

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia

“Velhice, Promoção da Saúde e Qualidade de Vida”

Fabiana Santos Fonseca

São Paulo

2011

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia

“Velhice, Promoção da Saúde e Qualidade de Vida”

Dissertação de Mestrado apresentada junto ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Gerontologia, realizada sob orientação da Prof.^a Dra. Vera Lúcia Valsecchi de Almeida.

Fabiana Santos Fonseca

São Paulo

2011

Aos meus pais, pelo apoio e estímulo para continuar buscando o conhecimento e desafiando a conhecer novas fronteiras.

Aos meus avos que sempre contribuíram para um bom alicerce familiar e para o verdadeiro valor da solidariedade.

A minha irmã, pela dedicação de sempre compartilhar sua companhia nos maiores desafios encontrados durante minha formação acadêmica.

Aos meus tios, que souberam me ensinar o que representa a velhice e como melhor conviver com ela.

Agradecimentos

A minha orientadora, Prof.^a Dra. Vera Lúcia Valsecchi de Almeida, pela dedicação, carinho e estima.

Aos professores Mestrado em Gerontologia, da PUCSP, pela contribuição na formação.

Aos meus pais pelo amor, apoio e dedicação incansáveis.

A minha irmã, pelo apoio e contribuição nos momentos de tentativa e erro durante a trajetória.

A minha amiga Rosa, que contribuiu em momentos importantes de nossa vida.

Aos meus amigos Ana Elisa, Bianca, Paulo Henrique (PH), Mariana e Karen que participaram com muita dedicação e carinho para minha formação; com eles, concretizamos uma equipe sólida.

Epigrafe

A velhice
(*Olavo Bilac*)

Olha estas velhas árvores, mais belas
Do que as árvores moças, mais amigas,
Tanto mais belas quanto mais antigas,
Vencedoras da idade e das procelas...

O homem, a fera e o inseto, à sombra delas
Vivem, livres da fome e de fadigas:
E em seus galhos abrigam-se as cantigas
E os amores das aves tagarelas.

Não choremos, amigo, a mocidade!
Envelheçamos rindo. Envelheçamos
Como as árvores fortes envelhecem,

Na glória de alegria e da bondade,
Agasalhando os pássaros nos ramos,
Dando sombra e consolo aos que padecem!

Banca Examinadora

RESUMO

O objetivo dessa dissertação foi avaliar a qualidade de vida de idosos participantes de um grupo de promoção à saúde, por meio do questionário genérico do SF-36. A versão brasileira do questionário SF-36 foi aplicada em 78 idosos para avaliação da qualidade de vida. Os resultados obtidos foram associados às características demográficas, socioeconômicas, condições de saúde e estilo de vida. Observamos que para os idosos que participaram e participam do programa a socialização se sobrepõe às outras dimensões da qualidade de vida e promoção da saúde. A importância da sociabilidade chama a atenção dos idosos não participantes; estes passam a se interessar pelo programa, vendo-o como um mediador significativo entre “saúde” e “qualidade de vida” e contribuindo para a quebra do ciclo vicioso da síndrome de fragilidade. Dos domínios avaliados, ressalta-se a manutenção da capacidade funcional diretamente associada, por sua vez, à qualidade de vida, na medida em que esta se refere à capacidade do indivíduo manter tanto as relações de trocas sociais, como a independência. Este domínio apresenta associação satisfatória com a avaliação clínica. O questionário SF-36 mostrou-se um instrumento adequado, de aplicação relativamente rápida e de fácil uso para avaliação da qualidade de vida em idosos. Na população estudada, a qualidade de vida foi associada ao estilo de vida dos pacientes e apontou para a necessidade de ações que contribuam de forma positiva para melhorar o estilo de vida nesta nova fase da vida.

Palavras Chave: Idoso. Qualidade de vida. Promoção da saúde. Questionário SF-36.

ABSTRACT

The goal of this dissertation was to evaluate the quality of life of elderly participants of a group of health promotion, through the generic questionnaire SF-36. The Brazilian version of SF-36 questionnaire was administered to 78 elderly to assess the quality of life. The results obtained were associated to the socioeconomic, demographic characteristics, conditions of health and lifestyle. We observe that for seniors who attended and participated in the program the socializing itself overlaps the other dimensions of quality of life and health promotion. The importance of sociality draws the attention of elderly non-participants, they become interested in the program, seeing it as a significant mediator between "health" and "quality of life" and helping to break the vicious cycle of fragility syndrome. Of the areas assessed, it emphasizes the maintenance of functional capacity directly associated, in turn, the quality of life, insofar as it relates the individual's ability to keep both the relations of social exchange, such as independence. This area presents satisfactory association with the clinical evaluation. The SF-36 proved to be a suitable instrument for the application relatively fast and easy to use for evaluating the quality of life in the elderly. In the population studied, the quality of life was associated with the lifestyle of patients and pointed to the need for actions that contribute positively to improving the lifestyle in this new phase of life.

Keywords: Elderly. Quality of life. Health promotion. SF-36 Form.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	13
Figura 2	16
Figura 3	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	63
Tabela 2	64
Tabela 3	64
Tabela 4	65
Tabela 5	65
Tabela 6	66
Tabela 7	66
Tabela 8	67
Tabela 9	67
Tabela 11	68
Tabela 12	68
Tabela 13	69
Tabela 14	70
Tabela 15	70
Tabela 16	71
Tabela 17	72
Tabela 18	73
Tabela 19	73
Tabela 20	74
Tabela 21	75

SUMÁRIO

Introdução	02
Capítulo I: Justificativa	04
Capítulo II: Referenciais Teórico-Analíticos	12
Capítulo III: Da Fragilidade Biológica.	45
Capítulo IV: Objetivos	58
Capítulo V: Abordagem Metodológica, Coleta de Dados, Resultados e Análise	59
Considerações Finais	82
Referências Bibliográficas	84
Anexos	
Anexo I: SF-36	89
Anexo II: Cálculo dos Escores	96
Anexo III: Cálculo do Raw Scale	99
Anexo IV: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	101

Introdução

A longevidade é, sem dúvida, um triunfo. Há, no entanto, importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto nos primeiros o envelhecimento ocorreu associado à melhoria nas condições de vida, nos demais esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde adequada para atender às demandas dos que envelhecem e vivem por muito tempo a condição de idoso. Para o ano de 2050, as projeções demográficas indicam que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno nunca antes observado.

Muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT) - estados permanentes ou de longa permanência - que requerem acompanhamento constante, pois em razão da sua natureza, não têm cura. Essas condições crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e, freqüentemente, estão associadas (comorbidades). Podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer significativamente a qualidade de vida dos idosos.

Como resultado da drástica queda dos níveis de mortalidade e fecundidade ocorridos na segunda metade do século passado, o mundo vem vivenciando uma dinâmica populacional marcada pelo aumento da população idosa e da esperança de vida ao nascer e aos 60/65 anos¹. No Brasil,

¹As duas idades são assinaladas porque, para os países emergentes e/ou em desenvolvimento, é considerado idoso o indivíduo com idade igual ou maior que 60 anos; já para os países desenvolvidos (Primeiro Mundo), a velhice se inicia aos 65 anos.

Chaimowicz (2006) aponta que o expressivo contingente populacional pertencente às coortes de elevada fecundidade e baixa mortalidade nascidas entre 1940 e 1960 começaram a alcançar os 65 anos em 2005, marcando o início da fase rápida de envelhecimento populacional. Em 2005, o Brasil contava com 9,2% de idosos em sua população (DATASUS/IDB; 2006) e, entre 2011 e 2036, passará do estágio *jovem* (<8% de idosos) para o *envelhecido* (>13% de idosos), em uma velocidade sem precedentes na história da civilização; o mesmo processo levou 85 anos na Suécia e 115 anos na França (Chaimowicz; 1997) ². Em 2025, o Brasil deverá ser o sexto País em número absoluto de idosos. Em 2050, 38 milhões de brasileiros terão 65 anos ou mais e irão equivaler a 18% da população (Ramos et al, 1987; Moreira, 1998). Entre outros fatores, o aumento da participação dos idosos na população total, tanto em termos absolutos, como e relativos, guarda relação com os avanços tecnológicos na área de saúde; avanços que contribuiram para o aumento da expectativa de vida e para a redução das taxas de mortalidade de idosos. Entre 1970 e 1991, a esperança de vida no Brasil ultrapassou os 65 anos de idade (Chaimowicz, 1997). Em 1980, a expectativa de vida das mulheres aos 60 anos era de 17,6 anos; estima-se que esta expectativa será de 23 anos, em 2020 (Camarano; 1999).

Após anos de atendimento médico, pude perceber o quanto os profissionais da medicina “ignoram” não só a velhice, como questões a ela relacionadas, a exemplo da qualidade de vida e da promoção da saúde do idoso. Deste “diagnóstico” assistemático resultou meu interesse em estudar o envelhecimento, particularmente no que diz respeito ao binômio “promoção da saúde” e “qualidade de vida”; interesse pautado por um “olhar ampliado”, ou seja, não confinado às dimensões biológicas e fisiológicas do envelhecimento e da velhice.

² De acordo com o IBGE, em 2009 os brasileiros com idade igual ou maior de 60 anos ultrapassavam 20 milhões de indivíduos, representando 11,3% da população total. (IBGE; 2010)

CAPÍTULO I

JUSTIFICATIVA

O rápido e expressivo envelhecimento populacional apresenta-se, na atualidade, como um dos maiores desafios para a saúde pública, principalmente nos países em que esse fenômeno tem ocorrido em situações de pobreza e grande desigualdade social, a exemplo do Brasil.

O envelhecimento da população mundial, que teve início nos países desenvolvidos, vem assumindo, mais recentemente e nos países em desenvolvimento, níveis sem precedentes (Lima-Costa, 2003).

No Brasil, nos últimos 30 anos, a tradicional representação piramidal da distribuição da população por *coortes* etárias vem assumindo novos contornos e alterações significativas; alterações associadas ao aumento das *coortes* superiores da “pirâmide” (60 anos ou mais) e diminuição das *coortes* da base da “pirâmide”, conseqüência da queda das taxas de natalidade. Esta representação geométrica (pirâmide) da distribuição da população começa, portanto, a ficar comprometida. O alargamento do ápice e a diminuição da base apontam para a substituição da representação mencionada por outra, mais cilíndrica.

As mudanças mencionadas levam ao que os demógrafos denominam “transição demográfica”.

A transição demográfica teve início em 1940, quando da introdução de novas tecnologias, como vacinas, antibióticos e medicamentos, além da expansão do saneamento básico. Desta forma, a mortalidade havia caído, até 1980, para menos da metade do que se observava nos anos 40 (24,94 por mil), alcançando níveis inferiores a 9 por mil (Duchiade, 1995).

Segundo o IBGE (2000), o crescimento da população de idosos, em números absolutos e relativos, é um fenômeno mundial. Em 1950, havia cerca de 204 milhões de idosos no mundo; já em 1998, quase cinco décadas depois, este contingente alcançava 579 milhões de pessoas, um crescimento de quase 8 milhões de pessoas idosas por ano. A expectativa é que em 2050 teremos cerca de 2 bilhões de idosos, número equivalente da população entre 0 e 14 anos de idade (ANDREWS, 2000, p. 247). Outros aspectos importantes para explicar este fenômeno são:

- Desde 1950, a esperança de vida ao nascer aumentou 19 anos, em todo o mundo;
- Atualmente, uma em cada dez pessoas tem 60 anos de idade ou mais; estima-se que em 2050 a relação será de um para cinco em termos mundiais;
- Segundo as projeções, o número de centenários – pessoas com 100 anos de idade ou mais - aumentará 15 vezes.
- Entre 1999 e 2050 o coeficiente entre a população ativa e inativa³ diminuirá em menos da metade nas regiões desenvolvidas e em fração ainda menor nas menos desenvolvidas (IBGE, 2000).

O envelhecimento da população brasileira acompanha uma tendência internacional, sendo impulsionado pela queda das taxas de natalidade e pelos avanços da biotecnologia. Contudo, cabe lembrar que nosso país é marcado por grandes desigualdades. Sob tais condições, tudo leva a crer que os idosos brasileiros já enfrentam, e enfrentarão em futuro não muito distante, desafios de diversas ordens, reforçando as desigualdades e comprometendo a qualidade de vida e o bem-estar dos mesmos (Berquó; 1996).

³ Razão entre o número de pessoas com idades entre 15 e 59 anos e 60 anos ou mais.

Por outro lado, o processo de envelhecimento caminha ao lado de mudanças significativas no perfil epidemiológico e na morbi-mortalidade. Assim, a transição demográfica se faz acompanhar de outra transição: a epidemiológica. A transição epidemiológica refere-se ao aumento das doenças crônicas não-transmissíveis e à diminuição das doenças infecto-contagiosas. Pelo menos uma doença ou condição crônica é referida por 69% dos idosos brasileiros, com proporção maior entre as mulheres (75%) do que entre homens (62%), conforme destaca Lima-Costa (2003).

As doenças infecto-contagiosas (responsáveis por 40% do total de óbitos em 1950 e por 10%, em 1980) foram paulatinamente substituídas por patologias mais complexas, crônicas e não-transmissíveis, como os distúrbios mentais, as doenças cardiovasculares, os diversos tipos de câncer e o estresse.

Essa mudança no perfil epidemiológico acarreta intervenções mais caras, demandando tecnologia de alta complexidade. Além disso, requer equipes qualificadas constituídas por profissionais pautados pelo princípio maior de que o idoso não é um corpo ou, mais precisamente, um somatório de “órgãos e funções”.

Enfim, equipes orientadas pelo conceito de “*Promoção da Saúde*”. O conceito de “*Promoção da Saúde*” surgiu com Sigerist, em 1946, mas só ganhou reconhecimento e expressividade em 1960, quando entrou em cena um conceito positivo de doença e o incentivo à prevenção das doenças, através do estímulo de hábitos e comportamentos saudáveis, e com a preocupação de estar atuando nos fatores de risco. A partir de então, a nova noção de saúde e a questão da prevenção foram incluídas na promoção e na prevenção primária à saúde.

A crise nos sistemas de saúde dos anos 70, do século XX, reafirmou que não basta atuar apenas na cura da doença, ou seja, depois que a doença já se instalou, mas que é preciso intervir nos determinantes do adoecimento.

Assim, o *Informe Lalonde* (1974) constitui um marco na área da Promoção da Saúde. Ele define quatro grandes eixos do campo da saúde: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde. Apreendido a partir da intervenção no campo da Promoção da Saúde observa-se que:

até agora, quase todos os esforços da sociedade canadense destinados a melhorar a saúde, assim como os gastos setoriais diretos, concentram-se na assistência médica. Entretanto, as causas principais de adoecimento e morte tem origem nos outros três componentes do conceito. (OPS, 1996:4 apud Lalonde, 1974).

No final da década de 70, a Organização Mundial de Saúde (OMS) realizou a *I Conferência Internacional de Saúde*, em Alma-Ata (URSS). Na conferência a meta "*Saúde para todos no ano 2000*" foi reafirmada, reforçando a proposta da atenção primária em saúde. Da conferência resultaram várias recomendações e foram adotados oito elementos essenciais para a saúde:

Educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para sua prevenção e controle; promoção do suprimento de alimentos e nutrição adequada; abastecimento de água e saneamento básico apropriados; atenção materno-infantil; incluindo o planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento apropriado de doenças comuns e acidentes; e distribuição de medicamentos básicos. (Buss; 2000a, p170).

Um dos resultados da *Conferência de Alma-Ata* foi a *I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde* (1986). Neste mesmo ano, a *Carta de*

Ottawa definiu “Promoção da Saúde” como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (OMS, 1986 apud. Buss, 2000 a:170).

Como nível de atenção, a Promoção da Saúde se refere às ações destinadas a melhorar e aprimorar a saúde das pessoas não doentes; tem como cerne uma visão integral do processo saúde-doença-atenção. Começa-se se, então, a entender a “saúde” como um campo complexo, que envolve diversas intervenções. Não se trata mais apenas de atuar sobre as causas - como era feito no modelo da História Natural das Doenças - nem tão pouco de se fazer uma história social da doença. A partir da *Carta de Ottawa*, começa-se a trabalhar com o conceito de “campo de saúde”, que se pretende alternativo, para se entender a dinâmica saúde-doença-intervenção ou atenção.

O conceito de “Promoção da Saúde” sai dos centros de saúde e se estende para as comunidades, os ambientes, as escolas e os *settings*, acrescentando, como campo de atuação, o Reforço Comunitário, que contém um componente educacional: o desenvolvimento de habilidades sociais.

Assim, a partir da Carta de Ottawa, a “Promoção da Saúde” incorpora cinco grandes campos de ação, a saber:

- A. Elaboração e Implementação de Políticas Públicas Saudáveis;
- B. Criação de ambientes favoráveis à saúde;
- C. Reforço da ação comunitária;
- D. Desenvolvimento de habilidades pessoais;
- E. Reorientação dos sistemas e serviços de saúde.

Com a “Promoção da Saúde” surge um novo conceito de saúde. A saúde

passa a ser concebida não como um objetivo em si, mas como recurso da vida cotidiana. Trata-se, portanto, de um conceito positivo que enfatiza os meios sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. A “Promoção da Saúde” é, então, o maior auxílio para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Desse modo, a “Promoção da Saúde” não fica confinada ao setor sanitário; estende-se aos requisitos básicos para a saúde: a paz, a educação, a habitação, a alimentação, a renda, o ecossistema estável, a justiça social e a equidade (*Carta de Ottawa*, 1986 apud Buss et al., 2000b: 172).

A *Carta de Ottawa* (1986) estabelece três grandes estratégias para se trabalhar no campo da “Promoção de Saúde”: a defesa da saúde, a capacitação e a mediação.

Diante do exposto ressalta-se a necessidade de investimento em estudos com enfoque na “Promoção à Saúde”, objetivando o conhecimento da qualidade de vida de idosos.

Tendo como norte as considerações acima, a finalidade central do trabalho aqui apresentado foi investigar a relação entre promoção à saúde e qualidade de vida dos idosos.

Cabe ressaltar que a qualidade de vida pode ser avaliada por instrumentos específicos ou genéricos. Os instrumentos específicos podem ser idealizados para uma doença, função ou um problema, sendo estes mais sensíveis e responsivos para sua finalidade. (SOUZA, 2004).

Já os instrumentos genéricos, diversamente dos específicos, permitem comparar a qualidade de vida entre indivíduos com diferentes doenças crônicas ou avaliar os impactos de uma doença em uma população (GUYATT, 1997).

Esses instrumentos podem ser utilizados para analisar a qualidade de vida de indivíduos com qualquer patologia e, até mesmo, de indivíduos saudáveis. A mensuração da qualidade de vida é um parâmetro para o prognóstico do paciente, além de ajudá-lo no planejamento de suas despesas em geral. Neste sentido e considerando a relação entre a promoção da saúde e o envelhecimento, busca-se compreender melhor se os grupos de idosos direcionados à Promoção de Saúde apresentam melhora na qualidade de vida, utilizando como instrumento o *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36).

O SF-36 foi traduzido, adaptado e validado para a cultura brasileira, sendo utilizado para avaliar a qualidade de vida tanto da população em geral, como de idosos (FLECK *et al.*, 2000).

Trata-se de um questionário multidimensional constituído por 36 itens que englobam oito dimensões ou componentes. Avalia tanto os aspectos negativos de saúde (doença ou enfermidade), como os aspectos positivos (bem-estar) (ARNOLD *e.t al.*, 2000).

1. S.F. 36

O SF-36 é uma versão em português do Medical Outcomes Study 36 – Item shortform health survey, traduzido e validado por Ciconelli (1997). Martinez (2002) coloca que o SF-36 é um questionário genérico, com conceitos não específicos para uma determinada idade, doença ou grupo de tratamento e que permite comparações entre diferentes patologias e tratamentos. Considera a percepção dos indivíduos quanto ao seu próprio estado de saúde e contempla os aspectos mais representativos da saúde

(MARTINEZ, 2002). É de fácil administração e compreensão, do tipo auto-aplicável (MARTINEZ, 2002).

Segundo Ware, Gandek, IQOLA, Project Group (MARTINEZ, 2002), o SF-36 é um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas ou componentes: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e de um ano atrás. Avalia tanto aspectos negativos de saúde (doença ou enfermidade), como aspectos positivos (bem-estar). Os dados são avaliados a partir da transformação das respostas em escores escala de 0 a 100, de cada componente, não havendo um único valor que resuma toda a avaliação, resultando em um estado geral de saúde melhor ou pior. Há de se ressaltar que na investigação realizada o questionário foi aplicado com o propósito de verificar a variação (positiva ou negativa) entre o início e o término dos programas.

Além do Brasil, outros 20 países também realizam este mesmo trabalho. Coordenado por Ware et. al (apud Ciconelli 1997), desde 1991 iniciaram o projeto de validação internacional deste questionário; atualmente 14 países estão envolvidos oficialmente neste projeto, denominado IQOLA (International Quality of Life Assessment Project).

Capítulo II

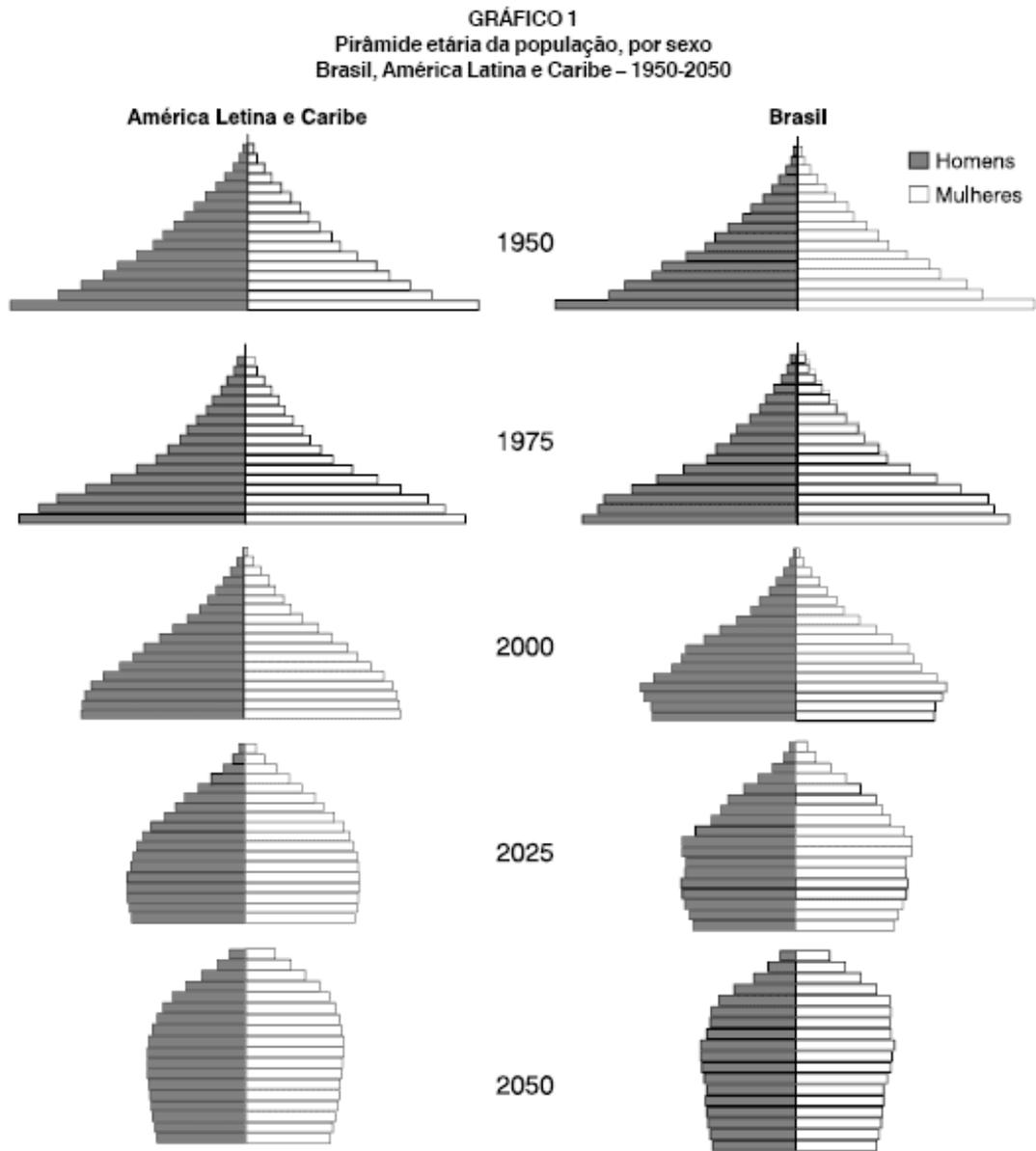
REFERENCIAIS TEÓRICO-ANALÍTICOS

1. Considerações Iniciais

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno dos países desenvolvidos, faz parte, nos dias atuais, da realidade da maioria das sociedades. O mundo está envelhecendo. Estima-se para o ano de 2050 a existência de cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento.

No Brasil, temos, atualmente, mais de 21 milhões de idosos. O retrato e o crescimento da população idosa brasileira em um período de 50 anos podem ser observados na figura 1 inserida na página que se segue.

FIGURA 1: ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA, POR SEXO, NOS ANOS 2000, 2025 E 2050.



Fonte: Dados Brutos, Nações Unidas (2003).

O envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda das taxas de fecundidade e mortalidade⁴ e o aumento da esperança de vida⁵. Não é um fenômeno homogêneo para todos os seres humanos, sofrendo influência dos processos de discriminação e exclusão associados ao gênero, à etnia, à raça, às condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização de moradia, entre outros.

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos; a isto se dá o nome de “senescência” que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, condições de sobrecarga - a exemplo de doenças, acidentes e estresse emocional - podem ocasionar uma condição patológica que requer assistência (temos aqui o que é denominado de “senilidade”). Cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo.

Dois grandes erros devem ser continuamente evitados. O primeiro é considerar que todas as alterações que ocorrem na pessoa idosa decorrem do envelhecimento natural - o que pode impedir a detecção precoce e o tratamento de certas doenças. O segundo é tratar o envelhecimento natural como doença a partir da realização de exames e tratamentos desnecessários, originários de sinais e sintomas que podem ser facilmente explicados pela senescência.

⁴ **Taxa de mortalidade:** Quociente entre os óbitos gerais ocorridos em uma determinada unidade geográfica e período de tempo, e a população estimada na metade do período e **Taxa de fecundidade total** : número médio de filhos que teria uma mulher de uma coorte hipotética (15 e 49 anos de idade) ao final de seu período reprodutivo. (IBGE, 2010)

⁵ **Esperança de vida:** Número médio de anos que um indivíduo viverá a partir do nascimento, considerando o nível e estrutura de mortalidade por idade observados naquela população. (IBGE, 2010)

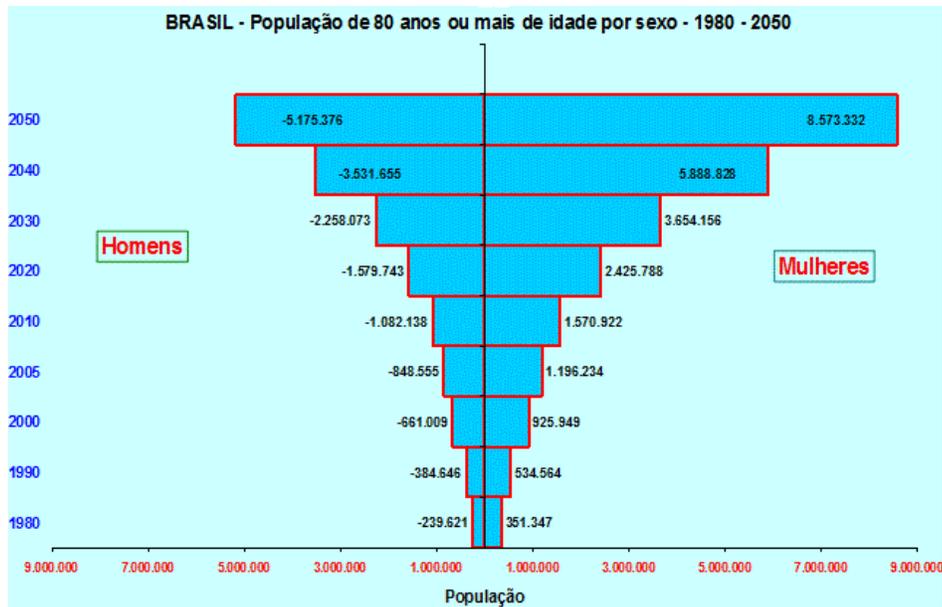
Na atenção à pessoa idosa, o maior desafio é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, ela possa redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Portanto, parte das dificuldades das pessoas idosas está mais relacionada às culturas que as desvalorizam e limitam.

As doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) podem afetar a funcionalidade das pessoas idosas. Estudos mostram que a dependência para o desempenho das atividades de vida diária (AVD) tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre os com 90 ou mais anos.

No grupo das pessoas idosas, os denominados "*mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada*" (idade igual ou maior que 80 anos), também vêm aumentando proporcionalmente e de forma muito mais acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos; representa 12,8% da população idosa e 1,1% da população total⁶. A **figura 2** mostra a projeção de crescimento dessa população em um período de 70 anos, permitindo estimar o impacto dessas modificações demográficas e epidemiológicas.

⁶ http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1507&id_pagina=1

FIGURA 2: POPULAÇÃO BRASILEIRA DE 80 ANOS E MAIS, POR SEXO, 1980 A 2050.



É nesse contexto que a “avaliação funcional” torna-se essencial para o estabelecimento de um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequado que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários às pessoas idosas. A “avaliação funcional” é um parâmetro que, associado a outros indicadores de saúde, pode ser utilizado para determinar a efetividade e a eficiência das intervenções propostas.

A avaliação funcional busca verificar, de forma sistematizada, em que nível as doenças ou agravos impedem o desempenho, de forma autônoma e independente, das atividades cotidianas ou atividades de vida diária (AVDs) das pessoas idosas, permitindo o desenvolvimento de um planejamento assistencial mais adequado.

A capacidade funcional surge, assim, como um novo paradigma de saúde, proposto pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). A independência e a autonomia, pelo maior tempo possível, são metas a serem alcançadas na atenção à saúde da pessoa idosa.

Nessa faixa etária, a dependência é o maior temor; evitá-la ou postergá-la passa a ser objetivo da equipe de saúde, em especial na Atenção Básica. O cuidado à pessoa idosa deve ser um trabalho conjunto entre equipe de saúde, idoso e família.

A Atenção Básica é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Em 1994, o Ministério da Saúde implantou o Programa “Saúde da Família” como uma estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica e estruturação do sistema de saúde. Este programa trabalha com práticas interdisciplinares desenvolvidas por equipes que se responsabilizam pela saúde da população a ela adstrita e na perspectiva de uma atenção integral humanizada, considerando a realidade local e valorizando as diferentes necessidades dos grupos populacionais.

No trabalho das equipes da Atenção Básica/Saúde da Família, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, a participação das redes sociais dos usuários são alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social.

A *Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa* é, também, um instrumento valioso que tem o objetivo de auxiliar na identificação de idosos frágeis ou em

risco de fragilização. Para os profissionais de saúde, a “caderneta” possibilita o planejamento, organização das ações e um melhor acompanhamento do estado de saúde dessa população. Para as pessoas idosas é um instrumento de cidadania, pois tem em mãos informações relevantes para o melhor acompanhamento de sua saúde. A *Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa* e o *Caderno de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa* constituem dois importantes instrumentos de fortalecimento da atenção básica.

2. Políticas Públicas de Relevância para a Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde (SUS)

No final da década de 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS) 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 velhas⁷.

O conceito envolve políticas públicas que promovam modos de vida mais saudáveis e seguros em todas as etapas da vida, favorecendo a prática de atividades físicas cotidianas e de lazer, a prevenção às situações de violência familiar e urbana, o acesso a alimentos saudáveis e a redução do consumo de tabaco, entre outros. Tais medidas contribuirão para o alcance de um envelhecimento que signifique também um ganho substancial em qualidade de vida e saúde.

⁷ Envelhecimento em saúde, OMS, 2005

Sua implementação representa uma mudança de paradigma que deixa de ter o enfoque baseado em “necessidades” e que coloca as pessoas idosas, normalmente, como alvos passivos. O “novo paradigma” reconhece o direito dos idosos à igualdade de oportunidades e de tratamento em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem. Essa abordagem apóia a responsabilidade dos mais velhos no exercício de sua participação nos processos políticos e em outros aspectos da vida social.

Em setembro de 2005, o Ministério da Saúde definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos:

- O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS);
- O Pacto em Defesa da Vida e
- O Pacto de Gestão.

Destaca-se aqui o Pacto em Defesa da Vida que constitui um conjunto de compromissos que deverão tornar-se prioridades inequívocas dos três âmbitos federativos, com definição das responsabilidades de cada um. Foram pactuadas seis prioridades, sendo que três delas têm especial relevância com relação ao planejamento de saúde para a pessoa idosa. São elas: a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica.

Em relação à promoção da saúde da população idosa a implementação de ações locais deverá ser norteadas por estratégias de implementação, contempladas na Política Nacional de Promoção da Saúde – Portaria 687/GM, de 30 de março de 2006 - tendo como prioridades as seguintes ações específicas:

- a) Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS);

- b) Alimentação saudável;
- c) Prática corporal/atividade física;
- d) Prevenção e controle do tabagismo;
- e) Redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas;
- f) Redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito;
- g) Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz;
- h) Promoção do Desenvolvimento Sustentável.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)⁸ define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade.

A Política Nacional de Atenção Básica, regulamentada pela Portaria GM nº 648, de 28 de março de 2006, caracteriza-se por desenvolver um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamentos) que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde.

⁸ Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006.

A estratégia de Saúde da Família visa a reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família deve:

- Ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que atuam as Equipes Saúde da Família;
- Atuar no território realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;
- Desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizada com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- Buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias;
- Ser um espaço de construção de cidadania.

A Atenção à Saúde da pessoa idosa na Atenção Básica/Saúde da Família - quer por demanda espontânea, quer por busca ativa que é identificada por meio de visitas domiciliares - deve consistir em um processo diagnóstico multidimensional.

Esse diagnóstico é influenciado por diversos fatores, como o ambiente onde o idoso vive a relação profissional de saúde/pessoa idosa e profissional de saúde/familiares, a história clínica - aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais - e o exame físico.

Na Atenção Básica espera-se oferecer à pessoa idosa e à sua rede de suporte social (incluindo familiares e cuidadores, quando existentes), uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, respeito às culturas locais, às diversidades do envelhecer e à diminuição das barreiras arquitetônicas, de forma a facilitar o acesso⁹. A adoção de intervenções que criem ambientes de apoio e promovam opções saudáveis são importantes em todos os estágios da vida e influenciarão o envelhecimento ativo.

Cabe ressaltar que, com base no princípio de territorialização, a Atenção Básica/Saúde da Família deve ser responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas idosas que estão na sua área de abrangência, inclusive as que se encontram em instituições públicas ou privadas.

Diante do envelhecimento populacional, muitas ações estão sendo planejadas para atender às demandas emergentes. Nesse contexto, a Organização Mundial de Saúde propôs, em 2004, um projeto denominado “*Towards Age-friendly Primary Health Care*”, cuja proposta é adaptar os serviços de atenção básica para atender adequadamente às pessoas idosas, tendo como objetivo principal a sensibilização e a educação no cuidado primário em saúde, de acordo com as necessidades específicas dessa população.

São três as áreas de atuação previstas nesse projeto:

1ª. Informação, Educação, Comunicação e Treinamento:

Por meio de treinamento busca-se melhorar a formação e as atitudes dos profissionais de saúde de modo que possam avaliar e tratar as condições

⁹ Conforme proposto no *Manual de Estrutura Física*, do Ministério da Saúde, 2006.

que afligem pessoas idosas fornecendo ferramentas e fortalecendo-as na direção de um envelhecimento saudável.

2ª. Sistema de Gestão da Assistência de Saúde:

Organização da gestão do serviço da Atenção Básica, de acordo com as necessidades das pessoas idosas.

3ª. Adequação do ambiente físico:

Tornando-o mais acessível para as pessoas que possuam alguma limitação funcional.

a. Idade e gênero como antecedentes de risco socioeconômico que agravam os efeitos das perdas associadas ao envelhecimento

A idade é um indicador importante da boa qualidade de vida na velhice. Para idosos na fase inicial da velhice (60-70 anos) e com razoáveis condições socioeconômicas existem boas chances de continuidade da atividade laboral e da produtividade; de bom ajustamento físico e mental; de reservas de capacidade para novas aprendizagens, mormente quando a linguagem e as especialidades profissionais ajudam; de excelência em capacidade de lidar com problemas existenciais; de boa qualidade para administrar as perdas da velhice e de bons níveis de bem-estar subjetivo.

No entanto, nos anos mais avançados da velhice observa-se uma descontinuidade em relação ao funcionamento típico da velhice inicial: os idosos ficam mais expostos à síndrome do estresse crônico, à fragilidade, à incapacidade e à multimorbidade; a perdas irreversíveis no potencial cognitivo/

capacidade de aprender e à maior probabilidade de terem demências¹⁰.

No que tange ao gênero, o maior número (absoluto e relativo) de mulheres idosas é comum em muitos países, inclusive o Brasil. Em 1995, a razão de sexos¹¹ nos países desenvolvidos era de 63%. Nos países em desenvolvimento situava-se em 88% e no Brasil em 82%¹². Segundo Camarano, Kanso, Leitão & Mello (2004), 55% das pessoas idosas no Brasil são mulheres; quanto mais idoso, maior é o contingente feminino, principalmente nas áreas urbanas. Nas áreas rurais os homens não apenas são mais numerosos, como estão mais expostos ao abandono e ao isolamento.

De modo geral, as mulheres têm maior probabilidade de ficarem viúvas e se defrontarem com uma em situação econômica adversa. A maioria das brasileiras idosas de hoje não teve, ao longo da vida, emprego remunerado e com carteira assinada, o que aumenta a desvantagem. Em contrapartida, nas zonas urbanas, aumenta o número de famílias chefiadas por mulheres; são elas que mais freqüentam os grupos de convivência, que participam de movimentos sociais, que viajam mais e desfrutam de várias atividades de lazer; são elas, igualmente, que mais se dedicam a trabalhos remunerados temporários e a trabalhos voluntários.

Pesquisas internacionais mostram claramente que, em todas as idades, quanto mais alto o nível socioeconômico, melhor a saúde. Sabe-se também que a desigualdade social afeta diferencialmente e de forma peculiar a distribuição de recursos na velhice. Sobrevivem por mais tempo os idosos que tem mais recursos (Alwin & Wray, 2005). Além disso, quando as sociedades conseguem controlar doenças e retardar a morte, os benefícios não se distribuem

¹⁰ Entre os nonagenários a prevalência de demências é de cerca de 50% (Baltes & Smith, 2003).

¹¹ **Razão de Sexo:** expressa o número de pessoas do sexo masculino para cada grupo de 100 pessoas do sexo feminino. É obtida através do quociente entre as populações masculina e feminina por grupos de idade. (IBGE, 2004)

¹² IBGE, 2006.

igualmente por todos os segmentos sociais. São beneficiados seletivamente os que têm mais educação, dinheiro, poder, prestígio e relações sociais que os favorecem (Phelan & Link, 2005).

A pobreza, a baixa escolaridade e o baixo nível ocupacional expõem os idosos ao estresse crônico derivado da maior exposição ao risco de sofrer maus tratos, negligência, abandono, violência urbana, acidentes, isolamento, discriminação por idade nos serviços públicos, enchentes, deslizamentos e outros eventos não normativos e incontroláveis. Os efeitos destes estressores podem ser potencializados pela presença de doenças somáticas, dores crônicas, depressão, incapacidade física, déficits sensoriais e demências. Sob estas condições, diminuem as possibilidades de atuação preventiva ou controladora dos efeitos dos eventos estressantes. Em consequência, aumenta a probabilidade de instalação de um estado de desamparo e de baixo senso de auto-eficácia. A consequência é um círculo vicioso de pobreza, fragilidades biológicas e psicológicas e outros eventos incontroláveis (Néri & Fortes, 2006).

Mesmo sob condições de vida mais favoráveis, a idade expõe os idosos a eventos estressantes derivados das perdas nos domínios da saúde, da funcionalidade física, do funcionamento intelectual, do exercício de papéis e das relações de trocas sociais.

Na velhice, quanto mais as perdas forem adversas, de difícil manejo e incontroláveis, maior será seu potencial para causar problemas de adaptação, depressão, infelicidade e isolamento. Ao mesmo tempo, os idosos estão expostos a demandas intrapsíquicas específicas dessa fase da vida, tais como medo da morte, preocupação pelo bem-estar de entes queridos, preocupação em relação à dependência, solidão, mágoas e tristeza por objetivos não atingidos.

Lidar com as perdas também requer a intervenção de mecanismos adaptativos, até porque elas interagem com outras demandas de saúde e com demandas ambientais, familiares e sociais. A diminuição da plasticidade comportamental e da resiliência biológica que ocorrem na velhice faz com que, como grupo, os idosos sejam relativamente mais vulneráveis aos efeitos dos eventos estressantes. Entretanto, existe expressiva variabilidade quanto à maneira como homens e mulheres idosos, com idade mais ou menos avançada e pertencente a diferentes níveis socioeconômicos, respondem a experiências estressantes de natureza interna ou externa. Essa variabilidade é afetada pela atuação dos mecanismos de auto-regulação de *self* e pelo senso de ajustamento psicológico derivado de processos de auto-avaliação. Em interação com os recursos sociais, os de ordem pessoais moderam os efeitos dos fatores de risco biológico e socioeconômico sobre o bem-estar subjetivo (Krause, 1999)

3. O Bem-Estar Subjetivo

Na taxonomia de Lawton (1982; 1991), o bem-estar subjetivo é um dentre os quatro domínios da qualidade de vida na velhice. Os outros três domínios são as competências comportamentais, as condições objetivas do ambiente físico e a qualidade de vida percebida em comparação com os recursos sociais disponíveis e com as expectativas sociais e individuais. O senso de bem-estar subjetivo reflete a avaliação pessoal sobre a dinâmica das relações entre esses três domínios. Reflete igualmente a qualidade da experiência emocional - positiva ou negativa - que deriva da avaliação que o idoso faz da qualidade de sua vida.

Há quatro aspectos centrais ao conceito de bem-estar subjetivo:

- a) Os pertencentes ao âmbito da experiência privada, sendo relativamente independentes da saúde, conforto e riqueza;

- b) As medidas do bem estar subjetivo incluem tanto avaliação global quanto avaliações de domínios específicos, tais como saúde física e mental, relações sociais e espiritualidade;
- c) O bem-estar subjetivo inclui afetos positivos e negativos; são menos estáveis do que a satisfação, uma vez que podem ser afetados por eventos situacionais;
- d) As avaliações subjetivas de qualidade de vida são mediadas pela personalidade entendida como um sistema de predisposições de base biológica que determina o nível de alerta, a excitabilidade, a intensidade e a qualidade das respostas emocionais, além das formas habituais da pessoa se comportar e da estrutura de conhecimentos sobre si mesmo. Esta estrutura é o *self*. O *self* é construído socialmente, sendo capaz de modificar o ambiente, de avaliar a qualidade do ajustamento às demandas ambientais e internas e de regular as crenças e ações do indivíduo (Néri, 2002).

O que as pessoas idosas dizem sobre sua qualidade de vida ou a pontuação que lhe atribuem em escalas numéricas reflete a discrepância auto-percebida entre as suas expectativas e o que conseguem ser, ter ou fazer. No caso do bem-estar subjetivo, as comparações são feitas com base em valores pessoais e socioculturais, no bem-estar desfrutado no passado e no bem-estar desfrutado por outras pessoas da mesma idade. Quando há congruência entre o real e o esperado tende a ocorrer emoções positivas como satisfação, felicidade, prazer e entusiasmo e a diminuir emoções negativas, como insatisfação, infelicidade, desgosto, raiva, inveja, tristeza e ansiedade. Por outro lado, a incongruência entre o real e o esperado pode diminuir os afetos positivos e aumentar os negativos. A percepção de congruência entre o real e o esperado conduz ao senso de controle sobre o ambiente e aos sentidos de auto-eficácia e auto-estima elevados. O senso de ajustamento pessoal é, assim, um elemento que interage com a satisfação e com as emoções. Em conjunto, eles

interagem com o senso de qualidade de vida.

Com o envelhecimento, as pessoas passam a experimentar e a demonstrar emoções com menos intensidade e variedade; passam a ter menor capacidade de decodificação de expressões emocionais. Longe de significarem simplesmente perda, essas alterações são de natureza adaptativa na medida em que permitem aos idosos poupar recursos já escassos, canalizar os remanescentes para alvos relevantes e aperfeiçoar seu funcionamento afetivo e social. Tal processo se reflete em maior capacidade de calibrar o efeito da intensidade dos eventos, de integração entre a cognição e afetividade, de mecanismos de defesa mais maduros, maior utilização de estratégias pró-ativas e em maior satisfação com a vida (Carstensen, 1993).

Em clássica revisão de literatura, Diener & Suh (1997) apontaram dados comparativos que contribuem para a compreensão da relação entre variáveis objetivas e subjetivas na determinação do bem-estar subjetivo na velhice. São eles:

- ✓ Eventos subjetivos têm mais relação com o bem-estar subjetivo dos idosos do que eventos objetivos, tais como renda e saúde física.
- ✓ O bem-estar não declina com idade, apesar do declínio em recursos tais como saúde, status conjugal e renda.
- ✓ Os adultos jovens avaliam mais negativamente sua qualidade de vida do que os idosos. Para isso, uma possível explicação seria que os jovens são mais exigentes porque tem mais acesso a facilidades, o que faz com que valorizem mais que os idosos o prazer e a satisfação pessoal. Outra explicação é porque os idosos têm mais resistência à frustração ou porque aprenderam a selecionar alvos mais relevantes aos seus objetivos.
- ✓ Os idosos ajustam as suas metas aos seus recursos e competências e,

com isso, tem expectativas de realização e prazer mais baixas do que os jovens.

- ✓ Na velhice, a presença de doenças e incapacidades que determinam restrições no acesso à estimulação prazerosa e ao envolvimento social determina diminuição de afetos positivos.
- ✓ Ao contrário do que ocorre na juventude, na velhice a diminuição de experiências prazerosas não é correlacionada com o aumento de emoções negativas.
- ✓ A restrição das experiências emocionais na velhice é um mecanismo adaptativo, uma vez que os idosos não são mais capazes de responder intensamente às situações que o afetam.
- ✓ Os homens idosos apresentam níveis de satisfação global com a vida ligeiramente mais alta do que as mulheres.
- ✓ As gerações mais velhas apresentam níveis mais baixos de afetos positivos do que as mais jovens, mas os índices de emoções negativas não são muito diferentes entre jovens e idosos de diferentes gerações.

Entre idosos acima dos 85 anos, os mais insatisfeitos são as mulheres, os com pior saúde percebida, os viúvos e os institucionalizados. Embora mais longevas e socialmente mais envolvidas, as mulheres são mais oneradas do que os homens por doenças, dores crônicas, risco de quedas, incapacidade funcional, depressão e responsabilidades pelo cuidado de outros idosos. Elas têm seus problemas agravados por serem geralmente mais pobres e de nível educacional mais baixo do que os homens (Baltes et al, 1999). Talvez essas associações expliquem os registros comuns - em todo o mundo - de níveis mais baixos de satisfação entre as mulheres do que entre os homens. Uma explicação alternativa para a maior insatisfação das mulheres é que existem diferenças de gênero relativas à expressão verbal e emocional; diferenças relacionadas às distintas formas de socialização adotadas para homens e mulheres. A maneira como as mulheres são sociabilizadas facilitaria o

desenvolvimento de repertórios emocionais, incluindo a maior permissão para discriminar e relatar emoções e para se queixar.

A literatura internacional recente registra relações positivas entre satisfação na velhice e boa saúde, extroversão, senso de liberdade e de crescente experiência, crença na capacidade de manejar a própria vida, boas relações com os filhos, contato com a família e com outras pessoas (Hilleras, 2001); envolvimento social, mesmo na presença de perdas em saúde e de incapacidade, principalmente porque os portadores de incapacidade compensam sua baixa funcionalidade física colocando mais ênfase nas relações e nas atividades sociais (Jang, 2004); otimismo mediado por bom status financeiro, boa saúde mediada por otimismo, auto-estima elevada e relações sociais harmoniosas, estas últimas relacionadas à percepção de independência e mesmo de interdependência em relação aos outros (Leung, 2005); boa qualidade da rede de relações sociais, alta satisfação com a saúde física e alto senso de estar no controle da própria vida; desempenho de trabalho voluntário; altruísmo; frequência à igreja e crença de que a religião ajuda a enfrentar as adversidades associadas ao pertencimento a uma raça ou etnia minoritárias. A observância dos preceitos de uma religião pode ser fonte de *status* social, respeito e poder no grupo social e resulta em melhor funcionamento e alta satisfação com a vida. Associa-se igualmente com baixa exposição a eventos estressantes e senso de auto-eficácia no uso de estratégias de enfrentamento.

4. O Auto-Conceito

Sinônimo de auto-descrição, de auto-definição e de auto-conhecimento, tem função adaptativa e reguladora na medida em que contem traços, valores, memórias episódicas e semânticas sobre o *self*, controlando o processamento da informação relevante à manutenção da sua continuidade e estabilidade.

Permite às pessoas avaliarem-se e projetarem cenários possíveis para sua vida, planejarem e avaliarem o desempenho de papéis e estabelecerem metas de vida (Pinquart & Sorensen, 2001). Permite também que as pessoas avaliem o cumprimento de tarefas evolutivas e expectativas pessoais e sociais associadas ao gênero e à idade.

Existe grande quantidade de dados empíricos indicando que o bem-estar subjetivo e o auto-conceito das mulheres são mais negativos do que o dos homens. As razões para tanto residem em fatos bem conhecidos: as mulheres são mais doentes, dependentes, sozinhas, pobres e queixosas do que os homens; tem expectativas mais baixas, tendem a ser consideradas menos atraentes e são menos valorizadas do que os homens.

Ao perguntar a uma pessoa o que ela é ou ao pedir que fale a respeito de si, criamos condições para que ela descreva suas formas de interação com o ambiente e consigo mesma e para que ofereça informações auto-avaliativas. Em grupos mais jovens, as descrições mais comuns dizem respeito aos papéis sociais, às características físicas e às relações sociais. Entre pessoas mais velhas as descrições mais freqüentes dizem respeito à saúde, à vida familiar, às atividades cotidianas, às experiências de vida, à personalidade, a valores e crenças. Poucos idosos falam sobre a aparência física e a morte, o que contrasta com as descrições que os jovens fazem dos idosos. A maioria das descrições localiza-se no presente, não no passado. As avaliações positivas são muito mais numerosas do que as negativas. Os idosos costumam comparar-se consigo mesmo no passado; concluem que continuam os mesmos. Mas é comum dizerem que se sentem mais jovens do que realmente são embora a maioria confesse que gostaria de parecer mais jovens. A maioria dos idosos tem projetos para o futuro e são capazes de descrever cenários futuros em que se vêem ajudando os outros, sendo boas pessoas e, principalmente, não sendo dependentes (Smith & Baltes, 1999).

5. A Auto-Estima

Quando o auto-conceito é sinônimo de auto-descrição, a auto-estima é auto-valorização relacionada a vários domínios da vida, tais como o trabalho, a aptidão física e a família. Deriva de auto-avaliações baseadas na competência, na posse de atributos culturalmente valorizados como positivos ou negativos, no alcance de status, no cumprimento de expectativas individuais e sociais, em comportar-se de acordo ou em desafiar os estereótipos de idade (Bandura, 1997). A auto-estima tem várias fontes e é fortalecida ou enfraquecida por mecanismos de comparação social e por reforçamento ou punição auto-administrados ou extrínsecos.

Reitzes & Mutran (2006) estudaram a estabilidade da auto-estima ao longo dos dois anos em que ocorreram mudanças em papéis parentais, laborais e relativos a amizades para o grupo de idosos pesquisados. Seus dados mostraram que boas condições de saúde, ocupacionais, econômicas e educacionais encorajam mudanças positivas na auto-estima e que, quando presentes, nem gênero, nem eventos de transição – a exemplo da aposentadoria - provocam mudanças nesta condição do *self*. No entanto, quando a saúde e a funcionalidade mudam a ponto de afetar os papéis parentais e conjugais, dificilmente os demais papéis são suficientes para compensar as perdas e a auto-estima declina.

6. A Auto-Eficácia Percebida

A percepção de auto-eficácia envolve crenças na própria capacidade de organizar e executar os cursos de ação requeridos para alcançar determinados resultados. Combina o senso de competência e de confiança nas próprias habilidades e medeia o controle sobre os eventos dos mundos físico, social e

privado de pessoas de todas as idades (Bandura, 1997).

O estudo de Knipscheer e colaboradores (2000) testou o modelo de Lawton sobre competências comportamentais na velhice, segundo o qual elas são função da interação dos recursos pessoais com o ambiente, que pode ser alterado pelos idosos. Os dados foram coletados com 2712 indivíduos entre 55 e 85 anos (M=70,3) que compunham a amostra do *Longitudinal Aging Study Amsterdam*. O estudo mediu a capacidade funcional, o grau de urbanização da comunidade e a proporção de pessoas no âmbito da residência para adaptá-la à capacidade funcional dos idosos. Mediu, também, o senso de auto-eficácia, a ajuda da vizinhança para os cuidados pessoais, a participação em organizações voluntárias e a presença de sintomas depressivos. O modelo de Lawton foi confirmado pelos dados sobre o ambiente, a auto-eficácia e os desempenhos. Sintomas depressivos estiveram mais relacionados com viver em área mais urbanizada, não ser capaz de fazer serviços de casa, ter baixo senso de auto-eficácia, não sentir-se seguro, receber ajuda de outrem e ter poucos contatos sociais na vizinhança, particularmente quando esses fatores estavam relacionados com baixo status funcional. Os dados desse estudo confirmam que ser capaz - e sentir-se capaz - de influenciar o ambiente é importante para comportamentos pró-ativos e à conseqüente diminuição de comportamentos depressivos em idosos com baixa capacidade funcional.

Não dispomos de dados brasileiros, de natureza epidemiológica, sobre a resiliência emocional de idosos com capacidade funcional, aspecto que Pennix e colaboradores chamaram de “vitalidade emocional” (1998). Estes autores analisaram dados demográficos, de saúde, de incapacidade funcional e do contexto social de amostra de 1002 mulheres de 65 a 85 anos e mais, as mesmas que haviam participado da primeira leva de medidas do *Women’s Health and Aging Study*. Todas tinham dificuldade para desempenhar pelo menos duas AVD’s. A “vitalidade emocional” foi definida em termos de senso de

domínio pessoal, de felicidade e baixos escores em depressão e em ansiedade. Os dados revelaram que 35% das participantes pontuaram alto em vitalidade emocional. Dentre estas, metade eram idosas jovens e com baixa incapacidade funcional; 18,9% destas idosas que apresentavam alta resiliência foram encontradas entre as mais velhas e mais incapacitadas. Controlando-se o *status* funcional, as variáveis mais associadas com a vitalidade emocional foram: raça negra, alta renda, bom status cognitivo, não ter problemas visuais, suporte social adequado e numerosas possibilidades de contato face-a-face. A experiência de mais de um evento negativo no último ano esteve associada à menor resiliência emocional.

A questão central à preservação do senso de auto-eficácia em idosos é a avaliação das próprias capacidades para desempenhos afetados por perdas nas funções biológicas que declinam por causa da idade ou por doenças associadas à idade. Idosos que vivem em sociedades que depositam na juventude um valor supremo e que, em consequência, adotam estereótipos negativos em relação à velhice, têm o seu senso de auto-eficácia particularmente mais desafiado. Nestes contextos, a idade cronológica adquire grande importância não só como elemento para categorizar as pessoas como “idosas”, mas também como elemento explicativo para o seu desempenho cognitivo e social. Como se acredita que a velhice acarreta um obrigatório declínio nas competências cognitivas, criam-se barreiras à participação social das pessoas mais velhas antes mesmo que eventuais incapacidades se instalem. Ao longo de suas vidas, as pessoas aprendem a ter expectativas compatíveis com essas crenças e com as práticas sociais correspondentes, ou seja, aprendem que é normal perder competência e iniciativa na velhice. Muitas se antecipam ou potencializam pequenas perdas e passam a se comportar e a pensar sobre si mesmas como se realmente fossem incapazes. Semelhantes processos se fazem presentes no funcionamento cognitivo, no manejo da capacidade funcional e nos auto-cuidados com a saúde, com evidentes efeitos

negativos sobre o bem-estar.

Na velhice, a percepção de auto-eficácia pode aumentar/diminuir ou permanecer estável, enquanto as pessoas movem-se nos vários contextos sociais e na medida em que vão mudando em termos biológicos e comportamentais. Os idosos mudam em relação às suas aspirações e perspectivas e aos seus arranjos sociais e domiciliares. Mudam quanto à forma como estruturam, regulam e avaliam suas vidas. As crenças de auto-eficácia aos poucos se amoldam às novas condições pessoais e contextuais desencadeadas pelo envelhecimento. Criam-se novas crenças sobre as próprias capacidades e sobre os recursos ambientais disponíveis.

Dado o papel compensatório em relação às perdas que elas podem desempenhar incentivar a noção de auto-eficácia é de especial importância para o bem-estar dos idosos. Importante também é o seu papel “amortecedor” em relação ao manejo do ambiente. O senso e a auto-eficácia são igualmente relevantes para a manutenção das redes sociais. Estas são de grande ajuda quando é necessário que o idoso enfrente ou se recupere do impacto de eventos estressantes.

Apesar da diminuição de algumas capacidades, há muitos mecanismos para que os idosos sustentem o senso de auto-eficácia. Exemplos destes mecanismos são a comparação social, o uso seletivo de informações baseados nas experiências acumuladas, a valorização de domínios do funcionamento no qual preservam funcionalidade e a minimização da importância dada àqueles em que tem menor domínio.

Um dos aspectos essenciais do conceito de qualidade de vida é seu caráter subjetivo. Critérios individuais e socioculturais são utilizados como base para a realização de comparações temporais ou sociais em relação aos mais

variados aspectos da vida que tem relevância para as pessoas, conforme suas características de gênero, idade, classe social, renda, escolaridade, saúde, cognição, personalidade e história de vida. O resultado exprime um valor positivo ou negativo, o que confere a este conceito um caráter atitudinal. Como tal, ele funciona como elemento que predispõe à ação, regula o investimento de esforço e modula o senso de bem-estar, tanto de indivíduos quanto de coletividades. Isso vale para adultos de quaisquer idades, inclusive para os idosos.

O que singulariza a avaliação subjetiva da qualidade de vida em cada idade são os temas evolutivos prevalentes em cada época da vida; temas que guardam relação com o funcionamento global das pessoas e com suas relações com a sociedade. Como as outras fases do curso de vida, a velhice comporta diferenciações. As principais dizem respeito à descontinuidade do funcionamento, ao aumento do risco de vulnerabilidade e ao aumento da necessidade de regulação das perdas, à medida que as pessoas vão se aproximando do limite da expectativa de máxima duração da vida, na sociedade e no tempo histórico em que vivem. Ao mesmo tempo, as sociedades ainda não criaram uma forma de assegurar aos idosos o mesmo conjunto de direitos e de oportunidades oferecidos para as *coortes* em idade produtiva, o que faz da velhice um período de relativo afastamento social e de carências.

É claro que os idosos sabem disso e vivem não só quando idosos, mas durante toda a vida, ao longo da qual aprendem os significados de ser e de parecer idoso e de lidar com os temas e as vicissitudes dessa fase. É certo que a maioria sabe, ainda que de forma intuitiva, pois só uma minoria tem acesso e usa informações científicas e políticas sobre a velhice para se relacionar com ela. Porém, todos “sabem” sobre a velhice, o que se reflete nas relações com a saúde física, a cognição, a independência, a autonomia, a atividade, a participação social, as relações sociais e familiares, os recursos financeiros, os

recursos médicos, o *status* social, a religiosidade, o senso de significado e a felicidade.

Um segundo aspecto essencial do conceito de qualidade de vida é a multidimensionalidade, ou seja, ao fato de envolver os vários aspectos da vida, segundo os temas evolutivos mais salientes para indivíduos e grupos vivendo num dado contexto sócio-histórico. Assim, hoje, para adultos de todas as idades, a avaliação da qualidade de vida está relacionada ao estar bem nos domínios físico, psicológico, de renda, das relações sociais, de ambiente físico/social e de aspectos espirituais, religiosos e crenças pessoais¹³.

No estudo de Rosa (2006), em que se perguntou a 748 idosos ativos da comunidade o que entendiam por velhice saudável, apareceram oito temas, cada um com várias categorias:

- ✓ Saúde e independência física e mental (ausência de doenças, doenças compensadas, competência física, competência cognitiva e saúde compatível com a idade);
- ✓ Envolvimento ativo com a vida (atividades de lazer e as produtivas);
- ✓ Bem-Estar subjetivo;
- ✓ Ajustamento psicológico (auto-aceitação, autodeterminação, auto-realização, qualidade pessoal, domínio, e espiritualidade e religiosidade);
- ✓ Relações sociais positivas (relações familiares harmoniosas, apoio social, amizades e companheirismo);
- ✓ Orientação ao bem-estar dos semelhantes (responsabilidade para com os amigos e parentes e com o próximo);
- ✓ Presença de recursos;
- ✓ Negação da possibilidade de velhice bem-sucedida.

¹³ Como registrado no instrumento transcultural de medida de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (The WHOQOL Group, 1998).

Um terceiro aspecto do conceito de qualidade de vida, derivado dos exemplos acima, é que ele não só é contextualizado social e historicamente, como é controlado por aspectos específicos do ambiente em que é avaliado.

Capítulo III

QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS: CONCEITUAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

A qualidade de vida é reconhecida como um dos objetivos centrais do atendimento em saúde. Historicamente, o desenvolvimento desse conceito percorreu distintas fases de interesse científico; fases que deram origem a um solo fértil e dinâmico, levando ao estabelecimento de um sólido corpo teórico e prático, sem que, no entanto, se tenha chegado próximo de um consenso conceitual. Por se tratar de um amplo tema, a qualidade de vida tem sido estudada a partir de perspectivas sociológicas e de saúde. No campo da saúde, a qualidade de vida pode ser considerada por parâmetros objetivos e/ou subjetivos. Os primeiros implicam avaliações que levam em conta parâmetros internos, embora referenciados a normas e a expectativas sociais de bem-estar.

1. Origem dos Estudos de Qualidade de Vida

As pesquisas sobre temas relacionados a construtos de percepção subjetiva da satisfação iniciaram-se na literatura internacional em 1953, com a publicação de uma série de estudos conduzidos por Jones, psicólogo norte-americano da Universidade de Harvard, e reunidos no livro *The Pursuit of Happiness* (Jones, 1953). Dando prosseguimento a esses estudos, Guryn e colaboradores (1960) estabeleceram que a satisfação e a felicidade envolvem dimensões positivas e negativas. Importante seria não somente a presença das primeiras, mas a ausência das últimas. Esses conceitos permanecem até hoje. A presença das dimensões positiva e negativa na composição do construto “felicidade” também ocorre no construto qualidade de vida.

Embora a preocupação com a qualidade de vida objetiva estivesse presente na literatura médica desde os meados dos anos 1900, a primeira citação do termo “qualidade de vida” levando em consideração estados subjetivos apareceu em um periódico médico apenas em 1966. Neste ano, Elkinton publicou um editorial no periódico *Annals of Internal Medicine* intitulado *Medicine And Quality of Life*; que criticava a prática médica vigente na época, por dar demasiado peso aos desenvolvimentos tecnológicos e técnicos em detrimento da preocupação com o bem-estar e o grau de satisfação que tais conquistas poderiam proporcionar aos pacientes. Três anos mais tarde foram incluídas, pela primeira vez, medidas subjetivas de satisfação e bem-estar (associadas à medição de desfechos objetivos clássicos) em uma pesquisa de campo que visava avaliar o impacto de um programa de tratamento comunitário nos Estados Unidos. A partir de então e de modo mais acentuado a partir da década de 1980, a necessidade de avaliação subjetiva de desfechos viria a ser focalizada pelo desenvolvimento dos conceitos teóricos do construto “qualidade de vida”.

A partir dos anos 1970 - principalmente nos anos 1990 - cresceu a ênfase na avaliação de resultados de intervenções em saúde a partir do ponto de vista do paciente. O ponto de partida dessa tendência foi um movimento de insatisfação entre pacientes norte-americanos que se viam como consumidores de serviços médicos inseridos num modelo excessivamente mercantilista de práticas de saúde. A insatisfação era relativa ao predomínio da tendência intervencionista focada em necessidades e indicações estritamente técnicas, mas despreocupada com o bem-estar, a autonomia e a satisfação do paciente.

Tal processo levou a mudança gradual nos parâmetros paliativos. Atualmente, em vários países desenvolvidos - nos Estados Unidos em particular - a subjetividade é um aspecto central da avaliação dos resultados de intervenções médicas por parte dos pacientes a elas submetidas, um processo

chamado de “*Resultados Referidos pelo Paciente*” (*Patient Reported Outcomes*).

Em suma, a valorização da percepção subjetiva - e não somente de parâmetros objetivos - bem como a ampliação do espectro das investigações na área da saúde para além de aspectos unicamente clínicos e focados em doenças e sintomas compuseram o panorama científico no qual emergiram o conceito de qualidade de vida e suas diferentes definições e utilizações no campo da saúde.

A despeito de haver consenso quanto à existência de aspectos objetivos e subjetivos, positivos e negativos na avaliação da qualidade de vida, e apesar de o domínio saúde ser considerado como uma de suas dimensões essenciais, o conceito de qualidade de vida no campo da saúde é explorado por distintas teorias que lhe conferem conceituações particulares, vinculadas a bases teóricas diversas.

2. Modelos Teóricos de Qualidade de Vida na Área da Saúde

Apesar das especificidades presentes, os modelos teóricos de qualidade de vida na área da saúde propostos por diversos autores compartilham questões básicas que permitem que sejam agrupados em dois grandes modelos.

O **primeiro** deles é o chamado **Modelo Funcionalista**. Baseia-se no entendimento de que a qualidade de vida depende principalmente de o sujeito apresentar habilidades adequadas, ou seja, desempenhar de forma satisfatória as tarefas que valoriza. Assim, a presença de doenças implicaria diminuição de qualidade de vida uma vez que impediria que o desempenho das funções se desse de modo plenamente satisfatório. Tal modelo serve como fundamento

aos instrumentos de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (*Health Related Quality of Life*), uma vez que estes são principalmente embasados na avaliação da capacidade funcional (McKenna & Whaley, 1998). Alguns autores propõem críticas a esse modelo, alegando que dados objetivos de incapacidade não demonstram associação com percepção de piora na qualidade de vida. Acreditam que a diminuição das habilidades funcionais não corresponde necessariamente a uma pior qualidade de vida.

O **segundo** modelo teórico de qualidade de vida é o denominado **Modelo de Satisfação**. Baseia-se na relação entre a expectativa do indivíduo e seu nível de realização. Derivado de investigações sociológicas e psicológicas de felicidade e bem-estar, este modelo afirma que a qualidade de vida está diretamente relacionada ao grau de satisfação em vários domínios definidos como importantes para o próprio sujeito. Calman (1984) afirma que o modelo baseia-se na discrepância (hiato) entre expectativas e realizações dos indivíduos; aponta que uma percepção de melhora da qualidade de vida pode decorrer do aumento das realizações ou da diminuição das expectativas. A estratégia adotada pelo indivíduo para implementar sua qualidade de vida depende de sua personalidade e de seu contexto cultural, podendo traduzir-se em sentimento de sucesso ou de resignação.

Em 1994, a Organização Mundial de Saúde (OMS), representada pelo Grupo WHOQOL, tornou público o conceito de qualidade de vida que adota. Esse conceito é a base para o desenvolvimento de seus instrumentos. Para a OMS, qualidade de vida é “*a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (The WHOQOL-Group, 1994; p.24-56).

A percepção subjetiva do indivíduo recebe especial destaque no conceito

de qualidade de vida da OMS e é incorporada em sua definição em três níveis. São eles:

- Primeiro Nível: diz respeito à percepção subjetiva de uma condição objetiva;
- Segundo Nível: relaciona-se com a percepção global subjetiva de funcionamento;
- Terceiro Nível: há uma avaliação específica da percepção subjetiva.

Para os teóricos do WHOQOL Group, o construto “qualidade de vida” é multidimensional. Por isso, os instrumentos da aferição de qualidade de vida desenvolvidos pela OMS são compostos de “domínios”, deixando claro que a qualidade de vida é um produto da interação de diversas áreas independentes da vida do indivíduo.

3. Qualidade de Vida em Idosos

O processo de envelhecimento e a vivência da velhice são experiências particulares de cada idoso. Em 1968, Erik Erikson definiu a velhice como uma etapa de luta pela resolução do conflito “integridade do ego” *versus* “desespero”, tema central do ajustamento das pessoas idosas assim como nas idades precedentes existem conflitos ou desafios evolutivos típicos.

Os estudos relacionados ao processo de envelhecimento e às características que lhe conferem boa qualidade de vida não são recentes. A década de 1940 testemunhou o início do interesse científico e o desenvolvimento conseqüente de estudos na área do envelhecimento saudável (ou do envelhecer bem), particularmente pela Escola de Chicago. Segundo seus pesquisadores, o envelhecer bem se caracteriza por estar satisfeito com o

status atual de vida e ter planos ou perspectivas para o futuro. A partir dos estudos desenvolvidos nesse contexto, a percepção da satisfação passou a ser central; graças aos dados teóricos e empíricos gerados pelo *Kansas City Studies of Adult Life*, a atenção voltou-se para a investigação dos efeitos da participação em atividades sobre o bem-estar em idosos.

Outro conceito de destacada importância é o de bem-estar psicológico e sua correlação com uma série de características na velhice. Diversos autores tem descrito, em estudos teóricos e empíricos, como estes fenômenos estão intimamente implicados na determinação de uma melhor qualidade de vida nos idosos. Entre as linhas de investigação já conduzidas, sobressaem-se a satisfação, o senso de controle, a auto-eficácia, os mecanismos de auto-regulação e a capacidade de lidar com o estresse (*coping*).

Mesmo diante do fato de não haver consenso em relação à definição de “qualidade de vida” e/ou de seus componentes, parece haver concordância com relação à presença de dois grupos de variáveis na determinação de qualidade de vida. O primeiro diz respeito aos mecanismos internos psicológicos e fisiológicos, produzindo grau de satisfação e gratificação na vida, tanto em nível pessoal como comunitário. O segundo refere-se aos fatores externos capazes de desencadear os primeiros.

Mais recentemente, com o destaque do construto qualidade de vida em diferentes populações clínicas (HIV, populações oncológicas, crianças), os pesquisadores na área da geriatria passaram a demonstrar interesse em determinar quais fatores são relevantes para a qualidade de vida em idosos. É notável a escassez de artigos científicos em bases de pesquisa; cabe destacar, por outro lado, que a maioria dos artigos científicos centrados na qualidade de vida em idosos trabalha com a presença de uma doença clínica como medidor de impacto de diversas intervenções.

Capítulo III

Da Fragilidade Biológica

As variações nas alterações fisiológicas relacionadas à idade tornam o envelhecimento uma experiência heterogênea e subjetiva. As interações de fatores pessoais, psicossociais e ambientais no curso de vida individual dificultam a delimitação de conceitos como envelhecimento saudável e envelhecimento com fragilidade. A capacidade física dos indivíduos que alcançam 100 anos de idade está diminuída em comparação à condição dos idosos mais jovens; no entanto, mais de 25% dos centenários são independentes segundo Ferrucci et. al. (2003).

A fragilidade está se tornando uma questão importante para os profissionais de geriatria e gerontologia; a literatura indica que está havendo maior interesse dos pesquisadores pelo tema nos últimos 20 anos.

Segundo Espinoza e Walston (2005), o conceito de fragilidade não é novo; recente é a sistematização das informações que possibilitam a observação de que um idoso está frágil e, conseqüentemente, vulnerável aos efeitos adversos de estresses considerados de menor impacto.

1. Modelos de Fragilidade

Segundo Woodhouse et. al (1998), o idoso frágil tem 65 anos ou mais, apresenta comorbidade e é dependente de terceiros para a realização das atividades de vida diária (AVDs). Duas das primeiras definições que utilizaram critérios para indicar a fragilidade foram escritas em 1991. A primeira, de Winograd et. al (1991), propõe que, para ser considerado frágil, o idoso deve

atender a um critério dentre vários, incluindo doença crônica incapacitante, estado de confusão, depressão, quedas, incontinência, desnutrição, úlcera de pressão e problemas socioeconômicos. A segunda, de Speechley e Tinetti (1991), indica que a fragilidade é observada quando no mínimo quatro das seguintes características são preenchidas: idade superior a 80 anos, depressão, instabilidade no equilíbrio e na marcha, uso de sedativos, redução da força nas articulações dos ombros e dos joelhos, déficits nos membros inferiores e perda de visão.

Observamos que a fragilidade indica uma condição de alto risco para conseqüências adversas como quedas, incapacidade, institucionalização e morte.

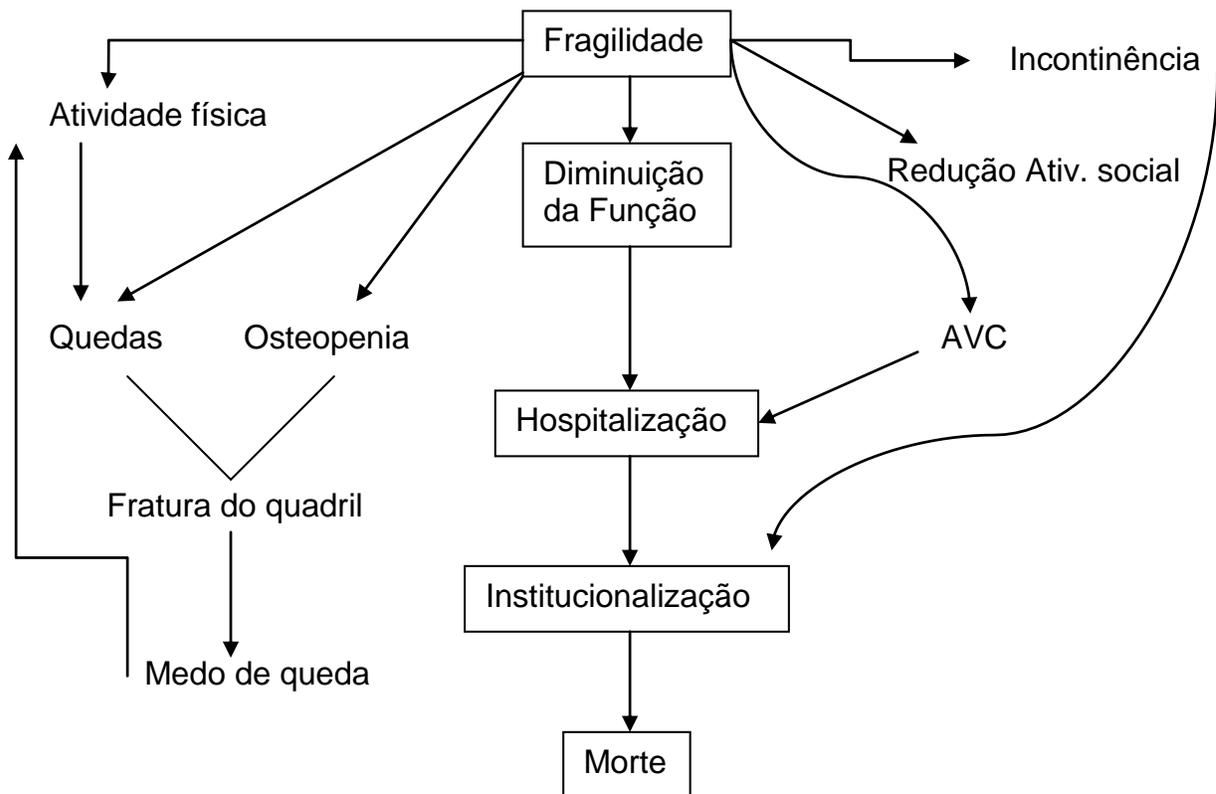


Fig. 3 – Conseqüências da fragilidade

A característica dinâmica da fragilidade pode ser apresentada em um *continuum* de gravidade que se inicia com alterações mínimas na manutenção da homeostase e evoluiu para uma condição que indica a proximidade da morte. Nesse *continuum*, caracterizado por estágios não demarcados, há possibilidade de prevenção da síndrome. Inicialmente, as manifestações clínicas são sutis em condições estáveis, mas em confronto com estresses (quadro clínico agudo ou lesão traumática, por exemplo), o idoso apresenta complicações no período de recuperação. Idosos no estágio avançado ou mesmo no estágio final estão em risco iminente para desfechos de saúde desfavoráveis, inclusive a morte.

Os sinais iniciais da fragilidade dificultam a percepção da necessidade de cuidados para evitar o desenvolvimento da síndrome e prevenir condições desfavoráveis à saúde. O grau de vulnerabilidade do idoso frágil é observado pela qualidade das respostas dinâmicas aos desafios advindos dos eventos estressores.

Torna-se necessário, portanto, estabelecer critérios que identifiquem as pessoas idosas que se encontram em uma condição sub-clínica da síndrome e, portanto, passíveis de intervenções preventivas com o objetivo de evitar ou postergar ao máximo a ocorrência de respostas adversas à mesma. Entre aqueles cuja síndrome já foi instalada, a adoção de critérios de avaliação específicos contribuirá para o adiamento ou a amenização de tais respostas permitindo preservar por mais tempo a autonomia e a independência funcional (FRIED; WALSTON, 2000).

Estima-se que de 10 a 25% de pessoas acima dos 65 anos e 46% acima dos 85 anos que vivem na comunidade sejam frágeis. Por ser considerada uma condição instável, acredita-se que para esse grupo a ocorrência de um evento

considerado de pequeno impacto em um ambiente não propício pode causar limitações no desempenho das atividades (declínio funcional) e resultar ou não na perda da autonomia (BORTZ, 2002).

Antes da década de 80, poucos estudos abordavam o tema "fragilidade"; por outro lado, "idoso frágil" não existia enquanto descritor no *Medical Subject Headings* (MeSH), sendo incluído somente em 1991. Segundo esse descritor, "*idosos frágeis são idosos que apresentam diminuição generalizada de força e são suscetíveis, de forma não comum, às doenças ou enfermidades*" (2006; p. 1102-9). A partir da segunda metade da década de 80, começaram a surgir inúmeras publicações relacionadas ao tema, sempre atribuindo ao "idoso frágil" características como idade ≥ 75 anos, maior vulnerabilidade, presença de déficit físico e/ou cognitivo, declínio funcional e ainda necessidade de assistência contínua. Por essa razão, fragilidade e incapacidade passaram a ser compreendidas como sinônimos, perdurando até hoje na compreensão do senso comum (TEIXEIRA, 2006).

Segundo o *National Institute of Aging* (2003), a partir de alguns resultados de estudos longitudinais que buscavam clarificar a seqüência de mudanças básicas relacionadas à fragilidade e suas conseqüências clínicas, incluindo a interação com doenças crônicas específicas, medidas preventivas relacionadas a doenças e agravos, fatores de risco e ao reconhecimento que muitos idosos alcançavam a velhice avançada em boas condições de saúde e de funcionalidade, essa associação passou a ser questionada com base em três grandes premissas:

- a) nem todas as pessoas com declínio funcional são frágeis;
- b) nem todas as pessoas frágeis apresentam declínio funcional;

- c) medidas preventivas parecem interferir na instalação dessa síndrome.

Dessa forma, a partir da década de 90, o conceito de "ser frágil" foi sendo gradativamente substituído pela condição de "tornar-se frágil", pois se passou a acreditar que a fragilidade poderia estar desvinculada das doenças crônicas, da dependência funcional e da necessidade de receber assistência social.

No final da década de 90, alguns pesquisadores passaram a reconhecer que a fragilidade seria uma precursora de incapacidade, institucionalização e morte com fortes evidências de diferenças étnicas e culturais e com importante impacto em saúde pública uma vez que poderia ser evitada ou revertida (FRIED; WALSTON, 1999). Fragilidade passou, então, a ser conceituada como um contínuo e complexo processo (biológico) que envolve interações com incapacidade, funcionalidade, desregulação neuroendócrina e fatores ambientais. As pesquisas passaram, então, a direcionar-se para auxiliar na decisão de quando intervir na trajetória "doença-incapacidade" de forma a prevenir, postergar ou reverter o processo incapacitante e evitar a instalação da síndrome (FRIED *et al*, 2001).

Bortz (2002) afirmou que a fragilidade seria conseqüência do acometimento de múltiplos sistemas, resultando em alteração na força muscular, na mobilidade, no equilíbrio, na resistência e ocasionando, conseqüentemente, declínio na atividade física de maneira distinta do envelhecimento. Com a introdução intervenções apropriadas este declínio mostrava-se reversível.

Observa-se um conjunto de pesquisadores que compreendem a fragilidade como uma síndrome fortemente biológica cujos sinais e sintomas poderiam ser precocemente identificados sendo assim passível de alteração em seus desfechos (WINOGRAD *et al*, 1991; SPEECHLEY; TINETTI, 1991; HAMERMAN, 1999; FRIED *et al*, 2001; LIPSITZ, 2002; BORTZ, 2002).

Por outro lado, outros pesquisadores reforçam a importância da multidimensionalidade dessa síndrome. Morley *et al* (2002) consideram, por exemplo, que fatores sociais como renda insuficiente, baixo nível de escolaridade e ausência de apoio social podem agravar a fisiopatologia da síndrome. Isso é reforçado por Markle-Reid e Browne (2003), para quem a fragilidade é fortemente influenciada pela pobreza. Para Woo *et al*. (2005), as condições socioeconômicas, o estilo de vida e a rede de suporte social são fatores modificadores que apontam para a possibilidade de reversibilidade da síndrome por meio de intervenções apropriadas. Rockwood (2005 a, b) reforça a característica multidimensional da síndrome e reconhece que a inter-relação de fatores biomédicos e psicossociais pode determinar sua ocorrência ou não. Essa característica multidimensional torna complexa a elaboração de uma única definição para fragilidade e um desafio tanto na prática clínica quanto na pesquisa.

Nos Estados Unidos, a Dra. Linda Fried e seu grupo (2001), da John Hopkins University, trabalharam na proposição de critérios objetivos mensuráveis para definir fragilidade em idosos a partir da hipótese de que esta representa uma síndrome que pode ser identificada a partir de um fenótipo. A partir desta proposição e de sua aplicação em um grupo de 5317 idosos com idade ≥ 65 anos que viviam na comunidade, esses autores observaram prevalência da síndrome de 6,9% e incidência de 7,2% em quatro anos, com predominância entre as mulheres. Segundo esses pesquisadores, **fragilidade** é uma síndrome clínica caracterizada pela diminuição da reserva energética e pela resistência reduzida aos estressores. Essa condição resulta de declínio

cumulativo dos sistemas fisiológicos e causa vulnerabilidade às condições adversas, por haver dificuldade de manutenção da homeostase em situações de exposição às perturbações tais como alterações de temperaturas ambientais e variações na condição de saúde.

São três as principais mudanças relacionadas à idade que estão subjacentes à síndrome:

- alterações neuromusculares (principalmente sarcopenia);
- desregulação do sistema neuroendócrino;
- disfunção do sistema imunológico

Os autores construíram um fenótipo relacionado à fragilidade que inclui cinco componentes com possibilidade de serem mensurados (FRIED *et. al.*; 2001):

1. perda de peso não intencional: $\geq 4,5$ kg ou $\geq 5\%$ do peso corporal no último ano;
2. fadiga auto referida utilizando duas questões da Escala de Depressão CES-D: *com que freqüência na última semana o(a) sr(a) sentiu que tudo que fez exigiu um grande esforço ou que não pode fazer nada;*
3. diminuição da força de preensão medida com dinamômetro na mão dominante e ajustada para gênero e Índice de Massa Corporal (IMC);
4. baixo nível de atividade física medido pelo dispêndio semanal de energia em kcal (com base no auto-relato das atividades e exercícios físicos realizados) e ajustado segundo o gênero;
5. diminuição da velocidade da marcha em segundos: distância de 4,5m ajustada para gênero e altura.

Foi demonstrado que a presença de **três ou mais componentes** do fenótipo estão presentes em **idosos frágeis** e que a presença de **um ou dois** componentes seriam indicativos de **alto risco de desenvolver a síndrome**.

Os principais componentes na retroalimentação negativa do ciclo apresentado são: subnutrição crônica, sarcopenia, declínio da força física e da tolerância ao exercício e declínio no gasto total de energia.

Segundo Fried (2004) fragilidade, comorbidade e incapacidade são condições clínicas distintas embora possam ocorrer simultaneamente. Tais condições representam respostas ou conseqüências da síndrome de fragilidade. O modelo considera que dois são os principais mecanismos responsáveis pelo alcance da condição frágil: as mudanças relacionadas à senescência e a presença de comorbidades.

A síndrome, segundo os pesquisadores é um **fator preditor independente** para quedas, dependência nas atividades de vida diária, hospitalização e morte.

2. Indicadores de Fragilidade e Medidas Preventivas

Segundo Rockwood (2005b), diante de diferentes definições de fragilidade três são as opções de trabalho possíveis e não excludentes:

1. Propor uma definição, verificar a coerência da mesma em relação à literatura científica e ampliar as possibilidades de aceitação por meio de consenso;
2. Aceitar a existência de muitas definições e a possibilidade de classificação das mesmas;
3. Selecionar uma definição anteriormente proposta e operacionalizá-la em estudos longitudinais.

Assim sendo e no aguardo de uma definição operacional mais conclusiva, optou-se nesse trabalho pelo modelo apresentado por Fried *et. al.* (2001), pois a partir do mesmo, que sugere a presença de um fenótipo, é possível a identificação precoce de sinais e sintomas que sugerem a instalação da síndrome. Frente a eles é possível a adoção de medidas de intervenção específicas que contribuam com a eliminação ou o adiamento desse processo.

O desafio atual é ampliar o conhecimento obtido nas pesquisas para os âmbitos da população e dos sistemas social e de saúde com o objetivo de buscar a redução da incidência, a prevalência e as conseqüências adversas da fragilidade na população de idosos, dado que o potencial de reversibilidade por intervenções é uma característica que distingue o envelhecimento da fragilidade (BORTZ, 2002). Segundo Fried *et. al.* (2005), é essencial investigar quais seriam os componentes comuns e distintos dos dois processos.

A detecção precoce de um ou dois sinais/sintomas (condição pré-frágil) contribuirá para evitar a instalação da síndrome a partir da adoção de intervenções específicas. Como fazer isso é a pergunta mais freqüente. Algumas considerações podem ser úteis. No contexto de saúde, a identificação dos referidos sinais e sintomas parece ser mais fácil desde que os profissionais estejam atualizados e sensibilizados para a importância da detecção precoce. O profissional, conhecedor dos sinais e sintomas da síndrome de fragilidade, conversa com a pessoa idosa e seus familiares desencadeando uma avaliação, por profissional especializado, com objetivo de detecção da síndrome e estabelecimento de intervenções precoces apropriadas e individualizadas. Para outro profissional, não conhecedor das características de instalação da síndrome, tais sinais poderiam passar de forma despercebida sem o desencadeamento de intervenção apropriada. Algum tempo depois, o grupo poderia ser informado que essa pessoa evoluiu para uma condição de maior

imobilidade, com comprometimento muscular significativo que resultou em queda com fratura, sendo necessário hospitalizá-la para cirurgia e, dado seu estado de saúde mais fragilizado, evoluiu para complicações pós-cirúrgicas culminando com um importante comprometimento funcional sendo necessária a contratação de um cuidador permanente para acompanhá-la. Isto mostra que a atenção e atuação pró-ativa dos profissionais que atuam com idosos podem fazer a diferença entre envelhecer com qualidade ou prolongar uma existência com incapacidades evitáveis.

3. Demandas de Cuidado Ocasionalmente por Fragilidade e Dependência na Velhice

A palavra “cuidado” deriva do latim *cogitare*, que significa imaginar, pensar, refletir, ter cuidado consigo mesmo e com sua saúde e sua aparência. Refere-se à atenção, proteção, preocupação, cautela, zelo, responsabilidade, atitudes e sentimentos que podem levar a uma relação entre as pessoas, isto é, a práticas e ações sociais comandadas por representações simbólicas relacionadas à solidariedade. Até meados dos séculos XVIII, essas representações estavam ligadas à religião.

Waldow (1996) afirma que, independentemente das razões que movem as pessoas para a ação do cuidar, os indivíduos cuidam porque são seres humanos. O cuidado profissional compreende os diferentes modos pelos quais, nos sistemas institucionalizados de saúde, as pessoas são expostas à ação dos profissionais de saúde.

De acordo com Orem (1991), as demandas de auto-cuidado são representações mentais direcionadas às ações necessárias à regulação e ao controle do funcionamento e do desenvolvimento humanos. As demandas de auto-cuidado podem ser compreendidas como expressões de ações a serem feitas por ou para indivíduos com o objetivo de controlar os fatores humanos e

ambientais que comprometem o funcionamento e o desenvolvimento humanos. Há três categorias de demandas de auto-cuidado, a saber:

- A. **Universais:** o conjunto de ações comuns a todos os seres humanos, durante os estágios da vida, ajustados à idade, ao estado de desenvolvimento mental e a fatores ambientais, para manter a estrutura e a funcionalidade humana. Devem ser vistos como fatores inter-relacionados, onde cada um afeta o outro. No idoso, a manutenção desse equilíbrio é dificultada por alterações envolvidas no processo de envelhecimento;
- B. **Desenvolvimento:** ações destinadas a suprir necessidades características das diferentes etapas do desenvolvimento humano ou advindas de uma condição ou, ainda, vinculadas a um evento. No idoso, essas ações podem estar ligadas a adaptações à aposentadoria ou ao trabalho, à aparência corporal, à perda e entes queridos, a perdas de papéis sociais e de vínculos sociais, mudança de residência, entre outros.
- C. **Desvio de saúde:** são ações que visam a atender necessidades que estão presentes em pessoas enfermas, incapazes ou em tratamento. A competência do idoso para o autocuidado irá depender da capacidade de criação e aprendizagem, da experiência de vida, da motivação e do julgamento.

As ações visando a apoiar o autocuidado podem ser definidas como ineficazes, estimativas ou produtivas. As primeiras dizem respeito ao fato de o autocuidado não acontecer ou de ser inadequado às necessidades. As segundas são relativas à investigação e ao planejamento do autocuidado. Por último há a competência produtiva, quando as ações são efetivamente

realizadas pela pessoa ou por seu cuidado.

4. Recursos pessoais e manejo da incapacidade e da dependência

A fragilidade e a incapacidade funcional são enormes desafios para a maioria das pessoas que envelhecem que, não por acaso, costumam pensar e dizer que tem mais medo desses eventos do que da própria morte. É em boa parte por isso que prestar cuidado a um familiar fragilizado e dependente mobiliza tantas emoções. A inversão de papéis e visualização de algo que a própria pessoa pode ter que viver no futuro acarreta medo, ansiedade, compaixão, tristeza, inconformismo e outras emoções penosas.

A situação de dependência e cuidado exige que os envolvimento acionem recursos pessoais, entre os quais uma parte importante são as crenças sobre si mesmo, justamente porque colocam o indivíduo em contato com o que acredita que é capaz de fazer para lidar com situações adversas. Assim, essas crenças funcionam como mediadores cognitivos construídos a partir das avaliações e percepções das situações vividas pelo indivíduo. As crenças de auto-eficácia influenciam o comportamento de três maneiras. Inicialmente, determinando decisões sobre o curso de ação a ser tomado, permitindo que a pessoa evite situações para as quais não se sente preparada e que se aproxime daquelas em que pensa que é eficaz. Em segundo lugar, exercem influência sobre o esforço despendido e a persistência do indivíduo diante de dificuldades e obstáculos. Por último, influenciam os padrões de pensamento e as reações emotivas nas relações que o indivíduo estabelece com seu meio ambiente. As pessoas que tem a percepção de que são incapazes para lidar com demandas do ambiente tendem a avaliar os eventos como mais ameaçadores do que aquelas que possuem confiança em sua auto-eficácia.

Essas crenças influenciam também a adesão a tratamentos clínicos e psicológicos e ao consumo de medicamentos. O processo de avaliação da eficácia pessoal depende em grande parte de comparação social, ou seja, confrontando o próprio desempenho com o de outras pessoas, o idoso pode avaliar melhor e tomar decisões sobre o próprio estado emocional e de saúde.

Crenças existenciais podem proporcionar ao idoso dependente e fragilizado condições de estabelecer uma relação mais positiva consigo mesmo, uma relação de auto-aceitação e de aceitação das condições de vida. Podem mitigar conteúdos emocionais e podem potencializar os recursos internos para lidar com as dificuldades. Porém, a pessoa também poderá avaliar negativamente sua condição, caso acredite em entidades sobrenaturais punitivas ou nos eventos adversos como castigo (Goldstein, 1995).

Os recursos internos e externos utilizados no enfrentamento de eventos estressantes são influenciados pelas experiências anteriores, pelas capacidades físicas, sociais, pelos recursos econômicos e condições de vida. Consistem em mudanças constantes no esforço comportamental e cognitivo de um indivíduo, para administrar ou gerenciar demandas internas e externas que são avaliadas como sendo exigentes ou excedentes aos recursos pessoais (Ruth & Coleman, 1996).

Na situação de dependência, um enfrentamento adaptativo refere-se à aceitação da irreversibilidade e da inevitabilidade das perdas e sua subordinação a um desígnio superior. Segundo Baltes & Silverberg (1995), o sucesso desse tipo de estratégia baseada na cognição ou na emoção não se baseia em ações instrumentais que visam a remover a ameaça ou a solucionar um problema, mas sim no manejo das próprias emoções. Os idosos podem manter o bem-estar subjetivo na medida em que conseguem aceitar as perdas inerentes ao seu estado de saúde e à sua fragilidade física, estabelecendo novos desejos e planos de vida.

Capítulo IV

OBJETIVOS

A investigação realizada para esta dissertação foi norteada pelos seguintes objetivos:

➤ GERAL

- ✓ Avaliar a qualidade de vida de idosos participantes de um grupo de promoção à saúde, por meio do questionário genérico do SF-36.

➤ ESPECÍFICOS

- ✓ Levantar o perfil epidemiológico dos integrantes do grupo;
- ✓ Descrever a população estudada, segundo variáveis sócio-econômicas.
- ✓ Identificar as demandas dos participantes do grupo de “promoção de vida”
- ✓ Investigar a relação entre “promoção da saúde” e “qualidade de vida”, em pacientes participantes do grupo de promoção à saúde de uma instituição privada de assistência médica de saúde, localizada na cidade de Guarulhos – SP.

Capítulo V

Abordagem Metodológica, Coleta de Dados, Resultados e Análise

1. Da Abordagem Metodológica

Diversamente do que é mais recorrente no Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia, da PUC/SP, a opção metodológica recaiu, aqui, sobre a abordagem quantitativa.

Essa opção resultou tanto da consideração dos objetivos propostos, ou seja, da afinidade que deve existir entre o que queremos investigar e os instrumentos que melhor atendem a estes objetivos, como do pressuposto de que existem vários caminhos para se chegar aos resultados pretendidos.

A este título, cabe lembrar que, apesar das muitas discussões sobre pesquisas orientadas qualitativa e/ou quantitativamente, “*não há quantificação sem qualificação*”, nem “*análise estatística sem interpretação*” (BAUER, M. W. & GASKELL, G; 2002; 24).

Para esses autores,

A pesquisa quantitativa lida com números; usa modelos estatísticos para explicar dados, e é considerada pesquisa hard. [...] É correto afirmar que a maior parte da pesquisa quantitativa está centrada ao redor do levantamento de dados (survey) e de questionários, apoiada pelo SPSS (Statistical Package for Social Survey Science) e pelo SAD (Statistics dor Social Sciences) como programas padrões de análise estatística. (BAUER, M. W. & GASKELL, G; 2002;23).

Os mesmos autores lembram, entretanto, a importância de superar a “*estéril polêmica entre duas tradições de pesquisa social, aparentemente competitivas*” (BAUER, M. W. & GASKELL, G; 2002; 23/24; grifos nossos).

Apoiando-se em uma metáfora, afirmam:

Se alguém quer saber a distribuição de cores num jardim de flores, deve primeiramente identificar o conjunto de cores que existem no jardim; somente depois disso pode-se começar a contar as flores de determinada cor. O mesmo é verdade para os fatos sociais. ((BAUER, M. W. & GASKELL, G; 2002;23).

2. Da Coleta de Dados e dos Sujeitos.

Foram aplicados os testes SF-36 (Anexos I, II e III) nos pacientes participantes do grupo de promoção à saúde de uma instituição privada de assistência médica de saúde, localizada na cidade de Guarulhos – SP.

A pesquisa teve o caráter de um *quasi experimento*; nela, a população foi o próprio “grupo controle”, fato que a revestiu de um rigor inquestionável, estabelecendo comparações entre grupos não equivalentes ou com os mesmos sujeitos antes do tratamento ou intervenção.

A coleta de dados foi realizada, conforme afirmação acima, em uma instituição privada de assistência médica de saúde. A instituição possui aproximadamente 200.000 vidas; destas, cerca de 10.000 tem idade igual ou maior de 60 anos. Este serviço fica localizado na cidade de Guarulhos, no Estado de São Paulo.

O Município de Guarulhos tem um território de 318 km²; possui 722.711 habitantes. Destes, aproximadamente 65.198 são idosos, o que corresponde a 9,02% da população total (Fonte: Fundação Seade¹⁴).

A coleta de dados ocorreu durante os encontros do grupo de promoção da saúde e foi realizada por um grupo multidisciplinar composto pela pesquisadora, um nutricionista, duas psicólogas, um educador físico e três enfermeiras.

O grupo em questão está implantado nesta instituição desde 2004. Possui um calendário anual de atividades e foi concebido e efetivado a partir das “dez dicas de ouro”¹⁵ da promoção da saúde. Os encontros ocorrem uma vez por semana e tem, cada um, a duração de 3 horas. O principal objetivo é transmitir, de forma lúdica, conhecimentos na área da promoção de saúde. Para a abordagem dos temas, bem como atividades participativas e comemorativas, são utilizadas diferentes metodologias.

Para a coleta de dados, o instrumento elaborado é composto de duas partes: a **primeira**, de levantamento de dados sócio-demográficos (sexo, idade, escolaridade, profissão/ocupação, dados econômicos e região de procedência); a **segunda**, de aplicação do questionário genérico SF-36.

Setenta e oito pessoas maiores de 60 anos e que freqüentaram o grupo por pelo menos dez encontros foram os sujeitos da pesquisa.

Inicialmente os participantes responderam os dados referentes às questões de identificação; em seguida, responderam ao questionário genérico de qualidade de vida (SF-36). O questionário genérico de qualidade de vida

¹⁴ Dados capturados do site, www.seade.gov.br/ Acessado em 05/10/2009.

¹⁵ Itens fundamentais de saúde.

(SF-36) foi reaplicado após a participação do indivíduo em 10 encontros do grupo de promoção da saúde.

Foram utilizados os critérios de inclusão e exclusão, abaixo descritos. Vale lembrar que todos os participantes foram informados detalhadamente sobre a investigação e sobre o procedimento; posteriormente, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)¹⁶, segundo a resolução específica do conselho nacional de saúde (nº 196/96).

➤ **Critérios de Inclusão:**

- ✓ Idade: maior ou igual a 60 anos;
- ✓ Participação igual ou maior em 10 encontros no programa de promoção à saúde;
- ✓ Autorização da divulgação de dados encontrados, por meio do termo de consentimento;
- ✓ Questionário totalmente respondido.
- ✓ Alfabetização mínima (Ensino médio)

➤ **Critérios de Exclusão:**

- ✓ Idade menor de 60 anos;
- ✓ Participação menor que 10 encontros no programa de promoção à saúde;
- ✓ Não autorização da divulgação de dados encontrados;
- ✓ Questionário respondido de forma incompleta.
- ✓ Não alfabetizados

¹⁶ Ver Anexo IV

3. RESULTADOS

Foram entrevistados setenta e oito idosos encaminhados para o programa de promoção à saúde, sendo excluídos os entrevistados que seguiam os critérios anteriormente descritos. Não houve diferença estatística da idade e sexo.

A descrição da amostra quanto aos dados demográficos e socioeconômicos dos 78 idosos entrevistados encontra-se na [Tabela 1](#).

Tabela 1 – Característica demográfica e socioeconômica da população de idosos do grupo de promoção à saúde, Guarulhos, SP (n=78)

Característica	<i>n</i>	Porcentagem
	<i>Sexo</i>	
Masculino	11	14,1%
Feminino	67	85,9%
	<i>Idade</i>	
Média	67,63 anos	
60-65 anos	37	47,43%
65-70 anos	22	28,20%
70-75 anos	10	12,82%
>75 anos	9	11,53%
	<i>Estado conjugal</i>	
Solteira(o)	2	47,43%
Casada(o)	57	28,20%
Viuva(o)	19	12,82%

A análise dos dados do instrumento utilizado S.F. 36 seguem nas tabelas realizadas em duas avaliações, que são demonstradas abaixo:

Tabela 2

LIMITAÇÕES POR ASPECTOS FÍSICOS - AVALIAÇÃO 1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	16	20,5	20,5	20,5
	25	4	5,1	5,1	25,6
	50	13	16,7	16,7	42,3
	75	15	19,2	19,2	61,5
	100	30	38,5	38,5	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

Tabela 3

LIMITAÇÕES POR ASPECTOS EMOCIONAIS - AVALIAÇÃO 1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	15	19,2	19,2	19,2
	33	19	24,4	24,4	43,6
	67	12	15,4	15,4	59,0
	100	32	41,0	41,0	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

Tabela 4

ESTADO GERAL DA SAÚDE - AVALIAÇÃO 1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	1,3	1,3	1,3
	10	2	2,6	2,6	3,8
	15	2	2,6	2,6	6,4
	20	2	2,6	2,6	9,0
	25	2	2,6	2,6	11,5
	30	8	10,3	10,3	21,8
	35	9	11,5	11,5	33,3
	40	8	10,3	10,3	43,6
	45	7	9,0	9,0	52,6
	50	12	15,4	15,4	67,9
	55	6	7,7	7,7	75,6
	60	6	7,7	7,7	83,3
	65	2	2,6	2,6	85,9
	70	3	3,8	3,8	89,7
	72	1	1,3	1,3	91,0
	75	2	2,6	2,6	93,6
	80	1	1,3	1,3	94,9
	85	2	2,6	2,6	97,4
	90	2	2,6	2,6	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

Tabela 5

ASPECTOS SOCIAIS - AVALIAÇÃO 1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	1,3	1,3	1,3
	13	1	1,3	1,3	2,6
	25	9	11,5	11,5	14,1
	38	11	14,1	14,1	28,2
	50	31	39,7	39,7	67,9
	63	14	17,9	17,9	85,9
	75	7	9,0	9,0	94,9
	88	3	3,8	3,8	98,7
	125	1	1,3	1,3	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

Tabela 6

LIMITAÇÕES POR ASPECTOS FÍSICOS - AVALIAÇÃO 2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	1,3	1,3	1,3
	25	4	5,1	5,1	6,4
	50	19	24,4	24,4	30,8
	75	23	29,5	29,5	60,3
	100	31	39,7	39,7	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

Tabela 7

LIMITAÇÕES POR ASPECTOS EMOCIONAIS - AVALIAÇÃO 2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	6	7,7	7,7	7,7
	33	7	9,0	9,0	16,7
	67	30	38,5	38,5	55,1
	100	34	43,6	43,6	98,7
	133	1	1,3	1,3	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

Tabela 8

ESTADO GERAL DA SAÚDE - AVALIACAO 2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	0	3	3,8	3,8	3,8
	5	2	2,6	2,6	6,4
	10	3	3,8	3,8	10,3
	15	6	7,7	7,7	17,9
	20	12	15,4	15,4	33,3
	22	1	1,3	1,3	34,6
	25	9	11,5	11,5	46,2
	30	9	11,5	11,5	57,7
	32	2	2,6	2,6	60,3
	35	9	11,5	11,5	71,8
	37	2	2,6	2,6	74,4
	40	2	2,6	2,6	76,9
	42	2	2,6	2,6	79,5
	45	3	3,8	3,8	83,3
	47	6	7,7	7,7	91,0
	50	3	3,8	3,8	94,9
	52	1	1,3	1,3	96,2
	60	2	2,6	2,6	98,7
	62	1	1,3	1,3	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

Tabela 9

ASPECTOS SOCIAIS - AVALIACAO 2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	0	1	1,3	1,3	1,3
	13	4	5,1	5,1	6,4
	25	7	9,0	9,0	15,4
	38	15	19,2	19,2	34,6
	50	14	17,9	17,9	52,6
	63	5	6,4	6,4	59,0
	75	7	9,0	9,0	67,9
	88	9	11,5	11,5	79,5
	100	16	20,5	20,5	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

Comparadas as duas avaliações, o sexo masculino apresentou um escore maior de pontuação, exceto para o estado geral de saúde e aspectos emocionais.

Tabela 10

LIMITAÇÕES POR ASPECTOS FÍSICOS - AVALIACAO 1 * Sexo Crosstabulation

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
LIMITAÇÕES POR ASPECTOS FÍSICOS - AVALIACAO 1	0	Count	2	14	16
		% within Sexo	18,2%	20,9%	20,5%
	25	Count	0	4	4
		% within Sexo	,0%	6,0%	5,1%
	50	Count	1	12	13
		% within Sexo	9,1%	17,9%	16,7%
	75	Count	5	10	15
		% within Sexo	45,5%	14,9%	19,2%
	100	Count	3	27	30
		% within Sexo	27,3%	40,3%	38,5%
Total	Count	11	67	78	
	% within Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabela 11

LIMITAÇÕES POR ASPECTOS EMOCIONAIS - AVALIACAO 1 * Sexo Crosstabulation

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
LIMITAÇÕES POR ASPECTOS EMOCIONAIS - AVALIACAO 1	0	Count	1	14	15
		% within Sexo	9,1%	20,9%	19,2%
	33	Count	1	18	19
		% within Sexo	9,1%	26,9%	24,4%
	67	Count	2	10	12
		% within Sexo	18,2%	14,9%	15,4%
	100	Count	7	25	32
		% within Sexo	63,6%	37,3%	41,0%
	Total	Count	11	67	78
		% within Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 12

ESTADO GERAL DA SAÚDE - AVALIAÇÃO 1 * Sexo Crosstabulation

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
ESTADO GERAL DA SAÚDE - AVALIAÇÃO 1	0	Count	0	1	1
		% within Sexo	,0%	1,5%	1,3%
	10	Count	2	0	2
		% within Sexo	18,2%	,0%	2,6%
	15	Count	0	2	2
		% within Sexo	,0%	3,0%	2,6%
	20	Count	1	1	2
		% within Sexo	9,1%	1,5%	2,6%
	25	Count	0	2	2
		% within Sexo	,0%	3,0%	2,6%
	30	Count	2	6	8
		% within Sexo	18,2%	9,0%	10,3%
	35	Count	1	8	9
		% within Sexo	9,1%	11,9%	11,5%
	40	Count	0	8	8
		% within Sexo	,0%	11,9%	10,3%
	45	Count	1	6	7
		% within Sexo	9,1%	9,0%	9,0%
	50	Count	2	10	12
		% within Sexo	18,2%	14,9%	15,4%
	55	Count	1	5	6
		% within Sexo	9,1%	7,5%	7,7%
	60	Count	1	5	6
		% within Sexo	9,1%	7,5%	7,7%
	65	Count	0	2	2
		% within Sexo	,0%	3,0%	2,6%
	70	Count	0	3	3
		% within Sexo	,0%	4,5%	3,8%
	72	Count	0	1	1
		% within Sexo	,0%	1,5%	1,3%
75	Count	0	2	2	
	% within Sexo	,0%	3,0%	2,6%	
80	Count	0	1	1	
	% within Sexo	,0%	1,5%	1,3%	
85	Count	0	2	2	
	% within Sexo	,0%	3,0%	2,6%	
90	Count	0	2	2	
	% within Sexo	,0%	3,0%	2,6%	
Total	Count	11	67	78	
	% within Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabela 13

ASPECTOS SOCIAIS - AVALIACAO 1 * Sexo Crosstabulation

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
ASPECTOS SOCIAIS - AVALIACAO 1	0	Count	1	0	1
		% within Sexo	9,1%	,0%	1,3%
	13	Count	1	0	1
		% within Sexo	9,1%	,0%	1,3%
	25	Count	0	9	9
		% within Sexo	,0%	13,4%	11,5%
	38	Count	0	11	11
		% within Sexo	,0%	16,4%	14,1%
	50	Count	6	25	31
		% within Sexo	54,5%	37,3%	39,7%
	63	Count	1	13	14
		% within Sexo	9,1%	19,4%	17,9%
	75	Count	1	6	7
		% within Sexo	9,1%	9,0%	9,0%
	88	Count	0	3	3
		% within Sexo	,0%	4,5%	3,8%
125	Count	1	0	1	
	% within Sexo	9,1%	,0%	1,3%	
Total	Count	11	67	78	
	% within Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabela 14

LIMITAÇÕES POR ASPECTOS FÍSICOS - AVALIACAO 2 * Sexo Crosstabulation

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
LIMITAÇÕES POR ASPECTOS FÍSICOS - AVALIACAO 2	0	Count	0	1	1
		% within Sexo	,0%	1,5%	1,3%
	25	Count	0	4	4
		% within Sexo	,0%	6,0%	5,1%
	50	Count	2	17	19
		% within Sexo	18,2%	25,4%	24,4%
	75	Count	3	20	23
		% within Sexo	27,3%	29,9%	29,5%
	100	Count	6	25	31
		% within Sexo	54,5%	37,3%	39,7%
Total	Count	11	67	78	
	% within Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabela 15

LIMITAÇÕES POR ASPECTOS EMOCIONAIS - AVALIACAO 2 * Sexo
Crosstabulation

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
LIMITAÇÕES POR ASPECTOS EMOCIONAIS - AVALIACAO 2	0	Count	0	6	6
		% within Sexo	,0%	9,0%	7,7%
	33	Count	1	6	7
		% within Sexo	9,1%	9,0%	9,0%
	67	Count	4	26	30
		% within Sexo	36,4%	38,8%	38,5%
	100	Count	6	28	34
		% within Sexo	54,5%	41,8%	43,6%
	133	Count	0	1	1
		% within Sexo	,0%	1,5%	1,3%
	Total	Count	11	67	78
		% within Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 16

ESTADO GERAL DA SAÚDE - AVALIAÇÃO 2 * Sexo Crosstabulation

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
ESTADO GERAL DA SAÚDE - AVALIAÇÃO 2	0	Count	1	2	3
		% within Sexo	9,1%	3,0%	3,8%
	5	Count	1	1	2
		% within Sexo	9,1%	1,5%	2,6%
	10	Count	1	2	3
		% within Sexo	9,1%	3,0%	3,8%
	15	Count	0	6	6
		% within Sexo	,0%	9,0%	7,7%
	20	Count	3	9	12
		% within Sexo	27,3%	13,4%	15,4%
	22	Count	0	1	1
		% within Sexo	,0%	1,5%	1,3%
	25	Count	1	8	9
		% within Sexo	9,1%	11,9%	11,5%
	30	Count	0	9	9
		% within Sexo	,0%	13,4%	11,5%
	32	Count	0	2	2
		% within Sexo	,0%	3,0%	2,6%
	35	Count	2	7	9
		% within Sexo	18,2%	10,4%	11,5%
	37	Count	0	2	2
		% within Sexo	,0%	3,0%	2,6%
	40	Count	1	1	2
		% within Sexo	9,1%	1,5%	2,6%
	42	Count	0	2	2
		% within Sexo	,0%	3,0%	2,6%
	45	Count	0	3	3
		% within Sexo	,0%	4,5%	3,8%
	47	Count	0	6	6
		% within Sexo	,0%	9,0%	7,7%
	50	Count	0	3	3
		% within Sexo	,0%	4,5%	3,8%
	52	Count	1	0	1
		% within Sexo	9,1%	,0%	1,3%
	60	Count	0	2	2
		% within Sexo	,0%	3,0%	2,6%
	62	Count	0	1	1
		% within Sexo	,0%	1,5%	1,3%
Total		Count	11	67	78
		% within Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 17

ASPECTOS SOCIAIS - AVALIACAO 2 * Sexo Crosstabulation

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
ASPECTOS SOCIAIS - AVALIACAO 2	0	Count	0	1	1
		% within Sexo	,0%	1,5%	1,3%
	13	Count	0	4	4
		% within Sexo	,0%	6,0%	5,1%
	25	Count	4	3	7
		% within Sexo	36,4%	4,5%	9,0%
	38	Count	3	12	15
		% within Sexo	27,3%	17,9%	19,2%
	50	Count	2	12	14
		% within Sexo	18,2%	17,9%	17,9%
	63	Count	1	4	5
		% within Sexo	9,1%	6,0%	6,4%
	75	Count	1	6	7
		% within Sexo	9,1%	9,0%	9,0%
	88	Count	0	9	9
		% within Sexo	,0%	13,4%	11,5%
	100	Count	0	16	16
		% within Sexo	,0%	23,9%	20,5%
Total		Count	11	67	78
		% within Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 18

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	LIMITAÇÕES POR ASPECTOS FÍSICOS - AVALIACAO 1	62,50	78	38,593	4,370
	LIMITAÇÕES POR ASPECTOS FÍSICOS - AVALIACAO 2	75,32	78	24,671	2,793
Pair 2	LIMITAÇÕES POR ASPECTOS EMOCIONAIS - AVALIACAO 1	59,40	78	39,348	4,455
	LIMITAÇÕES POR ASPECTOS EMOCIONAIS - AVALIACAO 2	73,93	78	30,695	3,476
Pair 3	ESTADO GERAL DA SAÚDE - AVALIACAO 1	46,31	78	18,733	2,121
	ESTADO GERAL DA SAÚDE - AVALIACAO 2	29,55	78	14,283	1,617
Pair 4	ASPECTOS SOCIAIS - AVALIACAO 1	51,12	78	18,918	2,142
	ASPECTOS SOCIAIS - AVALIACAO 2	60,42	78	28,873	3,269

Tabela 19

	Teste t para comparacao de amostras independentes				
	t	gl	p	Media das diferencas	Erro padrao das diferencas
LIMITAÇÕES POR ASPECTOS FÍSICOS - AVALIACAO 1	,314	76	,370	3,969	12,629
LIMITAÇÕES POR ASPECTOS EMOCIONAIS - AVALIACAO	1,788	76	,038	22,569	12,622
ESTADO GERAL DA SAÚDE - AVALIACAO 1	-2,026	76	,023	-12,106	5,975
ASPECTOS SOCIAIS - AVALIACAO 1	,216	76	,414	1,340	6,193
LIMITAÇÕES POR ASPECTOS FÍSICOS - AVALIACAO 2	1,277	76	,102	10,210	7,993
LIMITAÇÕES POR ASPECTOS EMOCIONAIS - AVALIACAO	,919	76	,280	9,181	9,996
ESTADO GERAL DA SAÚDE - AVALIACAO 2	-1,447	76	,071	-6,674	4,614
ASPECTOS SOCIAIS - AVALIACAO 2	-3,655	21,538	,001	-22,710	6,213

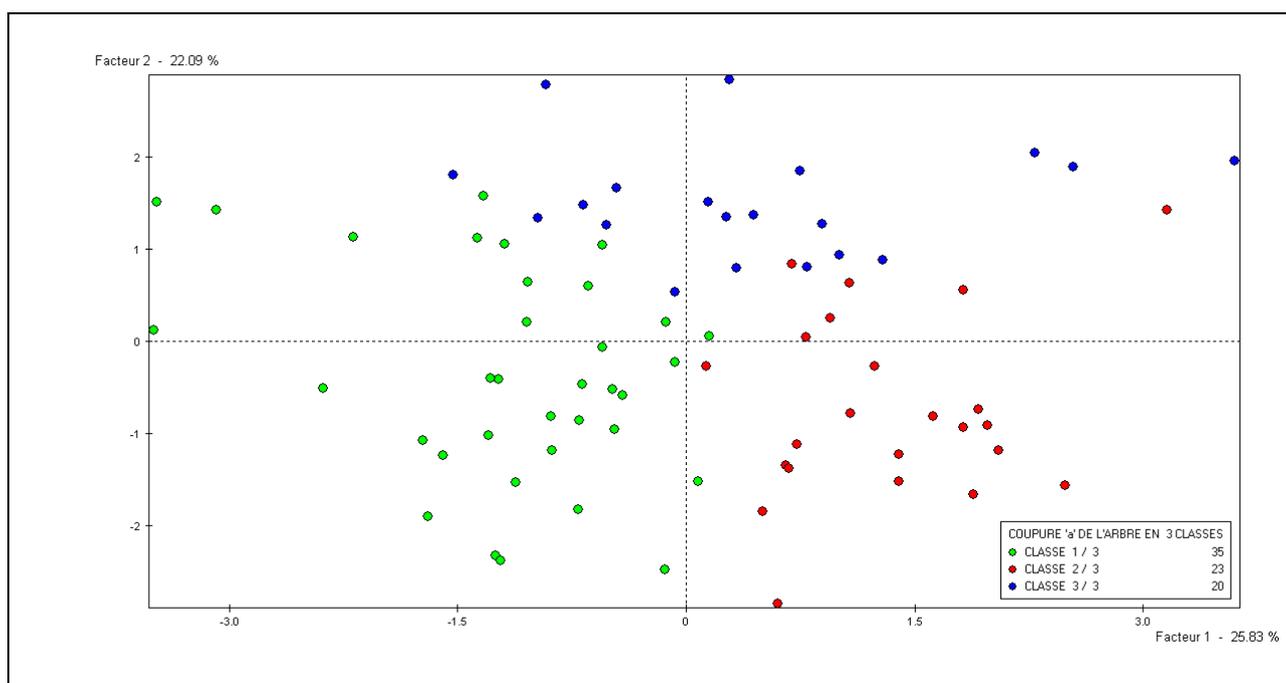
Tabela 20

Group Statistics

	Sexo	N	Media	Desvio padrao	Erro padrao
LIMITAÇÕES POR ASPECTOS FÍSICOS - AVALIACAO 1	Masculino	11	65,91	35,834	10,804
	Feminino	67	61,94	39,254	4,796
LIMITAÇÕES POR ASPECTOS EMOCIONAIS - AVALIACAO 1	Masculino	11	78,79	34,230	10,321
	Feminino	67	56,22	39,444	4,819
ESTADO GERAL DA SAÚDE - AVALIACAO 1	Masculino	11	35,91	17,581	5,301
	Feminino	67	48,01	18,482	2,258
ASPECTOS SOCIAIS - AVALIACAO 1	Masculino	11	52,27	32,024	9,656
	Feminino	67	50,93	16,183	1,977
LIMITAÇÕES POR ASPECTOS FÍSICOS - AVALIACAO 2	Masculino	11	84,09	20,226	6,098
	Feminino	67	73,88	25,163	3,074
LIMITAÇÕES POR ASPECTOS EMOCIONAIS - AVALIACAO 2	Masculino	11	81,82	22,918	6,910
	Feminino	67	72,64	31,743	3,878
ESTADO GERAL DA SAÚDE - AVALIACAO 2	Masculino	11	23,82	15,696	4,733
	Feminino	67	30,49	13,940	1,703
ASPECTOS SOCIAIS - AVALIACAO 2	Masculino	11	40,91	16,855	5,082
	Feminino	67	63,62	29,253	3,574

4. ANÁLISE DOS DADOS

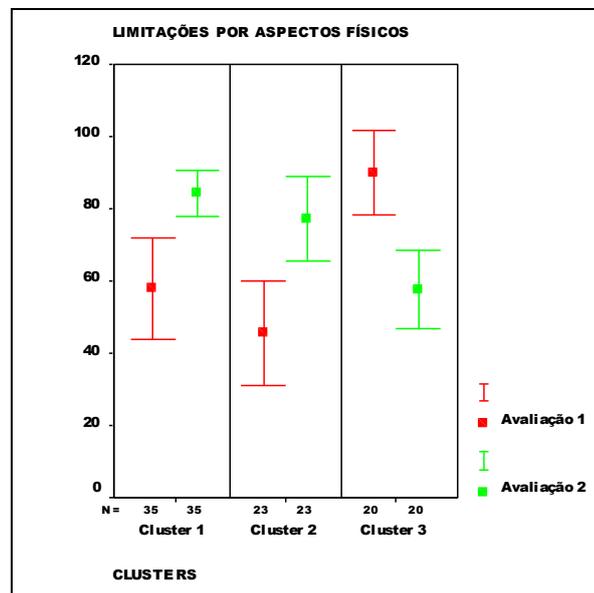
Na análise dos dados obtidos da pesquisa observamos que, através do gráfico que segue e tabelas anteriormente apresentadas, apesar de não ocorrer melhora do estado geral dos idosos pesquisados, as limitações para os aspectos sociais, emocionais e físicos revelaram melhora substancial.

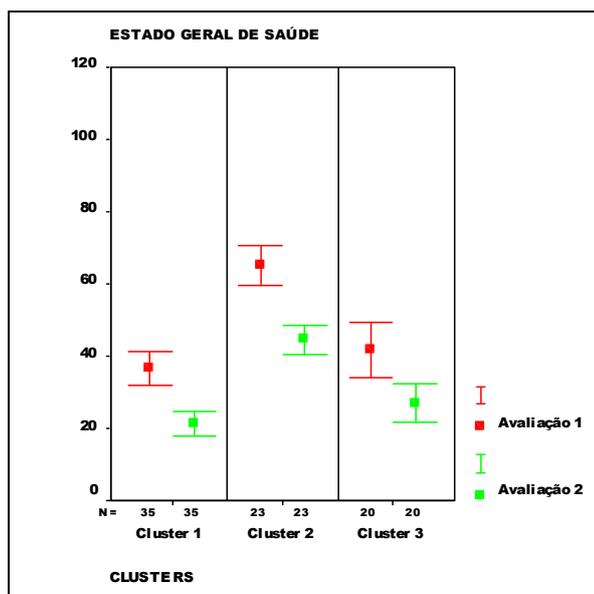
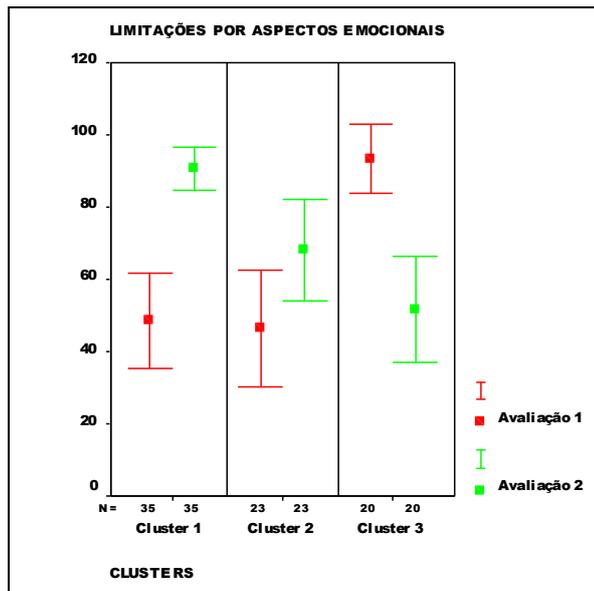


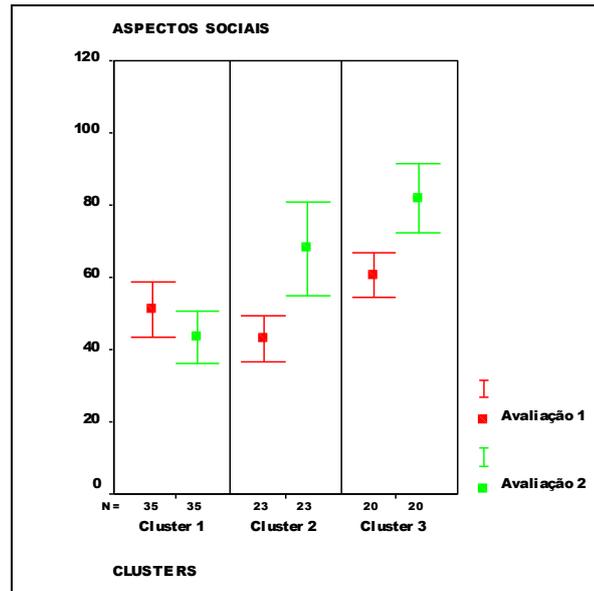
	f	%
Cluster 1	35	44,9
Cluster 2	23	29,5
Cluster 3	20	25,6
Total	78	100,0

		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	F	p
LIMITAÇÕES POR ASPECTOS FÍSICOS - AVALIACAO 1	Cluster 1	35	57,86	40,57	6,86	9,11	0,000
	Cluster 2	23	45,65	33,42	6,97		
	Cluster 3	20	90,00	24,87	5,56		
	Total	78	62,50	38,59	4,37		
LIMITAÇÕES POR ASPECTOS FÍSICOS - AVALIACAO 2	Cluster 1	35	84,29	18,28	3,09	9,21	0,000
	Cluster 2	23	77,17	27,09	5,65		
	Cluster 3	20	57,50	23,08	5,16		
	Total	78	75,32	24,67	2,79		
LIMITAÇÕES POR ASPECTOS EMOCIONAIS - AVALIACAO 1	Cluster 1	35	48,57	38,21	6,46	13,20	0,000
	Cluster 2	23	46,38	37,25	7,77		
	Cluster 3	20	93,33	20,52	4,59		
	Total	78	59,40	39,35	4,46		
LIMITAÇÕES POR ASPECTOS EMOCIONAIS - AVALIACAO 2	Cluster 1	35	90,48	17,29	2,92	14,54	0,000
	Cluster 2	23	68,12	32,53	6,78		
	Cluster 3	20	51,67	31,48	7,04		
	Total	78	73,93	30,70	3,48		
ESTADO GERAL DA SAÚDE - AVALIACAO 1	Cluster 1	35	36,57	13,49	2,28	29,89	0,000
	Cluster 2	23	65,22	12,92	2,69		
	Cluster 3	20	41,60	16,50	3,69		
	Total	78	46,31	18,73	2,12		
ESTADO GERAL DA SAÚDE - AVALIACAO 2	Cluster 1	35	21,14	9,93	1,68	36,88	0,000
	Cluster 2	23	44,57	9,43	1,97		
	Cluster 3	20	27,00	11,72	2,62		
	Total	78	29,55	14,28	1,62		
ASPECTOS SOCIAIS - AVALIACAO 1	Cluster 1	35	51,07	21,73	3,67	5,19	0,008
	Cluster 2	23	42,93	14,99	3,13		
	Cluster 3	20	60,63	13,00	2,91		
	Total	78	51,12	18,92	2,14		
ASPECTOS SOCIAIS - AVALIACAO 2	Cluster 1	35	43,21	21,08	3,56	18,06	0,000
	Cluster 2	23	67,93	30,35	6,33		
	Cluster 3	20	81,88	20,47	4,58		
	Total	78	60,42	28,87	3,27		

Sexo	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Total
Masculino	9 25,7%	1 4,3%	1 5,0%	11 14,1%
Feminino	26 74,3%	22 95,7%	19 95,0%	67 85,9%
Total	35 100,0%	23 100,0%	20 100,0%	78 100,0%







O que se observa é que entre os idosos que participaram (e continuam participando) do programa, a socialização se sobrepõe às outras dimensões da qualidade de vida e promoção da saúde. Cumpre observar que a importância da sociabilidade chama a atenção dos idosos não participantes; estes passam a se interessar pelo programa, vendo-o como um mediador significativo entre “saúde” e “qualidade de vida” e contribuindo para a quebra do ciclo vicioso da síndrome de fragilidade.

Ressalta-se que as mulheres apresentaram tendência a considerar sua saúde pior quando comparada aos homens da mesma faixa etária, aspecto também relatado em outros estudos. Utilizando outros instrumentos de avaliação, vários autores encontraram resultados semelhantes, devendo ser salientado que a relação entre "qualidade de vida" e "envelhecimento" envolve tanto a atividade física, como variáveis de renda, vida social e relações familiares.

A prática regular de atividade física apresentou diferença estatisticamente significativa para uma maior pontuação nos domínios "capacidade funcional", "estado geral de saúde", "vitalidade", "aspectos sociais" e "saúde mental", estando de acordo com outros estudos que associaram a atividade física a uma melhora da qualidade de vida.

Dos domínios avaliados, ressalta-se a manutenção da capacidade funcional, diretamente associada, por sua vez, à qualidade de vida pois se refere à capacidade de um indivíduo se manter na comunidade com independência. Este domínio apresenta associação satisfatória com a avaliação clínica.

O questionário SF-36 mostrou-se, portanto, um instrumento adequado para a avaliação da qualidade de vida na amostra de idosos estudada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de os resultados da investigação realizada não revelarem, segundo os sujeitos, melhora significativa no estado geral de saúde, o fato de os mesmos salientarem mudanças importantes nas relações de trocas sociais (sociabilidade) impõe, pelo que entendemos, a imperiosidade de discussões mais aprofundadas sobre a própria noção de saúde tornada hegemônica nas ciências médicas e afins.

Em que pesem as afirmações, cada vez mais recorrentes, da necessidade de reconstrução de corpos que, na história recente¹⁷ da ciência foram, cada vez mais fragmentados e objeto das mais diversas especialidades¹⁸, o que ainda verificamos é a grande dificuldade de superação dos limites das mesmas.

A fragmentar dos corpos, somada à abstração das interfaces – reais e concretas – entre o biológico, o psicológico, o social e o cultural, resulta, não poucas vezes, em comprometimentos das mais diversas ordens.

O fato de os sujeitos estabelecerem distinção entre o estado de saúde e a sociabilidade, tudo leva a crer que a fragmentação mencionada encontra-se igualmente presente no imaginário dos que participam de programas de promoção de saúde. Ao salientar a sociabilidade como uma importante contribuição destes programas não se apercebem dos benefícios da mesma para a saúde e qualidade de suas vidas.

Por sua vez, a importância atribuída às relações de trocas sociais estabelecidas com e a partir dos programas de promoção da saúde e qualidade de vida¹⁹ permite concluir tratar-se de um âmbito da vida dos idosos que, diversamente do que apontam alguns especialistas da área, permanece aberto a muitos debates sobre o lugar ocupado pelos idosos na família; um lugar, ainda e certamente muito desconfortável.

A este título cabe mencionar os muitos idosos que participam, por

¹⁷ História radicada na matriz cartesiana de conhecimento.

¹⁸ Especialidades muitas vezes “fechadas” sobre si mesmas.

¹⁹ Quer através da prática de atividades físicas, quer de lazer e relações familiares, entre outros.

anos a fio, das Universidades Abertas para a Terceira Idade. E o fazem por quê? Uma das razões mais apontadas é exatamente a sociabilidade, ou seja, os novos vínculos de amizade²⁰.

Assim, urge desconstruir o que Geertz batizou de concepção

“estratigráfica” das relações entre os fatores biológico, psicológico, social e cultural da vida humana. [Concepção na qual] o homem é um composto de “níveis”, cada um deles superposto aos inferiores e reforçando os que estão acima dele. À medida que se analisa o homem, retira-se camada após camada, sendo cada uma dessas camadas completa e irreduzível em si mesma. (1978; pg. 49).

Na certeza de que saúde e qualidade de vida podem ser equacionadas de modo mais eficiente, concluímos com um belíssimo pensamento de Lévi-Strauss: *“Cumpra, pois, escutar o trigo que germina, encorajar as potencialidades secretas, despertar todas as vocações de viver junto o que a história mantém em reserva [...]” (1970;pg. 269).*

²⁰ Não podemos desconsiderar, aqui, a menção à importância às informações e atualizações de conhecimentos para, entre outros, *“conversar de igual para igual”* com membros da família ou de grupos de referência. Temos assim, uma vez mais, a reposição – sob forma renovada – da sociabilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARNOLD, L. M.; WITZEMAN, K. A.; SWANK, M. L.; MCELROY, S. L.; KENECK JR, P. E. Health-related of life the SF-36 in patients with bipolar disorder compared with patients with chronic back pain and the general population. *J Affect Disord*, 57: 235-9, 2000.
- BAUER, M. W. & GASKEL L, G. **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som**. Vozes; Petrópolis, 2002
- BERQUÓ, E. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população do Brasil. In: **ANAIS DO I SEMINÁRIO INTERNACIONAL “ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: UMA AGENDA PARA O FINAL DO SÉCULO**. Ministério da Previdência e Assistência Social. Brasília: MPAS, 1996, 16 – 34p.
- BORN, T., BOECHAT, N. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: Freitas, EV. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, 768-77p.
- BORN, T. Cuidado ao idoso em instituição. In: PAPALÉO NETTO, M. org. **Gerontologia – A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996.403-414p.
- BORTZ, W.M. A conceptual framework of frailty: a review. *J Gerontol A Biol Sci Med*, v.57,2002. p.M283-88.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2000. v.5 n.1, 163- 177p.
- CARVALHO, J. A. B. **Fecundidade e mortalidade no Brasil, 1960/1970**. Belo Horizonte, CEDEPLAR/UFMG, 1978.
- CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, 1987.v.31, n.2. 184-200p.
- DUCHIADE, M. P. População brasileira: um retrato em movimento. In: MINAYO, M. C. S., org. **Os muitos Brasis. Saúde e população na década de 80**. São Paulo - Rio de Janeiro, Editora Hucitec-ABRASCO, 1995. 14-56p.

- EDEN, L., EJLERTSSON, G., LEDEN, I. Health and health care utilization among early retirement pensioners with musculoskeletal disorders. *Scand J Prim Health Care* 1995; 12:211-216.
- FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5 (1): 33-8, 2000.
- GEERTZ, C. **A Interpretação das Culturas**. São Paulo, Zahar Editores. 1978
- GUEDES, S. L. Dos muitos modos de envelhecer no Brasil: uma antropologia do envelhecimento. **Arquivos de Geriatria e Gerontologia**, 1999. v.3, n.3, 86-93 p.
- GUYATT, G. H.; NAYLOR, D.; JUNIPER, E.; HEYLAND, D. K.; JAESCHKE, R.; COOK, D. J. Users' guides to medical literature: how to use article about related quality of life. *JAMA*, 277 (15): 1232-7, 1997. **Arquivos de Geriatria e Gerontologia**, 1999. v.3, n.3, 86-93 p.
- IBGE, **Projeção da População do Brasil para o período 1980-2020**. Rio de Janeiro: IBGE-DEPIS, 2000.
- LIMA-COSTA, M. F. Epidemiologia do Envelhecimento no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z. y ALMEIDA FILHO, N.. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.
- LÉVI-STRAUSS, C. "Raça e História". In: **Raça e Ciência I**; São Paulo. Editora Perspectiva. 1979
- KUBZANSKY, L.D., BERKMAN, L.F., GLASS, T.A., SEEMAN, T.E. Is educational attainment associated with shared determinants of health in the elderly? Findings from the MacArthur studies of successful aging. *Psychosom Med* 1998; 60:578-585.
- MCDONOUGH, P., WALTERS, V. Gender and health: reassessing patterns and explanations. **Soc Sci Med** 2001; 52:547-559.
- MOREIRA, M. M. Envelhecimento da população brasileira: aspectos gerais. In: WONG, I. R. org. **O envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade – subsídios para políticas orientadas ao bem estar do idoso**. Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR: ABEP,

2001. 25-56 p.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Carta de Ottawa**, 1986.
- _____. **Declaração de Jacarta**, 1997.
- ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE LA SALUD. Funciones esenciales de la salud pública. In: _____ *La salud pública en las Americas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Publicación científica y técnica*, 2002. n.589, 59-71 p.
- PALMA, L. T. S. **Educação permanente e qualidade de vida: indicativos para uma velhice bem sucedida**. Passo Fundo: UFP, 2000, 143 p.
- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Decreto Nacional 1.948 de 03/07/96**, 1996.
- RODRIGUES, R. A. P.; MARQUES, S.; FABRÍCIO, S. C. C. Envelhecimento, saúde e doença. **Arquivos de Geriatria e Gerontologia**, 2000. v.4, n.1, 15 -20p.
- ROSA, T. E. C., et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev. Saúde Pública**, 2003. v.37, n.1, 40-48 p.
- SIQUEIRA, R. L.; BOTELHO, M. I. V.; COELHO, F. M. G. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2002. v.7, n.4, 899-906 p.
- SOUZA, F. F. **Avaliação da qualidade de vida do idoso em hemodiálise: comparação de dois instrumentos genéricos**. Campinas, 2004. (Dissertação – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).
- TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à Promoção da Saúde**. 144p. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ - Rio de Janeiro, 2002.
- TEIXEIRA, I.N.A.O; NÉRI, A.L. A fragilidade no envelhecimento: fenômeno multidimensional, multideterminado e evolutivo. In: Freitas, E.V.; Py, L.; Cançado, F.A.; Doll, J.; Gorzoni, M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 2006, p.1102-9.
- UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cad. Saúde Pública**, 2003. v.19,

n.3, 849-853 p.

VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UNATI/UERJ, 1994.

VERAS, R. P.; et al. Novos paradigmas do modelo assistencial do setor saúde: consequência da explosão populacional dos idosos no Brasil. In:____ **Terceira Idade: Gestão Contemporânea em Saúde**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará: UNATI/UERJ, 2002.

XAVIER,F.M.F., FERRAZ, M.P.T., MARC, N., ESCOSTEGUY, N.U., MORIGUCHI, E. A definição dos idosos de qualidade de vida. **Rev Bras Psiquiatr** 2003; 25:31-39.

ANEXOS

ANEXO I

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3

c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhum a	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhum a	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão dê, por favor, uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6

e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
------------	------------------------	-----------------------	----------------------------	------------------------

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO II
CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Fase 1: Ponderação dos dados

Que stão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	
06	Se a resposta for	Pontuação
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1

07	<p style="text-align: center;">Se a resposta for</p> <p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6</p>	<p style="text-align: center;">Pontuação</p> <p style="text-align: center;">6,0 5,4 4,2 3,1 2,0 1,0</p>
08	<p style="text-align: center;">A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p style="text-align: center;">Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1)</p> <p style="text-align: center;">Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p style="text-align: center;">Se a resposta for (1), a pontuação será (6) Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75) Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5) Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25) Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0) Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)</p>	
09	<p style="text-align: center;">Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação:</p> <p style="text-align: center;">Se a resposta for 1, o valor será (6) Se a resposta for 2, o valor será (5) Se a resposta for 3, o valor será (4) Se a resposta for 4, o valor será (3) Se a resposta for 5, o valor será (2) Se a resposta for 6, o valor será (1)</p> <p style="text-align: center;">Para os demais itens (b, c,f,g, i), o valor será mantido o mesmo</p>	
10	<p style="text-align: center;">Considerar o mesmo valor.</p>	

11	<p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (1)</p>	
----	---	--

ANEXO III

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de *raw scale* porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

Valor obtido nas questões correspondentes – Limite inferior x 100

Variação (Score Range)

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20

Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Análise dos Dados

Será construído um banco de dados, em planilha eletrônica, para se processar as informações obtidas, e realizar análise estatística específicas, em dois momentos distintos, ou seja, quanto o cliente ingressou no grupo de promoção à saúde e após 10 encontros.

ANEXO IV

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor (a)

Solicito, por meio desta, seu consentimento para participar da pesquisa que realizo junto ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), cujo tema é “*Velhice, Promoção da Saúde e Qualidade de Vida*”. A pesquisa tem o objetivo de investigar a relação entre “promoção da saúde” e “qualidade de vida” em participantes de um grupo de promoção à saúde de uma instituição privada de assistência médica, localizada na cidade de Guarulhos – SP.

Declaro que, todas as informações colhidas por meio da aplicação de testes são absolutamente sigilosas e sua identificação será preservada na divulgação dos resultados da pesquisa. Sua participação é absolutamente voluntária.

Agradeço-lhe atenção e colaboração.

Pesquisadora: Fabiana Santos Fonseca
Telefone para contato: (11-94218914)

Consentimento do Entrevistado: _____
Guarulhos, ____/____/____.

