

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

JOÃO RICARDO HASS MASSENA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE SENSO DE COERÊNCIA E QUALIDADE DE VIDA
EM INDIVÍDUOS DE 50 A 74 ANOS**

Porto Alegre

2015

JOÃO RICARDO HASS MASSENA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE SENSO DE COERÊNCIA E QUALIDADE DE VIDA
EM INDIVÍDUOS DE 50 A 74 ANOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração Política, Sistemas e Análise da Situação de Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Cláides Abegg

Porto Alegre

2015

CIP - Catalogação na Publicação

Hass Massena, João Ricardo
Associação entre senso de coerência e qualidade de vida em indivíduos de 50 a 70 anos. / João Ricardo Hass Massena. -- 2015.
64 f.

Orientadora: Claides Abegg.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Senso de coerência. 2. Salutogênese. 3. Qualidade de vida. 4. Envelhecimento. I. Abegg, Claides, orient. II. Título.

MASSENA, J. R. H. **Associação entre senso de coerência e qualidade de vida em indivíduos de 50 a 74 anos.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em 3 de dezembro de 2014.

Banca examinadora

Prof. Dra. Maria de Lourdes Drachler
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dra. Andrea Kruger Gonçalves
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Cassiano Teixeira
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Prof. Dra. Camila Mello dos Santos
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

AGRADECIMENTOS

“Nossas lembranças permanecem coletivas, e elas nos são lembradas pelos outros, mesmo que se trate de acontecimentos nos quais só nós estivemos envolvidos, e com objetivos que só nós vimos. É porque, em realidade, nunca estamos sós” (HALBWACHS, 1990, p. 26). Assim, aproveito para lembrar e registrar o agradecimento e reconhecimento a todos aqueles que contribuíram para a realização deste estudo.

Primeiramente, agradeço à sociedade brasileira pela oportunidade de estudar em uma universidade pública, gratuita e de qualidade.

Ao Sistema Único de Saúde que me desafia cotidianamente a pensar novas formas de produzir saúde.

À Coordenação, professores e colegas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pelos novos saberes e práticas compartilhadas, especialmente à professora Claides Abegg pela imprescindível orientação e aprendizado.

Aos pesquisadores Victor Nascimento Fontanive e Arisson Rocha da Rosa pelo conhecimento compartilhado.

À minha esposa, amigos e familiares pela escuta atenta, incentivo e apoio constante.

RESUMO

MASSENA, J. R. H. **Associação entre senso de coerência e qualidade de vida em indivíduos de 50 a 74 anos**. 2014. 64 f. Dissertação – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

O Senso de Coerência (SOC) reflete a forma como o indivíduo percebe a sua saúde e enfrenta os agentes estressores. O SOC está associado à qualidade de vida, sendo considerado um importante preditor de saúde. Este estudo tem o objetivo de investigar a associação entre o senso de coerência e os diferentes domínios da qualidade de vida (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) em indivíduos de 50 a 74 anos residentes em Porto Alegre, Brasil. Trata-se de um estudo transversal com uma amostra de 720 sujeitos, selecionados por processo de amostragem aleatória proporcional em múltiplos-estágios. Foram utilizados dois instrumentos: *Sense of Coherence Scale* (SOC 13) e o *World Health Organization Abbreviated Instrument for Quality Of Life Assessment* (qa21'WHOQOL-BREF). As análises univariada e multivariada foram realizadas por meio de regressão linear, observando-se associação significativa do escore senso de coerência com a qualidade de vida, mesmo quando ajustado para as variáveis sócio-demográficas ($p < 0,001$). Para um aumento de 10 pontos no escore do senso de coerência, há um aumento médio de 6,8 pontos nos escores de qualidade de vida no domínio psicológico ($b=6,80$; IC 95%: 5,94 a 7,67); 6,45 pontos no domínio físico ($b=6,45$; IC95%: 5,38 a 7,53); 5,51 pontos no domínio de relações sociais ($b=5,51$; IC 95%: 4,53 a 6,49); e de 4,73 pontos nos escores do domínio meio ambiente ($b=4,73$; IC 95%: 3,84 a 5,61). O escore global de qualidade de vida aumenta, em média, 6,84 pontos a cada 10 pontos do escore do senso de coerência ($b=6,84$; IC 95%: 5,70 a 7,98). Os resultados deste estudo demonstram que o constructo SOC associa-se positivamente a qualidade de vida; quanto mais elevado o senso de coerência, melhor será a qualidade de vida.

Palavras-chave: Senso de coerência; Salutogênese; Qualidade de vida; Envelhecimento.

ABSTRACT

MASSENA, J. R. H. **Association between sense of coherence and quality of life in individuals among 50 to 74 years old.** 2014. 64 f. Dissertação – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

The Sense of Coherence (SOC) reflects how the individual perceives their health and face stressors. The SOC is associated with quality of life and is considered an important predictor of health. This study aims to investigate the association between the sense of coherence and the different domains of quality of life (physical, psychological, social relationships and environment) in subjects 50-74 years of age living in Porto Alegre, Brazil. It is a cross-sectional study with a sample of 720 individuals selected by proportional random sampling process in multiple-stage. Two instruments were used: Sense of Coherence Scale (SOC 13) and the World Health Organization Abbreviated Instrument for Quality Of Life Assessment (WHOQOL-BREF). The univariate and multivariate analyzes were performed by linear regression observing significant association between the sense of coherence score with quality of life, even when adjusted for sociodemographic variables ($p < 0.001$). For a 10-point increase in the score of sense of coherence, there is an average increase of 6.8 points in scores for quality of life in the psychological domain ($b = 6.80$, 95% CI: 5.94 to 7.67); 6.45 points in the physical domain ($b = 6.45$, 95% CI: 5.38 to 7.53); 5.51 points in the field of social relations ($b = 5.51$, 95% CI: 4.53 to 6.49); and 4.73 points in the environment domain scores ($b = 4.73$, 95% CI: 3.84 to 5.61). The overall score for quality of life increases, on average, 6.84 points for each 10-point score of sense of coherence ($b = 6.84$, 95% CI: 5.70 to 7.98). The results of this study indicate that the SOC construct positively associates with quality of life, the higher the sense of coherence better the quality of life.

Keywords: Sense of coherence; Salutogenesis; Quality of life; Aging.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição dos domínios, questões e facetas do WHOQOL-BREF	32
Quadro 2 - Critérios de classificação de respostas das facetas do WHOQOL-BREF por categorias	33
Quadro 3 - Categorização das variáveis sociodemográficas	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Médias, desvios padrões e n calculado para cada domínio do WHOQOL-BREF	28
Tabela 2 - População residente total, população entre 50-74 anos e n calculado por distrito sanitário	29
Tabela 3 - Amostra e número de setores censitários a serem visitados por distrito sanitário	29
Tabela 4 - Distribuição da população e indivíduos incluídos na pesquisa, agrupados por idade e sexo	37
Tabela 5 - Coeficiente de ponderação para os indivíduos da pesquisa, agrupados por idade e sexo	37
Tabela 6 - Caracterização da amostra	39
Tabela 7 - Análise univariada e multivariada para avaliar o efeito do senso de coerência sobre os escores de qualidade de vida do WHOQOL-BREF através do modelo de regressão linear	40
Tabela 8 - Associação entre os escores do senso de coerência e os domínios da qualidade de vida	41

APRESENTAÇÃO

Este estudo utiliza dados da pesquisa “Avaliação do impacto odontológico no desempenho diário dos indivíduos de 50 a 74 anos em Porto Alegre/RS”, desenvolvida pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul conjuntamente com o grupo de pesquisa *Dental Public Health* da *University College London*, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em 26/01/2006, ata número 01/06, resolução número 46/05 (Anexo A). Os dados foram coletados entre junho de 2008 e abril de 2009.

A presente dissertação está formatada de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) para a apresentação de trabalhos acadêmicos, sendo composta por introdução, objetivos, hipóteses, referencial teórico, método, resultados, discussão, conclusão, referências e anexos.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo Geral	13
2.2 Objetivo Específico	13
3 HIPÓTESES	14
3.1 Hipótese 1	14
3.2 Hipótese 2	14
4 REFERENCIAL TEÓRICO	15
4.1 Envelhecimento e políticas públicas	15
4.2 Salutogênese e senso de coerência	18
4.3 Avaliação da qualidade de vida	23
5 MÉTODO	27
5.1 Delineamento do estudo	27
5.2 Local do estudo	27
5.3 População alvo	27
5.4 Plano amostral	27
5.4.1 Cálculo da amostra	27
5.4.2 Processo de amostragem	28
5.5 Critérios de elegibilidade	30
5.6 Instrumentos de coleta de dados	30
5.6.1 Questionário de Opinião sobre a Vida (OLQ – SOC 13)	31
5.6.2 Questionário WHOQOL-BREF	31
5.7 Treinamento	34
5.8 Estudo piloto	34
5.9 Coleta de dados	34
5.10 Confiabilidade das entrevistas	35
5.11 Variáveis do estudo	35
5.11.1 Variáveis explicativas	35
5.11.2 Variáveis dependentes	36
5.12 Processamento e análise dos dados	36

5.13 Aspectos éticos	38
6 RESULTADOS	39
7 DISCUSSÃO	42
8 CONCLUSÃO	47
REFERÊNCIAS	49
ANEXOS	56
Anexo A - Resolução do Comitê de Ética em Pesquisa	57
Anexo B - Questionário de Opinião sobre a Vida (OLQ-SOC13)	58
Anexo C - Questionário WHOQOL-BREF	61
Anexo D - Questionário de avaliação socioeconômica	64

1 INTRODUÇÃO

A qualidade de vida vem assumindo diferentes matizes no processo de construção social do seu conceito e de igual forma aponta diferentes perspectivas para o seu estudo. Neste horizonte, deve-se compreender a qualidade de vida como um amplo movimento das ciências humanas e biológicas que abrange uma diversidade de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário. Desta forma, incluindo, mas não se limitando as condições e intervenções de saúde, muitas vezes analisada de forma fragmentada e reducionista pelo modelo biomédico (BULLINGER; ANDERSON; CELLA, 1993).

Minayo, Hartz e Buss (2000), apoiando a afirmação de Rameix (1997), argumentam que a dimensão saúde na qualidade de vida é inquestionável. Atualmente a saúde é compreendida como consequência das condições de renda, educação, trabalho, alimentação, habitação, meio ambiente, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde. Assim, é resultado das formas de organização social e de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986).

O Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (The WHOQOL Group, 1994) definiu qualidade de vida como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Com a crescente necessidade de mudanças na abordagem da promoção de saúde, surgem diferentes relações que podem ser exploradas na causalidade do processo saúde-doença, muitas vezes não explicadas apenas pelo modelo biomédico, ainda hegemônico.

A Teoria Salutogênica, proposta no final dos anos 1970 pelo médico e sociólogo israelense-americano Aeron Antonovsky, traz um novo paradigma científico para a compreensão da saúde ao defender que entender a origem da saúde é mais importante que identificar as causas da doença. O foco desta teoria é o construto Senso de Coerência (Sense Of Coherence – SOC), que consiste em uma orientação interior e subjetiva para a vida, capaz

de expressar a extensão na qual o indivíduo tem profundo sentimento de confiança interna que o faz sentir-se capaz de compreender, manejar e atribuir significados às suas experiências cotidianas (ANTONOVSKY, 1987).

O SOC é considerado um fator psicossocial que pode tornar os indivíduos mais preparados para cuidar de sua saúde, influenciando a autopercepção e a qualidade de vida (ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2005). Os indivíduos com SOC elevado têm mais condições de entender, administrar e encontrar significado para o seu mundo, o que os torna mais capazes para manter e melhorar seu potencial de saúde e bem-estar, tendo maior motivação para fazer escolhas e adotar comportamentos saudáveis mesmo em situações adversas (ANTONOVSKY, 1996).

A relação entre senso de coerência e qualidade de vida, mensurada com o uso de diferentes instrumentos, vem sendo estudada em diversos grupos populacionais, constatando-se que o SOC está fortemente associado a qualidade de vida e as melhores condições de saúde (ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2007). Entretanto, estudos investigando esta relação com o uso do WHOQOL-BREF em indivíduos com idade entre 50 e 74 anos ainda são escassos na literatura.

Embora existam diferentes critérios cronológicos para definir a população mais velha, a Organização Mundial de Saúde definiu a pessoa idosa como os indivíduos com idade superior a 65 anos para os países desenvolvidos e 60 anos para os países em desenvolvimento (OMS, 2005). Considerando as limitações das classificações cronológicas e apoiando-se na compreensão do envelhecimento com um processo contínuo, dinâmico e multifatorial ampliamos a amostra deste estudo para além da população idosa definida pela OMS.

O último Censo Demográfico, realizado em 2010, revelou que o número de brasileiros com 50 anos ou mais corresponde a 20% da população total, o que equivale a mais de 39 milhões de pessoas (IBGE, 2010). E segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde o Brasil será até 2025 o quinto país com maior contingente de idosos no mundo (OMS, 2005).

Este estudo tem como cenário da sua realização a cidade de Porto Alegre, capital brasileira com a maior proporção de idosos e índice de envelhecimento do país, registrando em 2012 um índice de envelhecimento de 80,2 e uma proporção de idosos de 15% (RIPSA,

2012). Porto Alegre, que conta com 1.409.351 habitantes, tem uma expectativa média de vida de 76,4 anos e cerca de 20% da população possui entre 50 e 74 anos (RIPSA 2012; IBGE, 2010). Além disto, a cidade é considerada uma das metrópoles brasileiras com melhor qualidade de vida, apresentando um IDHM de 0,805 (PNUD, 2013).

Essas características demográficas compõem o perfil demográfico brasileiro, que vem passando por importantes mudanças nas últimas décadas, sendo influenciado por fatores como o aumento da expectativa de vida e pela redução da mortalidade infantil e da fecundidade. Estes dados suscitam a importância da implementação de políticas públicas para um envelhecimento ativo e saudável que possam garantir, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, que as pessoas idosas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com máxima qualidade de vida possível.

Isto envolve uma mudança de paradigma que deixa de ter o enfoque baseado em necessidades e que, normalmente, coloca as pessoas idosas como alvos passivos, e passa a ter uma abordagem que reconhece o direito dos idosos à igualdade de oportunidades e de tratamento em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem. Essa abordagem apoia a responsabilidade dos mais velhos no exercício de sua participação nos processos políticos e em outros aspectos da vida em comunidade. As pessoas mais velhas têm cada vez mais sido vistas como contribuintes para o desenvolvimento, e suas habilidades para melhorar suas vidas e suas sociedades devem ser consideradas pelas políticas e programas em todos os níveis (OMS, 2005).

Ao investigar a associação entre o senso de coerência e a qualidade de vida, por intermédio do WHOQOL-BREF, este estudo tem como objetivo produzir novos conhecimentos que ajudem a compreender a complexidade da vida dos indivíduos deste grupo etário e, desse modo, possibilitar que novas formas de intervenção incidam sobre o processo saúde-doença e potencializem o desenvolvimento da qualidade de vida.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a associação entre o senso de coerência e a qualidade de vida de indivíduos entre 50 e 74 anos, em Porto Alegre - RS.

2.2 Objetivo Específico

Investigar a associação entre o senso de coerência e os domínios da qualidade de vida físico, relações sociais, meio ambiente e psicológico, por intermédio do WHOQOL-BREF.

3 HIPÓTESES

3.1 Hipótese 1

Indivíduos com níveis elevados de SOC apresentam melhor qualidade de vida. À medida que o escore SOC se eleva há um efeito positivo sobre o escore global de qualidade de vida.

3.2 Hipótese 2

À medida que os níveis do escore de SOC se elevam melhor serão os domínios da qualidade de vida físico, relações sociais, meio ambiente e psicológico, mensurados por intermédio do WHOQOL-BREF.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Envelhecimento e políticas públicas

A Organização Pan-Americana de Saúde (BRASIL, 2006, p. 8) define envelhecimento como:

Um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte.

Nos países desenvolvidos o processo de envelhecimento foi acompanhado de importante melhoria da qualidade de vida, em contraste com os países em desenvolvimento como o Brasil, onde esta transição demográfica não foi acompanhada por um adequado planejamento e reorganização social para atender as novas demandas desse grupo etário, muitas vezes acometidos por agravos e doenças crônico-degenerativas, as quais requerem ações interdisciplinares e intersetoriais muito bem articuladas (BRASIL, 2006).

Além disto, este processo não é homogêneo para todos os seres humanos, sofrendo influência dos processos de discriminação e exclusão associados ao gênero, à etnia, ao racismo, às condições sociais e econômicas, a região geográfica e a localização de moradia. Em face disto, a Organização Mundial de Saúde define a pessoa idosa a partir dos 65 anos em países desenvolvidos e 60 anos em países em desenvolvimento (OMS, 2005). Em consonância com esta definição, o Brasil, através do Estatuto do Idoso, considera idoso os indivíduos com idade acima dos 60 anos (BRASIL, 2004). Recentemente o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA sugeriu a revisão desta definição, visando adequar a legislação brasileira a nova realidade demográfica e social, propondo elevar a idade de corte para 65 anos (CAMARANO, 2013).

Entretanto, é importante frisar que qualquer que seja a idade definida dentro de contextos sociais diferentes, é necessário reconhecer que a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento (OMS, 2005). É nesta

perspectiva que a avaliação da funcionalidade, que contempla aspectos psicológicos e o papel social do indivíduo, se destaca no estudo da pessoa idosa (SKEET, 1983). Benavides de Barros e Castro (2002), através da revisão de alguns autores do campo da gerontologia, também apontam a necessidade de um novo olhar sobre o processo de envelhecimento, ressaltando a subjetividade da pessoa idosa.

Internacionalmente a preocupação com a transição do processo demográfico e qualidade de vida vêm ganhando destaque a partir da década de 1980. A primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em 1982, produziu o Plano de Ação Internacional de Viena para o Envelhecimento. Este documento, sistematizado em 62 pontos, versa sobre saúde, nutrição, habitação, meio ambiente, bem-estar, segurança social e emprego, educação e inclusive sobre proteção dos consumidores e pesquisa (NAÇÕES UNIDAS, 1982).

Nove anos depois, em 1991, os direitos dos idosos foram promovidos pela ONU através dos Princípios das Nações Unidas em Favor das Pessoas Idosas (NAÇÕES UNIDAS, 1991), que enumera dezoito direitos sobre independência, participação, cuidado, autorrealização e dignidade. Posteriormente, foi realizada a Conferência Internacional sobre o Envelhecimento, que adotou a Proclamação do Envelhecimento (CAMARANO, 2004).

No final da década de 90 a Organização Mundial de Saúde passou a utilizar o conceito de “envelhecimento ativo” buscando incluir, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o envelhecimento. Pode ser compreendido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Envolve políticas públicas que promovem modos de viver mais saudáveis e seguros em todas as etapas da vida, favorecendo a prática de atividades físicas no cotidiano e no lazer, a prevenção as situações de violência familiar e urbana, o acesso a alimentos saudáveis e a redução do consumo de tabaco, entre outros. Tais medidas contribuem para o alcance de um envelhecimento ativo e saudável, mas é imprescindível também promover mudanças no contexto social e cultural mais favoráveis à população idosa (OMS, 2005).

Com o objetivo de desenvolver uma política internacional para o envelhecimento para o século XXI foi realizada em 2002, em Madrid, a Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento, que adotou uma Declaração Política e formulou o Plano de

Ação Mundial para o Envelhecimento. Suas recomendações ressaltavam a necessidade da mudança de atitudes, políticas e práticas em todos os níveis para satisfazer as potencialidades do envelhecimento e melhorar a saúde e o bem-estar da pessoa idosa, assegurando habitação e ambientes de apoio (NAÇÕES UNIDAS, 2002).

Também no ano de 2002, a OMS propôs o projeto “Towards Age-friendly Primary Health Care”, cuja proposta é a promoção de mudanças nos sistemas de saúde visando garantir as adaptações necessárias nos serviços de atenção básica para atender adequadamente as pessoas idosas (WHO, 2004).

De forma concomitante as ações desenvolvidas sobre o envelhecimento e considerando os avanços da atenção primária de saúde após a Declaração de Alma-Ata, assim como as Metas de Saúde para Todos e as discussões sobre ações intersetoriais ocorridas nas assembleias mundiais de saúde, foi realizada a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que culminou com a apresentação da Carta de Ottawa (WHO, 1986). Este documento defende que a promoção da saúde é um fator fundamental para a melhoria da qualidade de vida, resgatando a importância da participação da comunidade nesse processo e ressaltando que a promoção não é responsabilidade exclusiva do setor saúde. A Carta de Ottawa tem como objetivo o bem-estar global, de forma equânime e universal, contribuindo de maneira importante com as políticas de saúde para a população idosa (BRASIL, 2002).

As políticas públicas para um envelhecimento saudável avançaram muito no Brasil nas últimas décadas, prova disto são os Pactos de Defesa do Sistema Único de Saúde, de Gestão e da Vida, assim como o Estatuto do Idoso e as Políticas Nacionais de Promoção em Saúde, da Pessoa Idosa, de Humanização e da Atenção Básica (CAMARANO, 2004; BRASIL, 2006). Além deste amplo arcabouço legal e de inúmeras ações intersetoriais a população brasileira vivenciou importantes transformações sociais e econômicas que resultaram da diminuição das desigualdades. De igual maneira estados e municípios vêm promovendo desde legislações específicas e ações intersetoriais até a promoção de linhas de cuidado para a saúde da pessoa idosa.

Apesar do processo de envelhecimento ser um fenômeno relativamente novo no Brasil, a OMS estima que em 2025 o país será a quinta nação do mundo em número de idosos (OMS, 2005). Estes dados exigirão novas medidas e o estabelecimento de políticas públicas

que garantam um envelhecimento saudável e ativo, contribuindo para melhorar a qualidade de vida desta população. Este é um grande desafio para os países em desenvolvimento como o Brasil, onde os recursos são escassos.

4.2 Salutogênese e senso de coerência

Para a salutogênese (do latim *salus* = saúde e do grego *gênesis* = origem), a autonomia e habilidade dos indivíduos para administrarem suas vidas e fazerem escolhas conscientes é um fator fundamental para manterem-se saudáveis. Os elementos essenciais deste modelo são a orientação interior para a resolução das adversidades e a capacidade de utilizar os recursos disponíveis para o seu enfrentamento (LINDSTRÖM; ERIKSSON, 2005). Essa teoria, proposta ao final dos anos 70 por Aeron Antonovsky, sustenta que compreender a origem da doença é mais importante que apontar as suas causas.

Embora exista uma relação complementar, a salutogênese desafia o modelo patogênico ao demonstrar que os fatores que promovem a saúde são diferentes daqueles que modificam o risco de adoecer (ANTONOVSKY, 1979). Se por um lado a patogênese restringe-se a visão biomédica, que a partir da relação entre o corpo, fluidos e estrutura define a existência de uma doença e estabelece as ações prescritivas para a sua prevenção, diagnóstico e tratamento, por outro lado a salutogênese considera a interpretação subjetiva do indivíduo sobre as suas condições de saúde e sua história de vida, não se limitando a recomendações sobre exposição, fatores de risco e medidas preventivas (ANTONOVSKY, 1979).

A teoria salutogênica indica a necessidade de transpassar a falsa dicotomia entre doença e não doença, compreendendo que a saúde e a doença são multidimensionais e ocorrem em um *continuum* entre dois polos que nunca são encontrados na realidade, saúde absoluta e doença absoluta (funcionalidade/disfuncionalidade máxima), com o sujeito avançando em direção a algum destes extremos. Portanto, não se limita a classificar o indivíduo como saudável ou doente, mas trata de compreender e explicar o quanto ele está próximo ou distante destes dois polos (ANTONOVSKY, 1979).

Ao estudar a adaptação à menopausa em um grupo de mulheres israelenses sobreviventes dos campos de concentração, Antonovsky (1987) propôs a existência de

Recursos Generalizados de Resistência (RGRs) para explicar o processo de enfrentamento dos agentes estressores. Os RGRs abrangem recursos internos vinculados a capacidade do indivíduo (cognitivos, emocionais e comportamentais) e recursos externos (ambientais, socioculturais, materiais e interpessoais), considerados como tais a alimentação, renda, moradia, espiritualidade, apoio social, autoestima, conhecimento, inteligência, aspectos culturais, comportamentos saudáveis e outros modos e estilos de vida.

Para expressar esta teoria foi proposto o Senso de Coerência (Sense Of Coherence - SOC), definido como uma orientação interior para a vida que revela a extensão na qual o indivíduo tem um profundo e duradouro, mesmo que dinâmico, sentimento de confiança, interagindo com estímulos provenientes do meio interno e externo durante a vida. Isso pressupõem a existência de estímulos estruturados, previsíveis e explicáveis assim como a disponibilização de recursos para atender as exigências colocadas por esses estímulos, que requerem empenho e mobilização emocional (ANTONOVSKY, 1987). Para melhor estudo e compreensão da salutogênese, Antonovsky (1993) decompôs o SOC em três componentes:

- compreensão (*comprehensibility*) - é o componente cognitivo, que expressa o modo como o indivíduo capta os estímulos e julga os eventos que ocorrem na vida. Uma alta capacidade de compreensão faz com que os estímulos sejam relativamente previsíveis, ordenados e passíveis de explicação, favorecendo que os mesmos sejam vistos como desafios capazes de serem suportados, enfrentados e superados;
- manejo (*manageability*) - é o componente comportamental, que consiste na auto-percepção do sujeito, que induz a disponibilização de recursos pessoais ou sociais adequados para enfrentar, administrar e superar as adversidades.
- significado (*meaningfulness*) - é o componente motivacional, que traduz a capacidade de ressignificação dos fatos atribuindo-lhes um significado próprio, reconhecendo um sentido emocional que lhe dê motivação para lidar com os problemas e necessidades apresentados.

Estes componentes não funcionam como unidades indissociáveis, mas em algum momento um deles pode sobrepor-se ao outro. Eles apresentam alguns pontos de contato

com outros conceitos, como os de *coping*, auto-eficácia, otimismo, vontade de viver, iniciativa, perseverança, locus de controle interno e resiliência. Este último fundamentalmente associado a fatores estáticos e de proteção (LINDSTRÖM, 2001). Apesar da aparente similaridade que um ou outro conceito possa ter com o senso de coerência, Antonovsky conclui que a salutogênese constitui uma abordagem diferente dessas teorias da psicologia, pois reúne uma combinação de características cognitivas, comportamentais e motivacionais única (ANTONOVSKY, 1987, 1993).

O senso de coerência é avaliado através de uma escala padrão (Sense of Coherence Scale), publicada pela primeira vez em 1983 (ANTONOVSKY, 1987), que consiste em um questionário fechado com 29 itens, denominada Questionário de Opinião Sobre a Vida - *The Orientation to Life Questionnaire*. No presente estudo, utiliza-se a versão reduzida deste constructo, composto por 13 itens, conhecido como SOC-13. Tanto a versão original como a reduzida podem ser usadas de forma transcultural e são consideradas válidas e confiáveis, podendo ser aplicada em diferentes situações e em indivíduos de ambos os sexos, todas as classes sociais, etnias e culturas (ANTONOVSKY, 1993).

O SOC expressa a forma como o indivíduo percebe a vida e a sua capacidade para lidar com estímulos estressores, não se limitando à resposta a situações específicas (LINDSTRÖM; ERIKSSON, 2005). É portanto, uma forma particular de viver que conduz a pessoa a identificar, utilizar e beneficiar-se dos recursos à sua disposição. Indivíduos que apresentam pontuações elevadas de SOC encaram os estressores como agentes previsíveis e explicáveis, demonstrando autoconfiança na sua capacidade de enfrentamento e acreditando que é possível superá-los (SCHNYDERB, 1999).

Antonovsky (1987) aponta que as doenças surgem não em consequência do stress, mas sim da incapacidade e da falta de habilidade para manejá-lo e que os estressores podem também ser percebidos como fatores positivos, desde que se tenha competência para identificá-los e compreendê-los, disponibilizando recursos e garantido motivação para proporcionar um novo sentido à vida (ANTONOVSKY, 1979).

Segundo Antonovsky o SOC dos indivíduos desenvolve-se fundamentalmente nas primeiras décadas de vida, tornando-se razoavelmente estável por volta dos trinta anos. O autor defende que neste período o sujeito já teria vivenciado consideráveis experiências e

enfrentado diferentes adversidades, estando numa situação econômica e social relativamente definidas e portanto menos propenso a acontecimentos que poderiam modificar os níveis de SOC. Somente grandes eventos poderiam afetá-lo em cerca de 10%, mas o SOC se estabilizaria assim que a causa tivesse se dissipado (ANTONOVSKY, 1987, 1993).

Mas a idade para a estabilização do senso de coerência, inicialmente sustentada por Antonovsky, não têm sido consenso entre os diversos pesquisadores do tema. Enquanto alguns autores evidenciaram a estabilização do SOC por volta dos 15 anos (HONKINEN et al., 2008) e que os escores médios de SOC tendem a permanecer estáveis, sem nenhuma variação entre mulheres e homens (SUOMINEM et al., 2001), outros constataram que o processo de envelhecimento, principalmente nos homens, pode contribuir para a elevação dos valores de SOC (NILSSON; HOLMGREN; WESTMAN, 2000). Já outros autores sustentam que a medida poderia diminuir com o transcorrer dos anos em indivíduos sem um SOC inicial forte (NILSSON et al., 2003), ao mesmo tempo em que um estudo longitudinal também mostra alterações nos níveis do SOC superiores aos 10% (SMITH; BRESLIN; BEATON, 2003).

O aspecto dinâmico do SOC também foi observado por uma revisão sistemática que, ao analisar estudos que investigaram a estabilidade desta medida, confirmou que o mesmo pode sofrer alterações com o passar dos anos, concluindo que indivíduos com SOC inicial elevado tendem a manter um nível relativamente estável ao longo do tempo; que homens possuem escore mais elevado que as mulheres; e que o SOC tende a aumentar com a idade, ou seja quanto maior a idade, maior será o SOC. A explicação para esta última evidência lança duas hipóteses: a de que indivíduos com um SOC forte são mais saudáveis e portanto teriam uma maior expectativa de vida ou a de que os indivíduos desenvolvem um SOC elevado com o transcurso do tempo. Esta última é a explicação defendida pelos autores (LINDSTRÖM; ERIKSSON, 2005).

A literatura evidencia que o SOC é um recurso que promove e potencializa o desenvolvimento de um bom estado subjetivo de saúde (ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2007) e que quanto mais elevado o senso de coerência, melhor será a percepção da saúde geral, relação que se manifesta em grandes populações, independentemente de fatores como idade, etnia, sexo e nacionalidade, motivo pelo qual este construto se constitui como um bom preditor de saúde (ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2007). Os estudos também revelam que o SOC apresenta

importante associação com a saúde mental e uma relação menos consistente com a saúde física (FLENSBORG-MADSEN; VENTEGODT; MERRICK, 2005; ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2007).

O SOC, a partir de uma perspectiva psicossocial, está relacionado com as características socioeconômicas e estado ocupacional (FELDT et al., 2003), sendo capaz de redimensionar o impacto da condição socioeconômica sobre a saúde (TAYLOR; SEEMAN, 1999; ING; REUTER, 2003). Um forte SOC está associado aos conhecimentos adequados sobre a saúde, assim como as atitudes e hábitos saudáveis, inclusive com certa independência dos determinantes sociais (BERNABÉ et al., 2009a, 2009b, 2009c). Prova disto são os trabalhos relacionados à prática de atividade física (KUUPPELOMAKI; UTRIAINEN, 2003) e a hábitos alimentares (LINDMARK et al., 2005).

Tem sido muito pesquisado, em diferentes países, a associação entre um forte SOC e auto percepção positiva de saúde e manifestações clínicas (SUOMINEN et al., 1999; NILSSON; HOLMGREN; WESTMAN, 2000; FORBES, 2001), como por exemplo a sua relação com o uso de medicamentos para dor (KOUSHEDE; HOLSTEIN, 2009), a gestação e o parto (OZ, 2009), a redução do risco de mortalidade por neoplasias, doenças cardiovasculares e por outras causas, assim como o desenvolvimento de resistência ao risco de doenças crônicas (SURTEES, 2003). A relação do SOC com a saúde bucal também já foi amplamente investigada (FREIRE; HARDY; SHEIHAM, 2002; SIPILA et al., 2009; BERNABÉ et al., 2009a, 2009b, 2009c).

As investigações sobre a associação entre SOC e qualidade de vida ocupam grande destaque na literatura (ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2007; JOHANSSON et al., 2009; LANGIUS-EKL; LIDMAN; WREDLING, 2009). Entre os estudos realizados em pessoas idosas assumem relevância as pesquisas que analisaram a associação entre SOC e qualidade de vida realizadas por Nesbitt e Heidrich (2000) e Helvik, Engedai e Selbaek (2014).

Uma extensa revisão sistemática sobre senso de coerência e qualidade de vida, que incluiu a análise de mais de 450 publicações, foi realizada por Eriksson e Lindström (2007). Os autores reconheceram a influência do SOC sobre a qualidade de vida em crianças, adultos, idosos e famílias que padecem ou convivem com os mais diferentes agravos, como a infecção pelo HIV, neoplasias, traumas, doença de Mênèire, asma, doenças cardiovasculares, esquizofrenia e outros transtornos psiquiátricos. Os autores concluíram que o senso de coerência constitui-se com um importante fator promotor de qualidade de vida, atendendo

aos princípios da Carta de Ottawa, já que o mesmo provoca o indivíduo a descobrir o seu próprio potencial e desenvolver as suas habilidades valorizando suas características positivas, o que conduz ao bem estar e à qualidade de vida (ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2005, 2007, 2008).

4.3 Avaliação da qualidade de vida

O estudo da qualidade de vida vem sendo compartilhado entre cientistas sociais, filósofos, economistas, gestores e pesquisadores da área da saúde, recebendo este termo as mais distintas definições, que lhe garantem complexidade e uma característica multidimensional (FAYERS; MACHIN, 2000; RAPLEY, 2003).

A qualidade de vida, analisada a partir de uma perspectiva polissêmica, pode ser definida como:

Uma noção eminentemente humana, que tem se aproximado ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social, ambiental e à própria estética existencial. Pressupõem a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto ou bem-estar (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 8).

O conceito de qualidade de vida vem incorporando, ao longo do tempo, os mais distintos significados e termos, como desenvolvimento humano, padrão-econômico, bem-estar, estado emocional, autoestima, felicidade, estado subjetivo de saúde, condições de saúde e funcionamento social, que têm sido utilizados indistintamente (GUYATT; FEENY; PATRICK, 1993). O próprio conceito de qualidade de vida, muitas vezes sequer consta nos estudos que utilizam ou sugerem instrumentos para sua análise (GILL; FEINSTEIN, 1994).

Na literatura médica, a avaliação da qualidade de vida foi incorporada aos ensaios clínicos randomizados (BECH, 1995) e ganhou grande destaque na oncologia (KATSCNIG, 1997). Hoje, a qualidade de vida vem sendo compreendida como um amplo movimento dentro das ciências humanas e biológicas, abrangendo uma extensa variedade de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se restringindo as condições e intervenções de saúde (BULLINGER et al., 1993).

Como expressão desta imensa gama de conceitos e enfoques, muitos instrumentos genéricos e específicos foram propostos para avaliar a qualidade de vida, alguns destes com aplicabilidade restrita e utilizados apenas em determinados agravos ou condições de vida. Fazem parte deste diverso elenco de instrumentos o *Health-Related Quality of Life (HRQL)*, *The Nottingham Health Profile*, *The Comprehensive QoL Scale*, *The Sickness Impact Profile*, *The Pediatric Asthma QoL Questionnaire*, *The Lancashire QoL Profile*, *Kajandi's QoL Scale*, *The Flanagan QoL Scale*, *Spitzer QoL Index (QL)*, *Geriatric Quality of Life Questionnaire*, *The Short Form-36 Health Survey Questionnaire (SF-36)* e *The Short Form-12 Health Survey Questionnaire (SF-12)*.

Cada um destes instrumentos conduz a aspectos conceituais próprios e se distingue pela importância que é dada à subjetividade ou à objetividade. Mas, para Pilon (1998), a qualidade de vida se caracteriza por uma relação dialética entre a realidade objetiva e subjetiva, através da interação entre o homem e o ambiente. Enquanto que alguns construtos são utilizados para a avaliação da saúde e da qualidade de vida de maneira genérica, outros se limitam a avaliar deficiências, sintomas físicos e condições clínicas. Um grande número de instrumentos propostos para avaliar a qualidade de vida apresenta um objetivo oposto ao que é defendido pela teoria salutogênica, pois centram a sua análise justamente no polo negativo do *continuum* saúde-doença.

Tendo como ponto de partida a definição de saúde da OMS como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença” e reconhecendo a importância das medidas de qualidade de vida na avaliação de saúde e a necessidade de uma definição que contemplasse a complexidade que o tema emerge, a Organização Mundial da Saúde definiu qualidade de vida como:

A percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito abrangente, afetado de maneira complexa pela saúde física, pelo estado psicológico, pelo nível de independência, pelas relações sociais do sujeito e por suas relações com características significativas do meio ambiente (The WHOQOL Group, 1998, p. 1570).

A partir deste conceito o *World Health Organization Quality of Life*, projeto colaborativo multicêntrico da Organização Mundial da Saúde, propôs um instrumento para a avaliação da qualidade de vida que resultou na elaboração do WHOQOL-100, um questionário de 100 itens para a avaliação de qualidade de vida em adultos, com aplicação transcultural. Este construto caracteriza-se pela incorporação de três aspectos fundamentais: subjetividade, multidimensionalidade (com a presença de dimensões positivas e negativas), garantindo-lhe importância tanto numa perspectiva individual como coletiva (FLECK et al., 2008).

Originalmente o WHOQOL-100 conta com inúmeras facetas distribuídas em seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religião/crenças, proporcionando uma avaliação individual detalhada. Devido à grande extensão do instrumento, que tornava o seu uso pouco prático e restringia a sua utilização, foi proposto uma versão abreviada com apenas 24 perguntas distribuídas em quatro domínios (psicológico, físico, relações sociais e meio ambiente), denominado *World Health Organization abbreviated instrument for Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF)*, no qual foi acrescentando dois itens da Qualidade de Vida Global e da faceta Estado de Saúde Geral, totalizando 26 itens (FLECK et al., 2008).

Nas últimas duas décadas foram realizados diversos estudos no Brasil avaliando a qualidade de vida da população idosa através do WHOQOL-100, destacando-se um estudo qualitativo sobre especificidades e qualidade de vida da pessoa idosa (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003) e outro sobre a percepção da qualidade de vida do idoso avaliada pelo cuidador (TRENTINI et. al., 2006).

Tanto o WHOQOL-100 como o WHOQOL-BREF, considerando as suas particularidades, constituem-se em relevantes construtos para a avaliação da qualidade de vida, incluindo avaliações transculturais e compondo ferramentas para a monitoração do estado de saúde, estudos de base epidemiológica, pesquisas de intervenções clínicas e desenvolvimento e avaliação de serviços de saúde (FLECK et al., 2008)

Até onde se têm conhecimento, são escassos os estudos que avaliam a associação entre o senso de coerência e a qualidade de vida, principalmente por intermédio do WHOQOL-BREF, no grupo etário alvo desta investigação. Reveste de interesse um estudo longitudinal realizado em idosos noruegueses (HELVIK; ENGEDAL; SELBAEK, 2014), que constatou a

associação entre o senso de coerência e três domínios da qualidade de vida (físico, psicológico e de relações sociais) no momento inicial, mas não após um ano de acompanhamento.

Mais recentemente, considerando a necessidade de dispor de um construto específico para aferir a qualidade de vida em idosos, foi desenvolvido o WHOQOL-OLD, que é composto por 24 itens divididos em seis facetas (funcionamento dos sentidos; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; e intimidade). Este novo instrumento poderá possibilitar uma melhor avaliação do impacto das múltiplas condições psicológicas e físicas no processo de envelhecimento (FLECK et. al., 2008).

5 MÉTODO

Este estudo utiliza dados da pesquisa “Avaliação do impacto odontológico no desempenho diário dos indivíduos de 50 a 74 anos em Porto Alegre/RS”, desenvolvida pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul conjuntamente com o grupo de pesquisa *Dental Public Health* da *University College London*. Os dados foram coletados entre junho de 2008 e abril de 2009.

5.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico analítico observacional com delineamento transversal.

5.2 Local do estudo

A pesquisa principal foi desenvolvida em Porto Alegre, município que possui uma população de 1.409.351 habitantes que conta com uma expectativa média de vida de 74 anos, sendo a capital brasileira com maior proporção de idosos e encontrando-se 23% da sua população na faixa etária dos 50 aos 74 anos (BRASIL, 2010). A cidade tem dezesseis distritos sanitários, dos quais foram sorteados três para a realização do estudo: Partenon, Glória e Leste.

5.3 População alvo

A população alvo foi composta por indivíduos de ambos os sexos, com idade entre 50 e 74 anos, residentes nos três distritos sanitários selecionados, totalizando 52.281 habitantes.

5.4 Plano Amostral

5.4.1 Cálculo da Amostra

A amostra foi calculada através do software *PS Power and Sample Size Calculations Versão 3.0.12* mediante valores obtidos no estudo piloto (n=40) para um poder de 80%, com um nível de significância de 0,05, desenho não pareado, diferença entre média experimental e da população de 3 pontos e efeito delineamento de 1.5. Considerou-se como características de interesse para efeito deste estudo as médias dos escores global e de cada um dos quatro domínios da qualidade de vida (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente), chegando-se ao tamanho amostral calculado para cada desfecho (Tabela 1).

Tabela 1. Médias, desvios padrões e n calculado para cada domínio do WHOQOL-BREF.

Desfecho	Média Score	Desvio padrão	N calculado	Efeito Delineamento (1.5)	N Final (acrescido 10%)
Domínio Físico	61,4	16,8	278	417	459
Domínio Psicológico	64,4	14,8	216	324	356
Domínio Relações Sociais	67,3	18	319	478	526
Domínio Meio Ambiente	57,2	15,4	222	272	299

Este estudo faz parte de uma investigação maior a qual incluiu desfechos não expressos nesta pesquisa. Para a composição final da amostra, contemplando as análises de todos os desfechos, foram estimados 793 indivíduos. Durante o estudo ocorreram 73 recusas, totalizando 720 indivíduos participantes da pesquisa.

5.4.2 Processo de amostragem

Adotou-se um processo de amostragem aleatória proporcional em múltiplo-estágios, utilizando mapeamento de setores censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

- Primeiro estágio: Distrito Sanitário

Foram selecionados de forma aleatória simples, três distritos sanitários de Porto Alegre: Partenon, Leste e Glória. O número de indivíduos a serem examinados em cada distrito

foi calculado com base na distribuição proporcional do n total do estudo (793 sujeitos) em relação à população na faixa-etária de 50 a 74 anos em cada um dos distritos sanitários. Para isto foi utilizado a formula abaixo, cujo resultado pode ser observado na tabela 2:

$$\text{Amostra por distrito} = \frac{\text{População de cada distrito entre 50-74 anos}}{\text{Total de indivíduos entre 50-74 anos nos 3 distritos}} \times 793 \text{ (n total)}$$

Tabela 2. População residente total, população entre 50-74 anos e n calculado por distrito sanitário.

Distrito	População residente	População residente entre 50 e 74 anos	Proporção indivíduos entre 50-74 anos/ população total residente	n por distrito
Leste	138.305	17.523	0,33	265
Partenon	143.626	25.157	0,48	382
Glória	61.580	9.601	0,18	146
Total	343.511	52.281	0,15	793

- Segundo estágio: Setor Censitário

Para a definição do número de setores necessários, adotou-se a metodologia proposta por Barros e Victoria (1998). Partiu-se da amostra (793 sujeitos) distribuída proporcionalmente entre cada distrito e considerando que seriam aplicados 8 questionários/dia dividiu-se o n de cada distrito por 8. O resultado obtido indicou o número de setores a serem visitados em cada distrito, ao qual foram acrescidos 10% para compensar possíveis perdas (Tabela 3). Após a seleção dos setores censitários por intermédio de amostragem aleatória simples foi elaborado um mapa através do programa *Arch Explorer*.

Tabela 3. Amostra e número de setores censitários a serem visitados por distrito sanitário.

Distrito	n por distrito	Nº de setores censitários necessários por distrito	Nº de setores censitários necessários por distrito + 10% (perdas)
Leste	265	33.1	36
Partenon	382	47.7	51
Glória	146	18.2	20
Total	793	98	107

- Terceiro estágio: Quarteirão

Utilizando-se de mapas dos setores censitários definiu-se o quarteirão, que seria o ponto de partida para a aplicação dos instrumentos do estudo, através de sorteio.

- Quarto estágio: Esquina

No quarteirão selecionado eram numeradas as esquinas, sorteando-se a que representaria o ponto inicial. A partir dessa esquina, iniciavam-se as visitas pela primeira casa e seguia-se a esquerda visitando as casas contíguas até obter oito entrevistas. Em cada domicílio foi realizado apenas uma entrevista. Na existência de mais de um indivíduo elegível dava-se preferência ao do sexo masculino e sendo os indivíduos do mesmo sexo realizava-se sorteio. Havendo sujeitos elegíveis no domicílio e não tendo sido possível aplicar o questionário na primeira visita, fazia-se até duas visitas subsequentes para evitar perdas.

5.5 Critérios de elegibilidade

Foram considerados elegíveis para o estudo os indivíduos entre 50 e 74 anos residentes nos setores censitários selecionados. Visitantes não residentes, domicílios desabitados, asilos e casas comerciais foram excluídos da pesquisa.

5.6 Instrumentos de coleta de dados

Para o desenvolvimento deste estudo foram considerados três instrumentos: Questionário de Opinião Sobre a Vida (OLQ) - SOC 13 (Anexo B); *World Health Organization abbreviated instrument for Quality Of Life Assessment* - WHOQOL-BREF (Anexo C); e o Questionário de avaliação socioeconômica (Anexo D). A pesquisa principal também contemplou instrumentos para coleta de dados de variáveis clínicas de saúde bucal, não considerados no presente estudo.

5.6.1 Questionário de Opinião sobre a Vida (OLQ - SOC 13)

A escala SOC (*Sense of Coherence Scala*) consiste originalmente em um questionário fechado de 29 itens, denominada em seu formato operacional Questionário de Opinião Sobre a Vida - *The Orientation to Life Questionnaire*. No presente estudo foi utilizado a versão reduzida deste construto, composto por 13 itens e conhecido como SOC 13 (Anexo B), validada transculturalmente por Bonato et al. (2009), uma vez que os autores referiam maior número de respostas e maior facilidade de compreensão dos sujeitos a este formato, quando comparado a versão original.

Quatro das 13 questões foram negativamente formuladas e inversamente pontuadas (questões 1,2,3 e 10). As respostas dos 13 itens da escala são marcadas utilizando-se uma escala de Likert de 7 pontos, constituindo-se a soma destas respostas o resultado do SOC, que fornece um escore que varia de 13 a 91 pontos. Quanto maior a pontuação mais forte será o SOC (SMITH; BRESLIN; BEATON, 2003).

O SOC avalia três dimensões: compreensão - *comprehensibility* (questões 2,6,8,9 e 11), manejo - *manageability* (questões 3, 5, 10 e 13) e significado - *meaningfulness* (questões 1, 4, 7 e 12), mas para a análise dos dados foi considerado apenas a pontuação total do escore, conforme preconizado pela teoria salutogênese (ANTONOVSKY, 1987).

Foram tratados como *missing* os indivíduos com valores ausentes em mais de três itens. Já os valores ausentes em três ou menos questões foram substituídos pela média dos demais itens do SOC do indivíduo. A análise da consistência interna da escala SOC foi medida pelo alpha de Cronbach.

5.6.2 World Health Organization Abbreviated Instrument for Quality Of Life Assessment (WHOQOL-BREF)

Para a realização deste estudo foi utilizado o WHOQOL-BREF (Anexo C), instrumento desenvolvido pelo grupo técnico de pesquisa em Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL) e validado para aplicação transcultural no Brasil (FLECK et al., 2000).

O WHOQOL-BREF, que é a versão abreviada do questionário que originalmente contém 100 itens, conta com 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida (questões 1 e 2) e 24 questões que representam cada uma das 24 facetas que compõem os quatro domínios do construto (ambiental, social, psicológico e físico), além do escore global (Quadro 1).

Quadro 1. Distribuição dos domínios, questões e facetas do WHOQOL-BREF.*

Domínios	Questões	Facetas
I – Físico	3 4 10 15 16 17 18	Dor e desconforto Energia e fadiga Sono e repouso Mobilidade Atividades da vida cotidiana Dependência de medicação ou de tratamentos Capacidade para o trabalho
II- Psicológico	5 6 7 11 19 26	Sentimentos positivos Pensar, aprender, memória e concentração Autoestima Imagem corporal e aparência Sentimentos negativos Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais
III- Relações sociais	20 21 22	Relações pessoais Suporte (apoio) social Atividade sexual
IV- Meio ambiente	8 9 12 13 14 23 24 25	Segurança física e proteção Ambiente no lar Recursos financeiros Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades Participação em oportunidades de recreação/Lazer Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) Transporte

*Adaptado de Fleck et al. 2000.

O sistema de classificação para o WHOQOL-BREF quantifica a qualidade de vida em cada faceta através de escala de Lickert de 5 pontos, passando por valores intermediários (Quadro 2). A classificação das respostas é dividida em quatro categorias possuindo, cada qual, seus respectivos pontos âncoras: escala de *intensidade* (nada - extremamente), *capacidade* (nada - completamente), *frequência* (nunca - sempre) e *avaliação* (muito insatisfeito - muito satisfeito; muito ruim - muito bom).

Quadro 2. Critérios de classificação de respostas das facetas do WHOQOL-BREF por categorias.

Categoria	Resposta	Pontuação
Intensidade	Nada	1
	Muito pouco	2
	Mais ou menos	3
	Bastante	4
	Extremamente	5
Capacidade	Nada	1
	Muito pouco	2
	Médio	3
	Muito	4
	Completamente	5
Frequência	Nunca	1
	Algumas vezes	2
	Frequentemente	3
	Muito frequentemente	4
	Sempre	5
Avaliação	Muito insatisfeito/Muito ruim	1
	Insatisfeito/Ruim	2
	Nem satisfeito, nem insatisfeito/Nem ruim, nem bom	3
	Satisfeito/Bom	4
	Muito satisfeito/Muito bom	5

As duas perguntas iniciais, que compõem o escore global, representam a avaliação subjetiva da qualidade de vida do sujeito e de sua satisfação com a saúde. O escore de qualidade de vida é verificado em quatro domínios distintos, além de um escore global. Para suas determinações, multiplica-se a média dos valores das facetas constituintes do respectivo domínio por 4. Este resultado, para ser expresso em escala de 0-100, deve ter a subtração de 4 e multiplicado por 100/16. O somatório dos escores individuais para cada domínio, dividido pelo número de pessoas analisadas, fornece o escore médio de cada domínio do WHOQOL-BREF para a população.

A apuração dos escores de qualidade de vida do WHOQOL-BREF é realizada de acordo com o algoritmo construído e padronizado pela OMS, no programa SPSS 8.0.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos), que considera o número de questões respondidas em cada um dos domínios do instrumento e padroniza os escores para que esses, em todos os domínios, variem de 0 a 100 pontos (100 pontos = escore mais favorável possível).

As questões 3, 4 e 26 estão formuladas na direção oposta (quanto maior o escore mais desfavorável a situação) e a sua pontuação está invertida neste algoritmo, para a composição final do escore.

5.7 Treinamento

Para a aplicação dos questionários os examinadores receberam um treinamento com o objetivo de familiarizar-se com as perguntas, padronizar a metodologia de aplicação e dirimir dúvidas, evitando assim indução ou interferência nas respostas dos participantes.

5.8 Estudo piloto

Com o objetivo de testar a aplicação dos instrumentos, treinar os pesquisadores, bem como fornecer subsídios para cálculo do tamanho da amostra o estudo piloto foi realizado em uma amostra de conveniência de 40 sujeitos com idades entre 50 e 74 anos, no Centro de Saúde-Escola Murialdo, em Porto Alegre. Após a realização do estudo piloto foi possível estimar o tempo médio para o preenchimento dos questionários e o mesmo contribuiu para a realização de pequenos ajustes na linguagem e na sequência da aplicação dos instrumentos.

5.9 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por 8 integrantes da equipe de pesquisa nos domicílios selecionados entre junho de 2008 e abril de 2009. Os instrumentos WHOQOL-BREF e SOC foram auto-aplicados, mas caso fosse solicitado ajuda os entrevistadores faziam a leitura das questões de forma clara e pausada para que o indivíduo pudesse assinalar a resposta desejada. Ao final, os questionários foram revisados, certificando-se do seu completo preenchimento.

5.10 Confiabilidade das entrevistas

A reprodutibilidade e confiabilidade das entrevistas estruturadas foi avaliada através da reaplicação dos instrumentos em 10% dos sujeitos da pesquisa após uma semana da primeira avaliação. Para o questionário sociodemográfico o Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC) foi 0,97.

A confiabilidade e reprodutibilidade do SOC, testada pela consistência interna de seus itens e pela estabilidade da medida (teste-reteste), apresentou um alfa de Cronbach de 0.80 e um ICC de 0,79, valores considerados bom e excelente, respectivamente. Já o coeficiente alfa de Cronbach para o WHOQOL-BREF foi de 0,983.

5.11 Variáveis do estudo

5.11.1 Variáveis explicativas

As variáveis independentes deste estudo estão conformadas pelos dados sociodemográficos e pelo escore SOC.

- Variáveis sociodemográficas

Compõem as variáveis sociodemográficas a idade, sexo, escolaridade e renda familiar (Quadro 3). A idade foi coletada em anos e posteriormente categorizada de acordo com a Organização Mundial da Saúde, que considera idosos os indivíduos a partir de 60 anos em países em desenvolvimento.

A escolaridade considerou o número de anos de estudo completados no ensino formal, sem contar os anos de repetência e considerando também os cursos de pós-graduação, sendo dicotomizada de acordo com a distribuição de frequência.

Na renda, coletada como uma variável contínua, considerou-se o valor bruto do rendimento familiar em reais, organizada em três categorias através de tercís: renda inferior a R\$ 815,00; entre R\$ 815,00 e R\$3.499,00; e superior a R\$ 3.499,00.

Quadro 3. Categorização das variáveis sociodemográficas.

Variáveis sociodemográficas	Categorias
Idade	De 50 a 59 anos De 60 a 74 anos
Sexo	Masculino Feminino
Renda familiar	Menos que 815 reais Entre 815 a 3499 reais Mais de 3499
Escolaridade	De 0 a 6 anos ou mais de estudo De 0 a 5 anos de estudo

- SOC

O escore SOC, principal variável explicativa deste estudo, obtido através do questionário SOC-13, foi dividido para melhor análise e discussão dos resultados em uma escala logarítmica de 10 pontos.

5.11.2 Variáveis dependentes

Constituíram-se o desfecho deste estudo os escores obtidos em cada um dos quatro domínios e do escore global do WHOQOL-BREF.

5.12 Processamento e análise dos dados

Os dados foram duplamente digitados no *software* EpiInfo6.0 e transferidos para o *software* *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS, versão 18. Após a digitação dos dados os mesmos foram submetidos a controle de qualidade, visando identificar erros de digitação ou inconsistências, utilizando tabelas de frequência e comparação com os instrumentos originais para a identificação dos *missings* e de valores *outliers*.

A análise da representatividade da pesquisa foi efetuada através da comparação dos dados das variáveis sexo e idade obtidos com as informações da população dos distritos sanitários sorteados (IBGE,2000). Quando se realizou a frequência das variáveis sexo e idade

da amostra da pesquisa, comparando com as informações obtidas dos setores censitários sorteados, observou-se que na faixa etária de 50 a 59 anos a população masculina foi subestimada, enquanto na idade de 60 a 74 anos o sexo feminino foi superestimado. Devido a estas constatações foram realizados ajustes da amostra através da função “*weight cases*” (SPSS 18.0) para distribuição destas variáveis de acordo com os dados da população estudada. Utilizando-se como parâmetro para este cálculo a distribuição das variáveis idade e sexo da população dos setores estudados (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição da população e indivíduos incluídos na pesquisa, agrupados por idade e sexo.

Idade	População dos setores censitários (IBGE,2000)		Amostra incluída na pesquisa	
	Masculino N (%)	Feminino N (%)	Masculino N (%)	Feminino N (%)
50-59	2195 (23,12)	2844 (29,96)	98 (13,6)	210 (29,2)
60-74	1801 (18,97)	2652 (27,94)	140 (19,4)	272 (37,8)

Também foram atribuídos pesos amostrais diferenciados para cada grupo estudado através da razão do n na população/n amostral (Tabela 5).

Tabela 5. Coeficiente de ponderação para os indivíduos da pesquisa, agrupados por idade e sexo.

Idade	Masculino	Feminino
50-59	1,70	1,026
60-74	0,977	0,739

Foram realizadas análises bivariadas e multivariadas, por meio de regressão linear. As análises bivariadas foram utilizadas para testar a associação entre cada uma das variáveis independentes e o desfecho. Já a análise multivariada permitiu o ajustamento simultâneo e a determinação do efeito independente do fator em estudo sobre o desfecho. As variáveis sociodemográficas foram incluídas como potenciais confundidoras e o nível de significância estatística adotado em todas as análises deste estudo foi de 5% ($P < 0,05\%$).

5.13 Aspectos éticos

O presente estudo utilizou dados da pesquisa “Avaliação do Impacto Odontológico no Desempenho Diário dos Indivíduos de 50 a 74 anos em Porto Alegre/RS”, desenvolvida conjuntamente com o grupo de pesquisa *Dental Public Health* da *University College London*, que obteve financiamento do edital SUS/FAPERGS/CNPq 08-04, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFRGS no dia 26/01/2006, ata número 01/06, resolução número 46/05 (Anexo A).

Aos participantes da pesquisa principal foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, após terem sido informados sobre o objetivo do estudo e a confidencialidade dos dados, sendo garantido ao participante a possibilidade de recusa ou abandono da pesquisa em qualquer momento do projeto sem qualquer justificativa.

6 RESULTADOS

Entre os 720 indivíduos entrevistados a proporção de respondentes foi de 91%, sendo que destes, 374 (51,9%) responderam individualmente as questões do WHOQOL-BREF e SOC sem auxílio dos entrevistadores. Em 346 entrevistados (48,1%) foi realizado hetero-aplicação, sendo sua justificativa atribuída principalmente ao analfabetismo e a baixa acuidade visual.

Em relação a distribuição sociodemográfica a idade média dos participantes foi de 61,6 anos ($\pm 7,5$) e 57,2% indivíduos apresentaram idade entre 60 e 74 anos, com predomínio do sexo feminino (66,9%) e seis anos ou mais de estudo (59,4%). Quase dois terços (61,4%) dos participantes possuíam renda entre 815 e 3.499 reais (Tabela 6).

O escore SOC apresentou uma variação de 23 a 91, como um média de 67,9 ($\pm 12,2$) e mediana de 69 pontos. Em relação aos resultados qualidade de vida, mensurada pelo WHOQOL-BREF, a média foi de 64,8 para o escore global; 71,4 para o domínio relações sociais; 67,3 para o domínio psicológico; 62,4 para o domínio físico; e 58,5 para o domínio meio ambiente. Portanto, através dos resultados médios dos escores de qualidade de vida, observou-se que o domínio relações sociais apresentou a maior pontuação e o domínio meio ambiente a menor.

Tabela 6 - Caracterização da amostra

Variáveis	n=720
Idade (anos) – média \pm DP	61,6 \pm 7,5
Faixa etária – n(%)	
50 a 59 anos	308 (42,8)
60 a 74 anos	412 (57,2)
Sexo – n(%)	
Masculino	238 (33,1)
Feminino	482 (66,9)
Escolaridade (anos) – md (P25 – P75)	8 (4 – 11)
Nível de escolaridade – n(%)	
0 a 5 anos	292 (40,6)
6 ou mais	428 (59,4)
Renda (em reais) – n(%)	
< 815	154 (22,3)
815 e 3499	425 (61,4)
\geq 3500	113 (16,3)

No modelo não ajustado, constatou-se que além do SOC, a renda familiar esteve associada positivamente e significativamente com todos os domínios da qualidade de vida, exceto o de reações sociais. Já a escolaridade esteve associada com os domínios psicológico e global, mas não se manteve significativa com o ajuste pelo modelo multivariado (Tabela 7).

Tabela 7 - Análise univariada e multivariada para avaliar o efeito do senso de coerência sobre os escores de qualidade de vida do WHOQOL-BREF através do modelo de regressão linear.

Domínios WHOQOL-BREF	Análise Univariada		Análise multivariada**	
	b (IC 95%)	p	b (IC 95%)	p
Físico				
SOC	6,48 (5,43 a 7,53)	<0,001	6,45 (5,38 a 7,53)	<0,001
Sexo masculino	2,42 (-0,57 a 5,42)	0,113	1,11 (-1,86 a 4,07)	0,464
Escolaridade ≥ 6 anos	2,09 (-0,78 a 4,96)	0,153	-0,01 (-3,07 a 3,05)	0,995
Idade (<60 anos)	0,61 (-2,25 a 3,46)	0,676	2,66 (-0,25 a 5,57)	0,073
Renda	2,81 (0,49 a 5,13)	0,018	2,77 (0,39 a 5,16)	0,023
Psicológico				
SOC	6,86 (6,01 a 7,71)	<0,001	6,80 (5,94 a 7,67)	<0,001
Sexo masculino	1,76 (-0,80 a 4,32)	0,178	1,83 (-0,96 a 4,63)	0,199
Escolaridade ≥ 6 anos	3,49 (1,04 a 5,93)	0,005	-1,14 (-4,02 a 1,75)	0,440
Idade (<60 anos)	0,43 (-2,01 a 2,87)	0,731	2,28 (-0,47 a 5,02)	0,104
Renda	2,08 (0,11 a 4,06)	0,039	2,75 (0,50 a 5,00)	0,017
Relações sociais				
SOC	5,63 (4,67 a 6,59)	<0,001	5,51 (4,53 a 6,49)	<0,001
Sexo masculino	1,82 (-0,89 a 4,53)	0,188	1,00 (-1,25 a 3,24)	0,383
Escolaridade ≥ 6 anos	2,49 (-0,11 a 5,09)	0,060	0,39 (-2,25 a 3,03)	0,771
Idade (<60 anos)	0,33 (-2,25 a 2,92)	0,800	1,43 (-1,08 a 3,94)	0,263
Renda	1,48 (-0,62 a 3,57)	0,167	1,07 (-0,98 a 3,13)	0,306
Meio ambiente				
SOC	4,84 (3,97 a 5,71)	<0,001	4,73 (3,84 a 5,61)	<0,001
Sexo masculino	0,37 (-2,07 a 2,81)	0,768	0,01 (-2,28 a 2,31)	0,991
Escolaridade ≥ 6 anos	2,08 (-0,26 a 4,41)	0,081	-0,12 (-2,49 a 2,25)	0,918
Idade (<60 anos)	-1,03 (-3,35 a 1,30)	0,386	0,11 (-2,14 a 2,36)	0,924
Renda	2,63 (-4,50 a -0,76)	0,006	2,35 (0,51 a 4,20)	0,013
Geral				
SOC	6,86 (5,73 a 7,98)	<0,001	6,84 (5,70 a 7,98)	<0,001
Sexo masculino	1,86 (-1,34 a 5,06)	0,254	1,11 (-1,86 a 4,07)	0,464
Escolaridade ≥ 6 anos	3,27 (0,21 a 6,32)	0,036	-0,01 (-3,07 a 3,05)	0,995
Idade (<60 anos)	0,90 (-2,14 a 3,94)	0,562	2,66 (-0,25 a 5,57)	0,073
Renda	3,03 (0,57 a 5,49)	0,016	2,77 (0,39 a 5,16)	0,023

** ajustado para sexo, idade, renda e escolaridade.

Conforme pode ser observado na tabela 7, após o ajuste, para um aumento de 10 pontos no escore de coerência observa-se um aumento médio de 6,8 pontos nos escores de qualidade de vida do domínio psicológico ($b=6,80$; IC 95%: 5,94 a 7,67). Quanto ao domínio físico, o aumento de 10 pontos no SOC aumenta, em média, 6,45 pontos nos escores de qualidade de vida ($b=6,45$; IC95%: 5,38 a 7,53). Da mesma forma verifica-se que um aumento de 10 pontos no escore de coerência aumenta, em média, 5,51 pontos o domínio relações sociais ($b=5,51$; IC 95%: 4,53 a 6,49) e 4,73 pontos o escores do domínio meio ambiente ($b=4,73$; IC 95%: 3,84 a 5,61). Por fim, sujeitos com 10 pontos a mais no escore do senso de coerência aumentam, em média, 6,84 pontos o escore global de qualidade de vida ($b=6,84$; IC 95%: 5,70 a 7,98).

7 DISCUSSÃO

Os resultados da presente investigação evidenciam a associação entre o senso de coerência e a qualidade de vida, confirmando a hipótese de que indivíduos com níveis mais elevados no SOC apresentam melhor qualidade de vida. Uma revisão sistemática sobre a relação entre o senso de coerência e qualidade de vida analisou estudos que utilizaram distintos instrumentos de avaliação da qualidade de vida aplicados a diferentes grupos populacionais, comprovando que o senso de coerência é um importante preditor de qualidade de vida (ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2006).

Entretanto, até onde se tem conhecimento, ainda são escassos na literatura estudos de base populacional avaliando a influencia do senso de coerência na qualidade de vida em indivíduos da faixa etária investigada, por intermédio do WOQOL-BREF.

Analisando os resultados obtidos, observou-se que os sujeitos com 10 pontos a mais no escore do SOC aumentam, em média, 6,84 pontos no escore global de qualidade de vida. Este achado está parcialmente em consonância com os resultados de um estudo longitudinal realizado em idosos noruegueses (HELVIK; ENGEDAL; SELBAEK, 2014), que encontrou relação entre SOC e qualidade de vida, mensurada através do WHOQOL-BREF, no momento inicial, mas não após um ano de acompanhamento.

Em relação à análise por domínios, observou-se que o SOC está relacionado a todos os quatro domínios do WHOQOL-BREF, estando mais fortemente associado com ao domínio psicológico, seguido pelos domínios físico, relações sociais e meio ambiente. Estes resultados diferem daqueles obtidos pelo estudo escandinavo (HELVIK; ENGEDAL; SELBAEK, 2014), que demonstrou a associação entre SOC e qualidade de vida apenas nos domínios físico, psicológico e meio ambiente no momento da internação, mas não após um ano de acompanhamento.

Dos quatro domínios estudados, o psicológico foi o que apresentou maior associação com o senso de coerência, aumentando, em média, 6,8 pontos o escore da qualidade de vida a cada aumento de 10 pontos no escore do SOC. Este resultado revela a importante relação

entre o senso de coerência e as facetas estudadas pelo domínio psicológico do WHOQOL-BREF, que avalia sentimentos, autoestima, imagem corporal, espiritualidade e cognição.

Este dado reforça o papel que a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos exercem sobre a qualidade de vida, que não se restringe aos aspectos objetivos das condições de vida ou características biomédicas (The WHOQOL Group, 1998). O predomínio da associação entre SOC e o domínio psicológico, em comparação com outros domínios, salienta a contribuição do senso de coerência para o manejo das experiências e dificuldades do cotidiano dos indivíduos, habilitando-os para atuar positivamente sobre a sua saúde. Deste modo, facilitando o movimento em direção ao polo positivo do *continuum* saúde/doença.

As experiências singulares e subjetivas dos indivíduos são determinantes para o seu bem estar psicológico, o que contribui para a condução da vida diária, fazendo com que o sujeito seja capaz de lidar com as limitações e mudanças características desta etapa do ciclo de vida e, assim, garantir uma melhor qualidade de vida. Nesta perspectiva, o senso de coerência constitui-se com um importante fator psicossocial promotor de qualidade de vida.

O presente estudo também constatou a associação entre o SOC e o domínio físico, que avalia a capacidade para o trabalho, atividade de vida cotidiana, dor, desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade e dependência de medicação ou de tratamentos. O escore de qualidade de vida aumenta 6,45 pontos a cada aumento de 10 pontos no senso de coerência, achado que está de acordo com as evidências científicas que demonstram que o SOC pode explicar diferentes dimensões da saúde, tendo importante relação com a saúde percebida, tanto física como mental, sendo considerado, também, um bom preditor para a saúde física (ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2006). Investigações realizadas em diferentes países mostram a associação positiva entre SOC e saúde física, menos queixas subjetivas e sintomas, e à redução do risco de mortalidade por todas as causas (SUOMINEM et al., 1999; NILSSON; HOLMGREN; WESTMAN, 2000; FORBES, 2001; SUERTEES et al., 2003). Estudos realizados em grupos específicos de pacientes com doenças cardiovasculares (KLEVSGARD et al., 1999, 2000, 2001; MOTZER; STEWART, 1996; GULDVOG, 1999), câncer (JAKOBSSON, 2002), doença de Ménière (HESSEN SÖDERMAN et al., 2001, 2002) e em idosos com fratura de quadril (JOHANSSON; LARSSON; HAMRIN, 1998) corroboram esta evidência.

Para o aumento de 10 pontos no SOC há um aumento médio de 5,51 pontos no domínio relações sociais, interpretado como a capacidade de resposta do indivíduo ao enfrentamento das dificuldades relacionadas às relações pessoais, suporte social e atividade sexual. Este dado diverge dos resultados encontrados por Helvik, Engedai e Selbaek (2014), que não encontraram associação positiva entre SOC e o domínio de relações sociais.

O avanço da idade traz a mudança de papéis, associada a retirada da vida econômica, assim como se caracteriza pela perda de parentes e amigos com os quais são compartilhados recursos e vulnerabilidades. Este estudo avalia indivíduos entre 50 e 74 anos, etapa da vida que é caracterizada por importantes crises familiares relacionadas a novas condições de vida que exigem recursos psicossociais para o seu enfrentamento e adaptação.

A vivência da sexualidade também sofre transformações com o decorrer da idade e assume uma nova complexidade ao final da fase adulta e em idosos, refletindo na sua qualidade de vida. Essas mudanças são influenciadas muitas vezes pela perda do parceiro habitual, pelas alterações orgânicas e pelas modificações do comportamento sexual, não isentas de desconhecimento, preconceito e discriminação. A sociedade centra, na maioria das ocasiões, o seu olhar apenas sobre aspectos biológicos que surgem com o processo de envelhecimento, esquecendo que a expressão da sexualidade está mais influenciada pela cultura do que imersa na natureza orgânica e nas condições físicas. Possivelmente, as particularidades sociais e culturais de países tão distintos como o Brasil e a Noruega explicam os resultados aparentemente contraditórios. Por outro lado, Fleck e colaboradores (2008) também apontam que o domínio relações sociais pode apresentar propriedades psicométricas mais frágeis, principalmente em estudos com uma amostra pequena, devido ao reduzido número de itens que o compõem (apenas três), o que poderia acarretar a diminuição da capacidade de discriminação e a resultados divergentes.

O senso de coerência também contribui positivamente para a melhora da qualidade de vida no seu domínio meio ambiente, ainda que em menor grau que os outros três domínios, aumentando 4,73 pontos com a elevação de 10 pontos no SOC. O resultado deste domínio, que avalia segurança física, proteção, ambiente, recursos financeiros, cuidados sociais e de saúde, aquisição de novas informações e habilidades, lazer e transporte, expressam o papel que o contexto ambiental exerce sobre a qualidade de vida. Desse modo, pode-se considerar

que as condições de moradia, acesso aos serviços de saúde, transporte, lazer e renda podem constituir-se em barreiras que, em certa medida, poderiam gerar dificuldades que limitariam a melhora da qualidade de vida, mesmo com elevados escores em outros domínios.

O domínio meio ambiente relaciona-se com os recursos externos que compõem os Recursos Generalizados de Resistência (RGRs), proposto por Antonsky (1993) para explicar o processo de enfrentamento dos agentes estressores. A partir do WHOQOL-BREF e apoiando-se na Teoria Salutogênica, seria pertinente analisar os recursos externos disponíveis na comunidade, assim como as reais condições de vida dos indivíduos que compõem o público alvo deste estudo, para melhor compreendermos a interação entre os recursos internos e externos de enfrentamento e o papel que ambos desenvolvem na promoção da qualidade de vida.

Como o ambiente incide diretamente na qualidade de vida e nas questões de saúde da população, pode-se sugerir que a existência de condições objetivas de vida pouco favoráveis talvez não seja facilmente enfrentada pelos fatores psicossociais. Isto poderia explicar porque, a apesar do senso de coerência associar-se a todos os domínios do WHOQOL-BREF, a associação do SOC é maior com o domínio psicológico e menor com o domínio meio ambiente.

Assim, surge a necessidade de um novo olhar sobre o território para uma melhor compreensão destes resultados. Ressalta-se que nas últimas décadas houve melhoria significativa em muitos dos indicadores contemplados nas facetas avaliadas pelo WHOQOL-BREF, como a garantia do acesso prioritário da população idosa aos serviços de saúde, melhoria das condições de moradia, aumento do poder aquisitivo das famílias e investimento público em saneamento, entre outros aspectos observados na população brasileira. De igual maneira, vem-se ampliando a legislação e outros instrumentos normativos para garantir um envelhecimento saudável, como o Estatuto do Idoso e as Políticas Nacionais de Saúde da Pessoa Idosa, de Promoção em Saúde e Humanização, além dos inúmeros programas setoriais.

Globalmente, pode-se dizer que o processo de envelhecimento implica mudanças físicas, psicológicas e sociais, permeadas pelo ambiente no qual está inserido o indivíduo (GOLDSTEIN, 1995), devendo ser compreendida a velhice como um processo adaptativo multidimensional (BACKMAN; MÄNTYLÄ; HERLITZ, 1990; BALTES; BALTES, 1990). Tudo isto

confere complexidade a avaliação dessas diferentes dimensões, que são a expressão da qualidade de vida e do funcionamento global dos idosos (DIOGO; NERI; CACHIONI, 2013).

Por fim, esta investigação está de acordo com os delineamentos sobre pesquisa do Plano de Ação Mundial para o Envelhecimento e assume algumas particularidades que a distinguem dos diferentes estudos já realizados sobre o tema. Ao compreender o envelhecimento como um processo contínuo e dinâmico, a amostra deste estudo não se limitou apenas a indivíduos idosos (considerados acima dos 60 anos nos países em desenvolvimento) e inclui os sujeitos que estão vivenciando mudanças importantes que os conduzirão a uma nova fase da vida, compondo o público alvo com indivíduos de 50 a 74 anos. Ao investigar a associação entre o senso de coerência e a qualidade de vida, medida através do WHOQOL-BREF, resgata-se e dialoga-se com os conceitos de qualidade de vida, promoção de saúde e envelhecimento a partir da dimensão positiva do processo saúde-doença. Hoje, a maioria das investigações sobre qualidade de vida estudam sua relação com as incapacidades, limitações e doenças, sendo poucos os estudos realizados na população em geral.

Portanto, o senso de coerência constitui-se em um fator promotor de saúde vinculado aos princípios da Carta de Ottawa e aos Princípios das Nações Unidas em Favor das Pessoas Idosas, estimulando o indivíduo a descobrir o seu próprio potencial e a desenvolver as suas habilidades, valorizando suas características positivas e enfrentando as mais variadas adversidades. Desse modo o SOC fortalece o bem estar e, quanto mais elevado o mesmo, melhor será a qualidade de vida.

8 CONCLUSÃO

Considerando os resultados deste estudo, conclui-se que o senso de coerência é um bom preditor de qualidade de vida, sustentando a hipótese de que indivíduos com idade entre 50 e 74 anos, com níveis elevados de SOC, apresentam melhor qualidade de vida. A medida que o SOC se eleva, há um efeito positivo sobre o escore global de QoL.

Os resultados também evidenciam que o aumento do escore de SOC representa uma melhora significativa nos quatro domínios avaliados pelo WHOQOL-BREF, demonstrando-se que o senso de coerência apresenta maior associação com o domínio psicológico, seguido pelos domínios físico, relações sociais e meio ambiente. Ademais, constatou-se a associação dos domínios psicológico, físico e meio ambiente com a renda, não havendo relação das demais variáveis sociodemográficas com os domínios da qualidade de vida.

Como o construto do senso de coerência foi, consistentemente e positivamente, associado com o escore global de qualidade de vida e seus quatros domínios avaliados, estas evidências apontam a teoria salutogênica como um referencial a ser utilizado para o desenvolvimento positivo da qualidade de vida. Assim, desempenhando um papel importante como um recurso interno para a promoção de saúde e melhora da qualidade de vida, deve ser levado em consideração em ações de promoção de saúde orientadas para o desenvolvimento de uma velhice saudável.

O processo de envelhecimento e o aumento da expectativa de vida têm sido mais acentuados em países em desenvolvimento, como o Brasil, que tem sido confrontado com novas demandas econômicas e sociais. Tornar a nossa sociedade mais salutogênica é um dos grandes desafios, não somente para os serviços de saúde, mas também para o estado brasileiro e o seu conjunto de instituições públicas. Nesta perspectiva, o SOC constitui-se uma ferramenta que pode auxiliar no planejamento e implementação de políticas públicas que visem garantir um envelhecimento com boa qualidade de vida, podendo ser utilizado como indicador de saúde para avaliar e monitorar ações de promoção de saúde. Além disso, pode subsidiar intervenções individuais e coletivas, seja aplicada à clínica ou a gestão dos serviços, balizando as atividades dos profissionais de saúde. A constatação de que quanto mais forte é

o senso de coerência melhor será a qualidade de vida nos obriga a resgatar o envelhecimento como um processo contínuo, dinâmico e multidimensional.

Por fim, estudos transversais como estes apresentam limitações inerentes ao seu delineamento, remetendo para a necessidade de realização de investigações longitudinais que possam oferecer informações adicionais relevantes para uma melhor compreensão do processo de envelhecimento e sua relação com a qualidade de vida. Devido ao desenvolvimento de novos instrumentos para a avaliação de qualidade de vida, como o WHOQOL-OLD, se faz necessário comparar os resultados deste estudo com as novas evidências apontadas pelas pesquisas realizadas a partir estes construtos. Além disso, estudos investigando o papel que os Recursos Generalizados de Resistência (RGRs) desempenham ao longo tempo no fortalecimento do senso de coerência e na qualidade de vida se fazem necessários para que se possamos obter novas evidências que subsidiem as políticas públicas para um envelhecimento ativo.

REFERÊNCIAS

ANTONOVSKY, A. **Health, stress and coping**. San Francisco: Jossey-Bass, 1979.

_____. The life cycle, mental health and the sense of coherence. **Isr J Psychiatry Relat Sci**, 22273:280-280, 1985.

_____. The Sense of Coherence: an historical e future perspective. **J Med Sci**, 32(3):170-78, 1996.

_____. The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. **Soc Sci & Med**, 36:725-33, 1993.

_____. **Unraveling the mystery of health – how people manage stress and stay well**. London: Jossey- Bass, 1987.

BACKMAN, L; MÄNTYLÄ, T; HERLITZ, A. The optimization of episodic remembering in old age. In: BALTES, P. B; BALTES, M. M. (Eds.). **Successful aging: perspectives from the behavioral sciences**. Cambridge: Cambridge University, 1990.

BALTES, P. B; BALTES, M. M. (Eds.). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In: BALTES, P. B; BALTES, M. M. (Eds.). **Successful aging: perspectives from the behavioral sciences**. Cambridge: Cambridge University, 1990.

BARROS, F. C; VICTORA, C. G. **Epidemiologia da Saúde Infantil**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Hucitec-Unicef, 1998.

BECH, P. Quality of life measurements in the medical setting. **Europ Psychiatry**, 10(3):83-5, 1995.

BENAVIDES DE BARROS, R. D; CASTRO A. M. O discurso dos experts e a produção do “novo velho”. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**, 4:113-124, 2002.

BERNABÉ, E. et al. Structure of the sense of coherence scale in a nationally representative sample: the finish health 2000 survey. **Quality of Life Res**, 18(2):629-36, 2009a.

BERNABÉ, E. et al. The influence of sense of coherence on the relationship between childhood socioeconomic status and adult oral health related behaviours. **Community Dent Oral Epidemiol**, 37(5):57-65, 2009b.

BERNABÉ, E. et al. The relationship among sense of coherence, socio-economic status, and oral health-related behaviours among Finnish dentate adults. **Eur J Oral Sci**, 117(4):413-18, 2009c.

BONANATO, K., et al. Trans-Cultural Adaptation and Psychometric Properties of the 'Sense of Coherence Scale' in Mothers of Preschool Children. **Interamerican Journal of Psychology**, 43(1):144-153, 2009.

BULLINGER M.; ANDERSON R.; CELLA D. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. **Qual Life Res**, 2:451-9, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. **Estatuto do idoso**: Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Senado Federal. Senador Paulo Paim PT/RS. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção básica: **Envelhecimento da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CAMARANO, A. A. Estatuto do Idoso: avanços com contradições. **Texto para discussão**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2013. Disponível em: < http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1840.pdf >. Acesso em: 12 dez 2013.

CAMARANO, A; PASIONATO M. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CASTRO A. A. (Org.). **Novos idosos brasileiros. Muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 253-92, 2004.

DIOGO, M. J. D-E; NERI, A. L.; CACHIONI, M. (Org). **Saúde e qualidade de vida na velhice**. Campinas: Alínea, 2013.

ERIKSSON, M; LINDSTROM, B. Antonovsky's sense of coherence scale and relation with health: a systematic review. **J Epidemiol Community Health**, 60:376-81,2006.

_____. Antonovsky's sense of coherence scale and It's relation with quality of life: a systematic review. **J Epidemiol Community Health**, 61:938-44, 2007

_____. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. **Health Promotion Intern**, 23(2):190-9, 2008.

_____. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. **J Epidemiol Community Health**, 59:460-66, 2005.

FAYERS P. M; MACHIN D. **Quality of life: assessment, analysis and interpretation**. New York: John Wiley & Sons, 2000.

FELDT, T. et al. The stability of sense of coherence: Comparing two age groups in a 5-year follow-up study. **Person and Individ Differences**, 35(5):1151-65, 2003.

FLECK, M. P. A. et al. **A avaliação de qualidade de Vida**. Guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artemed, 2008.

FLECK, M. P. A. et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-BREF. **Rev Saúde Pública**, 34(2):178-83, 2000.

FLECK, M. P. A; CHACHAMOVICH, E; TRENTINI, C. Development and application of the Portuguese version of the World Health Organization Quality of Life Assessment for Old People – The WHOQOL-Old Module. **Revista de Saúde Pública**, 40(2), 2006.

FLECK, M. P. A; CHACHAMOVICH, E; TRENTINI, C. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 37(6), 2003.

FLENSBORG-MADSEN, T; VENTEGODT, S; MERRICK, J. Sense of Coherence and physical health. A Review of Previous Findings. **Scientific World J**, 5:665–67, 2005.

FORBES, D. A. Enhancing mastery and sense of coherence: important determinants of health in older adults. **Geriatr Nurs**, 22(1):29-32, 2001.

FREIRE, M. C. M; HARDY, R; SHEIHAM, A. Adolescents' sense of coherence, oral health status, and oral health-related behaviours. **Community Dental Oral Epidemiology**, 29:204-12, 2002.

GILL, T; FEINSTEIN, A. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. **JAMA**, 272:619-26, 1993.

GOLDSTEIN, L. L. Stress e coping na vida adulta e na velhice. In: NERI, A. L. (ORG.). **Psicologia do envelhecimento: temas selecionados na perspectiva de curso da vida**. Campinas: Papirus, 1995.

GULDVOG, B. Can patient satisfaction improve health among patients with angina pectoris? **Int J Qual Health Care**, 11:233–240, 1999.

GUYATT, G; FEENY, D; PATRICK, L. Measuring health related quality of life. **Ann Int Med**, 118:622-9, 1993.

HALBWACHS, M. **A Memória Coletiva**. Trad. de Laurent Léon Schaffter. São Paulo: Vértice/Revista dos Tribunais, 30-82, 1990.

HELVIK, A-S; ENGEDAL, K; SELBAEK, G. Sense of coherence and quality of life in older in-hospital patients without cognitive impairment - a 12 month follow-up study. **BMC Psychiatry**, 14:82, 2014.

HESSÉN SÖDERMAN, A. C. et al. Factors influencing quality of life in patients with Ménière's disease, identified by a multidimensional approach. **Otol Neurotol**, 23:941–948, 2002.

HESSÉN SÖDERMAN, A. C. et al. Patients' subjective evaluations of quality of life related to disease-specific symptoms, sense of coherence, and treatment in Ménière's disease. **Otol Neurotol**, 22:526–533, 2001.

HONKINEN, P. L. et al. Stability of sense of coherence in adolescence. **International Journal Adolescent Medicine Health**, 20:85-91, 2008.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico**, 2010. Disponível em: < <http://censo2010.ibge.gov.br/resultados> >. Acesso em: 20 nov 2013.

ING, J. D; REUTTER, L. Socioeconomic status, sense of coherence and health in Canadian women. **Can J Public Health**, 94(3):224-8, 2003.

JAKOBSSON, L. Indwelling catheter treatment and health-related quality of life in men with prostate cancer in comparison with men with benign prostatic hyperplasia. **Scand J Caring Sci**, 16:264–271, 2002.

JOHANSSON, M. et al. Quality of life for couples 4-5.5 years after unsuccessful IVF treatment. **Acta Obstet Gynecol Scand**, 88(3):291-300, 2009.

JOHANSSON, I; LARSSON, G; HAMRIN, E. Sense of coherence, quality of life, and function among elderly hip fracture patients. **Aging Clin Exp Res**, 10:377–384, 1998.

KATSCHNIG, H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? **Cur Opin Psychiatry**, 10:337-45, 1997.

KATSCHNIG, H.; FREEMAN H.; SARTORIOUS N. **Quality of life in mental disorders**. New York: John Wiley & Sons. 1997.

KLEVSGÅRD, R, et al. A 1-year follow-up quality of life study after hemodynamically successful or unsuccessful surgical revascularization of lower limb ischemia. **J Vasc Surg**, 33:114–122, 2001.

KLEVSGÅRD, R. et al. Quality of life associated with varying degrees of chronic lower limb ischaemia; comparison with a healthy sample. **Eur J Vasc Endovasc Surg**, 17:319–325, 1999.

KLEVSGÅRD, R, et al. The effects of successful intervention on quality of life in patients with varying degrees of lower-limb ischaemia. **Eur J Vasc Endovasc Surg**, 19:238–245, 2000.

KOUSHEDE, V; HOLSTEIN, B. Sense of Coherence and medicine use for headache among adolescents. **J Adolesc Health**, 45(2):149-55, 2009.

KUUPPELOMAKI, M; UTRIAINEN, P. A 3 year follow-up study of health care student's sense of coherence and related smoking, drinking and physical exercise factors. **Int J Nurs Stud**, 40 (4), 383-8, 2003.

LANGIUS, E. K. L; LIDMAN, K; WREDLING, A. Health-related quality of life in relation to sense of coherence in a Swedish group of HIV-infected patients over a two-year follow-up. **AIDS Patient Care**, 23(1):59-64, 2009.

LINDMARK, U. et al. Food selection associated with sense of coherence in adults. **Nutr J**, 28(4):4-9, 2005.

LINDSTRÖM, B. O significado de resiliência. **Adolesc Latinoam**, 2(3):133-37, 2001.

LINDSTRÖM, B; ERIKSSON, M. Salutogenesis. *J. Epidemiol. Community Health*, 59(6):440-2, 2005.

MINAYO, M. C. S; HARTZ, Z. M. A; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciências & Saúde Coletiva**, 5(1):7-18, 2000.

MOTZER, S. U; STEWART, J. Sense of coherence as a predictor of quality of life in persons with coronary heart disease surviving cardiac arrest. **Res Nurs Health**, 19:287–298, 1996

NAÇÕES UNIDAS. **Os Princípios das Nações Unidas a favor das pessoas idosas**. Resolução n 46/91. Nova York, 1991.

_____. **Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento**. Resolução n 37/51. Viena, 1982.

_____. **Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento**. Resolução n 57/167. Madrid, 2002.

NESBITT, B J; HEIDRICH S M. Sense of coherence and illness appraisal in older women's quality of life. **Res Nurs Health**, 23:25-35, 2000.

NILSSON, B; HOLMGREN, L; WESTMAN, G. Sense of coherence in different stages of health and disease in northern Sweden: Gender and psychosocial differences. **Scand J Primary Health Care**, 18(1):14-20, 2000.

NILSSON, B. et al. Sense of coherence - stability over time and relation to health, disease, and psychosocial changes in a general population: a longitudinal study. **Scand J Public Health**, 31(4):297-304, 2003.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Trad. de Suzana Gontijo. Brasília: OMS/OPAS, 2005.

OZ, Y. Sense of coherence predicts uncomplicated delivery: a prospective observational study. **J Psychosom Obstet Gynaecol**, 30(1):29-33, 2009.

PILON, A. F. A construção da qualidade de vida. In: Da Mata SF. **Educação Ambiental: desafio do século: um apelo ético**. Rio de Janeiro: Terceiro Milênio; 331-4, 1998.

PNUD. PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Atlas do desenvolvimento humano do Brasil**, 2013. Disponível em: < http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/porto-alegre_rs >. Acesso em: 10 jan 2014.

RAMEIX, S. Justifications et difficultés éthiques do concept de qualité de vie. **Revue Prevenir**, 33:89-103, 1997.

RAPLEY, M. **Quality of life research. A critical introduction**. London: Sage Publications, 2003.

RIPSA. REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores e dados básicos**, 2012. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#demog> >. Acesso em: 10 dez 2013.

SCHNYDERB, U. Sense of Coherence - A Mediator between Disability and Handicap? *Psychother Psychosom*, v. 68, p.102-10, 1999.

SIPILA, K. et al. Association of sense of coherence and clinical signs of temporomandibular disorders. **Journal of Orofacial Pain**, 23(2):147-152, 2009.

SKEET, M. Protecting the health of the elderly. **Public Health in Europe 18**. Copenhagen: WHO, 1983. Disponível em: < [http://whqlibdoc.who.int/euro/phie/WHO_PHIE_18_\(part1\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/phie/WHO_PHIE_18_(part1).pdf) >. Acesso em: 27 out 2013.

SMITH, P. M; BRESLIN, F. C; BEATON, D. E. Questioning the stability of sense of coherence. The impact of socio-economic status and working conditions in the Canadian population. **Soc Psychiatr Epidemiol**, 8(9):475-84, 2003.

SUOMINEN, S. et al. Sense of coherence as a predictor of subjective state of health: Results of 4 years of follow-up of adults. **Journal of Psychosomatic Research**, 50 (2):77-86, 2001.

SUOMINEN, S. et al. Sense of coherence and health: does the association depend on resistance resources? A study of 3115 adults in Finland. **Psychol Health**, 14(5):937-48, 1999.

SURTEES, P. G. et al. Sense of coherence and mortality in men and women in the EPIC-Norfolk United Kingdom prospective cohort study. **Am J Epidemiol**, 58(12):1202-09, 2003.

TAYLOR, S. E; SEEMAN, T. E. Psychosocial resources and the SES health relationship. **Ann N Y Acad Sci**, 896(1):210-25, 1999.

THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF. Quality of Life Assessment 1998. **Psychol Med**, 28:551-8, 1998.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assesment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Soc Sci Med**, 46(15)69-85, 1998.

TRENTINI, C. M. et al. A percepção de qualidade de vida do idoso avaliada por si próprio e pelo cuidador. **Estudos Psicológicos**, 9(7):801-810, 2000.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ottawa charter for health promotion: an international Conference on Health Promotion, the move towards a new public health**, November 17-21 1986. Geneva: WHO, 1986.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (The WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer Verlag, 41-46, 1994.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Towards Age-friendly Primary Health Car**. Geneva: WHO, 2004.

ANEXOS

ANEXO A - RESOLUÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ANEXO B - QUESTIONÁRIO DE OPINIÃO SOBRE A VIDA (OLQ-SOC13)

ANEXO C - QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREF

ANEXO D - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA

ANEXO A - RESOLUÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Universidade Federal do Rio Grande do Sul



Faculdade de Odontologia

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**RESOLUÇÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa e a Comissão de Pesquisas da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisaram o Projeto:

Número: 46/05

Título: AVALIAÇÃO DO IMPACTO ODONTOLÓGICO NO DESEMPENHO DIÁRIO DOS INDIVÍDUOS DE 50 A 74 ANOS EM PORTO ALEGRE/RS

Investigador(es) principal(is): Professora Cláides Abegg

O Projeto foi aprovado na reunião do dia 24/01/2006, Ata nº 01/06 do Comitê de Ética em Pesquisa e da Comissão de Pesquisas, da UFRGS, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, 26 de janeiro de 2006.

Prof. Marisa Maltz

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisas

Prof. Heloísa Emília Dias da Silveira
Coordenadora da Comissão de Pesquisas

ANEXO B - QUESTIONÁRIO DE OPINIÃO SOBRE A VIDA (OLQ-SOC13)

Número do questionário: _____

1 Você tem a sensação de que você NÃO se interessa pelo que se passa ao seu redor?

1	2	3	4	5	6	7
Muito raramente ou nunca	Raramente	Pouco freqüente	Mais ou menos	Com alguma freqüência	Frequentemente	Muito frequentemente

2 Já lhe aconteceu no passado você ter ficado surpreso pelo comportamento de pessoas que você achava que conhecia bem?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca aconteceu	Aconteceu raramente	Aconteceu de vez em quando	Aconteceu algumas vezes	Aconteceu freqüentemente	Aconteceu quase sempre	Sempre aconteceu

3 Já lhe aconteceu ter ficado decepcionado com pessoas em quem você confiava?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca aconteceu	Aconteceu raramente	Aconteceu de vez em quando	Aconteceu algumas vezes	Aconteceu freqüentemente	Aconteceu quase sempre	Sempre aconteceu

4 Até hoje a sua vida tem sido:

1	2	3	4	5	6	7
Sem nenhum objetivo ou meta clara	Com pouco objetivo ou meta clara	Com algum objetivo ou meta clara	Com objetivos e metas mais ou menos claros	Com objetivos e metas não muito claros	Com objetivos e metas claros	Com objetivos e metas muito claros

5 Você tem a impressão de que você tem sido tratado com injustiça?

1	2	3	4	5	6	7
Muito frequentemente	Frequentemente	Com alguma freqüência	Mais ou menos freqüente	Pouco freqüente	Raramente	Muito raramente ou nunca

6 Você sente que está numa situação estranha, e sem saber o que fazer:

1	2	3	4	5	6	7
Muito frequentemente	Frequentemente	Com alguma frequência	Mais ou menos freqüente	Pouco freqüente	Raramente	Muito raramente ou nunca

7 Aquilo que você faz no dia-a-dia é:

1	2	3	4	5	6	7
Uma fonte de profundo sofrimento e aborrecimento	Uma fonte de sofrimento e aborrecimento	Uma fonte de razoável sofrimento e aborrecimento	Uma fonte nem de prazer nem de satisfação	Uma fonte de raro prazer e satisfação	Uma fonte de pouco prazer e satisfação	Uma fonte de prazer e satisfação

8 Você tem idéias e sentimentos muito confusos?

1	2	3	4	5	6	7
Muito frequentemente	Frequentemente	Com alguma frequência	Mais ou menos freqüente	Pouco freqüente	Raramente	Muito raramente ou nunca

9 Você costuma ter sentimentos que não gostaria de ter?

1	2	3	4	5	6	7
Muito frequentemente	Frequentemente	Com alguma frequência	Mais ou menos freqüente	Pouco freqüente	Raramente	Muito raramente ou nunca

10 Muitas pessoas (mesmo as que têm caráter forte) algumas vezes sentem-se fracassadas em certas situações. Com que freqüência você já se sentiu fracassado no passado?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Pouco	Mais ou menos	Com alguma frequência	Frequentemente	Muito frequentemente

11 Quando alguma coisa aconteceu na sua vida a importância que você deu foi:

1	2	3	4	5	6	7
Maior ou menor do que deveria ter dado	Não adequada	Pouco adequada	Mais ou menos adequada	Relativamente adequada	Quase adequada	Adequada

12 Com que frequência você vê pouco sentido nas coisas que faz na sua vida diária?

1	2	3	4	5	6	7
Muito frequentemente	Freqüentemente	Com alguma frequência	Mais ou menos freqüente	Pouco freqüente	Raramente	Muito raramente ou nunca

13 Com que frequência você tem sentimentos que não pode controlar?

1	2	3	4	5	6	7
Muito frequentemente	Freqüentemente	Com alguma frequência	Mais ou menos freqüente	Pouco freqüente	Raramente	Muito raramente ou nunca

F1 - (VALIDAÇÃO FACE A FACE) Agora eu gostaria de saber se foi fácil ou difícil para você entender o significado das perguntas do questionário. Por favor, escolha uma das opções do quadro abaixo:

Muito fácil	Mais ou menos fácil	Mais ou menos difícil	Difícil
1	2	3	4

F2 - (VALIDAÇÃO FACE A FACE) Agora eu gostaria de saber se foi fácil ou difícil para você entender as respostas de cada pergunta. Por favor, escolha uma das opções do quadro abaixo:

Muito fácil	Mais ou menos Fácil	Mais ou menos difícil	Difícil
1	2	3	4

ANEXO C - QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREF

Instruções

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO D - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA

Número do Questionário: _____

AVALIAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Idade em anos: _____ Sexo () 1. masculino () 2. feminino

Caracterização socioeconômica da família

1. Número de pessoas residentes _____ 2. Escolaridade (anos de estudo) _____

3. Moradia () 1. Própria
() 2. Própria em aquisição
() 3. Alugada
() 4. Cedida
() 5. Outros

4. Número de cômodos da casa _____

5. Posse de automóvel () 0 – não possui
() 1 – possui um automóvel
() 2 – possui dois ou mais automóveis

6. Renda Familiar _____ 7. Renda Pessoal _____
(em reais) (em reais)