação da saúde atual em relação àquela de um ano atrás (melhor; igual; pior), número de doenças autorreferidas (nenhuma; uma; duas ou mais), número de medicamentos (nenhum, um a quatro, cinco ou mais) e sintomas sugestivos de depressão (sim; não).

Em relação ao estado cognitivo, utilizou-se a versão reduzida e validada do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). Este instrumento é composto de 6 instruções que

apresentam valores atribuídos de 0 a 1 ponto, cujo escore é obtido pelo somatório destes pontos. O total de pontos máximo é 19. A classificação ocorreu da seguinte forma: quadro cognitivo normal (13 pontos ou mais) e quadro sugestivo de déficit cognitivo (12 pontos ou menos).²⁰

O bem-estar subjetivo foi mensurado através do Índice de Bem-estar da OMS (*Well-being Index*) e foram classificados com melhor bem-estar aqueles com pontuação maior ou igual a 13 e pior bem-estar aqueles com 12 pontos ou menos.²¹

Os sintomas sugestivos de depressão nos idosos foram analisados por meio da escala de depressão geriátrica (GDS-15), um dos instrumentos validados para realizar triagem para depressão em idosos. Foram classificados como depressivos os participantes que somaram 6 pontos ou mais, e como não depressivos aqueles com 5 pontos ou menos.²²

Inicialmente os dados foram descritos sob a forma de frequências (absoluta e relativa). Foi realizado o teste de alfa de *Cronbach* para verificar a confiabilidade do instrumento da QVRS o qual foi de 0,963 para o estudo de Brejo dos Santos (PB) e 0,966 para São Paulo (SP). Realizou-se um modelo inicial de regressão logística múltipla para verificar associação entre o PCS e o MCS, separadamente, com as variáveis independentes (fatores socioeconômico-demográficos e situação de saúde). As variáveis com p valor menor ou igual a 0,20 no modelo inicial foram incluídas em um modelo final de regressão logística múltipla. O intervalo de confiança utilizado foi de 95% e calculou-se as razões de prevalência para cada modelo por meio do *software R studio*.

Este estudo esteve em consonância com os aspectos éticos que envolvem pesquisas com seres humanos. Desta forma, o projeto em Brejo dos Santos/PB foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (Parecer: 2.067.818); e o projeto em São Paulo/SP foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública (Parecer: 2044). Após receberem explicações verbais e escritas a respeito do estudo, os idosos que aceitaram participar foram orientados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Foram avaliados 245 idosos, dos quais 116 em Brejo dos Santos/PB, com média etária de 84,71 anos e 129 em São Paulo, com média etária de 85,67 anos.

Na tabela 1 é apresentada a distribuição dos idosos segundo os fatores socioeconômico-demográficos e a situação de saúde. Em relação aos fatores socioeconômico-demográficos, entre os idosos de Brejo dos Santos, a maior proporção era do sexo masculino

(50,9%), branco (50,9%), tinha 80 a 89 anos (82,8%), não letrado (59,5%), considerou a religião importante (91,4%) e autoavaliou a renda como suficiente (64,7%). Entre os longevos de São Paulo, observou-se que a maior proporção era do sexo feminino (80,6%), branco (58,1%), tinha 80 a 89 anos (80,6%), letrado (77,5%), considerou a religião importante (84,5%) e autoavaliou a renda como suficiente (62,8%).

Sobre a situação de saúde, a maior proporção dos longevos de Brejo dos Santos apresentou estado sugestivo de déficit cognitivo (55,2%), melhor bem-estar subjetivo (74,1%), autoavaliação do sono boa (48,2%), autoavaliação da audição boa (38,8%), autoavaliação da visão boa (32,7%), sem ocorrência de quedas nos últimos 12 meses (72,4%), autoavaliação da saúde atual igual àquela dos últimos 12 meses (51,7%), uma doença autorreferida (39,6%), o uso de um a quatro medicamentos (51,7%) e sem sintomas sugestivos de depressão (33,5%).

Entre os idosos que residiam em São Paulo, as maiores proporções foram entre aqueles com estado cognitivo normal (72,9%), com melhor bem-estar subjetivo (68,2%), com autoavaliação do sono boa (57,5%), com autoavaliação da audição regular (39,5%), com autoavaliação da visão regular (41,9%), sem ocorrência de quedas nos últimos 12 meses (59,7%), com autoavaliação da saúde atual igual àquela dos últimos 12 meses (49,6%), com duas ou mais doenças autorreferidas (32,6%), utilizando cinco ou mais medicamentos (61,2%) e com sintomas sugestivos de depressão (69,8%).

Tabela 1–Distribuição dos idosos estudados, segundo fatores socioeconômico-demográficos e situação de saúde.

Variáveis	Brejo dos Santos		São Paulo	
	FA	FR	FA	FR
Sexo				
Feminino	57	49,1	104	80,6
Masculino	59	50,9	25	19,4
Etnia referida				
Branco	59	50,9	75	58,1
Não Branco	54	46,5	54	41,9
Não respondeu	3	2,6	-	-
Grupo etário				
80 a 89 anos	96	82,8	104	80,6
90 anos ou mais	20	17,2	25	19,4
Letrado				
Sim	47	40,5	100	77,5
Não	69	59,5	26	20,2
Não respondeu	-	-	3	2,3
Importância da religião para o idoso				

Importante	106	91,4	109	84,5
Não importante	9	7,8	16	12,4
Não respondeu	1	0,8	4	3,1
Autoavaliação do idoso sobre sua renda				
Suficiente	75	64,7	81	62,8
Insuficiente	41	35,3	46	35,7
Não respondeu	-	-	2	1,5
Estado cognitivo				
Normal	50	43,1	94	72,9
Sugestivo de déficit cognitivo	64	55,2	30	23,3
Não respondeu	2	1,7	5	3,8
Bem-estar subjetivo				
Melhor	86	74,1	88	68,2
Pior	27	23,3	37	28,7
Não respondeu	3	2,6	4	3,1
Autoavaliação do sono				
Boa	56	48,2	74	57,5
Regular	30	25,9	34	26,4
Ruim	19	16,4	19	14,6
Não respondeu	11	9,5	2	1,5
Autoavaliação da audição				
Boa	45	38,8	50	38,8
Regular	32	27,6	51	39,5
Ruim	28	24,1	24	18,6
Não respondeu	11	9,5	4	3,1
Autoavaliação da visão				
Boa	38	32,7	47	36,4
Regular	37	31,9	54	41,9
Ruim	30	25,9	27	20,9
Não respondeu	11	9,5	1	0,8
Ocorrência de quedas nos últimos 12 meses				
Sim	31	26,8	52	40,3
Não	84	72,4	77	59,7
Não respondeu	1	0,8	-	-
Autoavaliação da saúde atual em relação àquela dos últimos 12 meses				
Melhor	19	16,4	16	12,4
Igual	60	51,7	64	49,6
Pior	36	31,1	49	38,0
Não respondeu	1	0,8	-	-
Número de doenças autorreferidas				
Nenhuma	27	23,2	11	8,5
Uma	46	39,6	17	13,2
Duas ou mais	43	37,2	42	32,6
Não respondeu	-	-	59	45,7
Número de medicamentos				
Nenhum	14	12,1	6	4,7
Um a quatro	60	51,7	44	34,1
Cinco ou mais	34	29,3	79	61,2
Não respondeu	8	6,9	-	-
Sintomas sugestivos de depressão				

Sim	34	29,3	90	69,8
Não	39	33,5	9	7,0
Não respondeu	43	37,2	30	23,2
TOTAL	116	100	129	100

FA: frequência absoluta; FR: frequência relativa.

Em relação aos componentes da QVRS, a proporção de PCS bom entre os longevos que residiam em Brejo dos Santos e em São Paulo foi de 54,3% e de 50,4%, respectivamente. A proporção de MCS bom entre os longevos de Brejo dos Santos foi de 55,2% e entre aqueles que residiam em São Paulo foi de 43,4%.

Na tabela 2 encontra-se o modelo final de regressão logística múltipla da associação entre o PCS ruim e os fatores socioeconômico-demográficos e a situação de saúde entre os longevos residentes em Brejo dos Santos e em São Paulo. Observou-se que em Brejo dos Santos houve significância estatística entre o PCS ruim e ser do sexo feminino, ser do grupo etário de 90 anos ou mais, ter caído no último ano e autoavaliar o sono como regular. Entre os longevos que residiam em São Paulo, observou-se que o PCS ruim apresentou associação estatística significativa com estado sugestivo de déficit cognitivo e autoavaliação da visão ruim.

Tabela 2 - Modelo final de regressão logística múltipla entre PCS ruim e fatores socioeconômico-demográficos e situação de saúde.

PCS ruim					
Brejo dos Santos			São Paulo		
Variáveis	RP	IC95%	Variáveis	RP	IC95%
Sexo			Estado cognitivo		
Feminino	1,68	1,02-2,78*	Normal	1	-
Masculino	1	-	Sugestivo de déficit	1,76	1,24-2,48**
Grupo etário			Autoavaliação da visão		
80 a 89 anos	1	-	Boa	1	-
90 anos ou mais	1,79	1,20-2,67	Regular	1,25	0,86-1,83
Autoavaliação do sono			Ruim	1,55	1,06-2,26*
Boa	1	-			
Regular	1,91	1,34-2,71**			
Ruim	1,43	0,85-2,39			
Ocorrência de quedas nos últimos 12 meses					
Sim	1,59	1,07-2,37*			
Não	1	-			

*p valor menor ou igual a 0,05; **p valor menor ou igual a 0,01; RP: Razão de prevalência ajustada; IC95%: Intervalo de confiança em nível de 95%. PCS: *Physical Component Summary*.

O modelo final de regressão logística múltipla referente à associação entre o MCS ruim e os fatores socioeconômico-demográficos e a situação de saúde nos longevos que residiam em Brejo dos Santos e em São Paulo encontra-se na tabela 3. Entre os longevos de Brejo dos Santos, observou-se associação estatística entre o MCS ruim e não considerar religião como importante, pior bem-estar subjetivo, estado de sugestão de déficit cognitivo, autoavaliar o sono como regular ou ruim e utilizar cinco medicamentos ou mais. Entre os idosos de São Paulo não houve associação estatística significativa entre o MCS ruim e os fatores socioeconômico-demográficos e a situação de saúde.

Tabela 3 - Modelo final de regressão logística múltipla entre MCS ruim e fatores socioeconômico-demográficos e situação de saúde.

Variáveis	MCS ruim	
	RP	IC
Importância da religião para o idoso		
Importante	1	-
Não importante	0,29	0,09-0,92
Estado cognitivo		
Normal	1	1
Sugestivo de déficit	2,11	1,35-3,31**
Bem-estar subjetivo		
Melhor	1	-
Pior	1,94	1,29-2,92*
Autoavaliação do sono		
Boa	1	-
Regular	1,65	1,07-2,54*
Ruim	1,79	1,14-2,82
Número de medicamentos		
Nenhum	1	-
Um a quatro	1,82	0,99-3,36
Cinco ou mais	2,80	1,61-4,85*

*p valor menor ou igual a 0,05; **p valor menor ou igual a 0,01; RP: Razão de prevalência ajustada; IC95%: Intervalo de confiança em nível de 95%. MCS: *Mental Component Summary*

DISCUSSÃO

Neste estudo verificou-se, tanto entre os longevos de Brejo dos Santos como os de São Paulo, maior prevalência do PCS bom. Esses dados vão de encontro aos resultados de outro estudo realizado com idosos com 60 anos ou mais⁸ e com idosos longevos.²³ Fato importante, uma vez que os achados deste estudo mostram que, apesar do avançar da idade, maior parte dos idosos apresenta uma QVRS boa.

A prevalência do MCS bom foi maior entre os longevos de Brejo dos Santos. Em uma revisão integrativa da literatura observou-se que na zona rural, idosos apresentaram melhor convívio com a família e com a comunidade e realizaram atividades que ocasionaram menos estresse quando comparados com os idosos que moravam na zona urbana. Ademais, com o avanço da tecnologia, idosos da zona rural passaram a ter acesso à energia, à televisão, ao rádio, à internet, a outras opções de diversão que lhes permitiram lazer e obtenção de informações.²⁴ Portanto, esses acontecimentos podem justificar a maior proporção de MCS bom na cidade do sertão paraibano quando comparados com a cidade de São Paulo.

Neste estudo, a maioria dos longevos residentes em Brejo dos Santos não era letrado, mas apresentou maiores proporções de PCS e MCS bom quando comparados aos longevos de São Paulo. Apesar de a maioria dos longevos residentes em Brejo de Santos não serem letrados, supõem-se que apresentam melhor rede de apoio social e familiar do que os da cidade de São Paulo, tendo em vista que Brejo dos Santos é uma cidade de pequeno porte e que por esta razão o serviço de saúde e a família e amigos estão mais próximos dos usuários.

Tanto no modelo inicial de regressão como no modelo final, Brejo dos Santos e São Paulo apresentaram diferentes fatores associados à QVRS, corroborando com a heterogeneidade dos idosos no Brasil. Em Brejo dos Santos os fatores associados ao PCS ruim, no modelo final, foram ser do sexo feminino, ter 90 anos ou mais, autoavaliar o sono como regular e ter caído nos últimos 12 meses. Em São Paulo os fatores associados com o PCS ruim foram estado sugestivo de déficit cognitivo e autoavaliação da visão ruim.

Estudos com idosos destacaram a associação do sexo feminino com piores escores do PCS⁸, corroborando com os achados deste estudo. Um estudo realizado em países da Europa afirmou que mulheres podem viver mais que os homens, entretanto com maior fragilidade e limitação durante a realização de suas atividades.²⁵ Contudo, é importante destacar que a fragilidade feminina é resultado de uma cultura estereotipada de que as mulheres são seres frágeis. Entretanto, salienta-se que se as meninas desde a infância forem expostas às mesmas atividades físicas que os meninos, elas apresentarão corpos mais fortes quando adultas e, conseqüentemente, serão menos frágeis. O estereótipo da mulher como sexo frágil acarreta conseqüências para a sua saúde e seu *status* social²⁶, como é o caso da QVRS.²⁷

Considerando que envelhecer é uma questão de gênero¹⁶; que Brejo dos Santos é uma cidade do interior da Paraíba e predominantemente rural; e o fato de as mulheres que moram em área rural serem vistas sob relações de obediência e submissão²⁸; é importante destacar a importância da educação em saúde sobre a desconstrução de mulher como ser incapaz, frágil e inferior ao sexo masculino. O que pode ser feito tanto nos primeiros anos de vida, por meio de

equidade nas atividades de lazer na infância, como durante o envelhecer, por meio de ações que ofereçam suporte sobre questões apontadas pelas idosas, com a finalidade de garantir sua qualidade de vida.

Embora não tenham sido encontrados na literatura consultada resultados específicos para longevos, observou-se associação entre o PCS ruim e as idades mais avançadas.⁸ À medida que o idoso envelhece o seu estado de saúde fica mais vulnerável, tornando-o mais frágil²⁹. A fragilidade é uma consequência do declínio cumulativo dos sistemas fisiológicos do corpo humano que acontece ao longo da vida, a qual resulta em um idoso suscetível a problemas adversos à saúde como quedas e delírios³⁰. Fato preocupante, tendo em vista que o estudo realizado por Lenardt et al.³¹ identificou que a fragilidade entre os idosos está associada às dimensões físicas da QVRS.

Apesar de na literatura consultada não terem sido encontrados estudos que verificaram associação entre o PCS e a autoavaliação do sono, estudo não específicos realizado com idosos em Campinas verificou que aqueles com privação do sono apresentaram associação com o PCS ruim⁹. Estudo realizado com indivíduos com 60 anos ou mais do interior do estado de São Paulo identificou que os problemas relacionados ao sono podem estar associados a acordar no meio da noite, a sentir muito calor ou a acordar muito cedo pela manhã.³² Aspectos que possivelmente estão presentes entre os idosos de Brejo dos Santos, tendo em vista que a cidade está localizada no sertão do estado, logo apresenta temperaturas elevadas; além da cultura dentre os indivíduos, principalmente da zona rural, de acordar cedo. Destaca-se que essa associação é preocupante, pois o padrão do sono prejudicado acarreta consequências físicas, psicológicas e sociais.³³

Neste estudo a ocorrência de quedas esteve associada com PCS ruim entre os idosos residentes em Brejo dos Santos, corroborando com os resultados de uma revisão integrativa de literatura.¹⁴ As principais consequências da ocorrência de quedas nos idosos de um estudo comparativo realizado em um serviço de emergência em Curitiba foram: lesões superficiais, traumatismo craniano, fraturas de membros superiores e membros inferiores.³³ Essas repercussões são preocupantes, pois ocasionam deterioração da função física do idosos e, conseqüentemente, da QVRS.³⁴

Quanto aos idosos residentes em São Paulo, houve associação estatística entre o PCS ruim e o estado sugestivo de déficit cognitivo. Estudo entre idosos iranianos identificou que a função cognitiva esteve fortemente associada às dimensões físicas e emocionais dos idosos³⁵, as quais compõem o PCS e o MCS da QVRS, respectivamente. Portanto, vale destacar que

idosos apresentam maior déficit cognitivo, acarretando maior dependência e redução da autonomia e, conseqüentemente, PCS ruim.

Entre os idosos de São Paulo, o PCS ruim esteve associado, ainda, à autoavaliação da visão ruim. Embora na literatura consultada não tenham sido encontrados estudos específicos sobre o PCS e a autoavaliação da visão em idosos, estudo verificou associação entre problemas com a visão e o PCS.¹³ Salienta-se que idosos com déficit visual apresentam maior comprometimento na execução das atividades diárias e, conseqüentemente, tornam-se mais dependentes.¹³ Neste contexto, a autoavaliação da visão nos longevos residentes em São Paulo pode ser marcante, pois em uma cidade de grande porte como São Paulo, a rede de apoio social e familiar torna-se mais difícil e distante, o que pode dificultar a locomoção em casa, assim como na rua para execução de atividades importantes como visita a familiares ou amigos, ida ao mercado ou à Unidade de Saúde.

Em relação ao MCS ruim entre os idosos residentes em Brejo dos Santos, observou-se associação estatística com a religião considerada como não importante pelo idoso, estado sugestivo de déficit cognitivo, pior bem-estar subjetivo, autoavaliação do sono como regular e número de medicamentos.

Sobre a importância da religião pelo idoso observou-se que embora neste estudo tenha sido verificada associação negativa entre considerar a religião como não importante e o MCS ruim, não foi encontrado na literatura consultada estudos com essa associação de maneira específica. Contudo, uma revisão da literatura identificou que a religião é um aspecto que pode contribuir com melhoras no tratamento de saúde, pois resulta em um melhor controle emocional e social pelo indivíduo, bem como ações que promovem a sua qualidade de vida.³⁶ Os resultados deste estudo suscitam um aspecto importante, uma vez que, apesar de em Brejo dos Santos a população predominantemente apresentar alguma religião ou crença³⁷, esta religião ou crença não parecem importantes para um PCS bom.

Entre os longevos de Brejo dos Santos houve associação entre o MCS ruim e o estado sugestivo de déficit cognitivo. Um estudo com idosos em São Luís identificou que o declínio cognitivo esteve associado com uma das dimensões que compõem o MCS: aspectos emocionais.³⁸ Vale destacar que um estudo de intervenção realizado com idosos resultou em melhora no estado cognitivo desses indivíduos por meio de treinos de memória, de atenção e de funções executivas.³⁹ Portanto, este fato fortalece os argumentos acerca da relação entre o MCS da QVRS e o estado cognitivo entre idosos. Além disso, observa-se que à medida que os anos avançam, os idosos apresentam maior déficit cognitivo, o qual fragiliza as relações

sociais e familiares e a sua comunicação com o meio no qual vive e se relaciona, o que, desta forma, repercute negativamente sobre o MCS.

Apesar de não ter sido encontrada na literatura consultada estudos que associassem o MCS ruim com o bem-estar subjetivo de idosos, Giacomoni⁴⁰ exemplificou em seu estudo que para se entender como melhorar a qualidade de vida da população, é necessário a inclusão de medidas que melhorem o bem-estar subjetivo dos indivíduos, sendo estas medidas tão importantes quanto os índices econômicos. Dessa forma, ressalta-se que o bem-estar subjetivo é um fator protetor para a saúde, podendo reduzir a ocorrência de doenças crônicas, além de promover a longevidade.⁴¹

A autoavaliação do sono como regular esteve associada ao MCS ruim entre os longevos de Brejo dos Santos. Embora na literatura consultada não tenha sido encontrado estudo específico para idosos sobre a autoavaliação do sono e MCS ruim, estudo com idosos apresentou associação estatística entre MCS e qualidade do sono.⁹ Tel⁴² observou em estudo com idosos que à medida que a idade avança a qualidade do sono piora, a qual esteve associada às dimensões física, social e psicológica da QVRS. Considerando que o MCS aborda as dimensões relacionadas à saúde mental, psicológica e social dos indivíduos, é relevante destacar a sua relação com as repercussões negativas das alterações no padrão do sono nos idosos. Nesses indivíduos as alterações na quantidade e qualidade do sono tendem ao esgotamento psicológico e à sensação de cansaço mental, prejudicando a sua socialização e o seu bem-estar subjetivo.

A polifarmácia esteve associada ao MCS ruim neste estudo, corroborando com outro estudo realizado com adultos.⁴³ Resultados de um estudo com idosos verificaram a associação significativa entre a multimorbidade e o uso exacerbado de medicamentos.⁴⁴ Este uso exacerbado de medicamentos reflete em insônia, ansiedade e estados confusionais,⁴⁵ os quais resultam em mudanças emocionais e sociais nos idosos, fragilizando assim, a sua relação social com o meio no qual ele está inserido.

Os resultados deste estudo mostraram diferenças nos fatores que influenciaram a QVRS de idosos do interior da Paraíba e do município de São Paulo. Desta forma, salienta-se a importância de abordar o idoso de acordo com sua singularidade e suas nuances; além da necessidade de estudos específicos com idosos longevos na área da saúde, que abordem especialmente a QVRS, tendo em vista a escassez de literatura científica com esta temática, o que dificultou a discussão dos resultados. Como ponto de destaque para este estudo, tem-se a inovação relacionada à comparação entre duas populações de idosos longevos, os quais apresentam condições socioeconômico-demográficas e culturais distintas.

Para estudos futuros, sugere-se utilizar a abordagem qualitativa com essa mesma temática a fim de ancorar os resultados baseados nos valores e percepções de cada indivíduo de forma específica e direcionada. Salienta-se que este estudo é importante, pois apresenta subsídios capazes de auxiliar os profissionais da área da saúde e os que cuidam diretamente dos idosos. Em relação às políticas públicas, este estudo oferece sugestões de estratégias que podem ser adotadas para melhorar a qualidade de vida desse grupo etário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se, portanto, que entre os idosos de Brejo dos Santos os fatores associados ao PCS ruim foram em sua maioria relacionados às questões individuais não modificáveis (sexo e grupo etário) e à saúde (ocorrência de quedas nos últimos 12 meses e autoavaliação do sono). Entre os idosos residentes em São Paulo, encontrou-se que os fatores associados ao PCS ruim foram associados às questões de saúde (estado cognitivo e autoavaliação da visão).

Encontrou-se que entre os idosos de Brejo dos Santos os fatores associados ao MCS ruim foram predominantemente relacionados à saúde (déficit cognitivo, bem-estar subjetivo, autoavaliação do sono e número de medicamentos) e à religião (importância da religião para o idoso). Entre os longevos de São Paulo nenhuma variável estudada apresentou associação com o MCS ruim.

Então, os resultados deste estudo poderão ser usados como subsídio para os profissionais, os familiares e os cuidadores de idosos, pois com esse conhecimento será possível compreender as nuances do envelhecimento e assim, elaborar estratégias que visem melhores condições de vida.

As ações que se destacam são: estimular a prática de atividades físicas e sociais; promover hábitos de vida saudáveis; promover a redução do uso inadequado e exacerbado de medicamentos; e oferecer estratégias para melhorar o ambiente em que o idoso mora e vive como proporcionar uma rede de apoio social e familiar por meio de rodas de conversas com idosos, melhorar a acessibilidade ao serviço de saúde e aos profissionais da saúde, promover o encontro entre idosos e seus amigos e/ou familiares (cuidadores e familiares). Para o Estado, garantir condições de moradia, de renda, de alimentação, de lazer, de trabalho é responsabilidade desde a Lei Orgânica da Saúde, portanto é necessário rever as prioridades e as ações relacionadas às políticas públicas para essa população.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. World report on ageing and health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 2019 Jan 10]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=DC84411306A1DFD4A9EAD87951470D37?sequence=1
2. Burlá C, Pessini L, Siqueira JE, Nunes R. Envelhecimento e doença de Alzheimer: reflexões sobre autonomia e o desafio do cuidado. *Rev Bioet*[Internet]. 2014 [cited 2019 Apr 12];22(1):85-93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n1/a10v22n1.pdf>.
3. World Health Organization. WHOQOL measuring quality of life [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1997 [cited 2018 Nov 10]. Available from: <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>
4. Neri AL. Qualidade de vida e idade madura. São Paulo (SP): Papirus;2003.
5. Ferrans CE, Zerwic JJ, Wilbur JE, Larson JL. Conceptual model of health-related quality of life. *J Nurs Scholarship* [Internet].2005 [cited 2019 Apr 19];37(4). Available from: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1547-5069.2005.00058.x>
6. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2004 [cited 2019 Apr 23];20(2):580-588. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200027&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 23 abr. 2019.
7. Amaral TLM, et al. Multimorbidade, depressão e qualidade de vida em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família em Senador Guimard, Acre, Brasil. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2019 [cited 2019 Apr 12];23(9):3077-3084. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232018000903077&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
8. Camelo LV, Giatti L, Barreto SM. Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos residentes e região de alta vulnerabilidade para saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2016 [cited 2019 Apr 20];19(2):280-293. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v19n2/1980-5497-rbepid-19-02-00280.pdf>
9. Lima MG, Barros MBA, Alves MCGP. Sleep duration and health-status self-assessment (SF-36) in elderly: a population-based study (ISA-Camp 2008). *Cad Saude Publica* [Internet]. 2012 [cited 2019 Aug 15];28(9):1674-1684. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n9/v28n9a07.pdf>
10. Kazazi L, et al. Association between age associated cognitive decline and health related quality of life among Iranian older individuals. *Electron Physician* [Internet]. 2018 [cited 2019 Apr 25];10(4):6663-6671. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5984021/pdf/epj-10-6663.pdf>
11. Tourani S et al. Health-related quality of life among healthy elderly Iranians: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 12];16(1):1-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5774099/>
12. Ministério da Saúde (BR). Envelhecimento e saúde da pessoa idosa [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2006a. Available from: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>.
13. Khorrami-Nejad M, et al. The impact of visual impairment on quality of life. *Med Hypothesis Discov Innov Ophthalmol* [Internet]. 2016 [cited 2019 Apr 25];5(3):96-103. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5347211>
Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492012000300002

14. Nicolussi AC, Fhon JRS, Santos CAV, Kusumota L, Marques S, Rodrigues RAP. Qualidade de vida em idosos que sofreram quedas: revisão integrativa da literatura. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2012 [cited 2019 Apr 23];17(3):723-730. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a19.pdf>
15. Sousa AAD et al. Qualidade de vida e incapacidade funcional entre idosos cadastrados na estratégia de saúde da família. *ABCS Health Sci* [Internet] 2018 [cited 2019 Apr 18];43(1):14-24. Available from: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/986/794>
16. Camarano AA, Kanso S, Mello JL. Como vive o idoso brasileiro? In Camarano AA. *Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA; 2004.
17. Weller M, et al. Consanguineous unions and the burden of disability: a population-based study in communities of northeastern Brazil. *Amer Journ Hum Biol* [Internet]. 2012 [cited 2019 Jan 12];24(1):835-840. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23042425>
18. Caseli G, et al. Family clustering in Sardinian longevity: a genealogical approach. *Experim Gerontol* [Internet]. 2006 [cited 2019 Jan 12];12(4):727-736. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16793232>
19. Deiana L, et al. AKEntAnnos. The Sardinia study of extreme longevity. *Aging* [Internet]. 1999 [cited 2019 Apr 12];11(3):142-149. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10476308>
20. Melo DM, Barbosa AJG. O uso do mini-exame do estado mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan 12];20(12):3865-3876. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001203865&script=sci_abstract&tlng=pt
21. Mental Health Services. The WHO-5 website. 1998 [cited 2019 Nov 2018]. Available from: <https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/who-5-questionnaires/Pages/default.aspx>.
22. Yesavage JA, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* [Internet]. 1982-1983 [cited 2019 Apr 18];17(1):37-49. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7183759>
23. Gonçalves LTH, et al. Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2013 [cited 2019 Apr 18];16(2):315-325. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232013000200011&script=sci_abstract&tlng=pt
24. Winckler M, Boufleuer TR, Ferreti F, Sá CA. Idosos no meio rural: uma revisão integrativa. *Estud Interdiscipl Envelhec* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jul 20];21(2):173-194. Available from: https://www.researchgate.net/publication/321028522_Idosos_no_meio_rural_Uma_revisao_integrativa.
25. Romero-Ortuno R, Fouweather T, Jagger C. Cross-national disparities in sex differences in life expectancy with and without frailty. *Age Ageing* [Internet]. 2014 [cited 2019 Apr 32];43(2):222-228. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3927770/>
26. Dowling C. *O mito da fragilidade*. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Ventos;2001.
27. Couto MT, Dantas SMV. Gênero, masculinidade e saúde em revista: a produção da área na revista *Saúde e Sociedade*. *Saude Soc* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jun 4];25(4):857-868. Available from: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sausoc/v25n4/1984-0470-sausoc-25-04-00857.pdf
28. Costa MC, Lopes MJM, Soares JSF. Violência contra mulheres rurais: gênero e ações de saúde. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jun 2];19(1):162-168. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0162.pdf>

29. Carneiro JA, et al. Fragilidade em idosos: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2019 May 15];70(4):78-785. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n4/pt_0034-7167-reben-70-04-0747.pdf
30. Clegg A, et al. Frailty in older people. *Lancet* [Internet]. 2013 [cited 2019 Jun 2];381(9868):752-762. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4098658/pdf/emss-59306.pdf>
31. Lenardt MH, et al. Fragilidade e qualidade de vida de idosos usuários da atenção básica de saúde. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jun 3];69(3):478-483. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/0034-7167-reben-69-03-0478.pdf>
32. Araújo CLO, Ceolim MF. Qualidade do sono de idosos residentes em instituição de longa permanência. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2019 Jul 5];44(3):619-626. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/10.pdf>
33. Ferreti F, Lunardi D, Bruschi L. Causas e consequências de quedas de idosos em domicílio. *Fisioter Mov* [Internet]. 2013 [cited 2019 Jun 2];26(4):753-762. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v26n4/a05v26n4.pdf>
34. Dionyssiotis Y. Analysing the problem of falls among older people. *Int J Gen Med* [Internet]. 2012 [cited 2019 Jun 10];5:805-813. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3468115/>
35. Kazazi L, et al. Association between age associated cognitive decline and health related quality of life among Iranian older individuals. *Electron Physician* [Internet]. 2018 [cited 2019 Apr 25];10(4):6663-6671. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5984021/pdf/epj-10-6663.pdf>
36. Murakami R, Campos CJG. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2019 My 12];65(2):361-671. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a24.pdf>
37. Instituto Brasileiro em Geografia Estatística [Internet]. 2010 [cited 2019 Jun 7]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/brejo-dos-santos/pesquisa/23/22107?indicador=22423>
38. Chaves AS, et al. Associação entre declínio cognitivo e qualidade de vida de idosos hipertensos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jun 4];18(3):545-556. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v18n3/1809-9823-rbagg-18-03-00545.pdf>
39. Irigaray TQ, Schneider RH, Gomes I. Efeitos de um treino cognitivo na qualidade de vida e no bem-estar psicológico de idosos. *Psicol Reflex Crit* [Internet]. 2011 [cited 2019 Nov 10];24(4):810-818. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722011000400022
40. Giacomoni CH. Bem-estar subjetivo: em busca de qualidade de vida. *Temas Psicol* [Internet]. 2004 [cited 2019 Jun 4];12(1):43-50. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v12n1/v12n1a05.pdf>
41. Steptoe A, Deaton A, Stone AA. Subjective wellbeing, health and ageing. *The Lancet Series* [Internet]. 2014 [cited 2019 Apr 12];385(9968):640-648. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25468152>
42. Tel H. Sleep quality and quality of life among elderly people. *Neurology, Psychiatric and Brain Research* [Internet]. 2013 [cited 2019 Jun 7];19(1):48-52. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0941950012000917>
43. Noronha DD, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores associados: um estudo de base populacional. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2016 [cited 2019 Apr 12];21(2):463-474. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000200463&script=sci_abstract&tlng=pt

44. Cavalcanti G, et al. Mulimorbidade associada à polifarmácia e autopercepção negativa da saúde. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2017 [cited 2019 Apr 25];20(5):635-643. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n5/pt_1809-9823-rbgg-20-05-00634.pdf
45. Pereira KG, et al. Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 10];20(2):335-344. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20n2/1980-5497-rbepid-20-02-00335.pdf>

ARTIGO 2

Qualidade de vida relacionada à saúde entre longevos e sua associação com a rede de apoio social e familiar e eventos críticos no último ano

RESUMO

Objetivo: avaliar a associação entre a qualidade de vida relacionada à saúde e a rede de apoio social e familiar e os eventos críticos no último ano de idosos longevos residentes em Brejo dos Santos/PB e em São Paulo/SP. **Material e Métodos:** estudo transversal, de abordagem quantitativa, com uso de dados primários. Participaram deste estudo 245 idosos com 80 anos ou mais, dos quais 116 residentes em Brejo dos Santos/PB e 129 residentes em São Paulo/SP. A qualidade de vida relacionada à saúde foi mensurada por meio do Short-form 12, que é constituído por dois componentes: o *Physical Component Summary* e *Mental Component Summary*, ambos classificados em bom ou ruim, a partir de suas médias. As variáveis independentes abordaram sobre a rede de apoio social e familiar e os eventos críticos no último ano. Para a análise, realizou-se um modelo inicial de regressão logística múltipla para cada componente. As variáveis com p valor menor ou igual a 0,20 em cada modelo inicial foram incluídas em um modelo final de regressão logística múltipla com intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** Os fatores associados ao PCS ruim no modelo final entre os idosos de Brejo dos Santos foram não ter alguém a quem recorrer, não costumar sair à rua, as condições da rua como impedimento para sair e familiares terem sido vítimas de violência. Entre os idosos de São Paulo, os fatores associados ao PCS ruim foram morar sozinho, sentir falta de companhia, sentir-se sozinho, não costumar sair à rua, condições da rua como impedimento para sair e vivência de problema familiar. O modelo final relacionado ao MCS ruim entre os idosos de Brejo dos Santos mostrou associação com não costumar sair à rua e familiares vítimas de violência. Quanto aos idosos de São Paulo, o MCS ruim esteve associado com o medo da violência como impedimento para sair e morte do cônjuge/companheiro. **Conclusão:** O PCS ruim, assim como o MCS ruim apresentaram associação com a rede de apoio social e familiar e com os eventos críticos nos últimos 12 meses entre os longevos de ambas as cidades estudadas. Assim, observa-se a necessidade de ações capazes de promover com mais intensidade e de forma mais consistente a socialização dos longevos e ofereçam estratégias que abordem acerca das perdas que acontecem no decorrer do envelhecimento.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Idosos de 80 anos ou mais. Longevidade.

INTRODUÇÃO

A qualidade de vida apresenta aspectos subjetivos e objetivos a serem avaliados e considerados, que são imprescindíveis na vida de um indivíduo.¹ Neste contexto, tem-se estudado a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), a qual considera quão bem funciona o corpo do indivíduo e, concomitantemente, quão positivo é o bem-estar em seu dia a dia.²

Apesar do aumento do número de idosos em todo o mundo, estudos que avaliaram a QVRS especificamente com os longevos ainda são poucos³⁻⁶. Estudo realizado com idosos com 70 anos ou mais em Taiwan destacou que a QVRS esteve relacionada com os aspectos individuais e ecológicos.

Considerando que a QVRS do idoso pode ser influenciada pela rede de apoio social e familiar, observa-se que, devido à diminuição do tamanho das famílias, é necessária a inserção dos idosos em contextos de atividades físicas e sociais com a finalidade de proporcionar melhor independência e qualidade de vida nos últimos anos de vida.⁷ Um estudo realizado na Espanha com idosos identificou que a QVRS boa, mensurada por meio do *Short-form 36*, especialmente em relação ao seu componente mental, esteve associada a indivíduos inseridos em um ambiente social favorável (mensurado a partir do questionário de suporte social funcional).⁸

O processo de envelhecimento ocasiona perdas relacionadas aos aspectos fisiológicos, sociais, culturais ou familiares, das quais o luto é um processo comum nessa fase da vida.⁹ Nesse contexto, os eventos críticos envolvendo os idosos e suas famílias, como é o caso das perdas ao longo do envelhecimento e a percepção de finitude da vida influenciam negativamente a QVRS desse idoso.¹⁰

Na literatura consultada, poucos estudos realizados especificamente com idosos longevos foram publicados.¹¹⁻¹² Sabe-se que a população idosa é heterogênea e que suas inserções sociais e econômicas os conduzem a diferentes trajetórias de vida.¹³ Sendo assim, observa-se quão imprescindível é avaliar a QVRS em longevos de diferentes localidades do Brasil, tendo em vista que devido à sua extensão, sua população apresenta discrepâncias sociais e econômicas consideráveis.

Portanto, o objetivo deste estudo foi avaliar a associação entre a qualidade de vida relacionada à saúde e a rede de apoio social e familiar e eventos críticos no último ano de idosos longevos residentes em Brejo dos Santos/PB e em São Paulo/SP.

METODOLOGIA

Este é um estudo transversal, analítico e de abordagem quantitativa que foi realizado com idosos com 80 anos ou mais nas cidades de Brejo dos Santos/PB e São Paulo/SP. Os dados referentes a cada cidade são oriundos de estudos maiores intitulados: “Estudo SABE-PB: investigação da situação de saúde e bem-estar e envelhecimento em populações consanguíneas no nordeste brasileiro” e “Estudo SABE: estudo longitudinal de múltiplas coortes sobre as condições de vida e saúde dos idosos do município de São Paulo – coorte 2015”, respectivamente. O SABE realizado em São Paulo é um estudo longitudinal de múltiplas coortes que avalia as condições de vida e de saúde dos idosos do município de São Paulo¹⁴, o qual foi replicado na cidade de Brejo dos Santos.

A cidade de Brejo dos Santos foi escolhida devido à elevada prevalência de casamentos consanguíneos (18%), estando em consonância com os resultados de um estudo em 39 cidades do estado da Paraíba que apresentou proporção de 6 a 41% de endogamia.¹⁵ A longevidade pode estar relacionada com a consanguinidade, segundo estudos realizados na ilha de Sardenha, na Itália.¹⁶

Nos idosos do estudo da Paraíba, a amostra constituiu-se de todos os idosos com 80 anos ou mais, de ambos os sexos e residentes na cidade de Brejo dos Santos/PB, os quais à época somaram-se 188 idosos. Destes, 179 foram avaliados, pois houve perdas relacionadas à ausência de idosos na cidade no período da coleta dos dados que ocorreu entre abril e maio de 2017.

Em relação aos idosos do estudo de São Paulo/SP, a amostra foi composta por idosos com 80 anos ou mais, de ambos os sexos e residentes na cidade de São Paulo/SP, os quais somaram-se 239 idosos. A amostra foi obtida por meio amostragem probabilística realizada com idosos com 60 anos ou mais. A coleta de dados ocorreu entre março e junho de 2016.

Todas as informações foram coletadas em um instrumento estruturado e adequado à realidade local. Em ambas as pesquisas as perguntas e respostas utilizadas foram as mesmas.

As variáveis avaliadas neste estudo foram: QVRS (variável dependente) e rede de apoio social e familiar e eventos críticos nos últimos 12 meses (variáveis independentes).

A QVRS foi mensurada por meio do *Short-form12* (SF-12) que é composto pelo *Physical Component Summary* (PCS) e pelo *Mental Component Summary* (MCS). O ponto de corte foi calculado a partir das médias de cada componente da QVRS que entre os idosos residentes em Brejo dos Santos, para o PCS foi de 39,94 e para o MCS foi de 50,20. Entre os

idosos residentes em São Paulo, a média para o PCS foi de 40,30 e para o MCS foi de 50,98. Desta maneira, os idosos foram classificados em PCS bom ou ruim; MCS bom ou ruim.

Quanto à rede de apoio social e familiar foram verificados os seguintes aspectos: mora sozinho (sim; não), gosta de morar como mora hoje (sim; não), situação conjugal (com companheiro; sem companheiro), sente falta de companhia (sempre; alguma vez; nunca), tem alguém a quem recorrer (sempre; alguma vez; nunca), sente-se sozinho (sempre; alguma vez; nunca), costuma sair à rua (sim; não), as condições da rua foram impedimento para sair (sempre; às vezes; nunca), o medo de violência foi impedimento para sair (sempre; às vezes; nunca).

Os eventos críticos no último ano foram verificados por meio das variáveis: vivência de morte de cônjuge/companheiro (sim; não), vivência de morte de um filho (sim; não), vivência de morte de outro ente querido (sim; não), vivência de alguma doença grave em família, netos(as), esposo (a) (sim; não), ficou gravemente doente (sim; não), vivência de problema familiar sério envolvendo seus filhos ou netos, divórcio desemprego, problemas financeiros (sim; não), familiares foram vítimas de violência (sim; não), vivência de algum acidente grave envolvendo filhos(as) ou netos(as), outras pessoas da família e/ou outra pessoa querida (sim; não).

Para as questões sobre sente falta de companhia, tem alguém a quem recorrer e sente-se sozinho, os idosos foram questionados sobre a frequência que sentiam em relação a cada situação, tendo como opções de respostas: “nunca”, “algumas vezes” e “sempre”.

A variável “costuma sair à rua”, foi mensurada por meio da questão: “O(a) Sr(a) costuma sair à rua para passear ou caminhar (com ou sem outras pessoas)?”, tendo como respostas: “sim” e “não”.

Para a questão “as condições da rua foram impedimento para sair”, foi perguntado: “Com que frequência as condições da rua ou das calçadas foram impedimento para que o(a) sr(a) saísse para caminhar ou passear (aclive, declive, presença de buracos ou irregularidades)?”, tendo como possibilidades de respostas: “sempre”, “às vezes”, e “nunca”.

Em relação “ao medo de violência foi impedimento para sair”, questionou-se “Com que frequência o medo da violência foi impedimento para que o(a) Sr(a) saísse à rua (medo de assalto, atropelamento, etc.)?”, com as possibilidades de respostas: “sempre”, “às vezes”, “nunca”.

Os dados foram descritos sob forma de frequências (absoluta e relativa). Realizou-se o teste de alfa de *Cronbach* para verificar a confiabilidade do instrumento da QVRS que foi de 0,963 para o estudo de Brejo dos Santos/PB e 0,966 para São Paulo/SP. Realizou-se um

modelo inicial de regressão logística múltipla para verificar associação entre o PCS e o MCS, separadamente, com as variáveis independentes (rede de apoio social e familiar e eventos críticos nos últimos 12 meses). As variáveis com p valor menor ou igual a 0,20 no modelo inicial foram incluídas em um modelo final de regressão logística múltipla. O intervalo de confiança utilizado foi de 95% e calculou-se as razões de prevalência para cada modelo por meio do *software R studio*.

O projeto em Brejo dos Santos/PB foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (Parecer: 2.067.818). O projeto em São Paulo/SP foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública (Parecer: 2044). Ambos os estudos encontraram-se em consonância com os aspectos éticos que envolvem pesquisas com seres humanos. Após receberem explicações verbais e escritas a respeito do estudo, os idosos que aceitaram participar foram orientados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Foram avaliados 245 idosos, dos quais 116 em Brejo dos Santos/PB, com média etária de 84,71 anos e 129 em São Paulo, com média etária de 85,67 anos.

Na tabela 1 é apresentada a distribuição dos idosos segundo a rede de apoio social e familiar. Entre os idosos de Brejo dos Santos observou-se maior proporção de idosos que não moravam sozinhos (83,6%), gostavam de morar como moravam à época da coleta (81,9%), sem companheiro (52,6%), que nunca sentiam falta de companhia (37,3%), que sempre tinham alguém a quem recorrer (83,3%), que nunca se sentiam sozinhos (42,3%), que costumavam sair à rua (66,1%), que as condições da rua nunca foram impedimento para sair (52,2%) e o medo de violência nunca foi impedimento para sair (47,0%).

Entre os idosos residentes em São Paulo maior proporção foi daqueles que não moravam sozinhos (72,1%), que gostavam de morar como moravam à época da coleta (84,4%), sem companheiro (79,1%), que nunca sentiam falta de companhia (43,3%), que sempre tinham a quem recorrer (86,7%), que nunca se sentiam sozinhos (51,2%), que costumavam sair (63%), que as condições da rua nunca foram impedimento para sair (46,4%) e que o medo da violência nunca foi impedimento para sair (58,9%)

Tabela 1– Distribuição dos idosos segundo a rede de apoio social e familiar.

Variáveis	Brejo dos Santos		São Paulo	
	FA	FR	FA	FR
Morar sozinho				
Sim	19	16,4	36	27,9
Não	97	83,6	93	72,1
Gosta de morar como mora hoje				
Sim	95	81,9	108	83,7
Não	21	18,1	20	15,5
Não respondeu	-	-	1	0,8
Situação Conjugal				
Com companheiro	55	47,4	27	20,9
Sem companheiro	61	52,6	102	79,1
Sente falta de companhia				
Sempre	32	27,6	24	18,6
Algumas vezes	37	31,9	48	37,2
Nunca	41	35,3	55	42,6
Não respondeu	6	5,2	2	1,6
Tem alguém a quem recorrer				
Sempre	90	77,6	111	86,0
Algumas vezes	12	10,3	11	8,5
Nunca	6	5,2	6	4,7
Não respondeu	8	6,9	1	0,8
Sente-se sozinho				
Sempre	26	22,4	24	18,6
Algumas vezes	38	32,7	38	29,4
Nunca	47	40,5	65	50,4
Não respondeu	5	4,4	2	1,6
Costuma sair à rua				
Sim	76	65,5	80	62
Não	39	33,6	47	36,4
Não respondeu	1	0,9	2	1,6
As condições da rua foram impedimento para sair				
Sempre	29	25,0	37	28,7
Às vezes	26	22,4	30	23,2
Nunca	60	51,7	58	45
Não respondeu	1	0,9	4	3,1
O medo de violência foi impedimento para sair				
Sempre	17	14,6	20	15,5
Às vezes	44	37,9	31	24,0
Nunca	54	46,6	73	56,6
Não respondeu	1	0,9	5	3,9
Total	116	100	129	100

FA: Frequência absoluta; FR: Frequência relativa.

Na tabela 2 é apresentada a distribuição dos idosos segundo os eventos críticos no último ano. Entre os idosos residentes em Brejo dos Santos a maior proporção foi de indivíduos que não vivenciaram morte de cônjuge/companheiro (94,0%), não vivenciaram

morte de um filho (97,4%), não vivenciaram morte de outro ente querido (56,0%), não vivenciaram doença grave na família (82,6%), não ficaram gravemente doentes (81,6%), não vivenciaram problema familiar sério envolvendo filhos (as) ou netos (as), divórcio, desemprego, problemas financeiros (84,5%), que os familiares não foram vítimas de violência (90,5%), não vivenciaram algum acidente grave envolvendo filhos(as) ou netos(as), outras pessoas da família e/ou outra pessoa querida (92,2%).

Entre os idosos residentes em São Paulo a maior proporção foi de longevos que não vivenciaram morte de um cônjuge/companheiro (93,5%), não vivenciaram morte de um filho (98,4%), não vivenciaram morte de outro ente querido (70,5%), não vivenciaram alguma doença grave em família (netos(as), esposo (a) (84,5%), não ficaram gravemente doentes (83,0%), não vivenciaram problema familiar sério envolvendo filhos(as) ou netos(as), divórcio, desemprego, problemas financeiros (79,8%), não tiveram familiares vítimas de violência (93,75%) e não vivenciaram algum acidente grave envolvendo filhos(as) ou netos(as), outras pessoas da família e/ou outra pessoa querida (98,5%).

Tabela 2– Distribuição dos idosos segundo os eventos críticos no último ano.

Variáveis	Brejo dos Santos		São Paulo	
	FA	FR	FA	FR
Vivência de morte de cônjuge/companheiro				
Sim	6	5,2	8	6,2
Não	109	94,0	116	89,1
Não respondeu	1	0,8	5	4,7
Vivência de morte de um filho				
Sim	3	2,6	2	1,5
Não	113	97,4	124	96,1
Não respondeu	-	-	3	2,4
Vivência de morte de outro ente querido				
Sim	51	44,0	38	29,5
Não	65	56,0	91	70,5
Vivência de alguma doença grave em família (netos(as), esposo (a))				
Sim	20	17,2	20	15,5
Não	95	82,0	109	84,5
Não respondeu	1	0,8	-	-
Ficou gravemente doente				
Sim	21	18,1	22	17,0
Não	93	80,3	107	83,0
Não respondeu	2	1,6	-	-
Vivência de problema familiar sério envolvendo filhos(as) ou netos(as), divórcio, desemprego, problemas financeiros				
Sim	18	15,5	26	20,2

Não	98	84,5	103	79,8
Famíliares foram vítimas de violência				
Sim	11	9,5	8	6,2
Não	105	90,5	120	93,0
Não respondeu	-	-	1	0,8
Vivência de algum acidente grave envolvendo filhos(as) ou netos(as), outras pessoas da família e/ou outra pessoa querida				
Sim	9	7,8	2	1,5
Não	107	92,2	127	98,5
Total	116	100	129	100

FA: frequência absoluta; FR: frequência relativa.

Sobre os componentes da QVRS (PCS e MCS), a proporção de PCS ruim entre os idosos que residiam em Brejo dos Santos foi de 54,3% e entre os de São Paulo foi de 50,4%. Para o MCS bom, entre os idosos que moravam em Brejo dos Santos, a proporção foi de 55,2% e entre os de São Paulo foi de 43,4%.

Na tabela 3 encontra-se o modelo final de regressão logística múltipla entre o PCS ruim e a rede de apoio social e familiar e os eventos críticos no último ano entre os longevos de Brejo dos Santos e entre os de São Paulo. Observou-se que em Brejo dos Santos houve significância estatística na associação entre o PCS ruim e: ter alguém a quem recorrer algumas vezes; não costumar sair à rua; o medo de violência ter sido impedimento para sair algumas vezes; e os familiares terem sido vítimas de violência. Entre os longevos que residiam em São Paulo, observou-se que o PCS ruim apresentou associação estatística significativa com: morar sozinho; sentir falta de companhia sempre; sentir-se sozinho sempre; não costumar sair à rua; as condições da rua sempre terem sido impedimento para sair; e ter vivenciado problema familiar sério envolvendo filhos(as) ou netos(as), divórcio, desemprego, problemas financeiros.

Tabela 3 - Modelo final de regressão logística múltipla entre PCS ruim e a rede de apoio social e familiar e eventos críticos no último ano.

PCS ruim					
Variáveis	Brejo dos Santos		Variáveis	São Paulo	
	RP	IC 95%		RP	IC 95%
Tem alguém a quem recorrer			Mora sozinho		
Sempre	1	-	Sim	1,39	1,01-1,93
Algumas vezes	1,66	1,13-2,42*	Não	1	-
Nunca	0,25	0,04-1,46	Sente falta de companhia		
Costuma sair à rua			Sempre	0,45	0,22-0,93*
Sim	1	-	Algumas vezes	0,69	0,45-1,06
Não	2,34	1,62-3,39**	Nunca	1	-
As condições da rua foram impedimento			Sentir-se sozinho		

para sair					
Sempre	1,33	0,89-1,99	Sempre	1,71	1,09-2,70
Algumas vezes	1,65	1,15-2,38**	Algumas vezes	1,02	0,63-1,66
Nunca	1	-	Nunca	1	-
Familiares foram vítimas de violência			Costuma sair à rua		
Sim	0,28	0,08-0,92**	Sim	1	-
Não	1	-	Não	1,51	1,05-2,19*
As condições da rua foram impedimento para sair					
			Sempre	1,71	1,17-2,49**
			Às vezes	1,34	0,95-1,89
			Nunca	1	-
Vivência de problema familiar sério envolvendo filhos(as) ou netos(as), divórcio, desemprego, problemas financeiros					
			Sim	1,91	1,45-2,53**
			Não	1	-

*p valor menor ou igual a 0,05; **p valor menor ou igual a 0,01; RP: Razão de prevalência ajustada; IC95%: Intervalo de confiança em nível de 95%. PCS: *Physical Component Summary*.

O modelo final da regressão logística múltipla entre o MCS ruim e as variáveis avaliadas entre os idosos residentes em Brejo dos Santos e em São Paulo encontra-se na tabela 4. Entre os idosos de Brejo dos Santos o MCS ruim esteve associado com: não costumar sair à rua; e os familiares terem sido vítimas de violência. Entre os idosos de São Paulo, o MCS ruim esteve associado com: o medo de violência ter sido impedimento para sair; e ter vivenciado morte do cônjuge/companheiro.

Tabela 4 - Modelo final de regressão logística múltipla entre MCS ruim e a rede de apoio social e familiar e eventos críticos no último ano.

MCS ruim					
Brejo dos Santos			São Paulo		
Variáveis	RP	IC95%	Variáveis	RP	IC95%
Costuma sair à rua			O medo de violência foi impedimento para sair		
Sim	1	-	Sempre	1,58	1,18-2,13*
Não	1,51	1,02-2,25*	Algumas vezes	1,49	1,13-1,97**
Familiares foram vítimas de violência			Vivência de morte de cônjuge/companheiro		
Sim	1,66	1,05-2,61	Nunca	1	-
Não	1	-	Sim	1,49	1,05-2,13
			Não	1	-

*p valor menor ou igual a 0,05; **p valor menor ou igual a 0,01; RP: Razão de prevalência ajustada; IC95%: Intervalo de confiança em nível de 95%. MCS: *Mental Component Summary*.

DISCUSSÃO

O envelhecimento humano é caracterizado por eventos que marcam a vida do idoso, como alterações nos papéis sociais e familiares, morte de parentes, amigos e/ou irmãos, os

quais têm impacto na sua QVRS.¹⁷ Compreender o apoio social como um determinante no processo de saúde-doença do idoso constitui um desafio na área da saúde.¹⁸

Os fatores associados ao PCS ruim entre os idosos residentes em Brejo dos Santos e em São Paulo apresentaram algumas diferenças, o que pode ser devido à heterogeneidade característica dos idosos residentes em diferentes localidades.¹³ Em Brejo dos Santos os fatores associados ao PCS ruim, no modelo final, foram: não ter alguém a quem recorrer; não costumar sair à rua; as condições da rua às vezes foram impedimento para sair; e ter familiares vítimas de violência. Em São Paulo os fatores associados com o PCS ruim foram morar sozinho; sempre sentir falta de companhia; sempre sentir-se sozinho; não costumar sair à rua; as condições da rua foram impedimento para sair; ter vivenciado problemas familiares de divórcio, desemprego e problemas financeiros.

Embora não tenham sido encontrados na literatura consultada estudos específicos que verificassem a associação entre o PCS ruim e não costumar sair à rua, um estudo realizado em duas instituições de idosos em Portugal identificou que os indivíduos que saíam do lar mais frequentemente apresentaram melhor percepção da QVRS quando comparados aos que não saíam. Nesse mesmo estudo, observou-se que os aspectos físicos possivelmente estavam relacionados à autonomia e os aspectos sociais estavam relacionados à socialização com outros indivíduos.¹⁹

O fato de o indivíduo não costumar sair é influenciado pela situação de saúde. Estudo com idosos destacou que os motivos pelos quais esse grupo etário não costumava sair à rua eram as dificuldades de locomoção associadas à idade ou à doença²⁰, aspecto este intrinsecamente relacionado com o PCS. Um estudo com idosos do Rio Grande do Sul identificou que as principais características que os levam a não sair de casa são: ser do sexo feminino, ser longo tempo, considerar a saúde como regular ou ruim.²¹

Considerando que tanto entre os longevos de Brejo dos Santos como entre os de São Paulo houve associação entre não costumar sair à rua e ter PCS ruim, destaca-se o fato de que a diminuição da autonomia em detrimento da situação de saúde e do avanço da idade está presente em cidades de grande e de pequeno porte, pois o envelhecimento e suas modificações é um processo fisiológico, individual e não modificável.

Sobre a associação entre as condições da rua como impedimento para a saída dos idosos e o PCS ruim observada entre os idosos de ambas as cidades, a mesma não foi encontrada em outros estudos da literatura consultada. A suposição sobre essa associação é a de que Brejo dos Santos é considerada uma cidade predominantemente rural, com pavimentação predominantemente de piçarra, com aclives, declives, buracos e ruas

irregulares. Estes fatores provavelmente contribuíram para uma pior percepção da QVRS em relação ao componente físico, visto que segundo um estudo realizado com idosos no município de Macambira/SE, verificou-se que a piçarra dificulta o deslocamento dos idosos.²² Entre os idosos de São Paulo, cidade de grande porte, mais urbanizada, a dificuldade de sair à rua pode estar relacionada com a presença de muitas pessoas nas ruas, muitos carros, o que pode causar maior insegurança para sair de casa.

Sobre a associação existente entre o PCS ruim e ter a quem recorrer algumas vezes, não foram encontrados estudos específicos na literatura para essa associação. Um estudo com idosos destacou que a autopercepção ruim da saúde, um dos aspectos do PCS, esteve associada com não poder contar com alguém caso ficasse acamado ou para preparar refeições.²³ Assim, fica implícito o fato de que a ausência de uma rede de apoio social ou familiar influencia negativamente o PCS.

Outro estudo com idosos verificou que a associação entre ter saúde e capacidade de interagir com outras pessoas está intrinsecamente relacionada com o fato de poder contar com outras pessoas.²⁴ Brejo dos Santos é uma cidade com poucos habitantes quando comparada com São Paulo, logo, supõe-se que os idosos dessa cidade apresentam uma boa rede de apoio social e familiar. Idosos longevos são mais vulneráveis à dependência e à debilidade física e o fato de não ter alguém a quem recorrer pode piorar essas fragilidades.

Brejo do Santos é uma cidade marcada por um histórico de elevadas taxas de mortalidade por causas externas, predominantemente por causa de homicídios. Em 2013 a taxa de homicídios foi de 208,5 óbitos/100 mil habitantes²⁵, o que pode ter acarretado piora na QVRS desta população e justificar os achados deste estudo sobre associação entre ter famílias vítimas de violência e o PCS ruim nos longevos de Brejo dos Santos. Apesar de não terem sido encontrados na literatura consultada estudos que abordassem essa associação, um estudo realizado com indivíduos entre 35 e 50 anos, que tiveram pelo menos um ente querido vítima de violência, identificou que a perda de um ente querido por meio de violência compromete a sua QVRS e, conseqüentemente, o convívio familiar, tornando-os mais debilitados e vulneráveis; e acometendo-os com novas doenças ou piora nos agravos pré-existentes.²⁶

Uma revisão da literatura destacou que o convívio familiar entre idosos de zona rural é um fator protetor para o envelhecimento saudável.²⁷ Ademais, um estudo populacional com idosos chineses residentes em Chicago identificou que os idosos eram mais vulneráveis à deficiência da função física, principalmente aqueles que moravam com poucas pessoas na mesma casa.²⁸ Portanto, observa-se que a família é uma rede de apoio importante para a

execução das atividades diárias desse idoso, e a fragilização nesse ambiente familiar, por meio de violência ou perdas, poderá ocasionar piores condições de saúde.

Entre os longevos de São Paulo encontrou-se associação estatística significativa entre morar sozinho e o PCS ruim, o que corrobora com os achados de outros estudos com idosos.⁴ Sabe-se que a QVRS é determinada pelo ambiente em que esse idoso vive e que a quantidade de pessoas que moram em sua residência pode interferir na sua QVRS, principalmente, em relação ao componente físico, pois na ausência dessa rede de apoio esse idoso terá mais dificuldade para a realização das atividades de vida diária.²⁹

Estudo realizado na cidade de São Paulo identificou que a possibilidade de o idoso independente e com autonomia, morar sozinho é uma questão considerada pelos familiares desde o início do processo de envelhecimento; entretanto, nesse mesmo estudo, foram encontrados relatos de limitações físicas relacionadas à idade e às sequelas de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).³⁰ Um estudo³¹ verificou que, embora morar sozinho seja percebido como uma conquista para o envelhecimento, os idosos apresentaram necessidades de auxílio em atividades específicas do cotidiano, que são agravadas pelas doenças comuns nessa fase da vida; e que a ausência de um familiar próximo acarreta vulnerabilidade nesse idoso.

Neste estudo, entre os longevos residentes da cidade de São Paulo, sentir-se sozinho e sentir falta de companhia estiveram associados ao PCS ruim. Embora não tenha sido encontrado estudo na literatura consultada sobre este tema em específico, um estudo com idosos em São Paulo identificou que morar sozinho após os 80 anos é um processo comum e estratégias como o filho morar perto do idoso, ter um imóvel próprio e ter um familiar para ajudar nessa transição têm sido utilizadas a fim de promover maior a autonomia do indivíduo em questão nesse processo.³⁰ Entretanto, estudo com idosos identificou que nesse grupo etário há o aparecimento dos sentimentos de perdas, a morte de pessoas significativas, a diminuição da funcionalidade do organismo e da mobilidade; aspectos que resultam em maior dependência do idoso de outras pessoas e em sentimentos de solidão.³² Esse fato pode justificar os achados deste estudo, pois idosos que moram sozinho tendem a tornarem-se mais vulneráveis por meio do sentimento de solidão e pela ausência de alguém para auxiliá-lo nas atividades de vida diárias.

Houve associação estatística significativa entre PCS ruim e ter vivenciado problemas familiares de divórcio, desemprego e problemas financeiros entre os longevos de São Paulo. Embora não tenham sido encontrados estudos específicos na literatura consultada que verificassem essa associação, uma revisão da literatura identificou que 61% dos idosos

coabitam com seus familiares para dar suporte financeiro às dificuldades enfrentadas pelos filhos.³³ Portanto, com o aumento dessa dependência, o rendimento financeiro desse idoso reduz e, conseqüentemente, torna-se insuficiente para se sustentar e sustentar a família. Além disso, esses indivíduos estão sujeitos a gastos relacionados à saúde. Esses fatores podem justificar a associação existente entre esses problemas familiares e o PCS ruim.

O MCS ruim esteve associado a não costumar sair à rua entre os idosos residentes em Brejo dos Santos. Apesar de não ter sido encontrada na literatura estudos que abordassem especificamente essa relação, vale destacar que idosos que saem menos de suas residências têm o seu convívio social consideravelmente afetado, que pode estar relacionado com o MCS.²¹ Em Brejo dos Santos, a rede de apoio social é muito próxima e as pessoas apresentam uma socialização melhor quando comparados com idosos de uma cidade de grande porte como São Paulo; logo, quando não há socialização ou a mesma está reduzida, o aspecto mental da QVRS apresenta-se fragilizado.

Entre os longevos de Brejo dos Santos, houve associação entre o MCS ruim e os familiares terem sido vítimas de violência. Na literatura consultada não foram encontrados estudos que verificassem essa associação, entretanto se destaca o fato de que idosos que sofreram violência têm a sua saúde mental e física comprometidas.³⁴ Estudo no interior do estado da Bahia identificou que 82,1% dos idosos estudados moravam com cônjuge e/ou descendentes. Além disso, idosos que apresentaram boa saúde psicológica foram aqueles que afirmaram em maior proporção ter boa relação familiar e avaliação positiva do clima familiar.³⁵ Dessa forma, se destaca a importância e o bom funcionamento do arranjo domiciliar para a saúde do idoso.

O medo da violência como impedimento para sair neste estudo foi um fator associado ao MCS ruim entre os idosos de São Paulo, embora a proporção da taxa de homicídios dolosos em São Paulo entre os anos de 2001 e 2018 tenha reduzido 26,76%.³⁶ Nesse contexto, é importante ressaltar que idosos que sofrem violência tendem a desenvolver conseqüências psicológicas graves, como: reações de medo e ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático e sentimento de desamparo.³⁷

Verificou-se associação estatística entre o MCS ruim e a morte de um cônjuge/companheiro entre os longevos de São Paulo. Embora não tenha disso encontrados estudos na literatura consultada acerca dessa associação, um estudo com idosas no Rio Grande do Sul revelou que a perda de seus respectivos cônjuges resultou em sentimentos de solidão e de dificuldade em reorganizar a rotina após o acontecimento.³⁸ Portanto, justifica-se a relação entre perder um ente querido e o MCS ruim na cidade de São Paulo, local onde não

há muitos familiares residindo com os idosos e, conseqüentemente, o cônjuge torna-se um indivíduo essencial para o convívio familiar e social do idoso.

Portanto, salienta-se a importância da realização de estudos com idosos longevos na área da saúde. Como destaque, tem-se a inovação relacionada à análise entre duas populações de idosos longevos distintas culturalmente, geograficamente e socialmente.

Para estudos futuros, sugere-se a utilização da abordagem qualitativa para essa temática, a fim de ancorar os resultados baseados na subjetividade de cada indivíduo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que entre os idosos de Brejo dos Santos os fatores associados ao PCS ruim estiveram relacionados a aspectos familiares/amigos (não ter alguém a quem recorrer, familiares vítimas de violência). Entre os idosos residentes em São Paulo, os fatores associados ao PCS ruim foram predominantemente aqueles relativos ao ambiente onde o idoso vive e suas repercussões (morar sozinho, sentir falta de companhia, sentir-se sozinho, vivência de problemas familiares de divórcio, desemprego e problemas financeiros).

Entre os idosos de ambas as cidades o PCS ruim esteve associado às fragilidades nas relações sociais resultado dos idosos não saírem à rua e das condições da rua como impedimento para sair. Portanto, se observa que independente da localidade, a promoção da socialização é um fator determinante na QVRS do idoso.

Encontrou-se que entre os idosos de Brejo dos Santos os fatores associados ao MCS ruim foram predominantemente relacionados a aspectos familiares (familiares foram vítimas de violência) e socialização (não costuma sair à rua). Entre os longevos de São Paulo, os fatores associados foram predominantemente relacionados ao sentimento de perda (morte do cônjuge/companheiro) e à fragilidade na socialização (medo de violência ter sido impedimento para sair).

Assim, os resultados deste estudo poderão ser usados como subsídios para aqueles que lidam com os idosos: profissionais da saúde, familiares e cuidadores, pois o conhecimento técnico-científico acerca das intervenções necessárias para promover a QVRS desses indivíduos é importante. Ademais, os dados deste estudo oferecem respaldo científico acerca das nuances do envelhecimento, mensurados em duas populações com aspectos culturais, sociais, econômicos e demográficos distintos; podendo, assim, serem utilizados para auxiliar na promoção de ações e estratégias que visem melhorar as condições de vida para esse grupo etário.

As ações e estratégias que se destacam são: ampliar a socialização do idoso por meio de grupos de convivência e de atividades físicas; promover o encontro entre idosos e seus amigos e/ou familiares; educação em saúde acerca do luto durante o envelhecimento e da forma de lidar com as perdas que assolam os idosos; promover hábitos de vida saudáveis; oferecer estratégias para melhorar o ambiente em que o idoso mora; melhorar a acessibilidade ao serviço de saúde e aos profissionais da saúde. Para o Estado, é necessário reavaliar as prioridades e as ações relacionadas às políticas públicas para essa população.

REFERÊNCIAS

1. Meeberg GA. Quality of life: a concept analysis. *J Adv Nurs* [Internet]. 1993 [cited 2019 May 15];18(23):32-38. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1046/j.1365-2648.1993.18010032.x>
2. Hays RD, Anderson R, Revicki D. Psychometric considerations in evaluating health-related quality of life measures. *Qual Life Res* [Internet]. 1993 [cited 2019 May 15];2(6):441-449. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00422218>
3. Pereira DS, Nogueira JAD, Silva CAB. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2015 [cited 2019 May 15];18(4):893-908. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232015000400893&script=sci_arttext&tlng=pt
4. De Belvis AG et al. Social relationships and HRQL: a cross-sectional survey among older Italian adults. *BMC public health* [Internet]. 2008 [cited 2019 Aug 27];8(348): 1-10. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-8-348>
5. Camelo LV, Giatti L, Barreto SM. Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos residentes e região de alta vulnerabilidade para saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2016 [cited 2019 Aug 19];19(2):280-293. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2016000200280&script=sci_abstract&tlng=pt
6. Campolina AG, Lopez RVM, Nardi EP, Ferraz MB. Quality of life in a sample of Brazilian adults using the generic SF-12 questionnaire. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2018 [cited 2019 Aug 10];64(3):234-242. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302018000300234
7. Hung N et al. Association of the built environments and health-related quality of life in community-dwelling older adults: a cross-sectional study. *Qual Life Res* [Internet]. 2009 [cited 2019 May 14];28(9):2393-2407. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-019-02199-5#citeas>
8. Etxeberrua I, Urdaneta E, Galdona N. Factors associated with health-related quality of life (HRQoL): differential patterns depending on age. *Qual Life Res* [Internet]. 2019 [cited 2019 May 15];28(8):2221-2231. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-019-02182-0>
9. Kreuz G, Franco MHP. O luto do idoso diante das perdas da doença do envelhecimento – Revisão Sistemática da Literatura. *Arq Bras Psicol* [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 27];69(2):168-186. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arpb/v69n2/12.pdf>
10. Ribeiro MS, Borges MS, Araújo TCCF, Souza MCS. Estratégias de enfrentamento de idosos frente ao envelhecimento e à morte: revisão integrativa [Internet]. 2017 [cited 2019

Aug 27];20(6):880-888. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n6/pt_1809-9823-rbgg-20-06-00869.pdf

11. Padua L et al. Gender effect on well-being of the oldest old: a survey of nonagenarians living in Tuscany: the Mugello study. *Neurol Sci* [Internet]. 2018 [cited 2019 Aug 27];39(3):509-517. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29313171>

12. Alcaniz M, Solé-Auró A. Feeling good in old age: factors explaining health-related quality of life. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2018 [cited 2019 May 15];16(1):1-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29534708>

13. Faller JW, Teston EF, Marcon SS. A velhice na percepção de idosos de diferentes nacionalidades. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2019 Aug 27];24(1):128-137. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00128.pdf

14. Lebrão ML, Duarte YAO. O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. 2003 [cited 2019 Aug 27]. Available from: http://www.hygeia3.fsp.usp.br/sabe/livrosabe/Livro_SABE.pdf.

15. Weller M, et al. Consanguineous unions and the burden of disability: a population-based study in communities of northeastern Brazil. *Amer Journ Hum Biol* [Internet]. 2012 [cited 2019 Jan 12];24(1):835-840. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23042425>

16. Caseli G. Family clustering in Sardinian longevity: a genealogical approach. *Experim Gerontol* [Internet]. 2006 [cited 2019 May 15];41(8): 727-736. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16793232>

17. Fernandez-Mayoralas G et al. Design, measures and samples characteristics of the CadeVi Ma-Spain survon quality of life in community-dwelling older adults. *Int Psychogeriatr* [Internet]. 2012 [cited 2019 May 9];24(3):425-438. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22059734>

18. Guedes MBOG et al. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. *Physis* [Internet]. 2017 [cited 2019 May 8];27(4):1185-1204. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400017>

19. Castro M, Amorim I. Qualidade de vida e solidão em idosos residentes em lar. *Rev Port Enferm Saude Mental* [Internet]. 2016 [cited 2019 May 22];(esp 3):39-44. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe3/nspe3a07.pdf>.

20. Pires ZRS, Silva MJ. Autonomia e capacidade decisória dos idosos de baixa renda: uma problemática a ser considerada na saúde do idoso. *Rev Electronica Enf* [Internet]. 2001 [cited 2019 Jul 13];3(2). Available from: https://www.fen.ufg.br/revista/revista3_2/autonomia.html

21. Morsch P, Pereira GN, Navarro JHN, Trevisan MD, Lopes DGC, Bós AJG. Características clínicas e sociais determinantes para o idoso sair de casa. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2015 [cited 2019 Aug 17];31(5):1025-1034. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n5/0102-311X-csp-31-5-1025.pdf>

22. Cabral SOL, Oliveira CCC, Vargas MM, Neves ACS. Condições de ambiente e saúde em idosos residentes nas zonas rural e urbana em um município da região Nordeste. *Geriatr Gerontol Aging* [Internet]. 2010 [cited 2019 Jul 15];4(2):76-84. Available from: <http://ggaging.com/details/279/pt-BR/environmental-conditions-and-health-in-the-elderly-living-in-rural-and-urban-areas-in-a-municipality-in-the-brazilian-northeast>

23. Nunes APN, Barreto SM, Gonçalves LG. Relações sociais e autopercepção da saúde: projeto envelhecimento e saúde. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2012 [cited 2019 Aug 17];15(2):415-428. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n2/19.pdf>

24. Fonseca MGUP, Firmo JOA, Loyola Filho AI, Uchôa E. Papel da autonomia na autoavaliação da saúde do idoso. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2010 [cited 2019 Aug 18];44(1):159-165. Available from: <https://www.scielo.org/pdf/rsp/2010.v44n1/159-165/pt>

25. Datasus. Portal da Saúde. Óbitos por causas externas – São Paulo. 2013.
26. Vieira LJES, Arcoverde MLV, Araújo MAL, Ferreira RC, Fialho AVM, Pordeus AMJ. Impacto de violência na saúde de famílias em Fortaleza, Ceará. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2009 [cited 2019 Aug 18];14(5):1773-1779. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n5/18.pdf>
27. Winckler M, Boufleuer TR, Ferreti F, De Sá CA. Idosos no meio rural: uma revisão integrativa. *Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento* [Internet]. 2016 [cited 2019 Aug 18];21(2):173-194. Available from: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/60691/44545>
28. Dong X, Chang E, Simon MA. Physical Function assessment in a community-dwelling population of U.S. Chinese Older Adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* [Internet]. 2014 [cited 2019 Aug 27];69(suppl 2):S31-S38. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4453756/>
29. Negrini ELD, Nascimento CF, Silva A, Antunes JLF. Quem são e como vivem os idosos que moram sozinho no Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2018 [cited 2019 Aug 27];21(5):542-550. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v21n5/pt_1809-9823-rbgg-21-05-00523.pdf
30. Pedrazzi EC, Motta TTD, Vendruscolo TRP, Fabrício-Wehbe SCC, Cruz IR, Rodrigues RAP. Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2019 Aug 27];18(1):[08 telas]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_04.pdf
31. Bolina AF, Rodrigues RAP, Tavares DMS, Haas VJ. Impacto do arranjo domiciliar na evolução da capacidade funcional de idosos. *REME* [Internet]. 2018 [cited 2019 Aug 27];22:e-1091. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1229>
32. Azeredo ZAS, Afonso MAN. Solidão na perspectiva do idoso. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016 [cited 2019 Aug 18];19(2):313-324. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n2/1809-9823-rbgg-19-02-00313.pdf>
33. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2012 [cited 2019 Aug 29];17(1):123-133. Available from: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v17n1/a15v17n1.pdf
34. Machado DR, Kimura M, Duarte YAO, Lebrão ML. Violência contra idosos e qualidade de vida relacionada à saúde: estudo populacional no município de São Paulo. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2018 [cited 2019 Aug 18]. Available from: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/violencia-contra-idosos-e-qualidade-de-vida-relacionada-a-saude-estudo-populacional-no-municipio-de-sao-paulo/16928?id=16928>
35. Rabelo DF, Neri AL. Avaliação das Relações familiares por idosos com diferentes condições sociodemográficas e de saúde. *Psico-USP* [Internet]. 2016 [cited 2019 Aug 31];21(3):663-675. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v21n3/2175-3563-pusf-21-03-00663.pdf>
36. São Paulo. Governo de São Paulo. São Paulo atinge a menor taxa de homicídios da série histórica. 2019 [cited 2019 Aug 27]. Available from: <http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/estado-de-sp-reduz-indices-de-roubos-no-mes-de-abril/>
37. CDC. Center for disease control and prevention. 2019 [cited 2019 Aug 27]. Available from: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/elderabuse/consequences.html>
38. Stedile T, Martini MIG, Schmidt B. Mulheres idosas e sua experiência após a viuvez. *Pesqui Prat Psicossociais* [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 18];12(2):e1057. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v12n2/07.pdf>

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente aos resultados deste estudo, observou-se que entre os idosos de Brejo dos Santos os fatores associados ao PCS ruim foram em sua maioria relacionados às questões individuais não modificáveis (sexo e grupo etário), à saúde (ocorrência de quedas nos últimos 12 meses e autoavaliação do sono) e aos aspectos familiares/amigos (não ter alguém a quem recorrer, familiares vítimas de violência). Entre os idosos residentes em São Paulo, encontrou-se que os fatores associados ao PCS ruim foram associados às questões de saúde (estado cognitivo e autoavaliação da visão) e àqueles relativos ao ambiente onde o idoso vive e suas repercussões (morar sozinho, sentir falta de companhia, sentir-se sozinho, vivência de problemas familiares de divórcio, desemprego e problemas financeiros).

Em relação aos MCS ruim entre os longevos de Brejo dos Santos, os fatores associados foram predominantemente relacionados à saúde (déficit cognitivo, bem-estar subjetivo, autoavaliação do sono e número de medicamentos), à religião (importância da religião para o idoso), aos aspectos familiares (familiares foram vítimas de violência) e à socialização (não costuma sair à rua). Entre os longevos de São Paulo houve associação predominantemente relacionada ao sentimento de perda (morte do cônjuge/companheiro) e à fragilidade na socialização (medo de violência ter sido impedimento para sair).

Para ambas as amostras o PCS ruim esteve associado às fragilidades na socialização destes idosos (não sair à rua; condições da rua como impedimento para sair). Assim, observou-se que independente da localidade, promover a socialização é um fator determinante na QVRS do idoso.

As ações que se destacam são: estimular a prática de atividades físicas e sociais por meio de grupos de convivência; promover hábitos de vida saudáveis; promover a redução do uso inadequado e exacerbado de medicamentos; e oferecer estratégias para melhorar o ambiente em que o idoso mora e vive como proporcionar uma rede de apoio social e familiar por meio de rodas de conversas com idosos, melhorar a acessibilidade ao serviço de saúde e aos profissionais da saúde, promover o encontro entre idosos e seus amigos e/ou familiares (cuidadores e familiares). Para o Estado, garantir condições de moradia, de renda, de alimentação, de lazer, de trabalho é responsabilidade desde a Lei Orgânica da Saúde, portanto é necessário rever as prioridades e as ações relacionadas às políticas públicas para essa população.

Assim, os resultados servirão de subsídios para aqueles que lidam com os idosos: profissionais da saúde, familiares e cuidadores, pois o conhecimento técnico-científico acerca das intervenções necessárias para promover a QVRS desses indivíduos é importante. Ademais, os dados deste estudo oferecem respaldo científico acerca das nuances do envelhecimento, mensurados em duas populações com aspectos culturais, sociais, econômicos e demográficos distintos; podendo, assim, serem utilizados para auxiliar na promoção de ações e estratégias que visem melhorar as condições de vida para esse grupo etário.

REFERÊNCIAS

1. Who. World Health Organization. World report on ageing and health; 2015.
2. Carvalho JAM, Rodríguez-Wong LLA. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. Cad Saude Publica [Internet]. 2008 [cited 2018 Jan 15];24(3):597-605. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2008000300013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
3. Who. World Health Organization. Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project [Internet]. 2002 [cited 2018 Jan 15]. Available from: <https://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
4. Unfpa. Fundo de população das Nações Unidas. Envelhecimento no século XXI: celebração e desafio; 2012.
5. Who. World Health Organization. Global health and aging; 2011.
6. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2016.
7. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. Características da população e dos domicílios; 2010.
8. Seade. Portal de estatísticas do estado de São Paulo. População: Estado de São Paulo [Internet]. 2010 [cited 2019 May 15]. Available from: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/retratosdesp/view/index.php?locId=1000&indId=4&temaId=1>
9. Seade. Portal de estatísticas do estado de São Paulo. Em 2050, a população idosa irá triplicar no Estado de São Paulo [Internet]. 2017 [cited 2019 May 19]. Available from: <https://www.seade.gov.br/em-2050-populacao-idosa-ira-triplicar-no-estado-de-sao-paulo/>
10. Seade. Portal de estatísticas do estado de São Paulo. Perfil dos municípios paulistas [Internet]. 2019 [cited 2019 May 15]. Available from: <http://www.perfil.seade.gov.br>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF; 2006.
12. Nogueira SL. Capacidade funcional, nível de atividade física e condições de saúde de idosos longevos: um estudo epidemiológico. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Viçosa, 2008, 108f.
13. Freitas FFQF, Beleza CMF, Furtado IQCG, Fernandes ARK, Soares SM. Análise temporal do estado funcional de idosos no estado da Paraíba. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018 [cited 2019 Apr 29];71(suppl2):960-966 Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s2/pt_0034-7167-reben-71-s2-0905.pdf
14. He W, Goodking D, Kowal P. An aging world: 2015. International population reports; 2016.

15. Baggio G et al. Biology and genetics of human longevity. World congress of gerontology; 1997.
16. Burlá C, Pessini L, Siqueira JE, Nunes R. Envelhecimento e doença de Alzheimer: reflexões sobre autonomia e o desafio do cuidado. Rev Bioet [Internet]. 2014 [cited 2018 Dec 12];22(1):85-93. Available from:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000100010
17. Newman AB, Murabito JM. The epidemiology of longevity and exceptional survival. Epidemiol Rev [Internet]. 2013 [cited 2018 Jun 3];35(1):187-197. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4707876/>
18. Shadyab AH, Lacroix AZ. Genetic factors associated with longevity: a review of recent findings. Ageing Research Rev [Internet]. 2015 [cited 2019 Jun 6];19:1-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25446805>
19. Brooks-Wilson AR. Genetics and healthy aging and longevity. Hum Genet [Internet]. 2013 [cited 2018 Dec 15];132(12):1323-1338. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23925498>
20. Morris BJ, Wilcox DC, Donlon TA, Willcox BJ. FOXO3 – a major gene for human longevity. Gerontology [Internet]. 2015 [cited 2018 Jun 6];61(6):515-525. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25832544>
21. Ojopi EPB, Bertoni AB, Neto ED. Apolipoproteína E e a doença de Alzheimer. Rev Psiq Clin [Internet]. 2004 [cited 2018 Jun 6];31(1):26-33. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832004000100005
22. Gudmundsson H, Gudbjartsson DF, Frigge M, Guicher JR, Stefánsson K. Inheritance of human longevity in Iceland. European Journal of Human Genetics [Internet]. 2000 [cited 2018 Jun 6];8(10):743-749. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11039573>
23. Willcox BJ, Willcox DC, He Q, Curb JD, Suzuki M. Siblings of Okinawan centenarians share lifelong mortality advantages. J Gerontol [Internet]. 2006 [cited 2018 Jun 6];61(4):345-354. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16611700>
24. Schoenmaker M et al. Evidence genetic enrichment for exceptional survival using a family approach: the Leiden longevity study. Eur J Hum Genet [Internet]. 2006 [cited 2018 Nov 15];14(1):79-84. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16251894>
25. Caseli G et al. Family clustering in Sardinian longevity: a genealogical approach. Experim Gerontol [Internet]. 2006 [cited 2018 Nov 15];41(8):727-736. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16793232>
26. Santos SSC. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 [cited 2018 Nov 15];63(6):1035-1039. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600025
27. Pachoal SMP, Jacob Filho W, Litvoc J. Development of elderly quality of life index - EQOLI: theoretical-conceptual framework, chosen methodology, and relevant items

generation. Clinics [Internet]. 2007 [cited 2018 Jun 6];62(3):279-288. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322007000300012

28. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília-DF; 2011.

29. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2016 [cited 2018 Jun 6];19(3):507-519. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232016000300507&script=sci_arttext&tlng=pt

30. Who. World Health Organization. WHOQOL measuring quality of life; 1997.

31. Neri AL. Qualidade de vida e idade madura. 5a ed. Papyrus editora. São Paulo; 2003.

32. Ferrans CE, Zerwic JJ, Wibur JE, Larson JL. Conceptual model of health-related quality of life. J Nurs Scholarship [Internet]. 2005 [cited 2019 Apr 19];37(4):336-342. Available from: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1547-5069.2005.00058.x>

33. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad Saude Publica [Internet]. 2004 [cited 2019 Mar 31];20(2):580-588. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200027&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

34. Amaral TLM, Amaral CA, Lima NS, Herculano PV, Prado PR, Monteiro GTR. Multimorbidade, depressão e qualidade de vida em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família em Senador Guimard, Acre, Brasil. Cienc Saude Colet [Internet]. 2018 [cited 2019 Apr 14];23(9):3077-3084. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n9/1413-8123-csc-23-09-3077.pdf>

35. Dias DSG, Carvalho CS, Araújo CV. Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2013 [cited 2019 Apr 15];16(1):127-138. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232013000100013&script=sci_abstract&tlng=pt

36. Irigaray TQ, Schneider RH, Gomes I. Efeitos de um treino cognitivo na qualidade de vida e no bem-estar psicológico de idosos. Psicol Reflex Crit [Internet]. 2011 [cited 2019 Nov 10];24(4):810-818. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722011000400022

37. Martins JJ et al. Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. Acta Paul Enferm [Internet]. 2009 [cited 2018 Nov 15];22(3):265-271. Available from:

38. Gonçalves LTH, Leite MT, Hildebrandt LM, Bisogno SC, Biasuz S, Falcade BL. Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2013 [cited 2019 Nov 15];16(2):315-325. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n2/11.pdf>

39. Tavares DMS, Dias FA, Santos NMF, Haas AJ, Miranzi SCS. Factors associated with the quality of life of elderly men. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2019 Jan 15];47(3):678-685. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000300678&script=sci_arttext&tlng=en
40. Linden Junior E, Trindade JLA. Avaliação da qualidade de vida de idosos em um município do Sul do Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2013 [cited 2019 Jun 6];16(3):473-479. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000300006
41. Cypel MC et al. Vision status, ophthalmic assessment, and quality of life in the very old. *Arq Bras Oftalmol* [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 6];80(3):159-164. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28832732>
42. Barbosa LM, Noronha K, Spyrides MHC, Araújo CAD. Qualidade de vida relacionada à saúde dos cuidadores formais de idosos institucionalizados em Natal, Rio Grande do Norte. *Rev Bras Estud Popul* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jul 16];34(2):391-414. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-30982017005001104&script=sci_abstract&tlng=pt
43. De Belvis AG et al. Social relationships and HRQL: a cross-sectional survey among older Italian adults. *BMC Public Health* [Internet]. 2008 [cited 2018 Jan 15];8(348):1-10. Available from: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-8-348>
44. De Belvis AG et al. Factors associated with health-related quality of life: the role of social relationships among the elderly in an Italian region. *Public Health* [Internet]. 2008 [cited 2018 Jul 15];122(8):784-793. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18374375>
45. Quandt SA et al. Ethnic disparities in health-related quality of life among older rural adults with diabetes. *Ethn dis* [Internet]. 2007 [cited 2018 Jul 15];17(3):471-476. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2621317/>
46. Camelo LV, Giatti L, Barreto SM. Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos residentes e região de alta vulnerabilidade para saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jul 15];19(2):280-293. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2016000200280&script=sci_abstract&tlng=pt
47. Da Cruz KCT, Oliveira DC, Dèlboux MJ. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde do idoso por meio do SF-12. *Geriatr Gerontol* [Internet]. 2012 [cited 2018 Jan 15];6(3):283-292. Available from: <http://ggaging.com/details/192/pt-BR/assessment-of-quality-of-life-related-to-health-of-the-elderly-through-the-sf-12>
48. Sousa AAD et al. Qualidade de vida e incapacidade funcional entre idosos cadastrados na estratégia de saúde da família. *ABCS Health Sci* [Internet]. 2018 [cited 2019 Aug 16];43(1):14-24. Available from: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/986/794>
49. Tourani S et al. Health-related quality of life among healthy elderly Iranians: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]; 2018 [cited 2019 Jan 17];16(1):1-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5774099/>

50. Campolina AG, Lopez RVM, Nardi EP, Ferraz MB. Quality of life in a sample of Brazilian adults using the generic SF-12 questionnaire. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2018 [cited 2019 Aug 17];64(3):234-242. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302018000300234
51. Tavares DMS, Duas FA. Capacidade funcional, morbidade e qualidade de vida de idosos. *Text Contexto Enf* [Internet]. 2012 [cited 2018 Jul 17];21(1):112-120. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100013
52. Silveira MF, Almeida JC, Freire RS, Haikal DS, Martins AEBL. Propriedades psicométricas do instrumento de avaliação da qualidade de vida: 12-item health survey (SF-12). *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2013 [cited 2018 Jul 20];18(3):1923-1931. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700007
53. Pereira DS, Nogueira JAD, Silva CAB. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2015 [cited 2018 Jul 16];18(4):893-908. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232015000400893&script=sci_arttext&tlng=pt
54. Bravo Filho VTF, Ventura RU, Bradt CT, Sarteschi C, Ventura MC. Impacto do déficit visual na qualidade de vida em idosos usuários do sistema único de saúde vivendo no sertão de Pernambuco. *Arq Bras Oftalmol* [Internet]. 2012 [cited 2018 Jan 22];75(3):161-165. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492012000300002
55. Reid KJ et al. Sleep: a marker of physical and mental health in the elderly. *Am J Geriatric Psychiatry* [Internet]. 2006 [cited 2018 Jan 15];14(10):860-866. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17001025>
56. Ribeiro AP, Souza ER, Atie S, Souza AC, Schilithz AO. A influência das quedas na qualidade de vida dos idosos. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2008 [cited 2019 Apr 19];13(4):1265-1273. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/23.pdf>
57. Nicolussi AC, Fhon JRS, Santos CAV, Kusumota L, Marques S, Rodrigues RAP. Qualidade de vida em idosos que sofreram quedas: revisão integrativa da literatura. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2012 [cited 2019 Apr 19];17(3):723-730. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a19.pdf>
58. Ribeiro CG, Ferrati F, Sá CA. Quality of life based on level of physical activity among elderly residents of urban and rural areas. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2017 [cited 2019 Apr 10];20(3):330-339. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000300330
59. Vitorino LM, Paskulin LMG, Viana LAC. Quality of life of seniors living in the community and in long term care facilities: a comparative study. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2013 [cited 2018 Aug 16];21(spe):3-11. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700002

60. Oliveira BC, Barbosa NM, Lima MSM, Guerra HS, Nrvs CM, Avelar JB. Avaliação da qualidade de vida em idosos da comunidade. Ver Bras Promoç Saude [Internet]. 2017 [cited 2019 Apr 19];30(3):1-10. Available from: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5879>
61. Paskulin LMG, Molzahan A. Quality of life of older adults in Canada and Brazil. West J Nurs Res [Internet]. 2007 [cited 2019 Jan 15];29(1):10-26. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17228059>
62. Kreuz G, Franco MHP. O luto do idoso diante das perdas da doença do envelhecimento – Revisão Sistemática da Literatura. Arq Bras Psicol [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 19];69(2):168-186. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v69n2/12.pdf>.
63. Padua L et al. Gender effect on well-being of the oldest old: a survey of nonagenarians living in Tuscany: the Mugello study. Neurol Sci [Internet]. 2018 [cited 2019 Aug 18];39(3):509-517. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29313171>
64. Alcaniz M, Solé-Auró A. Feeling good in old age: factors explaining health-related quality of life. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2018 [cited 2019 Apr 18];16(1):1-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29534708>
65. Querol CM, Martínez VTP. Longevidad: estado cognoscitivo, validismo y calidad de vida. Rev Cubana [Internet]. 2006 [cited 2018 Jan 15];22(1):1-13. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000100001
66. Buono MD, Urciuoli O, Leo D. Quality of life and longevity: a study of centenarians. Age Ageing [Internet]. 1998 [cited 2018 Jan 17];27(2):207-216. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16296681>
67. Schneider RH, Irigaray TQO. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Estud Psicol (Campinas) [Internet]. 2008 [cited 2018 Jan 15];25(4):585-593. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>
68. Lebrão ML, Duarte YAO, Teixeira D, Andrade F B. Saúde bucal nas Coortes do Estudo SABE (Saúde, bem-estar e Envelhecimento) em São Paulo. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2015 [cited 2019 Apr 22];18(1):278-282. Available from: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rbepid/v18n1/1415-790X-rbepid-18-01-00278.pdf. Acesso em 22 abr. 2019.
69. Weller M, Tanieri M, Pereira JC, Almeida ES, Santos S. Consanguineous unions and the burden of disability: a population-based study in communities of northeastern Brazil. Amer Journ Hum Biol [Internet]. 2012 [cited 2018 Jan 12];24(1):835-840. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23042425>
70. Deiana L et al. AKEntAnnos. The Sardinia study of extreme longevity. Aging [Internet]. 1999 [cited 2018 Jan 15];11(3):142-149. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10476308>
71. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. How to score the SF-12 physical and mental health summary scales. 2^a ed. Boston;1995.

72. Icaza MG, Albala C. Mini mental state examination (MMSE) del estudio de dementia en Chile: análisis estadístico. Washington; 1999.

73. Melo DM, Barbosa AJG. O uso do mini-exame do estado mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. Cienc Saude Colet [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 17];20(12):3865-3876. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001203865&script=sci_abstract&tlng=pt

74. Topp CW, Ostergaard SD, Sondergaard S, Bech P. The WHO-5 well-being index: a systematic review of the literature. Psychother Psychosom [Internet]. 2015 [cited 2019 Apr 17];84(3):167-176. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25831962>

75. Yesavage JA et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res [Internet]. 1982-1983 [cited 2018 Jan 17];17(1):37-49. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7183759>

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE- Brejo dos Santos)



Universidade Estadual da Paraíba
Programa de pós-graduação em Saúde Pública (PPGSP)
Núcleo de Estudos em Genética e Educação (NEGE/UEPB)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da pesquisa “Estudo SABE-PB: investigação da situação de saúde, bem-estar e envelhecimento em populações consanguíneas no nordeste brasileiro”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

-O trabalho terá como objetivo descrever as condições de saúde e o processo de envelhecimento da população com 60 anos ou mais do município. O estudo está sendo realizado em parceria com a Faculdade de Saúde Pública e o Centro de Estudos do Genoma Humano da Universidade de São Paulo.

-A pesquisa consiste na realização de medidas antropométricas, entrevistas com questões sobre a saúde do idoso, e a coleta de amostra de sangue para investigar dados bioquímicos e genéticos como, por exemplo, hemograma, glicose, triglicerídeos, entre outros.

-Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde.

-O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

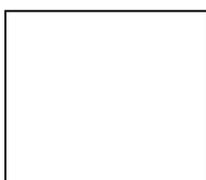
-Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

-Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiros aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haverá necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou a instituição responsável.

-Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 3344-5306 com Profa. Dra. Silvana Cristina dos Santos.

-Ao final da pesquisa, os resultados serão compartilhados com profissionais da área da saúde e com a comunidade por meio de seminários e palestras.

-Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.



Pesquisadora Responsável:
Profa.Dra.Silvana Cristina dos Santos
 Universidade Estadual da Paraíba – Campina Grande – PB
 Rua das Baraúnas, 351 (CIAC – sala 329)
 Contato: (083) 3344-5306

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE- São Paulo)



O Estudo SABE é um estudo sobre as condições de vida e saúde das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos residentes no Município de São Paulo. O referido estudo iniciou no ano de 2000 e teve continuidade em 2006 e, novamente, em 2010 quando todos os participantes do estudo inicial que foram localizados, foram revisitados e reentrevistados. O estudo é coordenado pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e Ministério da Saúde.

Em 2010 o Sr(a) participou desse Estudo quando, após sua autorização, foram colhidas amostras de sangue, por pessoal capacitado e treinado para esse fim, supervisionado por equipe qualificada, seguindo rotinas padronizadas. Com uma parte dessas amostras foram realizados exames de laboratório específicos cujos resultados foram enviados, na época, para o(a) Sr(a) acompanhado de orientação a cada caso. Outra parte dessas amostras de sangue ficaram estocadas em laboratório específico para esse fim situado no Centro de Pesquisas sobre Genoma Humano e Células-Tronco do Instituto de Biociências da USP sob a responsabilidade da Prof^a Dr^a Mayana Zatz.

Nesse momento estamos iniciando dois novos estudos que irão utilizar as amostras de sangue coletadas em 2010 e congeladas desde então. Por essa razão, estamos novamente entrando em contato com o(a) Sr(a) para solicitar sua autorização para utilizar sua amostra de sangue coletada em 2010, que está estocada. Assim, não será necessário coletar nova amostra de sangue.

Os estudos que vamos desenvolver são:

1. Sequenciamento genético completo realizado por grupos de pesquisadores especializados no Brasil, nos Estados Unidos e na Inglaterra;
2. Análise da proporção de pessoas idosas que, durante a vida, possam ter sido infectadas por vírus relacionados a doenças sexualmente transmissíveis como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV), sífilis e hepatites cujos resultados poderão contribuir para o desenvolvimento de programas de prevenção adequados e apropriados para esse grupo etário específico. Os resultados desses exames serão entregues pessoalmente ao(à) Sr(a) após agendamento prévio. Caso algum resultado esteja alterado, o(a) Sr(a) terá direito ao acompanhamento do Centro de Referência da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Esses estudos descritos envolvem riscos mínimos para o(a) Sr(a) e, por essa razão, para ambos os estudos, haverá um profissional especializado disponível para esclarecer as dúvidas que possam surgir.

Os benefícios obtidos com os resultados desses estudos poderão contribuir para a adequação das políticas públicas vigentes destinadas a esse grupo etário específico e, por essa razão, solicitamos novamente sua compreensão e colaboração.

Informo que sua identidade será preservada em sigilo em todos os momentos e as amostras de sangue serão tratadas sob codificação segura, de conhecimento apenas dos envolvidos diretamente com o estudo em questão.

Entendo que meu consentimento em participar desses dois novos estudos é **voluntário** e **sem coerção ou força** e estou ciente de que minha participação na pesquisa não representa risco para minha integridade física ou mental e também não me trará benefício direto. Entendo que **tenho o direito de retirar meu consentimento a qualquer tempo** bastando, para isso, entrar em contato com a pesquisadora responsável ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) situada na

Avenida Dr. Arnaldo nº 715, Pinheiros, São Paulo/SP. **Entendo ainda que posso me recusar**, sem qualquer ônus a participar desses novos estudos.

Foi-me informado que se eu tiver alguma dúvida ou pergunta adicional sobre este estudo posso telefonar para **Profª Drª Maria Lucia Lebrão**, coordenadora e pesquisadora responsável pelo Estudo SABE nos telefones (11) **3061-7929** ou (11) **3061-7105** ou (11) **3061-7815** ou **contatá-la pelo email mlebr@usp.br**. Também posso telefonar para o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública no número (11) **3061-7779** ou contatá-lo pelo endereço coep@fsp.usp.br de 2ª a 6ª feira em horário comercial (8 às 17h).

Declaro que compreendi e estou de acordo com o acima exposto. Por este meio aceito colaborar com o “Estudo SABE: - Saúde, bem-estar e Envelhecimento no Município de São Paulo” na execução dos dois novos sub-estudos especificados nesse termo.

São Paulo,..... de de

Nome do(a) Idoso(a): _____

Assinatura: _____

Profª Dra Maria Lúcia Lebrão
Coordenadora da Pesquisa

ANEXOS

ANEXO A

SF-12 – AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

1. O(a) Sr(a) diria que sua saúde é...

Excelente	Muito boa	Boa	Regular	Ruim

Os seguintes itens são sobre atividades que o(a) sr(a) poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido a sua saúde**, o(a) sr(a) teria dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

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

Durante as **últimas quatro semanas (último mês)**, o(a) sr(a) teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou alguma atividade diária regular, **como consequência de sua saúde física**?

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

Durante as **últimas quatro semanas (último mês)**, o(a) sr(a) teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou alguma atividade diária regular, **como consequência de algum problema emocional** (como sentimento de depressão ou ansiedade)?

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

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

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

Estas questões são sobre como o(a) sr(a) se sente e como tudo tem acontecido com o(a) sr(a) durante as **últimas quatro semanas (último mês)**. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como o(a) sr(a) se sente. Quanto tempo durante **as últimas quatro semanas**.

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
9. Você se sentiu calmo ou tranquilo?					
10. Você teve muita energia?					
11. Você se sentiu desanimado e abatido?					

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

Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca

ANEXO B
MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (VERSÃO REDUZIDA)

1. Por favor, me diga a data de hoje (Entrevistador: pergunte o dia, mês, ano e país).

Dia		OK	Não OK	NS	NR
Mês		OK	Não OK	NS	NR
Ano		OK	Não OK	NS	NR
País		OK	Não OK	NS	NR
				Total	

Entrevistador: anote um ponto para cada resposta.

2. Agora, vou lhe dar o nome de três objetos. Depois que eu disser quero que você repita. Guarde quais são porque vou voltar a perguntar mais adiante. O Sr. tem alguma pergunta?

Entrevistador: Explique bem para que o entrevistado entenda a tarefa. Leia os nomes dos objetos lentamente e uniformemente, aproximadamente uma palavra por segundo.

Árvore	OK	Não OK	NS	NR
Mesa	OK	Não OK	NS	NR
Cachorro	OK	Não OK	NS	NR
			Total	

Entrevistador: anote um ponto para cada objeto que ele recordar corretamente, sem importar a ordem em que se repetem.

Se houver algum erro ou omissão na primeira tentativa, repita todos os objetos até que a pessoa os aprenda (máximo de 5 repetições). Registre o número de repetições (0 se todos forem corretos na primeira tentativa).

Anote o número de repetições _____.

3. Agora vou dizer alguns números e quero que você os repita de trás para frente.

1 3 5 7 9

Entrevistador: Anote as respostas abaixo. Pare depois de 5 números.

Resposta do entrevistado					
Resposta correta	9	7	5	3	1

Número de acertos:

Entrevistador: a pontuação é o número de dígitos na ordem correta.

Exemplo: 97531= 5; 95731=3.

4. Agora vou lhe dar um papel e quando eu o entregar, pegue o papel com a mão direita, dobre na metade com ambas as mãos e coloque-o entre os joelhos.

Entrevistador: Passe o papel e anote 1 ponto para cada ação correta e 0 para cada ação incorreta.

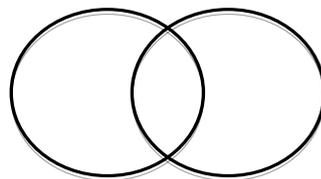
Pega o papel com a mão direita	
Dobra a metade com as duas mãos	
Coloca o papel sobre as pernas	
Total	

5. Há alguns momentos eu li uma série de palavras e o Sr. repetiu as que lembrou. Por favor, diga-me agora quais ainda se lembra.

Árvore	OK	Não OK	NS	NR
Mesa	OK	Não OK	NS	NR
Cachorro	OK	Não OK	NS	NR
			Total	

Entrevistador: anote 1 ponto para cada resposta correta em qualquer ordem.

6. Por favor, copie este desenho.



Entrevistador: Entregue ao entrevistado o desenho com os círculos que se cruzam. A ação estará correta se os círculos não se cruzam mais do que a metade. Anote 1 ponto se o desenho estiver correto.

OK Não OK NR

Entrevistador: some os pontos anotados.

Total:

Soma total:

ANEXO C
ÍNDICE DE BEM-ESTAR (OMS-5)

Indique, por favor, para cada uma das cinco afirmações, a que se aproxima mais do modo como se tem sentido nas últimas duas semanas. Note que os números maiores indicam maior bem-estar.

Exemplo: Se ao longo das últimas duas semanas se sentiu alegre e bem disposto/a durante mais de metade do tempo, coloque uma cruz no quadrado com o número 3.

Durante as últimas duas semanas	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Mais da metade do tempo	Menos da metade do tempo	Algumas vezes	Nunca
1. Sentiu-me alegre e bem disposto(a)						
2. Sentiu-me calmo(a) e tranquilo(a)						
3. Sentiu-me ativo(a) e cheio de energia						
4. Sentiu-se fresco(a) e repousado(a)						
5. O meu dia a dia tem sido preenchido com coisas que me interessavam						

ANEXO D
ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA REDUZIDA (GDS-15)

Perguntas	Escore	
	Não	Sim
1- Você está basicamente satisfeito com a sua vida?	1	0
2- Você deixou muito de seus interesses e atividades?	0	1
3- Você sente que sua vida está vazia?	0	1
4- Você se aborrece com frequência?	0	1
5- Você se sente de bom humor na maior parte do tempo?	1	0
6- Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	0	1
7- Você se sente feliz a maior parte do tempo?	1	0
8- Você sente que sua situação não tem saída?	0	1
9- Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	0	1
10- Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	0	1
11- Você acha maravilhoso estar vivo?	1	0
12- Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	0	1
13- Você se sente cheio de energia?	1	0
14- Você acha que sua situação é sem esperanças?	0	1
15- Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	0	1

ANEXO E
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – SABE PB

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
 PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
 PÓS-GRADUAÇÃO E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO SABE-PB: INVESTIGAÇÃO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE, BEM ESTAR E ENVELHECIMENTO EM POPULAÇÕES CONSANGUÍNEAS NO NORDESTE BRASILEIRO

Pesquisador: Silvana Cristina dos Santos

Área Temática: Genética Humana:

(Trata-se de pesquisa envolvendo Genética Humana que não necessita de análise ética por parte da CONEP;);

Versão: 1

CAAE: 67426017.6.0000.5187

Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Patrocinador Principal: Capes Coordenação Aperf Pessoal Nível Superior

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.087.818

Apresentação do Projeto:

Projeto encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, para análise e parecer com fins de desenvolvimento de pesquisa vinculada à Proposta já aprovada em edital INCT-CAPES com título ENVELHECIMENTO E DOENÇAS GENÉTICAS: GENÔMICA E METAGENÔMICA*, a ser desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UEPB em parceria com pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública da USP e Centro de Estudos do Genoma Humano. Trata-se de um estudo transversal de base populacional do tipo descritivo, de abordagem quantitativa. De acordo com Segundo Gil (1999), as pesquisas descritivas têm como finalidade principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Esse tipo de pesquisa, segundo Sellitz et al. (1985), busca descrever um fenômeno ou situação em detalhe, especialmente o que está ocorrendo, permitindo abranger, com exatidão, as características de um indivíduo, uma situação, ou um grupo, bem como desvendar a relação entre os eventos. Esta pesquisa será realizada no município de Brejo dos Santos no estado da Paraíba (Brasil), localizado na microrregião de Catolé do Rocha. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2012, sua

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
 Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753
 UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
 Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 2.067.818

população era estimada em 6.197 habitantes, distribuídos em 94 km² de área. O critério de seleção do município foi por conveniência, por ser um município de fácil acesso, e cuja secretaria de saúde já tinha parceria estabelecida com pesquisadores da Universidade Estadual da Paraíba. Além disso, de acordo com estudos anteriores, realizados pelo Núcleo de Estudos em Genética e Educação (NEGE-UEPB), a cidade de Brejo dos Santos tem uma taxa considerada de consanguinidade, sendo um fator importante para o estudo, pois segue os objetivos do projeto aprovado no edital do INCT.

Objetivo da Pesquisa:

Replicar o estudo SABE (Saúde, Bem Estar e Envelhecimento) em um município da Paraíba com elevada frequência de consanguinidade para analisar as condições de vida e saúde desses idosos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme a RESOLUÇÃO 466/12, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos com graus variados. O presente projeto possui riscos mínimos, caracterizado como “constrangimento aos participantes ou interrupção do seu tempo”. Entretanto, esses riscos serão minimizados pelo compromisso ético dos pesquisadores, e pelos benefícios da pesquisa que resultará em um retrato da saúde, bem estar e envelhecimento de uma população da Paraíba e também possibilitará a realização de comparações com os dados obtidos nos estudos de coorte com amostra de São Paulo. As generalizações e conclusões da pesquisa poderão ser utilizadas para planejamento de ações de promoção à saúde de idosos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente proposta de pesquisa é de suma importância quanto papel e atribuições das Instituições de Ensino Superior (IES), pode-se entender que encontra respaldo no perfil das pesquisas de construção do ensino-aprendizagem significativa, perfilando a formação profissional baseada na tríade conhecimento-habilidade-competência, preconizada pelo MEC. Portanto, tem retorno social, caráter de pesquisa científica e, contribuição na formação de profissionais da área de saúde, dentre outras áreas do saber científico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os pesquisadores apresentaram, dentro da conformidade e quanto requisitos da Resolução de n. 466/2012 do CNS, os documentos obrigatórios.

Recomendações:

O presente Projeto de Pesquisa apresenta os documentos essenciais ao aval e Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, nos moldes do Chick List proposto, concorde com a Resolução de n.

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário

Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753

UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E**



Continuação do Parecer: 2.067.818

466/2012 do CNS. Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pelo exposto, estando em conformidade com o Protocolo do CEP UEPB, bem como em consonância com os critérios da Resolução 466/2012 do CNS, sou pela APROVAÇÃO do Projeto de Pesquisa. Salvo melhor juízo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_906479.pdf	20/04/2017 12:32:45		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/04/2017 12:32:00	Silvana Cristina dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	SABEprojeto.pdf	20/04/2017 12:29:24	Silvana Cristina dos Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	SABEdeclaracao.pdf	20/04/2017 12:28:56	Silvana Cristina dos Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	SABETermo.pdf	20/04/2017 12:28:28	Silvana Cristina dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	FolhaeRosto.pdf	20/04/2017 12:20:45	Silvana Cristina dos Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 17 de Maio de 2017

**Assinado por:
Marconi do Ó Catão
(Coordenador)**

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

ANEXO F
APROVAÇÃO DO PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA –
SABE SP



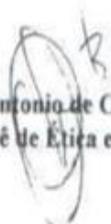
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FSP/USP - COEP
Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP 01246-904 - São Paulo - Brasil
Telefones: (55-11) 3066 7742 - fax (55-11) 3064 7314

Of.COEP/67/99

24 de maio de 1999

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

Atenciosamente,


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