

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E SOCIOECONÔMICO DE IDOSOS ATIVOS: QUALIDADE DE VIDA ASSOCIADA COM RENDA, ESCOLARIDADE E MORBIDADES

Denis Marcelo Modeneze¹
Érika da Silva Maciel²
Guanis de Barros Vilela Júnior³
Jaqueline Girnos Sonati⁴
Roberto Vilarta⁵

resumo

Os componentes do perfil epidemiológico e social de idosos parecem ter forte associação com a percepção subjetiva da qualidade de vida. O objetivo desse estudo foi determinar a associação entre qualidade de vida e os aspectos socioeconômicos e de saúde de idosos ativos. Foram estudados 82 idosos com idade média de 68,08 (DP=4,36) anos, participantes da Universidade da Terceira Idade – UnATI – da cidade de Piracicaba, São Paulo, Brasil. A percepção da qualidade de vida foi mensurada utilizando o WHOQOL-BREF. Idade, gênero, renda, estado civil, escolaridade, nível socioeconômico, número de morbidades, circunferência abdominal e IMC foram elencadas como variáveis independentes. As associações entre a percepção da qualidade de vida e as variáveis independentes foram avaliadas pelos testes do qui-quadrado para as variáveis categóricas e pelos testes T-student ou Mann-Whitney, quando necessário, para as variáveis contínuas. O nível de significância adotado foi 5% de probabilidade ou o p-valor correspondente. A análise dos dados indicou a possível influência das variáveis renda, morbidades e escolaridade nos diversos domínios da qualidade de vida. Os idosos

1 Professor Doutor em Educação Física – Unicamp. Área: Atividade Física Adaptada. Linha de Pesquisa: Qualidade de Vida, Atividade Física e Saúde. E-mail: modeneze@uol.com.br

2 Professora Doutora em Energia Nuclear na Agricultura e no Ambiente pelo Centro de Energia Nuclear na Agricultura. Área: Ciências da Saúde. Linha de Pesquisa: Qualidade de Vida, Atividade Física e Saúde. E-mail: erikasmaciel@gmail.com

3 Professor Doutor em Educação Física – Unicamp. Área: Atividade Física Adaptada. Linha de Pesquisa: Qualidade de Vida, Atividade Física e Saúde. E-mail: guanis@gmail.com

4 Professora, Nutricionista e Doutora em Educação Física – Unicamp. Área: Atividade Física Adaptada. Linha de Pesquisa: Qualidade de Vida, Atividade Física e Saúde. E-mail: j.girnos@uol.com.br

5 Professor Doutor Titular em Educação Física – Unicamp. Área: Atividade Física Adaptada. Linha de Pesquisa: Qualidade de Vida, Atividade Física e Saúde. E-mail: roberto@fef.unicamp.br

com maior poder aquisitivo são menos acometidos por doenças, têm níveis mais elevados de educação e informam ter melhor qualidade de vida. Concluímos que o perfil epidemiológico e social interfere na qualidade de vida de idosos ativos.

palavras-chave

Envelhecimento. Qualidade de Vida. Atividade Física. Saúde.

1 Introdução

Atualmente há um aumento de 650 mil novos idosos por ano na população brasileira, situação que reforça a transição demográfica atual do país, resultante de seu desenvolvimento. Nos últimos anos, o mundo viu a população idosa crescer com mais velocidade; junto a esse fenômeno observou-se o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que são responsáveis por limitações físicas durante o envelhecimento (VERAS, 2009).

A averiguação dos fatores que interferem no bem-estar e na qualidade de vida dos idosos pode fornecer elementos teóricos e metodológicos para a estruturação de ações e políticas na área de saúde, buscando atender às demandas dessa população (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003).

Vários estudos foram realizados sobre os perfis sociais, epidemiológicos, demográficos e de algumas características especiais como a capacidade funcional, a qualidade de vida e as morbidades de idosos (BARRETO *et al.*, 2003; MASTROENI *et al.*, 2007; CABRERA *et al.*, 2005), entretanto são escassos os dados sobre o perfil de qualidade de vida na caracterização de idosos fisicamente ativos.

A proposta do presente estudo foi verificar possíveis influências do perfil epidemiológico e socioeconômico na qualidade de vida de idosos ativos, a fim de gerar dados que possam contribuir para o fortalecimento do conhecimento na área da promoção da saúde e do envelhecimento ativo, com foco no desenvolvimento e adequação de programas voltados a essa população específica.

O estudo teve caráter transversal exploratório com amostra de conveniência. Foram convidados 350 idosos de ambos os sexos, cadastrados na Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI) da Universidade de São Paulo, na cidade de Piracicaba, São Paulo, Brasil. Foram eleitos 82 indivíduos para a pesquisa, por atenderem aos seguintes critérios de inclusão: ter mais de 60 anos, ser ativo ou muito ativo, responder aos questionários e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. O nível de atividade física dos idosos foi avaliado pelo Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), versão 8, forma curta e semana normal. Este, desenvolvido pela OMS, fora validado, avaliado e utilizado no Brasil e em outros países (MADER *et al.*, 2006; HALLAL *et al.*, 2003). O mesmo contém 8 perguntas em relação à frequência e à duração da realização de caminhadas e de atividades físicas moderadas e vigorosas, tendo como referência a última semana. A classificação dos sujeitos ocorreu segundo as normas do consenso realizado entre o CELAFISCS e o Center for Disease Control (CDC), que consideram os critérios de frequência e duração das atividades físicas realizadas classificando as pessoas em cinco categorias: muito ativo, ativo, insuficientemente ativo A, insuficientemente ativo B e sedentário (MATSUDO *et al.*, 2002).

Os dados socioeconômicos que caracterizaram a amostra foram coletados através de questionários autorrespondidos e foram consideradas as variáveis: sexo, idade, patologias, estado civil, ocupação, escolaridade e nível socioeconômico segundo os critérios de classificação econômica do Brasil, que categoriza os indivíduos em 8 classes (A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E), sendo que a classe A1 é a de maior nível socioeconômico e a E a de menor nível (ABEP, 2008).

Foram coletados dados que verificassem o estado nutricional através do cálculo do índice de massa corporal (IMC) e da medida da circunferência abdominal (CA). Para o IMC foram medidos a estatura, por meio de um estadiômetro de parede com precisão de 1 mm, da marca Sanny, e a massa corporal, por balança de plataforma digital da marca Healthmeter, calibrada, com capacidade até 150kg e com leitura de 0,1kg. O IMC foi calculado com base na relação do peso (kg) com a estatura ao quadrado (m²), utilizando os critérios propostos pela OMS (WHO, 2003).

A medida da CA foi obtida com o auxílio de uma fita métrica inelástica, na altura da cicatriz umbilical. Devido à inexistência de pontos de corte universalmente aceitos para CA, optou-se por empregar aqueles utilizados em investigação acerca da associação entre circunferência da cintura (CC) e risco para a saúde (HASSELMANN *et al.*, 2008).

O IMC e a CA foram consideradas variáveis de confundimento, portanto, foram controladas.

As informações foram agrupadas e os idosos foram separados em grupos dicotômicos segundo cada variável independente, cuja divisão pode ser observada na tabela 3.

A variável qualidade de vida foi considerada como variável dependente e foi medida por meio da aplicação do questionário WHOQOL-Bref (WHOQOL GROUP, 1998). Esse instrumento foi desenvolvido pela OMS, traduzido e validado para a população brasileira (FLECK *et al.*, 2000). Considerou-se a análise dos domínios físico e psicológico, as relações sociais, o meio ambiente e a qualidade de vida geral.

Os idosos tiveram o prazo de uma semana para o preenchimento dos questionários e foram orientados para que as respostas do WHOQOL-Bref se referissem às últimas duas semanas.

O tratamento estatístico foi composto por análise descritiva – a fim de obter o perfil do conjunto de dados –, baseada em medidas de tendência central e dispersão e por distribuição de frequências. Para verificar as diferenças dos escores de qualidade de vida entre os grupos dicotomizados pelo agrupamento de cada variável independente e de confundimento foram utilizados os testes Mann-Whitney e *T de student*, visto que os dados dos grupos possuíam ambas as distribuições paramétrica e não paramétrica, confirmado pelo teste Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilks. As análises foram realizadas no programa estatístico SPSS versão 10.0 (SPSS, 1999).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (622/2008) e a todos os grupos participantes foi oferecida uma devolutiva dos resultados com palestra gratuita sobre temas relacionados à saúde do idoso. Além disso, foi assegurado o sigilo e o anonimato dos participantes.

3 Resultados

As características sociodemográficas dos 82 idosos ativos com média de idade de $68,08 \pm 4,36$ anos estão descritas na Tabela 1, tendo sido observada maior prevalência de sujeitos do sexo feminino (85,4%), casados (65,9%) e aposentados (75,6%). Quanto à escolaridade, a maioria apresentou ter mais que 8 anos de estudo (58,6%) e a avaliação do nível socioeconômico mostrou maior concentração de idosos nas classes B1 (25,6%), B2 (30,5%) e C1 (19,5%).

Foram classificados com sobrepeso 72% dos idosos, segundo o IMC. Já nos resultados obtidos pela CA encontramos 32,9% dos idosos com classificação de risco muito elevado para o desenvolvimento de doenças crônicas e complicações metabólicas relacionadas à obesidade.

Tabela 1 – Características gerais dos idosos fisicamente ativos. UTA / Piracicaba / Brasil.

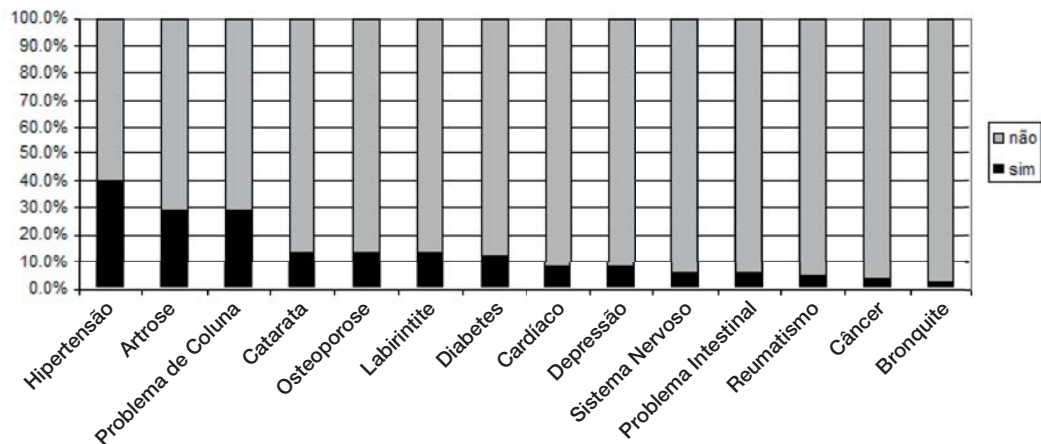
Variável	n	%
Idade (anos)		
60 – 64	17	20,7
65 – 69	34	41,5
> 70	31	37,8
Sexo		
Feminino	70	85,4
Masculino	12	14,6
Estado Civil		
Casado	54	65,9
Viúvo	20	24,4
Solteiro	08	09,8
Ocupação		
Aposentado	62	75,6
Trabalhando	07	08,5
Pensionista	04	04,9
Desempregado	02	02,4
Escolaridade		
< 4 anos	08	09,8
4 anos ou +	24	29,3
8 anos	14	17,1
11 anos	18	22,0
15 anos ou +	16	19,5
Nível Socioeconômico*		
A2	09	11,0
B1	21	25,6
B2	25	30,5
C1	16	19,5
C2	08	09,8
D	03	03,7
IMC*(kg/m2)		
Baixo Peso	03	03,7
Normalidade	20	24,4
Sobrepeso	39	47,6
Obesidadel	18	22,0
Obesidade II	02	02,4
CA		
Normal	37	45,1
Risco** Elevado	18	22,0
Risco** Muito Elevado	27	32,9

* Critério de Classificação Econômica do Brasil (ABEP, 2008).

** Para desenvolvimento de doenças crônicas e complicações metabólicas (WHO, 1997)
 IMC=índice de massa corporal; CA= circunferência abdominal;

Em relação aos dados sobre as condições de saúde, a frequência de doenças autorreferidas, descrita na Figura 1, mostrou que a maioria dos idosos (85,4%) referiu pelo menos uma doença, sendo a de maior prevalência a hipertensão arterial sistêmica (40,2%).

Figura 1 – Relato das doenças autorreferidas pelos idosos fisicamente ativos (n=82).



A avaliação da qualidade de vida apresentou pouca variação entre os domínios. O domínio físico teve a maior pontuação ($16,01 \pm 2,32$), sendo a faceta 4 ($3,64 \pm 1,05$), que se refere ao tratamento médico, a menos pontuada e a faceta 15 ($4,53$ pontos $\pm 0,65$), que se refere à mobilidade, a mais pontuada. O domínio ambiental teve menor pontuação, com valor médio de $15,34 \pm 2,40$. A faceta menos pontuada nesse domínio foi a questão 14 ($3,54 \pm 0,90$), que se refere à participação e a oportunidades de lazer e a mais pontuada foi a questão 23 ($4,28$ pontos $\pm 0,93$), que se refere às condições do local de moradia (Tabela 2).

Tabela 2 – Percepção da qualidade de vida segundo os domínios analisados pelo instrumento WHOQOL-bref, idosos ativos da UnATI / Piracicaba / SP / 2008 (n=82).

Domínio	Média	Desvio Padrão	F+	F-
Físico	16,01	$\pm 2,32$	(mobilidade)	(tratamento médico)
Psicológico	15,54	$\pm 2,18$	(autoestima)	(concentração)
Social	15,98	$\pm 2,78$	(relações pessoais)	(atividade sexual)
Ambiental	15,34	$\pm 2,40$	(habitação)	(oportunidades de lazer)
Geral	16,00	$\pm 2,58$		

F+ faceta mais pontuada dentro do domínio, F- faceta menos pontuada dentro do domínio

Em relação às diferenças dos domínios da qualidade de vida entre as variáveis dicotomizadas, os resultados indicam que os grupos mostraram ser diferentes quanto à renda, educação, classificação socioeconômica, estado

civil e comorbidades (Tabela 3). Já para as variáveis sexo, idade, IMC e CA os grupos não mostraram diferenças significantes.

Tabela 3 – Diferenças nos domínios da qualidade de vida entre os grupos de variáveis dicotomizadas dos idosos fisicamente ativos. (n=82)

Variável	Domínios				
	Físico	Psicológico	Social	Ambiental	Geral
Idade					
60 a 69 anos	16.37 ± 2.14	15.74 ± 1.63	16.03 ± 2.39	15.52 ± 2.21	16.40 ± 2.29
70 anos ou +	15.70 ± 2.68	15.21 ± 2.80	16.32 ± 3.30	15.24 ± 2.69	15.73 ± 3.09
Sexo					
Feminino	16.11 ± 2.42	15.42 ± 2.74	16.23 ± 2.80	15.33 ± 2.40	16.15 ± 2.57
Masculino	16.14 ± 2.11	16.22 ± 1.46	15.55 ± 2.50	15.87 ± 2.42	16.17 ± 3.01
IMC					
Normal	15.99 ± 2.39	15.22 ± 2.47	16.26 ± 2.51	14.82 ± 2.53	16.43 ± 2.25
Sobrepeso	16.16 ± 2.37	15.67 ± 2.02	16.09 ± 2.86	15.66 ± 2.32	16.03 ± 2.76
CA					
Normal	16.53 ± 2.29	15.64 ± 2.07	16.47 ± 2.59	15.60 ± 2.46	16.17 ± 2.80
Acima do Normal	15.77 ± 2.39	15.47 ± 2.24	15.87 ± 2.88	15.26 ± 2.36	16.14 ± 2.49
Renda					
Até 4 SM	14.86 ± 2.70*	14.03 ± 2.81*	14.78 ± 3.10*	13.66 ± 2.56*	14.69 ± 2.99*
5 ou + SM	16.60 ± 1.93	16.07 ± 1.31	16.18 ± 2.33	16.23 ± 1.94	16.22 ± 2.30
Comorbidades					
0 a 1	17.12 ± 1.90*	16.19 ± 1.62*	16.90 ± 2.51*	16.00 ± 2.20	17.28 ± 2.25*
2 ou +	15.31 ± 2.40	15.05 ± 2.38	15.52 ± 2.81	14.97 ± 2.46	15.22 ± 2.56
Estado Civil					
Com Parceiro	16.27 ± 2.18	15.94 ± 1.82*	15.9 ± 2.46	15.73 ± 2.21	16.45 ± 2.20
Sem Parceiro	15.81 ± 2.69	14.82 ± 2.53	16.59 ± 3.24	14.85 ± 2.64	15.55 ± 3.25
Educação					
0 a 4 anos	14.97 ± 2.71*	14.84 ± 2.72	15.64 ± 3.08	14.32 ± 2.46*	15.60 ± 3.25
5 ou + anos	16.82 ± 1.83	15.97 ± 1.60	16.36 ± 2.50	16.04 ± 2.14	16.46 ± 2.15
Nível Socioeconômico					
A1, B1 e B2	16.87 ± 1.85	16.17 ± 1.43	16.15 ± 2.66	16.52 ± 2.15*	16.40 ± 2.19
C1, C2 e D	15.91 ± 2.32	15.52 ± 1.19	16.45 ± 2.49	14.98 ± 2.12	16.34 ± 2.30

* - Diferenças significativas ($p < 0,05$); SM – salário mínimo; Educação em anos de estudo.

Existe predomínio do sexo feminino na população de idosos no Brasil, em proporções que aumentam conforme progride a idade (MASTROENI *et al.*, 2007). Nosso estudo observou que o número de idosos do sexo feminino é prevalente, situação também observada em outros estudos (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2002; BARRETO *et al.*, 2003; RAMOS, 2003). Essa característica pode estar relacionada com a resistência dos homens em participar de eventos de cunho cultural, educacional e lúdico, mesmo após a aposentadoria (BARRETO *et al.*, 2003; RAMOS, 2003), já que a amostra em questão foi selecionada na UnATI. Entendemos que essa característica masculina deve ser valorizada no planejamento dos programas locais de assistência à terceira idade, assumindo formas de divulgação e sensibilização mais específicas para os homens potenciais participantes de UnATIs.

Por outro lado, nem sempre a variável sexo é determinante entre as relações da qualidade de vida, sendo encontrados na literatura resultados discrepantes. Jakobsson, Hallberg e Westergren (2004) relataram que as mulheres permanecem mais expostas do que os homens às demandas físicas e emocionais, e que isso pode influenciar negativamente nos escores dos domínios físico e psicológico. Já em nosso estudo, a variável sexo, quando confrontada com os domínios da qualidade de vida, não apresentou diferença significativa entre homens e mulheres.

Contrastando com nossos dados, Pereira *et al.* (2006), em pesquisa com 211 idosos de baixa renda e baixa escolaridade, encontraram diferenças significativas porém pequenas entre os sexos nos domínios físico, psicológico e ambiental, onde os homens pontuaram melhor. Del Pino (2003) sugere que existe uma percepção negativa do envelhecimento pelas mulheres, o que poderia explicar os maiores escores de qualidade de vida para os homens. Avis *et al.* (2004) verificaram que a falta de memória e o sentimento de que o aumento da idade torna as mulheres menos atraentes associaram-se à pior qualidade de vida e destacaram, ainda, que a atividade física, o estresse, a percepção e a aceitação em relação ao envelhecimento também estavam fortemente associados à qualidade de vida nas mulheres.

A idade não influenciou a qualidade de vida dos idosos da pesquisa, fato que pode ser explicado pelo motivo dos sujeitos serem fisicamente ativos. Embora este estudo não tenha evidenciado relação da idade com nenhum dos domínios de qualidade de vida, é importante considerar outras pesquisas que associaram a idade com piores níveis de qualidade de vida relacionada à saúde (GARCIA *et al.*, 2005; HEINONEM *et al.*, 2004).

Observamos ainda que a escolaridade e as características sociais encontradas nesse estudo diferem de uma série de outras pesquisas de base populacional, que mostram menor escolaridade e menor renda entre os idosos (IBGE, 2008; RAMOS, 2003; LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2002).

Quando estratificamos a escolaridade para até quatro anos de estudos e mais de cinco anos, encontramos diferenças significativas, sendo que o grupo com maior escolaridade relatou melhores escores nos domínios físico e ambiental, sugerindo um possível efeito da educação sobre a qualidade de vida de idosos ativos, o que reforça a necessidade de investimento em educação também para essa faixa da população.

O estudo da renda caracterizou a amostra com um bom poder aquisitivo, sendo encontradas diferenças significativas entre os mais ricos (renda acima de 1300 dólares mensais), que relataram melhores médias nos escores de todos os domínios da qualidade de vida quando comparados aos seus pares mais pobres.

Segundo Jakobsson, Hallberg e Westergren (2004), a renda é um fator socioeconômico importante na vida diária e na qualidade de vida dos idosos, onde uma boa situação socioeconômica mostra-se associada à melhor qualidade de vida. Sherbourne *et al.* (1992) também observaram que problemas financeiros reduzem o bem-estar em idosos. Já Pereira *et al.* (2006) não encontraram influência da variável renda em nenhum dos domínios da qualidade de vida; aspecto explicado, segundo os autores, pelo fato de que a amostra fora estudada em um município de pequeno porte, com baixo custo de vida, cujo predomínio eram as atividades agrícolas familiares e de subsistência.

Com relação às condições de saúde, nossos achados corroboram com outros estudos, onde também fora observada a presença de pelo menos uma DCNT, sendo a hipertensão e a artrite as mais incidentes (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2002; SEBASTIÃO *et al.*, 2008; LEBRÃO; DUARTE, 2003). Já com relação à patologia “diabetes *mellitus* tipo II”, doença cada vez mais comum na população idosa, o percentual de 12%, encontrado em nosso estudo, foi inferior ao presente na amostra do projeto SABE (2003): 18%. Esses achados indicam que o fato de residir numa metrópole (São Paulo) ou em cidades de porte médio (Piracicaba, Rio Claro) não interferiu no tipo de patologia desenvolvida com o envelhecimento, mas no percentual de prevalência encontrada.

A qualidade de vida para os idosos com maior número de morbidades foi inferior com diferença significativa ($p \leq 0,05$) para os domínios físico, psicológico e de relações sociais. Esse fato vem ressaltar a importância de programas de promoção da saúde que previnam o desenvolvimento de DCNT.

O estado nutricional dos idosos mostrou prevalência de excesso de peso corporal (72,0 %), dados que corroboram com os estudos de Abrantes *et al.* (2003) sobre brasileiros de diversas faixas etárias das regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. Quanto à CA, nosso estudo identificou 23,2% dos idosos com risco elevado para o desenvolvimento de DCNT e complicações metabólicas e 34,7% com risco muito elevado. Já Tinoco *et al.* (2006) estudaram idosos do Programa Municipal da Terceira Idade de Viçosa-MG e observaram a prevalência de sobrepeso em 40,8% e circunferência da cintura inadequada em 61,4%, sendo significativamente maior entre as mulheres. Com base no exposto e apesar de não encontrarmos influências significativas dessas variáveis antropométricas na qualidade de vida dos idosos, os nossos resultados confirmam as condições de risco nessa faixa etária, reforçando a idéia da importância da adequação de medidas de controle e prevenção do sobrepeso para essa parcela da população.

Concluimos que o perfil socioeconômico e epidemiológico pode interferir na qualidade de vida de idosos ativos. Observamos a influência das variáveis renda, número de morbidades, escolaridade e nível socioeconômico nos diversos domínios da qualidade de vida, sendo os idosos com menores números de doenças, maior escolaridade e melhor nível socioeconômico aqueles que possuíam maior renda e melhor qualidade de vida para os domínios físico, psicológico e de relações sociais.

EPIDEMIOLOGICAL AND SOCIOECONOMIC PROFILE OF ACTIVE SENIORS: QUALITY OF LIFE ASSOCIATED WITH INCOME, SCHOLARITY AND MORBIDITIES

abstract

The components of social and epidemiological profile of elderly seem to have a strong association with the subjective perception of quality of life. The aim of this study was to determine the association between quality of life and socioeconomic and health aspects of active seniors. 82 subjects with a mean age of 68.08 (SD = 4.36) years were studied, all attending the University of Third Age – UnATI - in the city of Piracicaba, São Paulo, Brazil. The perception of quality of life was measured using the WHOQOL-BREF. Age, gender, income, marital status, scholary, socioeconomic status, number of morbidities,

BMI and abdominal circumference were listed as independent variables. The associations between the perception of quality of life and the independent variables were assessed by chi-square tests for categorical variables and by the Student's t-tests or Mann-Whitney, when appropriate, for continuous variables. The level of significance used was 5% of probability or the corresponding p-value. Data analysis indicated the possible influence of the variables income, morbidities and scholary on various domains of quality of life. Elderly people with higher incomes are less affected by diseases, have higher education levels and report better quality of life. We conclude that the epidemiological and social profile interferes in the quality of life of active seniors.

keywords

Aging. Quality of Life. Physical Activity. Health.

referências

ABRANTES, Marcelo Militão; LAMOUNIER, Joel Alves; COLOSIMO, Enrico Antônio. Prevalência de sobrepeso e obesidade nas regiões nordeste e sudeste do Brasil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 162-166, abr./jun. 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. *Critério de Classificação Econômica*. 2008. Disponível em: <http://www.abep.org/codigosguias/Criterio_Brasil_2008.pdf>. Acesso em: 10 maio 2009.

AVIS, Nancy et al. Quality of life in diverse groups of midlife women: assessing the influence of menopause, health status and psychosocial and demographic factors. *Quality of Life Research*, Netherlands, v. 13, n. 5, p. 933-46, June 2004.

BARRETO, Kátia Magdala Lima et al. Perfil sócio epidemiológico demográfico das mulheres idosas da Universidade Aberta à Terceira Idade no Estado de Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 3, n. 3, p. 339-54, jul./set. 2003.

CABRERA, Marcos Aparecido Sarria et al. Relação do índice de massa corporal, da relação cintura-quadril e da circunferência abdominal com a mortalidade em mulheres idosas: seguimento de 5 anos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 767-75, maio/jun. 2005.

DEL PINO, Alberto Castellón Sánchez. Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, Barcelona, v. 13, n. 3, p. 188-92, 2003.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-83, abr. 2000.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida; CHACHAMOVICH, Eduardo; TRENTINI, Clarissa Marcelli. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 793-9, dez. 2003.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. Governo do Estado de São Paulo. 2009. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>>. Acesso em: 16 jul. 2009.

GARCIA, Esther López et al. Social network and health related quality of life in older adults: a population-based study in Spain. *Quality of Life Research*, Netherlands, v. 14, n. 2, p. 511-20, Mar. 2005.

HALLAL, Pedro Rodrigues Curi et al. Physical Inactivity: Prevalence and Associated Variables in Brazilian Adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, Indianápolis, v. 35, n. 11, p. 1894-900, Nov. 2003.

HASSELMANN, Maria Helena et al. Associação entre circunferência abdominal e hipertensão arterial em mulheres: Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1187-1191, maio 2008.

HEINONEN, Heikki et al. Is the evaluation of the global quality of life determined by emotional status? *Quality of Life Research*, Netherlands, v. 13, n. 8, p. 1347-56, Oct. 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Projeção da População do Brasil*: população brasileira envelhece em ritmo acelerado. Comunicação Social 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_imprensa.php?id_noticia=1272>. Acesso em: 25 jun. 2010.

JAKOBSSON, Ulf; HALLBERG, Ingalill Rahm; WESTERGREN, Albert. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. *Quality of Life Research*, Netherlands, v. 13, n. 1, p. 125-136, Feb. 2004.

LEBRÃO, Maria Lúcia; DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. *O Projeto SABE no município de São Paulo*: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde - Ministério da Saúde, 2003.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi; GIATTI, Luana. A situação socioeconômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil? Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD/98. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 813-24, out. 2002.

MADER, Ulrike et al. Validity of Four Short Physical Activity Questionnaires in Middle-Aged Persons. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, Indianápolis, v. 38, n. 7, p. 1255-66, July 2006.

MASTROENI, Marco Fábio et al. Perfil demográfico de idosos da cidade de Joinville, Santa Catarina: estudo de base domiciliar. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 190-201, jun. 2007.

MATSUDO, Sandra et al. Nível de atividade física na população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade e nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, São Caetano do Sul, v. 10, n. 4, p. 41-50, out./dez. 2002.

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

RAMOS, Luis Roberto. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-7, mai./jun. 2003.

SEBASTIÃO, Émerson et al. Atividade física e doenças crônicas em idosos de Rio Claro-SP. *Motriz*, Rio Claro, v. 14, n. 4, p. 381-388, out./dez. 2008.

SHERBOURNE, Cathy Donald et al. Social support and stressful life events: age differences in their effects on health related quality of life among chronically ill. *Quality of Life Research*, Netherlands, v. 1, n. 4, p. 235-46, Aug. 1992.

SPSS for Windows. SPSS - Statistical Package in Social Science: Release 10.0.1 (27/ outubro/1999), standard version Copyright - SPSS INC, 1989 - 1999.

THE WHOQOL GROUP - The World Health Organization quality of life assesment (WHO-QOL): development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, Boston, v. 46, n. 12, p. 1569-1585, June 1998.

TINOCO, Adelson Luiz et al. Sobrepeso e obesidade medidos pelo índice de massa corporal (IMC), circunferência de cintura (CC) e relação cintura-quadril (RCQ), de idosos de um município da zona da Mata Mineira. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 63-73, maio 2006.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, maio/jun. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Obesity*: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva, 3-5 jun. 1997. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_NUT_NCD_98.1_\(p1-158\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_NUT_NCD_98.1_(p1-158).pdf)>; <[http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_NUT_NCD_98.1_\(p159-276\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_NUT_NCD_98.1_(p159-276).pdf)>. Acesso em: 1 maio 2010.

Recebido: 23/11/2012
1ª Revisão: 02/05/2012
Aceite Final: 02/05/2013