



PERCEPÇÃO SUBJETIVA DE SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E CARACTERÍSTICA DE IDOSAS PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA EM UM PROGRAMA DE SAÚDE PÚBLICA
Subjective Perception of Health, Quality of Life and Characteristics of Elderly Physical Activity Practitioners in a Public Health Program

ISSN: 2178-7514

Vol. 12 | Nº. 1 | Ano 2020

Andrea Maria dos Santos Menabo¹, Luzia Gabrielly de Carvalho Monteiro Macedo¹, Klebiana Correa Vieira¹,
Giovanni Cestari Zahr¹, Gustavo Celestino Martins^{2,3}, Ricardo Pablo Passos^{2,3}, Carlos Henrique Previtall Fileni^{2,3},
Bráulio Nascimento Lima^{1,2,3}, Guanís de Barros Vilela Junior^{2,3}, Leandro Borelli de Camargo^{2,3}

RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar características de mulheres acima de 60 anos de usuárias dos programas de atividade física da rede pública da cidade de Sumaré-SP e comparar a Percepção Subjetiva Geral de Saúde (PSGS) com a percepção de qualidade de vida. Foram coletados dados antropométricos, IMC e RCQ, dados sobre doenças, PSGS e percepção de qualidade de vida (WHOQOL-Bref) de 24 participantes. As participantes foram divididas em dois grupos de acordo com a PSGS, onde Ruim e Regular formou o grupo G1 e Boa, Muito Boa e Excelente formou G2. Os dados apresentam maioria de participantes com Sobrepeso e com risco cardiovasculares Muito alto. A maioria das participantes encontravam-se com pelo menos umas das doenças (Hipertensão, Diabetes e/ou Alteração no colesterol) Foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre G1 e G2 no domínio Físico. Possivelmente a PSGS está ligada ao domínio Físico para as participantes do estudo.

Palavras-chave: Percepção de Saúde, Percepção de Qualidade de Vida, Idosas.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify characteristics of women over 60 years of users of physical activity programs in public schools in the city of Sumaré-SP and compare the Subjective General Health Perception (SGHP) with the perception of quality of life. We collected anthropometric data, BMI and WHR, data on diseases, SGHP and perception of quality of life (WHOQOL-Bref) of 24 participants. The participants were divided into two groups according to the SGHP, where poor and fair formed G1 and Good, Very Good, and Excellent G2 formed. The data show the majority of participants with overweight and very high cardiovascular risk. Most participants had at least one of the diseases (Hypertension, Diabetes and/or Cholesterol Change). Statistically significant differences were found between G1 and G2 in the Physical domain. Possibly the SGHP is linked to the Physical domain for the study participants.

Key words: Health Perception, Quality of Life Perception, Elderly.

¹Faculdade Anhanguera de Sumaré

²Núcleo de Pesquisas em Biomecânica Ocupacional e Qualidade de Vida, NPBOQV

³Universidade Metodista de Piracicaba, UNIMEP

INTRODUÇÃO

Os investimentos em exercício na saúde pública tem demonstrado resultados promissores na melhoria do quadro clínico e na melhoria da qualidade de vida⁽¹⁻⁴⁾. Os gastos envolvendo a atenção primária de saúde podem ser otimizados com a implantação de programas de atividade física, reduzindo custos e melhorando a qualidade de vida⁽⁵⁾.

A atenção primária a saúde utiliza instrumentos que viabilizam a identificação de características populacionais e possíveis quadros em decorrência do comportamento dos mesmos, muitos desenvolvidos e recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽⁶⁾. Entre os instrumentos pode ser citado o IMC, RCQ e o WHOQOL-Bref⁽⁶⁾. O desenvolvimento de tais ferramentas para avaliar saúde e qualidade de vida são fundamentais para uma atuação rápida e eficiente de recursos destinado a saúde^(7, 8).

Existe uma crescente necessidade de identificar as demandas de qualidade de vida e saúde dos idosos devido a eminente mudança na pirâmide etária brasileira, que já está em andamento devido ao aumento da expectativa de vida da população⁽⁹⁾. Dada a importância de identificar a saúde e a qualidade de vida na atenção primária a saúde o presente estudo busca mais dados relacionados ao idoso.

O objetivo deste estudo foi identificar características de mulheres acima de 60 anos de idade usuárias dos programas de atividade

física da rede pública da cidade de Sumaré-SP e comparar a Percepção Subjetiva Geral de Saúde (PSGS) com a percepção de qualidade de vida, utilizando o instrumento WHOQOL-Bref.

METODOS

Esta pesquisa foi conduzida de acordo com padrões estabelecidos na declaração de Helsique⁽¹⁰⁾ para pesquisas envolvendo seres humanos e foi submetido através da Plataforma Brasil para o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da União das Instituições de Serviço, Ensino e Pesquisa – UNISEPE com o CAAE: 02837618.7.0000.5490. Todos os participantes deste estudo estavam cientes dos procedimentos e aceitaram participar assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Participantes

Participaram deste estudo 24 mulheres com idade média de 68,96 anos ($\pm 6,08$), massa corporal média de 72,21 Kg ($\pm 11,16$) e estatura média de 1,57 m ($\pm 0,06$), todas participantes de programas de atividade física da rede pública de saúde da cidade de Sumaré-SP.

As participantes formaram dois grupos, caracterizados de acordo com a resposta apresentada sobre a percepção subjetiva geral de saúde (PSGS), onde um grupo foi formado pelas participantes que consideravam a sua própria saúde ruim ou regular (G1) com um total de 11 participantes e outro grupo com

as que consideraram a própria saúde como boa, muito boa ou excelente (G2) com um total de 13 participantes. As características das participantes de cada grupo estão apresentadas na tabela 1.

Desenho Experimental

A coleta de dados ocorreu no Centro de Longevidade de Sumaré, onde as possíveis participantes foram abordadas e convidadas a participar do estudo. Após um esclarecimento

Tabela 1 Características das participantes do estudo, Geral, G1 e G2.

	Idade (anos)		Massa Corporal (Kg)		Estatura (m)	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Geral	68,96	±6,08	72,21	±11,16	1,57	±0,06
G1	67,91	±6,25	72,82	±13,48	1,55	±0,06
G2	69,85	±6,03	71,69	±9,31	1,58	±0,06

Fonte: Próprio Autor.

sobre os procedimentos e a importância dos dados a serem coletados, caso aceitassem participar, assinavam o TCLE.

Primeiramente, foram coletados os dados de nome e idade de cada participante. Em seguida, as participantes foram questionadas sobre sua PSGS, onde apenas uma das possíveis respostas deveria ser apresentada entre as alternativas “Ruim”, “Regular”, “Boa”, “Muito Boa” ou “Excelente”. Na sequência, com a ajuda de um pesquisador, foi aplicado o instrumento WHOQOL-BREF que é um questionário, em versão resumida de avaliação de qualidade de vida, seguindo as recomendações de Fleck et al⁽¹¹⁾. Após o preenchimento do formulário, foram aferidas a estatura, a massa corporal, a circunferência da cintura e a circunferência do quadril para caracterização das participantes e para cálculo de Índice de Massa Corporal (IMC) e de Relação Cintura-Quadril (RCQ). No final, as participantes tinham que responder

se tinham alteração no Colesterol, Diabetes e Hipertensão.

Os dados adquiridos neste estudo foram utilizados para caracterizar a amostra dividida em dois grupos (G1 e G2) para comparar suas características e a percepção de saúde dos participantes com os dados gerados no instrumento WHOQOL-Bref.

Instrumento WHOQOL-Bref

O WHOQOL-Bref é um instrumento de avaliação da percepção de qualidade de vida desenvolvido como uma abreviação do WHOQOL-100 para ser mais ágil no preenchimento e mantendo as características psicométricas e conceituais. Trata-se de um questionário com 26 questões, com 2 questões de cunho geral sobre qualidade de vida e 24 questões distribuídas em quatro domínios que envolvem o Físico (7 questões), Psicológico (6 questões), Relações Sociais (3 questões) e Meio

Ambiente (8 questões)⁽¹¹⁾.

O instrumento WHOQOL-Bref foi aplicado com a ajuda de um pesquisador que registrou os dados através de ferramenta Google Forms diretamente a partir de um aparelho celular.

IMC e RCQ

A estatura foi aferida utilizando um estadiômetro fixado na parede sem rodapé com uma precisão de 0,01 m. Para a aferição da massa corporal foi utilizada uma balança digital da marca Nehc com peso máximo suportado de 180 Kg. O IMC foi calculado pela fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Massa corporal em quilogramas}}{(\text{Estatura em metros})^2}$$

Os valores de IMC foram caracterizados qualitativamente de acordo com a Organização Mundial da Saúde⁽⁶⁾, da seguinte forma: Magreza para $\text{IMC} < 18,5$; Eutrofia para $18,5 \leq \text{IMC} < 25$; Sobrepeso para $25 \leq \text{IMC} < 30$; Obesidade I para $30 \leq \text{IMC} < 35$; Obesidade II para $35 \leq \text{IMC} < 40$; Obesidade III para $\text{IMC} \geq 40$.

As circunferências da cintura e quadril foram aferidos de acordo com Rosa Neto⁽¹²⁾. A relação cintura quadril é calculada através da fórmula:

Os valores de risco foram caracterizados

$$\text{RCQ} = \frac{\text{Circunferência da cintura}}{\text{Circunferência do quadril}}$$

qualitativamente para idades acima de 60 anos da seguinte forma: Risco baixo para $\text{RCQ} < 76$; risco moderado para $76 \leq \text{RCQ} \leq 83$; risco alto para $84 \leq \text{RCQ} < 90$; risco muito alto para $\text{RCQ} \geq 90$.

Análise Estatística

Os dados coletados foram catalogados através de ferramenta Google Forms para a criação de planilha do programa *Microsoft Office Excel*[®], para verificação das médias e desvio padrão e analisados por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS, versão 20 para *Windows*, utilizando os seguintes testes: Shapiro Wilk para testar a distribuição normal dos dados e testes t de Student para amostra heteroscedástica e testar as diferenças entre médias dos grupos G1 e G2. O nível de significância estatística adotado foi de 5% ($P \leq 0,05$).

RESULTADOS

Os resultados foram organizados de forma a apresentar as características das participantes e as diferenças estatisticamente significantes encontradas. Na tabela 2 estão apresentados os dados, reportados em Média e Desvio Padrão (DP), da Idade, da Massa Corporal, da Estatura, da Circunferência da Cintura, da Circunferência do Quadril, IMC e RCQ.

O IMC e a RCQ possuem características

Tabela 2 Características de RCQ e IMC das participantes do estudo.

	C. Cintura		C. Quadril		RCQ		IMC	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Geral	102,21	±21,97	108,08	±8,30	0,95	±0,21	29,18	±4,57
G1	98,09	±9,65	107,27	±8,74	0,92	±0,06	30,00	±5,57
G2	105,69	±28,62	108,77	±8,20	0,98	±0,28	28,48	±3,62

Fonte: Próprio Autor.

qualitativas para seus resultados. O IMC pode ser caracterizado como Magreza, Eutrofia, Sobrepeso, Obesidade I, Obesidade II e Obesidade III. A RCQ se apresenta como Risco Baixo, Moderado, Alto e Muito Alto. A distribuição das participantes do estudo, de acordo com o IMC e a RCQ, está apresentado na tabela 3.

Tabela 3 Distribuição da amostra de acordo com a caracterização do IMC e RCQ.

	IMC		
	GERAL	G1	G2
Obesidade III	1	1	0
Obesidade II	1	1	0
Obesidade I	6	2	4
Sobrepeso	14	6	8
Eutrofia	1	1	0
Magreza	1	0	1

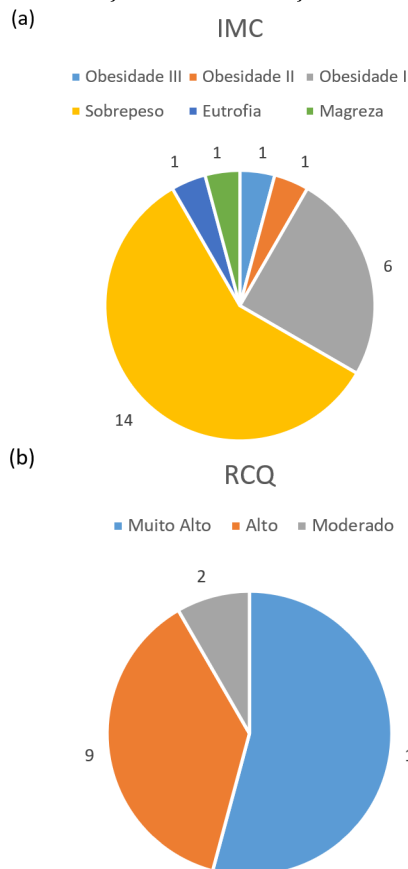
	RCQ		
	GERAL	G1	G2
Muito Alto	13	7	6
Alto	9	3	6
Moderado	2	1	1
Baixo	0	0	0

Fonte: Próprio Autor.

O IMC geral das participantes do estudo demonstra uma maior concentração de Sobrepeso (14), seguida de Obesidade I (6). O número de Participantes com Obesidade II (1) e III (1), Eutrofia (1) e Magreza (1) representam

uma quantidade pequena. Os dados também demonstram que não foram encontrados entre as participantes um indivíduo caracterizado como Risco Baixo de acordo com a RCQ. De acordo com os dados gerais da RCQ a maioria apresenta risco muito alto (n=13) ou alto (n=9). Os dados de distribuição da classificação do IMC e RCQ estão apresentados na figura 1.

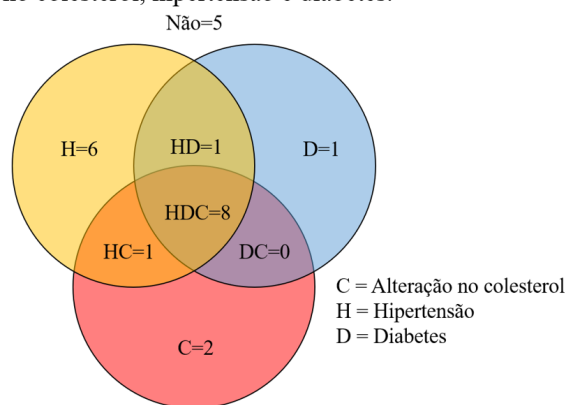
Figura 1 (a) Distribuição da classificação do IMC (b) Distribuição da classificação do RCQ



Fonte: Próprio Autor.

Foram coletados dados sobre a prevalência de alteração no colesterol, hipertensão e diabetes e a distribuição se deu da seguinte forma: 6 com hipertensão; 1 com diabetes; 2 com alteração no colesterol; 1 alteração no colesterol e com hipertensão; 1 com hipertensão e diabetes; 8 com alteração no colesterol, hipertensão e diabetes. Os dados estão apresentados na figura 2.

Figura 2 Distribuição das participantes com alteração no colesterol, hipertensão e diabetes.



Fonte: Próprio Autor.

O instrumento WHOQOL-Bref apresenta dados distribuídos em quatro domínios: Físico, Psicológico, Social e Meio Ambiente. A distribuição dos dados apresentados de forma geral e por grupo encontram-se na tabela 4.

A PSGS foi utilizada para definição de grupos, onde G1 representa as participantes que consideram a própria saúde Ruim ou Regular (n=11), enquanto o G2 representa as que consideram Bom, Muito bom e Excelente (n=13). A divisão de grupos entre G1 e G2 demonstrou diferenças estatisticamente significantes no domínio Físico do instrumento WHOQOL-Bref como demonstrado na tabela 4 e na figura 3.

Em todos os quatro domínios G1 foi menor que G2, porém, de acordo com o valor de significância estatístico adotado pelo estudo, apenas o domínio físico apresentou diferenças.

DISCUSSÃO

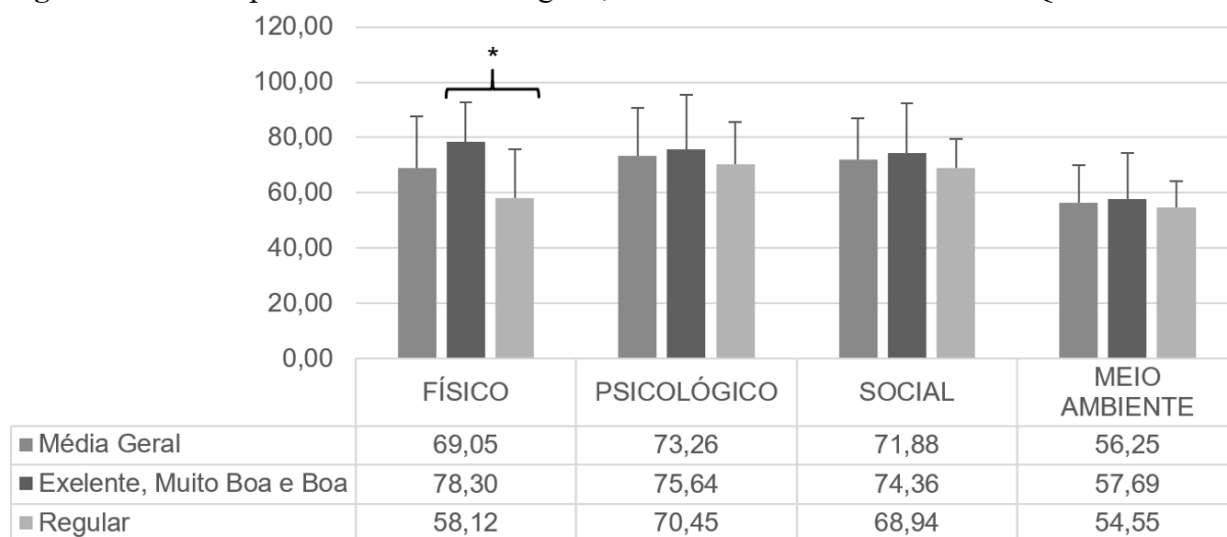
O objetivo do presente estudo foi identificar características de mulheres acima de 60 anos de idade usuárias dos programas de atividade física da rede pública da cidade de Sumaré-SP comparando a PSGS com a percepção de qualidade utilizando o WHOQOL-Bref. Com esse intuito os dados recolhidos envolvendo antropometria, IMC, RCQ e Doenças foram reportados. Outro ponto

Tabela 4 Pontuação dos quatro domínios do instrumento WHOQOL-Bref.

	FÍSICO		PSICOLÓGICO		SOCIAL		MEIO AMBIENTE	
	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP
Geral	69,05	±18,71	73,26	±17,59	71,88	±15,11	56,25	±13,79
G1	58,12*	±17,58	70,45	±15,19	68,94	±10,60	54,55	±9,72
G2	78,30*	±14,54	75,64	±19,68	74,36	±18,15	57,69	±16,76

*Diferenças estatisticamente significantes entre G1 e G2. Fonte: Próprio Autor.

Figura 3 Gráfico apresentando resultado geral, G1 e G2 dos domínios do WHOQOL-Bref.



*Diferenças estatisticamente significante entre G1 e G2 ($P < 0,01$). Fonte: Próprio Autor.

relevante é a comparação entre a percepção de qualidade de vida avaliada pelo instrumento WHOQOL-Bref entre participantes com PSGS ruim ou regular e participantes com PSGS bom, muito bom e excelente.

Os dados envolvendo IMC demonstram que a maior parcela de participantes se encontra caracterizadas com Sobrepeso e Obesidade I. Possivelmente, os dados envolvendo IMC não possuem relação com a desempenho funcional de idosas, como reportado anteriormente em trabalho desenvolvido por Silva e Santos⁽¹³⁾. A referida variável apresenta características da amostra onde 14 participantes (58,33%) encontram-se com sobrepeso; 6 participantes (25%) encontram-se com Obesidade I; 1 participante (4,16%) para cada uma das características de Magreza, Eutrofia, Obesidade II e Obesidade III. Os dados também sugerem a necessidade de manutenção da prática da

atividade física associado a reeducação alimentar para gerar melhores hábitos alimentares para melhorar o controle da massa corporal.

Os dados adquiridos pela RCQ classificam, predominantemente, as participantes com risco Muito Alto, para 13 participantes (54,16%); na sequência, como risco Alto, para 9 participantes (37,5%); por último como risco Moderado, para 2 participantes (8,33%). Não foram encontradas participantes com risco Baixo de acordo com RCQ. É possível que mais fatores estejam propiciando esse resultado, pois apenas a prática regular de exercícios não é suficiente para reduzir riscos cardiovasculares, nesse contexto a alimentação pode ser um fator com apresentados em um estudo de Zanotti et al⁽¹⁴⁾. É importante ressaltar a necessidade de permanência no programa, pois a retirada da rotina de exercícios pode acarretar em um

destreino que agrava o quadro avaliado pela RCQ⁽¹⁵⁾.

A prevalência de Alteração no Colesterol, Hipertensão e Diabetes apresentou dados onde 5 participantes (20,83%) não possuíam nenhuma das doenças, 8 participantes (33,33) apresentaram as 3 doenças, 2 participantes (8,33%) apresentaram duas doenças e 11 participantes (45,83%) apresentaram uma doença. A maioria dos participantes, um total de 19 (79,16%) apresentam, pelo menos, uma das doenças. Para as todas as participantes é importante a manutenção da rotina de exercícios para diminuir a chance de adquirir ou de agravar as doenças citadas em algum momento⁽¹⁵⁾.

O domínio melhor pontuado na Média Geral e G1 foi o Psicológico; o domínio melhor pontuado para G2 foi o Físico; o domínio com menor pontuação para Média Geral, G1 e G2 foi o Meio Ambiente. Os dados podem sugerir que a PSGS está ligada ao domínio físico para as participantes deste estudo, que provavelmente consideram os referenciais analisados no WHOQOL-Bref do domínio Físico uma referência de sua PSGS.

De acordo com trabalho desenvolvido por Melo⁽¹⁶⁾, idosos praticantes de atividade física possuem pontuações maiores no domínio psicológico, justificando o fato do referido domínio ser melhor pontuado na Média Geral.

As diferenças estatisticamente significantes entre G1 e G2 podem sugerir

que as participantes do estudo relacionam sua saúde as capacidades funcionais pertinentes ao domínio físico identificado através do instrumento WHOQOL-Bref. É possível que seja uma característica das participantes do estudo identificar a atividade física como fundamental no contexto do dia-a-dia e suas atividades diárias como importantes.

Este trabalho corrobora com vários outros produzidos recentemente, onde pode ser observado uma baixa pontuação atribuída ao domínio do meio ambiente pelos idosos⁽¹⁷⁻²⁰⁾. A realidade brasileira se faz presente nesse domínio, onde a dificuldade de acesso ao transporte, saúde, lazer, informação, moradia adequada e dinheiro suficiente para satisfazer as necessidades tornam baixa a pontuação desse domínio. Trata-se de um domínio relevante que precisa de atenção a níveis além do regional reportado nesse estudo.

CONCLUSÃO

O presente estudo apresentou características de uma amostra de participantes de programas de atividade física da rede pública da cidade de Sumaré-SP e a relação que as mesmas apresentam em relação a PSGS e a percepção de qualidade de vida utilizando o instrumento WHOQOL-Bref. Os dados de comparação entre G1 (PSGS Ruim ou Regular) e G2 (PSGS Bom, Muito Bom e Excelente) demonstram que existem diferenças estatisticamente significantes no domínio

Físico do WHOQOL-Bref, ou seja, no referido domínio G2, além de melhor percepção de saúde, também possui melhor percepção de qualidade de vida no tocante ao domínio físico. Possivelmente, as diferenças entre grupos G1 e G2 pode estar na importância que as participantes verificam existir do domínio físico para a sua saúde.

REFERÊNCIAS

1. Trapé AA, Lizzi EAdS, Jacomini AM, JÚNIOR CRB, Franco LJ, Zago AS. Exercício Físico Supervisionado, Aptidão Física e Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares em Adultos e Idosos. *Rev bras ciênc saúde*. 2018;22(4):291-8.
2. Silva Hortencio MNd, Silva JKSD, Zonta MA, Melo CPAd, França CN. Efeitos de exercícios físicos sobre fatores de risco cardiovascular em idosos hipertensos. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2018;31(2).
3. Azevedo J, Mundstock E. Efeitos da prática orientada de exercícios físicos em pacientes do SUS no município de Canela, Brasil. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*. 2018;40(4):339-45.
4. Silva DBd, Papini CB, Nakamura PM, Oliveira GAGd, Kokubun E. Efetividade de duas intervenções com diferentes volumes de exercícios físicos na qualidade de vida em mulheres usuárias da Atenção Básica de Saúde. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2018;23:1-9.
5. Santos Ferro Id, Araújo MYC, Rocha APR, Queiroz DC, Juday V, Codogno JS. Programa de exercício físico entre hipertensos atendidos pela atenção primária de saúde: variáveis antropométricas e gastos com saúde. *Journal of Physical Education*. 2019;30(1).
6. Organization WH. WHO Global Database. Geneva: WHO. 1997;5.
7. Rôla CVS, Costa SP, Nicola PA. Instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida de pessoas jovens e idosas: um estudo de revisão sistemática. Id on Line *REVISTA DE PSICOLOGIA*. 2018;12(42):111-20.
8. Fleck MPdA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000;5:33-8.
9. Martins AB, D'Avila OP, Hilgert JB, Hugo FN. Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19:3403-16.
10. Associação Médica Mundial. Declaração de Helsinque. Princípios Éticos para a Pesquisa em Seres Humanos. 1964.
11. Fleck M, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da Versão em Português do Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida” WHOQOL-bref”. *Revista de Saúde Pública*. 2000;34:178-83.
12. Rosa Neto F. Manual de avaliação motora para terceira idade: Artmed Editora; 2009.
13. Silva JEd, Santos RdCd. Associação da idade e IMC com o desempenho da aptidão funcional de mulheres idosas. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício (RBPFEEX)*. 2018;12(75):412-7.
14. Zanotti J, Giazzon P, Wender MCO. Avaliação do estado nutricional e qualidade de vida de mulheres idosas institucionalizadas de Caxias do Sul–RS. *Revista*

da Associação Brasileira de Nutrição-RASBRAN. 2019;10(1):39-45.

15. Santiago LÂM, Neto LGL, Pereira GB, Mostarda CT, Júnior ALRC, Navarro F. Efeitos de oito semanas de destreino sobre parâmetros cardiovasculares em mulheres idosas. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*. 2018.

16. Melo JRd. Qualidade de vida e associação do whoqol-bref com o perfil dos idosos. 2019.

17. Molina NPFM, Silva ACL, Ikegami EM, Viana DA, Silva LMA, Rodrigues LR. Qualidade de vida e morbidade entre idosos com e sem indicativo de depressão. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*. 2018;7(2).

18. Jesus ITMd, Diniz MAA, Lanzotti RB, Orlandi FdS, Pavarin SCI, Zazzetta MS. Fragilidade e qualidade de vida de idosos em contexto de vulnerabilidade social. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2018;27(4).

19. Amaral TLM, Amaral CdA, Lima NSd, Herculano PV, Prado PRd, Monteiro GTR. Multimorbidade, depressão e qualidade de vida em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família em Senador Guomard, Acre, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018;23:3077-84.

20. Silva JT, Junior EM, Espinosa MM, de Carvalho Rodrigues D. Domínios da qualidade de vida associados à percepção de saúde em idosos: comparação do modelo de Regressão Logística com o de Regressão de Poisson. *Sigmae*. 2019;8(2):576-83.

OBSERVAÇÕES

Os autores declaram não existir conflitos de interesse de qualquer natureza.

Os autores Leandro Borelli de Camargo e Ricardo Pablo Passos, são bolsistas da CAPES.