

AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DOS IDOSOS COM A QUALIDADE DE VIDA EM UM PEQUENO MUNICÍPIO DO ESTADO DE SÃO PAULO

EVALUATION OF THE SATISFACTION LEVEL OF ELDERLY QUALITY OF LIFE IN A SMALL CITY OF SÃO PAULO STATE

Tânia Ruiz¹, Antonio Monteiro², José Eduardo Corrente³, Massimo Colombini Netto⁴

RESUMO

Um contingente importante de idosos vive em pequenos municípios e a literatura sobre o grau de satisfação pessoal desses idosos é escassa em informações. O conhecimento da realidade dessa população pode levar ao conhecimento de indicadores relevantes para a identificação dos idosos que demandam maior atenção do sistema de saúde. O objetivo deste trabalho é conhecer o grau de satisfação dos idosos com a qualidade de vida em um pequeno município do interior paulista e estudar suas possíveis associações com características sócio-demográficas e de morbidade. O método utilizado foi a realização de um inquérito domiciliar com 322 idosos (60 anos e mais), de um pequeno município do interior paulista, cadastrados no centro de saúde local, cuja distribuição etária aproximava-se da distribuição etária do município. A qualidade de vida dos idosos foi mensurada através dos instrumentos validados na literatura BOAS e BOMFAQ. A satisfação com a qualidade de vida foi associada a variáveis demográficas e de morbidade através de regressão logística hierarquizada. Resultados: somente 11,2% dos idosos não estão muito satisfeitos com sua qualidade de vida. As características dos idosos que se associaram a referir um grau de satisfação com a vida “muito bom” ou “medio” foram: ter automóvel: Odds Ratio (OR) = 4,53, Intervalo de Confiança de 95% (IC) = 1,3 – 16,0, referir que o prejuízo da visão que ele apresenta não prejudica a vida (OR = 3,15, IC=1,4 - 7,3), ver TV (OR= 2,97, IC=1,3 – 7,0), visitar amigos (OR= 2,87, IC=1,2 – 6,6), ter autonomia (OR= 2,38, IC=1,1 - 5,1) e definir o lazer como o melhor da vida (OR=2,24, IC=1,0 – 5,0). Chegou-se à conclusão, com os dados obtidos e as variáveis estudadas, que a satisfação do idoso com sua qualidade de vida está associada principalmente a aspectos emocionais relacionados à motivação para viver e ao conforto mínimo para dignidade da sobrevivência.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Saúde do Idoso; Satisfação Pessoal; Satisfação do Paciente Qualidade de Vida; Centros de Saúde.

ABSTRACT

An important contingent of elderly people live in small cities, although the literature presents a little information about the satisfaction level of them. Then, it is necessary to know the reality of this population searching relevant indicators in order to identify the ones who demand more attention of the health system. Objective: to know the satisfaction level of the elderly people with quality of life in a small city of the São Paulo State and study possible associations with socio-demographic aspects and morbidity. Method: a domiciliary inquiry with 322 elderly persons in a small city of

¹ Docente do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina UNESP Botucatu.

² Médico da Unidade de Saúde de Alambari (SP) Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

³ Docente do Departamento de Bioestatística do Instituto de Biociências da UNESP Botucatu.

⁴ Médico de Família da CASSI regional São Paulo, aluno de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina UNESP Botucatu. Endereço: Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista (UNESP), Caixa Postal 549 - CEP 18618-970 - Botucatu, SP, Fone-Fax: (14) 3811-6200 ou 6352, e-mail: truiz@fmb.unesp.br

Financiado pela FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo).

São Paulo State registered in the local health center was done using in which the age distribution of was close to the age distribution of the elderly in the city. Quality of life of the elderly was evaluated by two validated instruments: BOAS and BOMFAQ. Satisfaction with life eas associated to a demographic and morbidity variables by hierarchical logistic regression. Results: Only 11,2% of the elderly were not satisfied with the quality of life. The satisfaction level was associated to: have got a car OR: 4,53 (1,3 – 16,0), refer lack of vision damages their life OR: 3,15 (1,4 - 7,3), watch TV OR: 2,97 (1,3 – 7,0), visit friends OR: 2,87 (1,2 – 6,6), have autonomy OR: 2,38 (1,1 - 5,1) and define leisure to be the best of life OR: 2,24 (1,0 – 5,0). The conclusion with the obtained data and the studied variables is the elderly satisfaction is associated mainly with emotional aspects related to the motivation for live and the minimum comfort to live with dignity.

KEY WORDS: Aged; Health of the Elderly; Personal Satisfaction; Patient Satisfaction; Quality of Life; Health Centers.

INTRODUÇÃO

Nunca em toda a história da humanidade populações apresentaram expectativas de vida tão altas. Esse fato pode ser explicado como resultado da implantação de políticas de saúde pública e da medicina preventiva (FREITAS, 2002), entre outros fatores, como, por exemplo, o desenvolvimento social e econômico. De 1991 a 2000, o número de brasileiros com 60 anos ou mais aumentou 35%, enquanto que o restante da população aumentou 14%, de acordo com o INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE (2002).

O Brasil, em 2001, possuía 3.888 municípios (70,6% do total) com população menor ou igual a 10.000 habitantes.(IBGE, 2002) Um contingente importante de idosos vive em municípios como estes e a literatura sobre o grau de satisfação dos idosos que vivem em pequenos municípios de nosso país é escassa em informações. Para isso faz-se necessário o conhecimento da realidade dessa população e uma avaliação sumária de indicadores clínicos relevantes para a identificação dos idosos que demandam maior atenção do sistema de saúde, decorrente de maior risco de complicações e intercorrências.

Várias situações têm sido mencionadas como indicadores do bem-estar na velhice: longevidade, saúde biológica, saúde mental, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade física, eficácia cognitiva, status social, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos, entre outras.

Em 1972, surge o conceito de satisfação com a vida (BROCK; WEYER, 1972), valorizando a percepção do indivíduo. Esse conceito tem merecido atenção da literatura científica contemporânea.(MELLSTROM, *et al.*, 1982; BERG, *et al.*, 2006) Registra-se a influência da condição de saúde, do nível de atividade física na satisfação com a vida e da ocorrência da morbimortalidade (WESTLIE *et al.*, 1984; KOIVUMAA-HONKANEN *et al.*, 2000), além da influência dos aspectos sócio-econômicos. (FRIESWIJK *et al.*, 2004).

A satisfação com a vida está registrada na literatura como precursora do envelhecimento bem sucedido, o que a valoriza como indicador importante a ser estudado. (FISHER, 1995)

OBJETIVO

Conhecer o grau de satisfação dos idosos com a qualidade de vida em um pequeno município do interior paulista e estudar suas possíveis associações com características sócio-demográficas e de morbidade.

MATERIAL E MÉTODOS

O município de Alambari tinha 3.650 habitantes no ano de 2000, segundo dados do censo.(IBGE, 2002) Desta população, 347 indivíduos da população urbana e rural foram classificados como idosos por apresentarem sessenta anos ou mais na ocasião do estudo. Alambari possuía um único Centro de Saúde vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e um médico generalista responsável por toda a assistência médica do local, uma vez que inexistiam outros serviços de saúde.

Em análise preliminar do registro desta unidade de saúde, foram encontrados 369 prontuários. Considerando a ausência de outro serviço de saúde no município, além dessa unidade do SUS, pressupôs-se estar participando do estudo o universo da população de Alambari. Do total de 369 idosos cadastrados, participaram do estudo 322, pois 23 já haviam falecido, 11 haviam mudado sua residência, 5 eram prontuários duplicados, 7 prontuários eram de pessoas desconhecidas e 1 idoso se recusou a participar.

Com o objetivo de obter uma avaliação multidimensional deste idoso, foi realizado inquérito domiciliar nos 322 idosos, através da utilização de um questionário composto de dois instrumentos validados na literatura: o Brazilian Old Age Schedule -

BOAS (VERAS *et al.*, 1988; WAGNER *et al.*, 1998) e o Brazilian Multidimensional Functional Assessment Questionnaire - BOMFAQ (PERRACINI; RAMOS, 2002), acrescido de algumas perguntas idealizadas pelos autores.

O BOAS é um instrumento multidimensional para a população idosa dividido em nove sessões: I Informações Gerais; II Saúde Física; III Utilização de Serviços Médicos e Dentários; IV Atividades da Vida Diária; V Recursos Sociais; VI Recursos Econômicos; VII Saúde Mental; VIII Necessidades e Problemas que afetam o entrevistado e IX Avaliação do Entrevistador.

O BOMFAQ abrange informações sobre características sócio-demográficas, suporte informal, independência para atividades de vida diária, doenças crônicas, estado mental, nível cognitivo e autopercepção de saúde.

O instrumento resultante ficou composto de 159 variáveis: as demográficas (sexo, idade, situação conjugal, procedência, escolaridade, tempo de residência), uma classificação social, estimada através do poder de compra das pessoas e famílias urbanas, (abandonando assim a pretensão de classificar a população em termos de classes sociais) (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA-ABEP, 2003), as informações sobre ter carteira de trabalho, ter votado na última eleição, estrutura familiar, condições de moradia, condições de saneamento da residência, renda do idoso, hábitos de vida, dieta (VARO-DUARTE, 1983), dependência de bebida alcoólica (MASUR; MONTEIRO, 1983), atividade física (MATSUDO, 2001), morbidade referida de 15 dias (incluindo saúde bucal, deficiência de audição e visão) e uso de medicamento (ISRAEL, 1991; PAVILLON; MAGUIN, 1993; PAVLOVSKY, 1993), medida de peso e estatura, avaliação do estado mental (BERTOLUCCI *et al.*, 1994), problemas cognitivos, avaliação da autonomia (LAWTON; BRODY, 1969) e distúrbios psíquicos (BLAY *et al.*, 1988).

Perguntou-se ainda ao idoso sua percepção sobre a qualidade de vida (“o que mais gosta na vida”, “principal motivo de insatisfação”, “como gostaria de melhorar”). As entrevistas foram realizadas por auxiliares do serviço de saúde e estas foram treinadas para seguirem padronização e respeitarem princípios éticos e morais.

O questionário incluiu ainda perguntas abertas de autoria dos investigadores. As perguntas abertas (“*O que o Sr. mais gosta na vida*”, “*Qual o principal motivo de insatisfação com a vida*” e “*O que o Sr. gostaria de ter para melhorar sua vida*”) foram

analisadas segundo o método de análise de conteúdo seguido pela contagem de frequências das categorias encontradas nas respostas. A análise dos dados incluiu a descrição das variáveis e o estudo da associação dessas variáveis com a satisfação com a vida medida através da questão: “De modo geral, o que o senhor acha da sua vida atualmente?”, com as seguintes alternativas como respostas: “está muito boa”, “está boa”, “está ruim” e “está muito ruim”.

Para o estudo da associação, todas as variáveis foram recodificadas, agregadas e transformadas em binárias. As categorias consideradas foram feitas de acordo com a frequência obtida ou a lógica da variável. O evento foi considerado satisfação com a vida e agregaram-se as duas primeiras e as duas últimas alternativas. Inicialmente, foi feita uma análise univariada para todas as variáveis incluídas no estudo. Em seguida, foi usado um procedimento de regressão logística de modo a verificar a associação dessas variáveis com o evento em questão. As variáveis foram agrupadas e hierarquizadas em módulos e foram sendo inseridas no modelo final de acordo com a probabilidade de significância da associação univariada e no módulo, iniciando por aquelas que apresentaram essa probabilidade menor. Todas as variáveis foram testadas, mas apenas foram incluídas aquelas que revelaram significância na análise univariada, uma vez que as demais não alteravam o modelo.

RESULTADOS

Os resultados encontrados através da análise descritiva mostram uma proporção grande de idosos do sexo masculino casados e do sexo feminino sem um companheiro. A escolaridade é baixa, assim como a classificação econômica. A renda do sexo masculino é superior a do sexo feminino. Os homens se declararam católicos num percentual maior que as mulheres, com renda mais alta e participaram mais da última eleição, conforme mostra a Tabela 1.

Os idosos foram questionados sobre sua demanda a consultas na Unidade de Saúde local no ano 2000. Encontrou-se número maior de consultas e também de utilização de medicamentos para a população do sexo masculino, apesar de terem referido um número menor de doenças do que o sexo feminino. Não houve diferença entre os sexos na demanda a serviços oftalmológicos e odontológicos, assim como em relação à redução da audição e

da visão referidas, identificadas como “*não escutar bem*” e “*não enxergar bem*”. Noventa por cento dos idosos são edêntulos e têm mais de 10 anos da última visita ao dentista. Esses resultados podem ser visualizados na Tabela 2.

Os idosos estão satisfeitos com suas vidas e se sentem felizes. Entretanto, um terço referiu solidão, na sua maioria, idosos do sexo masculino (Tabela 3). Em relação às categorias encontradas para as questões abertas que perguntavam sobre seus sentimentos, a Tabela 3 apresenta o percentual das categorias encontradas, muitas vezes, mais de uma em cada resposta. Observa-se que os idosos do sexo masculino relataram como o que mais gostam na vida: lazer, trabalhar e situações diversas (como morar no sítio, da liberdade, de pescar, dentre outras). As respostas dadas pelos idosos do sexo feminino se enquadraram mais nas categorias: atividades sociais, familiares e religiosas. À questão “o que mais causa insatisfação na vida”, os homens responderam “nada” em maior proporção e as mulheres “problemas familiares” em um número maior de respostas. Para melhorar a vida, nota-se que apesar de se declararem satisfeitos, eles têm percepção do que lhes faz falta, como mais saúde e melhoria financeira.

Na Tabela 4 apresentamos os resultados das análises univariadas para o evento definido a partir da questão: “considerando a vida que o(a) senhor(a) leva, o(a) senhor(a) diria que a sua satisfação com a vida em geral, no momento é:”, em que as respostas “está muito boa”, “está boa”, “está ruim” e “está muito ruim” foram categorizadas da seguinte maneira: “satisfeitos” para as duas primeiras categorias e “não satisfeitos” para as outras duas.

Levando-se em conta que a análise univariada é uma abordagem preliminar para verificar a associação da variável com o evento quando ela ainda tem fatores de confundimento com as demais, o que se observa na Tabela 4 é a força das situações: ter votado na última eleição, não morar com outros parentes, ser proprietário da residência, ter banheiro dentro da residência, ter automóvel, não ser autônomo, ter renda maior que um salário mínimo, ver TV, não haver referido que o prejuízo da visão lhe prejudicava a vida e que era feliz a maior parte do tempo.

Não se associaram todas as variáveis relacionadas ao hábito de fumar, tipo de ocupação na maior parte da vida, prática de atividade física, referir ser portador de qualquer patologia ou usar algum tipo de medicação e ainda algumas questões que perguntavam

sobre o estado emocional do idoso. Também não se associaram a referência de deficiência de dentes ou de mastigação e deficiência de audição. Das categorias identificadas nas questões “O que mais gosta na vida” e “O que é preciso para melhorar sua vida”, nenhuma das categorias das respostas se associou ao grau de satisfação com a vida.

Após a análise hierárquica multivariada, o que observamos é que os idosos com automóvel tinham 4,53 vezes mais chance de estarem satisfeitos com a vida em relação aos que não tinham; os que não referiam que o prejuízo da visão lhes prejudicava a vida, 3,15 vezes mais chance; os que viam TV, 2,97 vezes; os que visitavam amigos, 2,87 vezes; os que tinham autonomia, 2,38 vezes e os que definiram o lazer como o melhor da vida, 2,24 vezes mais chance de estarem satisfeitos com a vida do que os que não o fizeram (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Os dados resultantes da análise do inquérito revelam um perfil de idoso relativamente semelhante ao de municípios maiores do estado de São Paulo, como se pode observar com os dados do Projeto SABE (LEBRÃO; LAURENTI, 2005).

Foi encontrado neste estudo que a maioria dos idosos deste pequeno município do interior paulista, está satisfeita com a vida e se considera feliz, semelhante aos dados da literatura (BROCK; WEYER, 1972; MROCZEK; SPIRO, 2005).

Na atenção básica em saúde do SUS para esta faixa etária, ainda são escassas a atuação de dentistas e oftalmologistas e a disponibilidade destes profissionais no município, ou ainda, a possibilidade de encaminhamento apresenta potencial de melhorar qualidade e satisfação com a vida.

Entre as situações associadas ao fato do idoso se referir satisfeito com a vida aparecem as seguintes variáveis: ter automóvel, não referir que o prejuízo da visão prejudica a sua vida, ver tv, visitar amigos, ter autonomia e haver definido o lazer como o melhor da vida. A literatura registra associações da satisfação com a vida com fatores relacionados aos valores previamente construídos, a maturidade, a autonomia, a percepção dos objetivos de vida, a auto-aceitação e a interação com outros como determinantes da satisfação com a vida na velhice (FISHER, 1995). Podemos interpretar os nossos resultados dentro desta perspectiva, uma vez que as variáveis: “ter automóvel”, haver definido o lazer como o

melhor da vida” e “visitar amigos” podem estar refletindo a “interação com outros” e a “autonomia” e “não haver referido que o prejuízo da visão lhe prejudicava a vida” a “autonomia”.

MARKIDES (1979), fala em conforto domiciliar, participação em grupos religiosos e depressão. Da mesma forma, Morais *et al.* (2005) relaciona satisfação com a vida com o relacionamento com os familiares e amigos, saúde e bem-estar referidos e suporte psicológico, o que pode ser interpretado dentro da perspectiva de Fisher (1995) e dos nossos resultados.

Nesse sentido, uma limitação do nosso estudo pode ter sido a análise que associou questões previamente fechadas com a satisfação com a vida. Através dela, as variáveis “ter automóvel”, “não referir que o prejuízo da visão prejudica a sua vida”, “ver TV”, “visitar amigos”, “ter autonomia” e “haver definido o lazer como o melhor da vida” podem ser interpretadas como refletindo sentimentos, vivências e a maturidade de que falam os outros autores como determinantes no grau de satisfação com a vida em geral.

O presente estudo de base populacional, uma vez que a amostra representou a grande totalidade dos idosos do município, sugere que avaliar grau de satisfação com a vida e qualidade de vida deve em geral contemplar perguntas abertas, constituindo assim um estudo quali-quantitativo, mais abrangente na detecção de situações relacionadas com a esfera psicológica e social..

CONCLUSÕES

As características demográficas e de morbidade da população idosa de um pequeno município do interior do Estado de São Paulo são bastante parecidas às das cidades de médio porte desse mesmo estado em termos do perfil sócio-demográfico, com apenas alguns ajustes na escolaridade e na renda.

Ficou evidenciado que os idosos na sua maioria estão satisfeitos com suas vidas e se sentem felizes, apesar de saberem o que lhes falta para que suas vidas sejam melhores, já que os determinantes para sua satisfação são situações de conforto, interação com outras pessoas e bem estar, o que foi confirmado na análise dos nossos dados.

Tabela 1. Distribuição da população de 60 anos e mais do município de Alambari (SP) segundo sexo e variáveis demográficas, 2001-2002.

Variável	Masculino (%)	Feminino (%)	Total (%)
Idade			
60 – 69 anos	55,7	59,6	57,8
70 – 79 anos	29,1	31,6	30,4
80 e mais anos	15,2	8,8	11,8
Estado Civil			
Casado	75,5	51,5	62,7
Outras	24,5	48,5	37,3
Escolaridade			
Baixa	85,4	88,3	87,0
Média	11,3	10,5	10,8
Alta	3,3	1,2	2,2
Religião			
Católica	81,5	74,3	77,6
Outras	18,5	25,7	22,4
Renda Mensal			
<US\$ 100	60,9	78,4	70,2
US\$ 100 ou mais	39,1	21,6	29,8
Classificação Econômica			
Alta	0,0	1,2	0,6
Media	15,9	18,1	17,1
Baixa	84,1	80,7	82,3
Votou na última eleição			
Sim	64,9	52,0	58,1
Não	35,1	48,0	41,9

Tabela 2. Indicadores de saúde e utilização de serviços por idosos de Alambarí-SP, segundo sexo, 2001-2002.

Variável	Masculino (%)	Feminino (%)	Total (%)
Nº de consultas médicas no SUS local (ano 2000)			
Nenhuma	18,8	31,8	24,9
1 – 3	39,6	43,0	41,3
4 ou mais	41,6	25,2	33,8
Nº de medicamentos usados habitualmente			
Nenhum	19,9	33,8	26,4
1 – 3	56,7	53,6	55,3
4 – 8	23,4	12,6	18,3
Nº de doenças referidas			
Nenhuma	17,0	25,8	21,1
1	28,7	37,7	32,9
2	31,5	24,6	28,3
3 ou mais	22,8	11,9	17,7
Situação geral dos dentes			
Mantidos	9,9	11,9	10,9
Perdidos	90,1	88,1	89,1
Última visita ao dentista			
≤ 10 anos	34,5	36,5	35,4
> 10 anos	63,2	55,6	59,6
Nunca fui	2,3	7,9	5,0
Problema de audição			
Sim	29,2	35,1	32,0
Não	70,8	64,9	68,0
Problema de visão			
Sim	65,5	53,6	59,9
Não	34,5	46,4	40,1
Última consulta ao oftalmologista			
< 1 ano	25,7	15,2	20,8
1 – 4 anos	31,6	33,8	32,6
> 5 anos	18,7	20,5	19,6
Nunca fui	24,0	30,5	27,0

Tabela 3. Sentimentos referidos por idosos segundo sexo, Alambari (SP)- 2002.

Variável	Masculino (%)	Feminino (%)	Total (%)
O que acha da sua vida atual?			
Boa ou muito boa	88,7	88,9	88,8
Ruim ou muito ruim	11,3	11,1	11,2
Geralmente é feliz?			
Sim	84,8	82,5	83,5
Não	13,9	17,0	15,6
Não responderam	1,3	0,5	0,9
Sente solidão?			
Não	74,8	57,9	65,8
Sim	23,8	41,5	33,2
Não responderam	1,4	0,6	1,0
Do que mais gosta na vida?			
Atividades de lazer	40,5	37,5	38,7
Diversos	35,1	24,0	29,2
Trabalhar	24,5	17,9	17,9
Atividades sociais e familiares	19,8	36,9	28,9
Hábitos específicos	9,2	4,7	6,8
Atividades religiosas	6,6	22,2	14,9
Não responderam	2,6	0,6	1,5
O que causa mais insatisfação?			
Nada	49,7	39,2	44,1
Outros	18,5	15,2	16,8
Problemas de saúde	12,6	12,3	12,4
Problemas familiares	5,3	15,8	10,9
Problemas financeiros	4,7	3,5	4,0
Barulho ou agitação	3,3	2,3	2,8
Problemas de solidão	2,0	9,9	6,2
Não responderam	4,6	2,3	3,4
O que gostaria para melhorar sua vida?			
Mais saúde	43,7	38,5	41,0
Melhoria financeira	36,7	27,5	30,4
Nada, estou satisfeito	20,5	12,9	16,5
Diversos	14,3	17,6	14,6
Melhorar ou obter uma moradia própria	8,0	10,0	9,0
Obter algo específico	5,3	4,1	4,6
Trabalhar	4,0	1,8	2,8
Melhorar condição de solidão	3,3	4,7	4,0
Resolver problemas familiares	1,3	2,9	2,2
Atividades de lazer	1,3	2,4	1,8
Não respondeu	2,0	2,9	2,5

Tabela 4. Variáveis associadas com o evento e grau de satisfação com a vida em população de 60 anos e mais. Alambari, 2001.

Variável	n		Odds-ratio (IC 95%)	
Votar na última eleição	Sim	187	3,15	(1,51 – 6,55)
	Não	135	1,00	
Alfabetizados	Sim	200	2,18	(1,04 – 4,60)
	Não	122	1,00	
Não morar com netos	Sim	242	2,13	(1,03 – 4,38)
	Não	80	1,00	
Não morar com outros parentes	Sim	316	8,54	(1,66 – 43,47)
	Não	6	1,00	
Proprietário de residência	Sim	203	3,47	(1,63 – 7,42)
	Não	119	1,00	
Ter banheiro dentro de casa	Sim	285	3,07	(1,31 – 7,20)
	Não	37	1,00	
Residência conectada à rede de esgoto	Sim	216	2,72	(1,43 – 4,76)
	Não	116	1,00	
Escolaridade do chefe da família				
	Analfabeto ou 1º grau incompleto	231	2,19	(1,04 – 4,60)
	Primeiro grau completo ou mais	91	1,00	
Ter automóvel	Sim	101	5,73	(1,71 – 19,17)
	Não	217	1,00	
Não ser autônomo	Sim	315	6,41	(1,37 – 30,03)
	Não	7	1,00	
Renda maior que 1 salário mínimo		105	4,37	(1,50 – 12,70)
Renda de 1 salário mínimo ou menos		217	1,00	
Ver televisão	Sim	168	3,87	(1,75 – 8,54)
	Não	150	1,00	
Visitar amigos	Sim	153	2,64	(1,23 – 5,67)
	Não	165	1,00	
Fazer caminhadas	Sim	138	2,96	(1,30 – 6,70)
	Não	182	1,00	
Referir que o prejuízo da visão que ele apresenta prejudica sua vida	Não	168	3,21	(1,49 – 6,99)
	Sim	154	1,00	
Dormir bem	Sim	133	2,06	(1,04 – 4,09)
	Não	186	1,00	
Ter autonomia	Sim	211	1,79	(1,31 – 2,44)
	Não	107	1,00	
Ser feliz a maior parte do tempo	Sim	269	4,80	(1,13 – 20,4)
	Não	50	1,00	
Referir que o melhor da vida é o lazer	Sim	144	2,41	(1,17 – 4,95)
	Não	173	1,00	

Tabela 5. Modelo final de análise multivariada hierárquica de variáveis associadas ao grau de satisfação com a vida em população com 60 anos e mais. Alambari, 2001.

Variável		n	Odds-ratio (IC 95%)
Ter automóvel	Sim	101	4,53 (1,3 – 16,0)
	Não	217	1,00
Referir que o prejuízo da visão que ele apresenta prejudica sua vida	Não		3,15 (1,4 - 7,3)
	Sim	168	
Ver TV		154	1,00
	Sim	168	2,97 (1,3 – 7,0)
Visitar amigos	Não	150	1,00
	Sim	153	2,87 (1,2 – 6,6)
Ter autonomia	Não	165	1,00
	Sim	211	2,38 (1,1 - 5,1)
Definir o lazer como o melhor da vida	Não	107	1,00
	Sim	144	2,24 (1,0 – 5,0)
	Não	173	1,00

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA - ABEP. Critérios de classificação econômica Brasil. Pesquisas 2003. Disponível em: <http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf> Acesso em: 10 out. 2006.

BERG, A. I. *et al.* What matters for life satisfaction in the oldest-old? **Aging Ment.Health**, v.10, n.3, p.257-264, May 2006.

BERTOLUCCI, P. H. *et al.* The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of educational status. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v.52, n.1, p.1-7, Mar. 1994.

BLAY, S. L. *et al.* Validity of a Brazilian version of the Older Americans Resources and Services (OARS) mental health screening questionnaire. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.36, n.8, p.687-692. Aug. 1988.

BROCK, R. R.; WEYER, G. A concise life-satisfaction-index questionnaire for the use with single, elderly, female welfare recipients. **Zentralbl Bakteriol [Orig B]**, v.156, n.2, p.290-298, 1972.

FISHER, B. J. Successful aging, life satisfaction, and generativity in later life. **Int. J. Aging Hum. Dev.**, v. 41, n.3, p. 239-250, 1995.

FREITAS, E. V. P. L. *et al.* Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. 1187p.

FRIESWIJK, N., B. P. *et al.* The interpretation of social comparison and its relation to life satisfaction among elderly people: does frailty make a difference? **J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci.**, v.59, n.5, p.250-257; Sept. 2004.

HO, S.C. *et al.* Life satisfaction and associated factors in older Hong Kong Chinese. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.43, n. 3, p. 252-255, Mar. 1995.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **Perfil dos Municípios Brasileiros - Gestão Pública 2002**. Rio de Janeiro: Fundação IBGE, 2002.

ISRAEL, R. A. The history of the International Classification of Diseases. **Health Bull (Edinb)**, v.49, n.1, p.62-66, Jan. 1991.

KOIVUMAA-HONKANEN, H. *et al.* Self-reported life satisfaction and 20-year mortality in healthy Finnish adults. **Am. J. Epidemiol.**, v.152, n.10, p. 983-991, Nov. 2000.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, v.9, n.3, p.179-186, 1969.

LEBRAO, M. L.; LAURENTI, R. Health, well-being and aging: the SABE Study in São Paulo, Brazil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 8, n. 2, p. 127-141, 2005.

MARKIDES, K. S.; MARTIN, H. W. A causal model of life satisfaction among the elderly. **J. Gerontol.**, v.34, n. 1, p.86-93, Jan. 1979.

MASUR, J.; MONTEIRO, M.G. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. **Braz. J. Méd. Biol. Res.**, v.16, n.3, p.215-218, Oct., 1983.

MATSUDO, S. M. M. **Evolução da aptidão física e capacidade funcional de mulheres ativas acima de 50 anos de idade de acordo com a idade cronológica.** São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2001.

MELLSTROM, D. *et al.* Tobacco smoking, ageing and health among the elderly: a longitudinal population study of 70-year-old men and an age cohort comparison. **Age Ageing**, v.11, n. 1, p.45-58, Feb. 1982.

MORAES, J. F. D.; SOUZA, V.B.A. Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 27, n. 4, p.302-308, Dez. 2005.

MROCZEK, D. K.; SPIRO 3rd, A. Change in life satisfaction during adulthood: findings from the veterans affairs normative aging study. **J. Pers. Soc. Psychol.**, v.88, n.1, p.189-202, Jan. 2005.

PAVILLON, G.; MAGUIN, E. P. The 10th revision of the International Classification of Diseases. **Rev. Epidemiol. Sante Publique**, v.41, n.3, p.253-255, 1993.

PAVLOVSKY, P. Comments on the 10th revision of the International Classification of Diseases and its translation]. **Cesk Psychiatr.** v.89, n.6, p.355-357, Dec. 1993.

PERRACINI, M. R.; RAMOS, L.R. Fall-related factors in a cohort of elderly community residents. **Rev. Saude Publica**, v.36, n.6, p.709-716, Dec. 2002.

VARO-DUARTE, L. J. W.; SCHNEIDER, M.C.L. Pesquisa socio-econômico-cultural e nutricional de 600 famílias pertencentes às comunidades das classes de educação e alimentação do pré-escolar de Porto Alegre. **Est. Leopold.**, v.19, n.73, p.19-40, 1983.

VERAS, R. P., *et al.* Research on elderly populations--the importance of the methods and training of the team: a methodologic contribution. **Rev. Saúde Pública**, v.22, n.6, p.513-518, 1988.

WAGNER, A. K. *et al.* Cross-cultural comparisons of the content of SF-36 translations across 10 countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. **J Clin Epidemiol**, v.51, n.11, p.925-32, Nov. 1998.

WESTLIE, L. A. *et al.* Mortality, morbidity, and life satisfaction in the very old dialysis patient. Trans. **Am. Soc. Artif. Intern. Organs**, v.30, p.21-30, 1984.

Submissão: novembro de 2006

Aprovação: fevereiro de 2007