Sandra Márcia Ribeiro Lins de Albuquerque

**Envelhecimento ativo : desafio dos serviços
de saúde para a melhoria da qualidade de
vida dos idosos**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Ciências

Área de concentração: Fisiopatologia Experimental
Orientadora: Profa. Dra. Bellkiss Wilma Romano

São Paulo

2005

DEDICO

Ao meu querido e inesquecível pai, pelo carinho, dedicação e amor com que iluminou o meu caminho e cujo exemplo de dignidade, honestidade e valorização da vida foi fonte de inspiração e estímulo para este estudo.

AGRADECIMENTOS

É com emoção de gratidão que no momento da finalização deste trabalho, recordo-me daqueles que me auxiliaram a construí-lo.

A **Deus**, pela força para caminhar com segurança e determinação.

Ao pensador e humanista **Carlos Bernardo González Pecotche** (criador da Ciência Logosófica), por ter me auxiliado com seus ensinamentos a enxergar a verdade e a valorizar a grande oportunidade da vida consciente.

À **minha mãe Julieta**, exemplo de luta e de dinamismo, pelos constantes estímulos.

Às **minhas irmãs Maristela e Margaret**, pela torcida carinhosa.

Ao **meu marido Antonio e à minha filha Fernanda**, pelo carinho, compreensão e apoio constantes.

Ao **meu filho André**, pelo afeto, ajuda técnica e apoio incondicional e também à **minha nora Luciana**, pelos estímulos e generosidade.

À **Profª Dra. Bellkiss Wilma Romano**, minha orientadora, pela confiança em mim depositada.

Ao **Prof. Dr. Wilson Jacob Filho e à Profª Dra. Ana Cristina Tanaka**, pelo apoio recebido para a realização do estudo no GAMIA e no Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza.

Ao **Prof. Dr. Júlio Litvoc**, pela transmissão de conhecimentos sobre a qualidade de vida do idoso.

À **Profª Dra. Maria Lúcia Martinelli**, pelo apoio e incentivo em toda a minha trajetória e pela generosidade em partilhar seus conhecimentos sobre a pesquisa qualitativa.

À **Profª Dra. Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos**, por suas preciosas sugestões, as quais tanto auxiliaram a organizar o estudo.

À **Dra. Lourdes Conceição Martins**, pelo auxílio na análise estatística e pelo apoio durante o percurso .

Aos amigos **Dr. Sérgio Paschoal, Sumaia e Sucelina**, pela valiosa ajuda oferecida.

Às **amigas do Serviço Social do Hospital das Clínicas**, pelo apoio e carinho em todos os momentos. Desnecessário nomeá-las porque elas sabem quem são.

Às **Assistentes Sociais Érica**, do GAMIA, e **Joana**, do Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza, pelo interesse e disponibilidade constantes.

À **amiga jornalista Regina Ruivo**, pela revisão do texto, apoio e amizade.

Minha especial gratidão

Aos idosos do GAMIA e do Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza, pela confiança com que me revelaram as preciosidades de suas vidas e pelo entusiasmo com que acolheram e apoiaram o estudo. Sem eles, nada seria possível.

SUMÁRIO

Lista de Figuras

Lista de Quadros

Lista de Tabelas

Resumo

Summary

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	8
2.1. O processo de envelhecimento humano: considerações teóricas e conceituais.....	9
2.1.1. Sobre a história, os conceitos e as medidas	9
2.1.2. O processo de envelhecimento humano: suas causas e consequências.....	16
2.1.3. Diferenciação sócio-demográfica: a classificação através do índice de desenvolvimento humano (IDH) e a transição demográfica	20
2.1.4. O envelhecimento na América Latina	23
2.1.5. A pesquisa sobre envelhecimento humano no Brasil: perspectiva de revisão.....	30
2.2. Promoção da saúde	35
2.2.1. Promoção da saúde do idoso	40
2.2.1.1. Saúde e envelhecimento	40
2.2.1.2. A promoção da saúde dos idosos.....	42
2.2.1.3. A educação em saúde como estratégia de promoção da saúde	47
2.2.2. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura no período de 1990 a 2002	49
2.3. Qualidade de vida	51
2.3.1. Evolução do conceito de qualidade de vida.....	51
2.3.1.1. Desenvolvimento humano e qualidade de vida	55
2.3.1.2. Bem-estar psicológico e qualidade de vida.....	59
2.3.1.3. Qualidade de vida da população geral	61
2.3.2. Qualidade de vida e saúde	62
2.3.3. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde	70
2.3.4. Revisão bibliográfica das pesquisas sobre qualidade de vida do idoso, de 2000 a 2004.....	76
3. OBJETIVOS.....	78

4. MÉTODOS.....	80
4.1. Local do estudo.....	82
4.2. Amostra.....	86
4.3. Procedimentos e instrumentos para coleta de dados.....	91
4.3.1. Etapa quantitativa.....	92
4.3.2. Etapa qualitativa.....	96
4.4. Análise dos dados.....	105
4.4.1. Etapa quantitativa.....	105
4.4.2. Etapa qualitativa.....	106
5. RESULTADOS.....	109
5.1. Etapa quantitativa.....	110
5.1.1. Características demográficas da amostra.....	110
5.1.2. Características socioeconômicas da amostra.....	113
5.1.3. Resultados sobre a qualidade de vida da amostra.....	115
5.1.3.1. Dados obtidos por meio do instrumento WHOQOL-Abreviado.....	115
5.1.3.2. Dados obtidos por meio do instrumento SF- 36.....	119
5.1.4. Coeficientes de correlação de Pearson entre os domínios do WHOQOL-Abreviado e os componentes do SF-36.....	123
5.2. Etapa qualitativa.....	129
5.2.1. Análise dos depoimentos.....	137
5.2.1.1. Categorias gerais dos depoimentos.....	137
5.2.1.2. Categorias específicas dos depoimentos.....	145
5.2.2. Análise do grupo focal.....	148
5.2.2.1. Categorias gerais do grupo focal.....	148
5.2.2.2. Categorias específicas do grupo focal.....	152
5.2.3. Análise final.....	153
6. DISCUSSÃO.....	157
7. CONCLUSÕES.....	191
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	195
9. ANEXOS.....	201
ANEXO A.....	202
ANEXO B.....	204
ANEXO C.....	205
ANEXO D.....	208
ANEXO E.....	212
ANEXO F.....	218
10. REFERÊNCIAS.....	219

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Qualidade de Vida, Promoção da Saúde, Envelhecimento Ativo. São Paulo, 2004	7
Figura 2 -	Composição da amostra do estudo para as abordagens quantitativa e qualitativa. São Paulo, 2004	88
Figura 3 -	Categorias gerais e específicas utilizadas para os depoimentos e grupo focal. São Paulo, 2004	136

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Revisão bibliográfica sobre qualidade de vida e promoção da saúde do idoso, nas bases de dados Medline, Pubmed e Lilacs, 2000-2004.....	77
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Países latino-americanos agrupados segundo o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH e proporção de população no total da população da Região - 1997	21
Tabela 2 - População de 65 anos e mais, Proporção de Idosos e Índice de Idosos segundo Continentes e Regiões do Mundo - 1950-2050	24
Tabela 3 - Países Selecionados e Países da América Latina, segundo o tipo de IDH e Índice de Idosos - 1950-2050.....	28
Tabela 4 - Características demográficas dos participantes do estudo. São Paulo, 2004	112
Tabela 5 - Descrição da renda média mensal, da renda média familiar e da renda per capita dos participantes do estudo. São Paulo, 2004.....	113
Tabela 6 - Características socioeconômicas dos participantes do estudo. <i>São Paulo, 2004</i>	114
Tabela 7- Valores obtidos para cada domínio do questionário WHOQOL-Abreviado, nas fases inicial e final do grupo 1. São Paulo, 2004	116
Tabela 8 - Valores obtidos para cada domínio do questionário WHOQOL-Abreviado, nas fases inicial e final do grupo 2. São Paulo, 2004	117
Tabela 9 - Coeficiente de fidedignidade de Cronbach dos domínios do WHOQOL-Abreviado, dos grupos 1 e 2 . São Paulo, 2004	118
Tabela 10 - Valores obtidos para cada componente do questionário SF-36, nas fases inicial e final do grupo 1. São Paulo, 2004.....	120
Tabela 11 - Valores obtidos para cada componente do questionário SF-36, nas fases inicial e final do grupo 2. São Paulo, 2004.....	122
Tabela 12 - Coeficiente de fidedignidade de Cronbach dos componentes do SF-36, dos grupos 1 e 2 . São Paulo, 2004.....	123
Tabela 13 - Coeficientes de correlação de Pearson entre os domínios do WHOQOL-Abreviado e os componentes do SF-36, na fase inicial do grupo 1. São Paulo, 2004.....	125
Tabela 14 - Coeficientes de correlação de Pearson entre os domínios do WHOQOL-Abreviado e os componentes do SF-36, na fase final do grupo 1. São Paulo, 2004	126

Tabela 15 - Coeficientes de correlação de Pearson entre os domínios do WHOQOL-Abreviado e os componentes do SF-36, na fase inicial do grupo 2. São Paulo, 2004.....	128
Tabela 16 - Coeficientes de correlação de Pearson entre os domínios do WHOQOL-Abreviado e os componentes do SF-36, na fase final do grupo 2. São Paulo, 2004	128

Resumo

ALBUQUERQUE SMRL. *Envelhecimento ativo: desafio dos Serviços de Saúde para a melhoria da qualidade de vida dos idosos* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2005. 233p.

O envelhecimento populacional demanda ações de promoção da saúde, para melhoria da qualidade de vida. O estudo foi realizado no Grupo de Atendimento Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial – GAMIA –, do Serviço de Geriatria do Instituto Central do Hospital das Clínicas (ICHC), da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e no Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza (CSGPS), da Faculdade de Saúde Pública da USP (grupo de saúde do idoso). Objetivou avaliar a qualidade de vida dos usuários (30 do GAMIA e 13 do CSGPS), na fase inicial e final de atendimento por esses dois programas. Realizou-se estudo exploratório quantitativo, utilizando-se os seguintes questionários de qualidade de vida (traduzidos e validados): o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Abreviado) e o Short Form 36 (SF-36), e estudo qualitativo, composto por entrevistas para coleta de depoimentos por meio da metodologia da “História Oral” e da entrevista grupal (grupo focal), além da caracterização demográfica e socioeconômica. Concluiu-se que os escores do WHOQOL-Abreviado apresentaram, no grupo do GAMIA, diferença estatisticamente significativa entre o início e o fim dos programas no domínio “físico” ($p=0,03$). Os escores do SF-36 foram estatisticamente significativos nos componentes “estado geral da saúde” ($p=0,020$ e $p=0,025$), respectivamente para os grupos do GAMIA e do CSGPS e “vitalidade” ($p=0,029$), no grupo do GAMIA, entre as duas fases. No estudo qualitativo, os idosos valorizaram o envelhecimento ativo e foram exemplos da manutenção da independência. Os programas estudados são modelos de Serviço de Saúde que podem contribuir para as ações da Política Nacional do Idoso e da Organização Mundial da Saúde.

Descritores: Envelhecimento, Promoção da Saúde, Qualidade de Vida, Serviços de Saúde, Idoso.

Summary

ALBUQUERQUE SMRL. *Active aging: challenges faced by health services in improving quality of life for the elderly*. São Paulo [thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina , Universidade de São Paulo"; 2005. 233p.

The aging of a population requires health promotion activities designed to improve quality of life. The study was carried out at the Multi-discipline Clinic for the Elderly (GAMIA) at the Hospital das Clínicas (HC) of the Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (FMUSP) and at the Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza (CSGPS) at the Universidade de São Paulo, School of Public Health (geriatric health group). The aim of the study was to evaluate the quality of life of participants (30 from GAMIA and 13 from CSGPS) in the initial and final stages of care on these two programs. An exploratory quantitative study was carried out using the following quality of life questionnaires (translated and validated for Brazilian culture): the World Health Organization Quality of Life Short Form (WHOQOL-BREF) instrument and the Short Form 36 (SF-36) instrument. For the qualitative approach of the study, statements from interviews were collected using the oral history and focus group methodologies, in addition to demographic and socioeconomic characterization. It was concluded that the WHOQOL-BREF scores showed statistically significant differences between the beginning and end of the programs, for the GAMIA group, in the "physical" domain ($p=0,03$). The SF-36 scores presented statistically significant differences between the two phases in the "general state of health" ($p=0,020$ and $p=0,025$) for the two groups respectively (GAMIA and CSGPS) and "vitality" domain ($p=0,029$) for GAMIA group. The qualitative study revealed the importance of active aging for the elderly participants and also showed that they served as examples of health maintenance and independence. The programs studied are Health Service models that may contribute with the "*National Policy for the Elderly*" (Política Nacional do Idoso - PNI) and the World Health Organization.

Key Words: Aging, Health Promotion, Quality of Life, Health Services, Aged.

INTRODUÇÃO

1. Introdução

O envelhecimento é um grande desafio do mundo atual, afetando tanto os países ricos quanto os pobres. O número de pessoas com mais de 60 anos, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), já corresponde a mais de 12% da população mundial. E até o meio deste século chegará aos 20%. Um em cada 10 habitantes do planeta já tem mais de 60 anos. Quase 40% são pessoas com 80 anos e mais. Em 2050, prevê-se que o número de pessoas com 100 anos e em pleno vigor físico e mental será surpreendente. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil, até 2020 a população idosa irá compor um contingente estimado em 31,8 milhões de pessoas. Esse segmento populacional, ao crescer 15 vezes no período entre 1950 e 2020 (em contraste com a população total que terá crescido apenas cinco vezes), situará o Brasil como o sexto país do mundo em termos de massa de idosos (Veras, 2002).

Kalache e colaboradores situam o início deste processo em uma época anterior às grandes inovações científico-tecnológicas, associado às melhores condições de vida da população, “(...) traduzido pela urbanização adequada das cidades, melhoria nutricional, elevação dos níveis de higiene pessoal, melhores condições sanitárias em geral e, particularmente, condições ambientais no trabalho e nas residências muito melhores que anteriormente” (Kalache, 1991; Kalache et al, 1996).

Veras (2002) ressalta que a introdução de técnicas diagnósticas e a descoberta de substâncias e métodos terapêuticos adequados à cura ou ao controle de processos mórbidos, até então tidos como letais, cumpriram um papel importante no sentido de acelerar tendências já bem estabelecidas.

Observando o panorama do processo de envelhecimento da população brasileira, verifica-se que essa transformação foi extremamente rápida, ocorrendo no espaço de poucas décadas e, embora já viesse sendo detectada e anunciada há algum tempo pelos demógrafos, só agora a sociedade brasileira começa a tomar consciência de sua extensão e das profundas implicações que ela acarreta em vários aspectos da vida nacional.

A consciência dessas mudanças ainda é muito incipiente, porque muitas pessoas ainda pensam no Brasil como um país de jovens, o que traz consequências importantes para o entendimento de questões fundamentais, implícitas no processo do envelhecimento, e para que se estabeleça um debate maduro e conseqüente das mesmas, como o sistema de previdência social, a feminilização do envelhecimento, os custos do tratamento da saúde dos idosos, a composição e a organização das famílias, dentre outras.

As profundas transformações no âmbito político-social, geradas pela mudança no perfil etário da nossa população, trazem muitos desafios para a sociedade, onde tudo deve ser repensado, com a perspectiva de uma revisão do papel social e da imagem do idoso, criando condições para libertá-lo do preconceito e da marginalização, resgatando sua dignidade, propiciando-lhe boa qualidade de vida e convertendo as suas reivindicações em conquistas que possam preparar o caminho para um futuro melhor para todas as idades.

Daí decorreu o nosso interesse em continuar estudando a “qualidade de vida do idoso”, processo iniciado há seis anos, no nosso mestrado, dando origem à dissertação: “A assistência domiciliar como diferencial da qualidade de vida do idoso portador de doença crônica” (Albuquerque, 2001). Desta feita, a procura foi por compreender o “novo” papel do idoso, em busca do envelhecimento ativo, de ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde para a melhoria de sua qualidade de vida.

Diante do panorama já apontado – aumento da longevidade e da importância de que os serviços de saúde se instrumentalizem para atender a esta demanda, com a perspectiva de construção de um novo modo de envelhecer, no qual as medidas de promoção da saúde sejam um meio de garantir o envelhecimento ativo dos nossos idosos –, escolhemos realizar o estudo em dois Serviços de Saúde que também atendem essa população e possuem modelos didático-assistenciais considerados referências nacionais. São eles o Grupo de Atendimento ao Idoso Ambulatorial – GAMIA – pertencente ao Serviço de Geriatria do Instituto Central do Hospital das Clínicas (ICHC), da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), e o grupo de atendimento ao idoso do Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza (CSGPS), da Faculdade de Saúde Pública da USP.

No âmbito da saúde, sabe-se que o envelhecimento da população é um fenômeno que gera novas demandas para os serviços e aumentos substanciais nos custos de programas, exigindo o conhecimento de problemas prioritários e o desenvolvimento de ações visando à sua resolução (Veras, 1994).

O conceito de qualidade de vida que adotamos foi o da Organização Mundial da Saúde (OMS): “Qualidade de Vida é a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e sistema de valores com os quais convive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (The WHOQOL Group, 1995). É um conceito amplo, que abrange a complexidade do *constructo* e inter-relaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais.

O referencial teórico da pesquisa procurou explicar a indissociabilidade e complementariedade entre qualidade de vida, envelhecimento e promoção da saúde, funcionando esta última como um eixo integrador entre envelhecimento e qualidade de vida.

Qualidade de vida, de acordo com o conceito positivo de saúde, é centrada no contexto histórico do processo saúde-doença e da promoção da saúde. As políticas públicas, evidenciadas em grande parte nos Serviços de Saúde, são um instrumento de poder para promover qualidade de vida, sob o olhar vigilante e a ação política dos cidadãos.

O conceito de saúde tem evoluído através dos tempos, incorporando-se ao texto constitucional, como uma condição que deve ser produzida socialmente. A introdução do conceito de saúde ao texto constitucional de 1988 significa uma conquista do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, que em 1986, durante a oitava Conferência Nacional de Saúde, realizou o maior evento político da saúde coletiva ocorrido no País (Luz, 1994), e manteve a mobilização necessária durante os trabalhos da Constituinte.

O ano de 1986 é paradigmático também no fórum internacional, marcado pela I Conferência Internacional de Saúde sobre Promoção da Saúde, que gerou a Carta de Ottawa. Promoção da saúde é expressão utilizada para indicar o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação social no controle desse processo (MS, 2001). Nessa concepção, o envelhecimento ativo representa a ligação entre qualidade de vida e políticas públicas, na medida em que a consciência do envelhecimento significa o fortalecimento do poder de participação, ilustrado na figura 1.

Nosso interesse foi o de aprofundar o estudo por meio de abordagem quantitativa e qualitativa, buscando compreender a realidade objetiva e subjetiva da qualidade de vida dos idosos, avaliados, de um lado, por instrumentos gerais de medida, validados e reconhecidos cientificamente e, de outro, por meio das experiências dos idosos narradas por eles próprios. Produzir uma compreensão completa da qualidade de vida destes idosos, por meio do coro de suas vozes, constituiu-se em um grande estímulo, pois temos observado que em muitos estudos, quase sempre outros atores têm falado por eles.

A complexidade da temática foi facilitada pelo grande envolvimento dos idosos na pesquisa nas suas duas fases: quando eles estavam iniciando as suas participações nos programas e nove meses após, quando as finalizaram.

Foram eles que nos forneceram os fios para tecer esta intrincada rede de dar voz ao texto, no trabalho de escrita e interpretação dos que falaram.

O testemunho da construção deste novo modo de envelhecer a que este estudo se propôs, possibilitou cumprir com o compromisso histórico tanto para os que são os velhos de hoje, bem como aqueles que o serão amanhã, aos quais, esperamos ter trazido uma contribuição.

Figura 1 - Qualidade de Vida, Promoção da Saúde, Envelhecimento Ativo. São Paulo, 2004

REVISÃO DA LITERATURA

2. Revisão da literatura

Neste capítulo descreveremos a fundamentação teórica e o estado da arte das categorias que elegemos para avaliar os idosos deste estudo, compostos pela tríade: “Envelhecimento”, “Promoção da Saúde” e “Qualidade de Vida”, que se encontram intimamente relacionados.

2.1. O processo de envelhecimento humano: considerações teóricas e conceituais

2.1.1. Sobre a história, os conceitos e as medidas

O processo de envelhecimento e sua consequência natural, a velhice, são uma das preocupações da humanidade desde o início da civilização. A História vem nos demonstrar que as concepções sobre a velhice são tão antigas quanto a origem da humanidade. Até o século II a.C., nas oligarquias gregas e em Roma, a velhice foi poderosa e prestigiada. Os jovens e adultos confiavam e apoiavam-se nos idosos quando as sociedades eram tradicionais, estáveis e hierarquizadas. Mas, nos momentos de mudanças, transformações permanentes e revoluções, os jovens substituíam os idosos no comando e nos papéis sociais prestigiados.

Durante a Idade Média e até o século XVIII, os idosos eram pouco numerosos. A vida era muito árdua e aqueles que sobrevivessem teriam que contar com a solidariedade da família ou com a caridade pública de senhores feudais e da Igreja.

A vida dos idosos continuou muito difícil no início do capitalismo e no século XIX, durante a Revolução Industrial. Quando não eram ricos e poderosos, seu destino estava depositado nas mãos da família, que podia tratá-los com benevolência, mas também esquecê-los, abandonando-os em hospitais e asilos (Mascaro, 2004).

O século XX marcou grandes avanços na ciência do envelhecimento, devido às mudanças ocorridas no perfil demográfico da população, em todo o mundo, e aos conhecimentos adquiridos por meio de estudos que se desenvolveram desde que os pioneiros Metchnikoff e Nascher, em 1903 e em 1909, respectivamente, estabeleceram os fundamentos da gerontologia (gero significa velho e, logia, estudo) e da geriatria (estudo clínico da velhice) (Papaléo Netto, 2002).

Nas últimas décadas, observou-se um nítido processo de envelhecimento demográfico. A Organização das Nações Unidas (ONU) considera o período de 1975 a 2025 a “Era do Envelhecimento”. Nos países em desenvolvimento, esse envelhecimento populacional foi ainda mais significativo e acelerado. Destaca a ONU: enquanto nas nações desenvolvidas, no período de 1970 a 2000, o crescimento observado foi de 54%, nos países em desenvolvimento atingiu 123%.

Esse processo de envelhecimento populacional é produto das recentes mudanças ocorridas na estrutura etária das populações latino-americanas, que apontam uma diminuição dos segmentos mais jovens e um expressivo incremento da população idosa.

Wong & Moreira (2000) assinalaram que a transição demográfica na América Latina será a mais intensa observável no período 1950-2050 e iniciou-se assincronicamente entre os países que integram a Região.

Ao conceituarem a longevidade e o envelhecimento populacional, Wong & Moreira (2000) esclarecem que a definição da idade de uma pessoa é intuitiva e incontroversa. Para uma pessoa, a sua idade é o tempo decorrido entre a data do nascimento e a data atual, razão pela qual, entre duas pessoas, a mais velha é aquela que tem a idade mais elevada. Ao lado do sexo, cor e classe social, a idade é um dos mais importantes fatores de diferenciação social, sendo um elemento fundamental da vida sociocultural. Usualmente identifica-se o envelhecer individual como fruto da passagem do tempo, resultante do aumento da idade pessoal.

As visões disciplinares, que associam o envelhecer individual ao processo biológico de declínio e deterioração decorrente da passagem do tempo, definem o envelhecimento, segundo Moreira (1997), como próprio dos indivíduos que sobreviveram até o estágio final do ciclo vital. Para tal, a idade define-se como limitativo ao bem-estar biológico (fragilidade e/ou invalidez), psicológico (diminuição da velocidade dos processos mentais) e comportamental (isolamento). O processo de envelhecimento individual assume particularidades tão distintas que, associar envelhecimento à idade

cronológica – aproximando-nos do conceito de longevidade – permite, apenas, uma percepção grosseira do processo de envelhecimento, além de retirar a sua feição social e a sua condicionante histórica. Mesmo assim, é convencional identificar o início da velhice com a idade de 65 anos, para as nações desenvolvidas, e 60 anos para os países em desenvolvimento (ONU), e tomar tal idade como limiar que identifica o idoso, convenção esta que, via de regra, está estreitamente associada às políticas de seguridade social, em particular às de aposentadoria. Com pouco consenso, esse período é conhecido como “Terceira idade”.

Enquanto o indivíduo envelhece à medida que a sua idade aumenta, e este é um processo irreversível, a população – como sujeito coletivo - envelhece à medida que aumenta a idade média das pessoas que a compõem. O chamado aumento da idade média, que caracteriza o envelhecimento populacional, ocorre ao aumentar o peso relativo dos idosos no total da população, razão pela qual, diferentemente da longevidade, é um processo reversível e necessita, para sua identificação, de continuidade por um lapso razoável de tempo.

Carvalho & Garcia (2003) definem o **envelhecimento populacional** como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento de peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice. Para estes autores, **longevidade** refere-se ao número de anos vividos por um indivíduo ou ao número de anos que, em média, as pessoas de uma mesma geração ou coorte viverão, definindo-se como geração ou coorte, o conjunto de recém-nascidos em um mesmo momento ou mesmo intervalo de tempo.

Camarano (1999) afirma que o grupo social “idoso”, mesmo quando definido apenas etariamente, não suscita somente referências a um conjunto de pessoas com idades avançadas, mas a pessoas com determinadas características sociais e biológicas. O conceito de idoso envolve mais do que a simples demarcação de idades limítrofes biológicas e enfrenta pelo menos três obstáculos: a heterogeneidade entre indivíduos no espaço e no tempo; a suposição de que características biológicas existem de forma independente de características culturais; e a finalidade social do conceito de idoso. É extremamente difícil superar simultaneamente esses três obstáculos, mas isso não quer dizer que eles não devam ser considerados quando se debate acerca de idosos.

Novas terminologias e novos conceitos vêm surgindo para tentar classificar indivíduos de idade mais avançada. Até recentemente, a “**terceira idade**” designava os idosos de maneira geral. O aumento da longevidade e da qualidade de vida de seus membros levou a que se considerasse, principalmente na Europa e nos Estados Unidos, a existência da **quarta idade**. No entanto, não é quarta idade uma nova categoria, e sim a terceira, que visa classificar indivíduos que não são mais enquadrados na idade do trabalho (ou segunda idade), porém tampouco apresentam sinais de senilidade e decrepitude. Isto se associa à inclusão de indivíduos considerados idosos em diversas esferas da vida social (Camarano, 1999).

Um conceito que vem ganhando expressão neste novo século é o do “**Envelhecimento Ativo**”, adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para designar o envelhecimento como uma experiência positiva.

Em 1999, por ocasião da comemoração do “Ano Internacional do Idoso”, a ONU definiu o envelhecimento ativo como um processo de otimização de oportunidades de bem-estar físico, mental e social através do curso da vida, de forma a aumentar a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida na velhice.

Mais recentemente, durante encontro da Organização Mundial da Saúde em Genebra, que tratou do estabelecimento da estrutura básica da política para o “envelhecimento ativo” (WHO 2002. Active Ageing - A Policy Framework, Geneva, World Health Organization), a OMS reforçou a definição da ONU, ampliando a discussão. O “envelhecimento ativo” é baseado no reconhecimento dos direitos humanos dos idosos e dos princípios de independência, participação, dignidade, cuidados e autodesempenho.

A OMS definiu como os principais fatores determinantes do “envelhecimento ativo”: **serviços de saúde e sociais**, focados na promoção da saúde, prevenção de doenças e livre acesso a serviços de atenção primária e de longo termo; **determinantes pessoais e biológicos**; **determinantes comportamentais**, com indicação para adoção de estilos de vida saudável, participação ativa no autocuidado e em atividades físicas, alimentação saudável, não fumar e não fazer uso de bebidas alcoólicas e nem tampouco fazer largo uso de medicamentos, visando estender a longevidade e melhorar a qualidade de vida; **ambiente físico** adequado para prevenir acidentes, inclusive nos serviços de saúde pública; **determinantes sociais**, com indicação de ações para prevenção de abuso aos idosos; e **determinantes econômicos**,

valorizando a contribuição do trabalho dos idosos no setor informal e nos serviços em casa e na comunidade.

Estes seis fatores determinantes têm em comum a convergência na cultura e no gênero. A **cultura** envolve todos os indivíduos e populações, influenciando em todos os outros determinantes do “envelhecimento ativo”, e o **gênero** é a lente através da qual são consideradas as várias opções políticas, mostrando como afetam o bem-estar de homens e mulheres.

Outro conceito muito difundido é o do “**Envelhecimento bem-sucedido**”. O termo velhice bem-sucedida apareceu na Gerontologia nos **anos 1960**, associado a uma importante mudança ideológica, a qual consistiu em considerar que a velhice e o envelhecimento não são sinônimos de doença, inatividade e contração geral no desenvolvimento. Desde então, a Gerontologia passou a investigar também os aspectos positivos da velhice, o potencial para desenvolvimento que é resguardado pelo processo de envelhecimento e, principalmente, a heterogeneidade, a multidimensionalidade e a multicausalidade associadas a este processo.

Segundo Néri (2001), não existe uma definição única para velhice bem-sucedida, dada a sua heterogeneidade, vista como fenômeno não só biológico, mas também construído socialmente. O conceito de “**envelhecimento bem-sucedido**” foi introduzido no debate gerontológico por Rowe & Kahn (1987), podendo ser caracterizado pela presença de três situações essenciais que interagem entre si em uma relação dinâmica, a saber: baixa probabilidade de doenças e de incapacidades associadas a elas, boa capacidade funcional, tanto física como cognitiva, e participação ativa na comunidade.

Dentre as **medidas de envelhecimento populacional**, destacam-se a **razão de dependência** e o **índice de idosos**. A **Razão de Dependência** é definida convencionalmente como a relação entre população menor de 15 e maior de 65 anos de idade, e a população com idades de 15 a 64 anos, seja total ou considerando cada um destes sub-grupos etários.

O **Índice de Idosos**, uma vez que a continuidade do processo de envelhecimento é mais visível quando o aumento da proporção dos idosos não resulta da diminuição do peso da população adulta, e é maior do que eventuais incrementos na proporção da população jovem, leva a considerar o que ocorre nestes dois grupos etários. Assim, uma medida adequada de envelhecimento populacional deve relacionar o contingente idoso (pessoas de 65 anos e mais) ao número de jovens (menores de 15 anos), incorporando as mudanças na participação relativa do grupo etário idoso e, simultaneamente, dando conta das variações do grupo jovem. Este indicador, bastante utilizado, é definido convencionalmente como a razão entre as participações relativas dos grupos etários idosos e jovens.

2.1.2. O processo de envelhecimento humano: suas causas e consequências

Analisando as causas do envelhecimento, Carvalho & Garcia (2003) explicam que, equivocadamente, muitos pensam que a baixa mortalidade é responsável pela grande proporção de idosos nos países do Primeiro Mundo. Na verdade, o declínio da mortalidade, tal como observado até

agora, teve como efeito um rejuvenescimento das populações, e não seu envelhecimento, uma vez que, proporcionalmente, a queda se concentrou mais nas idades mais jovens, o que, por si só, não teve impacto direto, a não ser em curto prazo, na distribuição etária proporcional. Além do que, ao propiciar em cada coorte, um número maior de mulheres sobreviventes até o final do período reprodutivo, o declínio da mortalidade teve como consequência, um número maior de nascimentos, o que, como visto, leva a uma proporção maior de jovens na população.

Haverá sim, um maior envelhecimento da população, como consequência do declínio da mortalidade, se este se concentrar nas idades avançadas, como, crescentemente se prevê para um futuro não muito distante. Neste caso, não haveria impacto algum sobre o número de nascimentos, apenas um aumento do número absoluto de idosos, como proporção da população total.

Em vários países do Terceiro Mundo, inclusive o Brasil, entre os anos 1930 e 1960, houve sensível declínio da mortalidade, com a fecundidade mantendo-se em níveis altos. No caso brasileiro, houve leve declínio da fecundidade no período, o que não trouxe impacto significativo na estrutura etária proporcional, somente sobre o ritmo de crescimento populacional, fenômeno reconhecido na época como explosão demográfica.

Ao se começar o declínio sustentado da fecundidade é que se dá início ao processo de envelhecimento de uma população. Em vários países, assim como no Brasil, que até então tinham uma população extremamente jovem, quase estável, com o declínio da fecundidade, o ritmo de crescimento

anual do número de nascimentos passou, imediatamente, a cair, o que fez com que se iniciasse um processo contínuo de estreitamento da base da pirâmide etária, conseqüentemente, de envelhecimento da população.

Se a fecundidade, se estabilizar, após o declínio, a nova estrutura etária estável ou quase estável a ser alcançada, será bem mais envelhecida do que aquela de antes da queda da fecundidade. Isto porque a diferença entre o tamanho de uma geração e outra dependerá, além do maior tempo de exposição à mortalidade (tal como no período de alta fecundidade), da diferença do tamanho inicial das diversas gerações, agora muito menor, devido ao declínio da fecundidade.

Considerando-se o **envelhecimento da população brasileira**, pode-se afirmar que, a partir, pelo menos, de 1940 até os anos 1960, a população brasileira apresentou-se quase estável, com distribuição etária praticamente constante. Era uma população extremamente jovem, apresentando em torno de 52% dos habitantes com idade inferior a 20 anos, e menos de 30% acima de 65 anos.

Nesse período, houve significativo declínio da mortalidade e leve queda da fecundidade (a taxa de fecundidade total teria passado de 6,1 filhos por mulher, nos anos 1930 para 5,8 em 1970 (Frias & Carvalho, 1994). Obviamente, no período em questão houve significativa aceleração no ritmo de crescimento da população, que, de uma taxa anual de 2,4% na década de 1940, passou para 2,9% nos anos 1960.

No final da década de 1960, iniciou-se rápido e generalizado declínio da fecundidade no Brasil. A taxa de fecundidade total passou de 5,8, em

1970 (Carvalho & Garcia, 2003), para algo em torno de 2,3 filhos, por mulher, em 2000. O nível de fecundidade, em 2000, já está bem próximo daquele de reposição, isto é, aquele que produz crescimento nulo da população a longo prazo. Como consequência, a população brasileira entra em um sustentado processo de desestabilização de sua estrutura etária, com estreitamento continuado da base da pirâmide e envelhecimento da população (Camarano, 1999; Wong, 2001).

Carvalho & Garcia (2003) chamam a atenção para o fato de que, como o envelhecimento se dá via declínio da fecundidade, ao se alcançar a estabilidade etária, no futuro haverá necessariamente um número absoluto de idosos menor do que aquele que se teria na ausência de queda da fecundidade. Os problemas porventura advindos desse processo não estão relacionados ao número absoluto de idosos, mas sim, a seu peso relativo na população total.

Além das transformações demográficas, o Brasil tem experimentado uma transição epidemiológica, com alterações relevantes no quadro da morbi-mortalidade. Essa mudança no perfil da morbidade faz com que o cenário caracterizado por uma população jovem, com maior incidência de doenças infecciosas (responsáveis por 40% do total de óbitos em 1950 e por 10% em 1980), se transforme em um outro, no qual predominam os agravos crônicos (em 1950, 12% dos óbitos, elevando-se para 40% em 1980), característicos de uma população mais envelhecida, com conseqüente aumento dos custos com tratamento, hospitalização e reabilitação (Veras, 1994).

2.1.3. Diferenciação sócio-demográfica: a classificação através do índice de desenvolvimento humano (IDH) e a transição demográfica

Para contemplar as questões referentes ao envelhecimento populacional - planejamento, educação e assistência aos idosos - sem dúvida, um dos maiores desafios deste nosso século, torna-se importante utilizar o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), uma medida relativa de comparação internacional. O IDH é composto por indicadores sociais (educação), econômicos (PIB *per capita*) e demográficos (níveis de mortalidade), o que permite classificar o Brasil, inserido nos países da América Latina, segundo níveis relativos de desenvolvimento econômico. Pela linha de estudo apontada por Wong & Aguirre (2000), com esta classificação, busca-se identificar a diversidade da dinâmica demográfica regional com as diferenças sociais existentes no interior do continente.

No geral, exceção feita ao Haiti, os valores nacionais do IDH na América Latina não apontam para diferenças abissais. No final dos anos 1990, ele oscila entre 0,84 para o Chile e 0,62 para a Guatemala, o que, sem ter neste quadro nenhum país classificado no conjunto das “nações ricas”, tira os países latino-americanos do terço mais pobre do mundo.

Tabela 1 - Países latino-americanos agrupados segundo o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH e proporção de população no total da população da Região - 1997

IDH	Países	IDH	Proporção da população (*)
Alto	Argentina, Chile, Costa Rica, Uruguai, Panamá, Venezuela, Colômbia (excluído México)	0,84 a 0,77	25,4
Médio	Equador, Peru, República Dominicana, Paraguai (excluído Brasil)	0,75 a 0,73	10,3
	Bolívia, El Salvador, Guatemala, Nicarágua, Honduras	0,67 a 0,61	7,4
	Haiti	0,43	1,7
Baixo	Cuba	0,76	3,1
	México	0,79	19,0
	Brasil	0,74	34,6

Fonte: Human Development Report 2000 - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

(*) No total da Região em 2000 – por cem

A Tabela 1 detalha a composição dos três grupos estabelecidos. Note-se que, por suas especificidades, foram destacados: 1) Haiti, pois é um país literalmente paupérrimo, guardando grande distância dos outros países da Região; 2) Cuba, por ser muito pobre, segundo critérios econômicos, e muito avançado, segundo critérios sociais, e encontrar-se em um estágio da transição demográfica bastante diferenciado dos demais; 3) **Brasil** e México, por serem os países de maior população da América Latina e pelo importante papel econômico que exercem nos correspondentes entornos. No **Brasil** e no México, adicionalmente, a queda da fecundidade, que inaugura a significativa transição demográfica que os mesmos experimentam, foi das mais velozes: se consideramos o período 1970/75 como o marco inicial do

significativo declínio da fecundidade na Região, encontraremos que, num período de 20 anos, a fecundidade diminuiu nestes dois países em quase 50% (United Nations, 1999).

A classificação obtida com base no IDH é bastante similar às categorizações elaboradas a partir de critérios unicamente demográficos, especificamente ligados à transição da fecundidade. É o caso de Chackiel & Schkolnic (1996), que classificam níveis nacionais de fecundidade para documentar os diferentes períodos de início da Transição Demográfica. No geral, os países de menor IDH (incluído Haiti) possuíam, no quinquênio 1985-90, os maiores níveis de fecundidade, medidos pelas Taxas de Fecundidade Total (TFT). Em uma situação apenas ligeiramente mais privilegiada de desenvolvimento, estavam, além da República Dominicana, os países andinos do Peru e Equador, com TFT em torno de 5 filhos por mulher.

O grupo de países com IDH alto está composto, por um lado, pelos países geograficamente localizados na parte superior do continente, e que tinham, segundo os autores, níveis de fecundidade médio-baixos, e de outro lado, pelos países do “cone sul”, que ostentam baixos níveis de fecundidade, desde antes dos anos 1960. A este grupo soma-se Costa Rica, que alcançaria nível de fecundidade inferior a 3,0 filhos por mulher, antes do início da década de 1990. Sendo a fecundidade o primeiro determinante de transição demográfica para a desestabilização da estrutura etária, após um período de quase estabilidade, o fato de os países alterarem seus níveis de fecundidade em diferentes períodos significa, também, que a mudança na sua composição etária inicia-se em diferentes ocasiões. A associação desta

assincronia na trajetória populacional com situações de bem-estar diferenciadas, identificadas pelo IDH, permite, desde já, estabelecerem-se relações entre indicadores demográficos e de bem-estar social.

2.1.4. O envelhecimento na América Latina

O envelhecimento populacional está se operando na Região, de forma diferenciada no interior da mesma, evidenciando que tal processo se dá como produto da interação entre os diversos grupos etários. Conseqüentemente, neste item, trata-se de captar melhor tais interações, mostrando para tal fim a evolução do Índice de Idosos ¹. Para melhor compreensão do mesmo, segue, antes, uma referência à inserção da América Latina no contexto mundial.

O tamanho absoluto da população idosa, sua proporção e os correspondentes índices, apontam a existência de mundos distintos no que tange a esta população. Um deles, composto pelos países pobres, no qual o número de idosos é elevado, mas seu peso relativamente modesto. Outro, formado pelos países ricos, no qual o tamanho absoluto da população idosa é modesto, mas é elevada a participação relativa do grupo no total da população. Desta forma, no conjunto de países subdesenvolvidos², os maiores de 65 anos (ou idosos) que em 2000 eram aproximadamente 250 milhões, representavam 5,1% da população total. Nos países

¹ Veja a definição deste Índice, à página 16.

² Integrado por África, América Latina e Caribe, Ásia, excluindo o Japão, Melanésia, Micronésia e Polinésia.

desenvolvidos³, este contingente atingia 170 milhões, ou 70% da população dos países subdesenvolvidos, mas representava 14,4% da população total (proporção 2,8 vezes maior do que a dos países pobres). Em 2050, as diferenças dos quantitativos absolutos indicam que a população idosa nos países subdesenvolvidos (1,2 bilhão) será quase quatro vezes maior do que aquela nos países desenvolvidos (300 milhões).

Tabela 2 - População de 65 anos e mais, Proporção de Idosos e Índice de Idosos, segundo Continentes e Regiões do Mundo - 1950-2050

Continentes e Regiões	1950	1975	2000	2025	2050
População de 65 anos e mais (em mil)					
América Latina e Caribe	6.178	14.061	28.080	67.472	135.666
América do Norte	14.102	25.234	38.822	68.458	85.990
Europa	44.981	77.128	107.439	146.987	172.984
Ásia	57.384	101.655	216.294	485.120	913.910
África	6.985	12.802	24.990	52.868	141.399
Austrália – Nova Zelândia	839	1.497	2.734	5.065	6.904
Proporção de Idosos					
América Latina e Caribe	3,7	4,4	5,4	9,7	16,8
América do Norte	8,2	10,4	12,5	18,8	21,9
Europa	8,2	11,4	14,7	21,0	27,6
Ásia	4,1	4,2	5,9	10,3	17,3
África	3,2	3,1	3,2	4,1	8,0
Austrália – N. Zelândia	8,3	9,1	12,0	18,2	22,3
Índice de Idosos					
América Latina e Caribe	9,2	10,6	17,2	41,1	83,7
América do Norte	30,2	41,4	59,1	104,8	128,5
Europa	31,4	48,5	84,4	143,0	191,3
Ásia	11,2	10,9	19,6	46,7	91,9
África	7,4	7,0	7,5	11,9	33,3
Austrália – N. Zelândia	30,7	33,2	57,3	99,9	127,8

Fonte: Dados básicos de: United Nations (1999).

³ Integrado por América do Norte, Europa, Japão e Austrália - Nova Zelândia.

O que é característico da América Latina e Caribe não é tanto o volume de idosos, que é relativamente pequeno quando comparado, particularmente, ao da Ásia, nem a importância relativa deste efetivo humano, mas muito mais a velocidade com que envelhece.

Tomando-se 1950 como base de comparação, encontra-se que a Região apresenta um volume de população acima de 65 anos dos mais modestos, superando apenas a situação da Oceania, e sua participação relativa só é superior à dos países africanos. A população idosa da América Latina e Caribe é menos da metade da registrada para a América do Norte, várias vezes menor do que a da Europa e ligeiramente inferior à da África. Transcorridos 100 anos (isto é, em 2050), a população idosa da América Latina e Caribe superaria à da América do Norte e se aproximaria do total encontrado na África e na Europa.

Em síntese, a população idosa da América Latina e Caribe, no período 1950-2050, tornar-se-á importante, tanto do ponto de vista relativo como absoluto, e apresentará o mais rápido processo de envelhecimento em escala mundial, multiplicando a sua população idosa em aproximadamente 15 vezes. O índice de idosos que, em 1950, apresentava valores da ordem de 9,2%, atingirá em 2050, 83,7%. Ainda assim, ao final do período, haverá menos idosos (65 e mais) que crianças (0 a 15) e manter-se-á a ampla distância com relação ao envelhecimento atingido pela Europa, no qual, contrariamente, haveria mais idosos do que crianças.

O processo de envelhecimento populacional é diferenciado nos países latino-americanos.

A evolução do Índice de Idosos permite identificar a velocidade com que se altera a estrutura etária da população. A tabela 3 apresenta este índice e a variação que experimentará ao longo do período, em dois painéis. O primeiro inclui uma série de países, com a finalidade de mostrar o amplo espectro que assume nas diversas situações históricas, sociais e demográficas. Estão ordenados segundo o que se espera, seja em 2050, quando poderá variar entre 20 e 265 aproximadamente. O painel A mostra vários países europeus: Espanha e Itália, atualmente com os maiores índices, e a França, que no início do período (1950) liderava as estatísticas sobre envelhecimento. Na amostra de países desenvolvidos, estão Canadá e Estados Unidos, mostrando que as diferentes evoluções históricas não se associam a evoluções igualmente diferenciadas nos índices de idosos. Incluíram-se as duas Coreias, que, dentro do amplo intervalo citado, apresentarão, em 2050, índices similares entre si e próximos a 100, valor que, atentando-se à situação inicial, estaria representando um dos mais vertiginosos processos de envelhecimento populacional. Similar velocidade é mostrada por Tailândia e Japão. Junto a estes, inclui-se a China, como exemplo de uma cultura que privilegia mais o idoso do que a ocidental; igualmente se incluem Irã e Índia, exemplificando sociedades relativamente mais tradicionais. Finalmente, são considerados os países africanos, mostrando que, mesmo em 2050, o índice de idosos será menor do que aquele registrado no século XX pelos europeus.

O painel B retrata a América Latina, na qual o Índice aumentará praticamente 10 vezes em cem anos, o que bem documenta a velocidade do processo de envelhecimento na Região.

Os valores específicos respeitam a escala do IDH, correspondendo sempre, ao longo do período que estamos considerando, o menor índice de idosos aos países agrupados no mais baixo IDH. Embora todos os grupos mostrem claro processo de envelhecimento até o final do período, a especificidade está nos momentos da consolidação do processo. No grupo de IDH alto, isto ocorre claramente antes de 2000. No caso do IDH médio, o mais acelerado ritmo registrar-se-á por volta de 2025. Seguiria, na seqüência cronológica, o grupo de países com IDH mais baixo.

Tabela 3 - Países Selecionados e Países da América Latina, segundo o tipo de IDH e Índice de Idosos - 1950-2050

Países	Período					Índice de variação (1950=100)			
	1950	1975	2000	2025	2050	1975	2000	2025	2050
Painel A: Países selecionados									
Espanha	26,9	37,6	110,1	346,9	265,0	139,8	409,3	1 289,8	985,1
Itália	31,4	51,6	121,2	211,8	248,4	164,5	386,0	674,5	791,1
Japão	13,9	33,9	107,4	180,8	192,4	243,9	772,7	1 301,1	1 384,2
França	50,2	57,0	83,4	121,3	138,4	113,6	166,1	241,6	275,7
Canadá	25,9	33,6	59,3	98,8	117,5	129,9	229,0	381,5	453,7
R. da Coreia	7,3	9,5	29,9	73,35	113,6	130,1	409,6	1 004,8	1 556,2
Estados Unidos	30,2	42,4	57,1	91,2	110,9	140,4	189,1	302,0	367,2
Tailândia	7,1	7,65	21,4	52,3	98,6	107,7	301,4	736,6	1 388,7
China	13,4	12,1	26,5	60,6	94,2	90,3	197,8	452,6	703,0
R.D.P. Coreia	7,9	7,6	16,9	47,9	90,4	96,2	213,9	606,3	1 144,3
Índia	8,6	9,7	14,7	35,9	76,1	113,4	170,9	418,0	884,9
Irã	13,7	6,9	10,1	20,7	54,6	50,4	73,7	151,5	398,5
África do Sul	9,3	9,45	12,5	25,1	54,1	101,6	134,4	269,9	581,7
Quênia	9,9	7,4	6,0	8,9	32,7	75,3	60,6	90,4	330,3
Tanzânia	4,8	5,0	5,9	11,2	29,9	104,2	122,9	234,4	622,9
Moçambique	6,5	7,1	7,3	9,2	24,6	109,2	112,3	141,5	378,5
Uganda	6,8	5,4	4,8	5,9	22,2	79,4	70,6	86,8	326,5
Etiópia	6,8	5,7	6,1	8,4	22,2	83,8	89,7	124,3	326,5
Painel B: Países latino-americanos segundo tipo de IDH									
América Latina e Caribe	9,2	10,6	17,2	41,1	83,7	115,2	186,7	446,7	909,8
IDH Alto	14,1	14,0	21,5	44,8	84,2	99,7	152,9	318,6	598,5
IDH Médio	9,9	8,4	13,5	34,4	78,5	84,7	136,0	347,2	792,8
IDH Baixo	7,9	6,3	8,4	17,0	49,1	79,4	105,8	214,6	620,3
Cuba	13,7	18,0	45,3	106,9	171,0	131,2	330,8	780,8	1249,1
Haiti	14,1	11,2	9,2	17,9	50,2	79,2	65,1	126,5	355,4
México	10,5	8,6	14,2	40,1	96,4	82,1	135,5	382,6	919,9
Brasil	7,2	9,7	18,1	46,8	92,9	133,9	249,8	648,0	1285,0

Fonte: Painel A: Adaptado de Moreira (1997); Painel B: Índices calculados a partir de: United Nations (1998 e 1999)

No caso dos quatro países mencionados, Cuba é bastante singular. Como se verá mais adiante, a brusca mudança sócio-política provocou igualmente bruscas mudanças demográficas, o que ficou denunciado já em 1975. Naquele ano, sendo ainda um país tipicamente jovem, Cuba possuía claramente um alto índice de idosos relativo ao resto da Região. Será, até o final do período, lembrando os casos citados no Painel A, um dos países mais envelhecidos do mundo, num processo que foi, também, um dos mais velozes. Note-se que o índice de idosos prognosticado para 2050 é 12 vezes superior àquele registrado para 1950.

Haiti é, sem dúvida, um país que não adentrou o processo de envelhecimento; pelo contrário, até 2000, a relação entre criança e idosos continua diminuindo. A menos que a dinâmica populacional deste país passe por uma extrema mutação, a inércia da estrutura etária não permitirá, a médio prazo, grandes alterações neste índice. Mesmo com a queda de fecundidade prevista, o país terá, até 2050, uma relação criança/idoso similar àquela que alguns países europeus tinham em 1950.

O México é o país que melhor representa a média da região, tanto em termos do índice, como da velocidade com que a estrutura etária tenderá a envelhecer, devendo o grande salto deste índice ocorrer no período entre 2000 e 2025.

Por último, a *performance* do Brasil é muito similar à registrada por Cuba, embora a base de partida seja diferente, com um início menos precoce do que o primeiro: o índice do Brasil estava abaixo de 10, ainda em 1975, sendo que em Cuba era superior a 10 desde antes de 1950. Para

ambos os países trata-se de uma das mais intensas evoluções. O índice a ser atingido em 2050 será mais de 12 vezes o registrado em 1950, assemelhando-se aos aumentos relativos registrados pelas duas Coreias e pelo Japão (Wong&Moreira, 2000).

As evidências apresentadas incluem a certeza, segundo estes autores, de que haverá um processo geral de envelhecimento da estrutura etária, que tende, a longo prazo, a uniformizar os países do continente. As atuais diferenças nas previsões demográficas disponíveis assinalam os estágios pelos quais estão passando os países classificados segundo seu bem-estar social.

2.1.5. A pesquisa sobre envelhecimento humano no Brasil: perspectiva de revisão

Analisando o estado da arte dos estudos realizados sobre o tema “envelhecimento” no Brasil, encontramos referência a um estudo feito pelo Centro de Documentação da Unati/Uerj, relativo à produção científica brasileira (Minayo & Coimbra Jr., 2002). Apenas em relação aos trabalhos de dissertação e teses, a pesquisa identificou 511 trabalhos, sendo 78% correspondentes a dissertações de mestrado e 22% a teses de doutorado. As primeiras obras catalogadas referem-se a 7% de trabalhos identificados na década de 1970, cerca de 30% nos anos 1980 e os restantes nos anos 1990 e em 2000 e 2001.

Tais referências foram organizadas em duas grandes áreas: ciências sociais e ciências humanas (sociologia, psicologia, serviço social, educação e comunicação social) e área biomédica e saúde pública (políticas de saúde, serviços de saúde, epidemiologia, medicina, nutrição, enfermagem e educação física). Os temas desses trabalhos giram em torno de alguns eixos: o idoso de hoje diante do mundo urbano, industrializado, informatizado, evocando seu passado por meio da memória, vivenciando experiências de inúmeras transformações nos mais diversos campos da vida. O envelhecimento e a velhice, em especial, são tratados por meio de representações sociais dos próprios idosos, de seus familiares, de cuidadores e de profissionais da saúde. Como aspectos mais específicos, aparece de forma recorrente a perspectiva feminina do envelhecimento.

A maioria quase absoluta da produção, independentemente do enfoque, não incorpora uma dimensão contemporânea. Existe pouca visão futurista, na qual profundas transformações sociais se fazem presentes, tais como mudanças biológicas, com ampliação de conhecimento de engenharia genética, o que mudará os indicadores demográficos, e também a expectativa de vida e, principalmente, a extensão do limite do tempo de vida, ou relógio biológico, que hoje atinge 90 e 95 anos, sendo que nas próximas décadas é possível que se amplie, alcançando de 120 a 130 anos (Minayo & Coimbra Jr., 2002).

O nosso estudo reflete o aumento do interesse pela pesquisa na área do envelhecimento no Brasil, somando-se aos 144 grupos, 209 linhas de pesquisa e 511 pesquisadores, segundo Prado & Sayde (2004). Esses

autores, em artigo publicado na Revista Ciência & Saúde Coletiva da ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva 2004), intitulado “A pesquisa sobre envelhecimento humano no Brasil: grupos e linhas de pesquisa”, identificaram que “a pesquisa relativa à velhice, ao velho e ao processo de envelhecimento, acontece, predominantemente, na área das ciências da saúde, com importante participação das ciências biológicas. As ciências humanas e as sociais aplicadas também desempenham papel importante nas pesquisas relativas à temática. De fato, o envelhecimento humano interessa a pesquisadores de muitos campos da produção de conhecimento”.

Os grupos de pesquisa ativos nessa produção de conhecimento, estão concentrados nas regiões Sudeste e Sul, mais especificamente nos Estados de São Paulo, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro, desenvolvendo suas investigações, principalmente, na USP, PUC-RS e Unicamp. Em algum grau, esta característica está associada aos programas de pós-graduação instalados na PUC-RS, na Unicamp e na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Simultaneamente à concentração, a pesquisa sobre envelhecimento humano está pulverizada em várias unidades da federação e muitas instituições de ensino superior.

Os pioneiros na geração de conhecimento sobre envelhecimento correspondem a 70% dos grupos de pesquisa que trabalham com essa temática. Mas, para todos esses, o envelhecimento é um tema tratado no interior de sua área/ sub-área previamente estabelecida, seja ela sociologia, antropologia, demografia, medicina, saúde coletiva ou qualquer outra.

E há os grupos que se voltam especificamente para o estudo do processo de envelhecimento humano. No seu conjunto, correspondem a 30% do universo dessa investigação. O olhar das ciências da saúde e das ciências biológicas é aqui muito mais intenso e materializado, principalmente por meio da saúde coletiva, da medicina, da enfermagem e da odontologia. São grupos criados há bem pouco tempo, a partir de 1995. Não se pode dizer que esses grupos são homogêneos. Há alguns altamente qualificados, com geração de conhecimento reconhecido nacional e internacionalmente, desenvolvendo suas pesquisas em associação com renomados programas de pós-graduação, como também existem os que dão seus primeiros passos com o raiar do novo milênio; sanitaristas, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, educadores, entre outros, que se voltam para o processo de envelhecimento, muitas vezes a partir de experiências assistenciais e/ou extensionistas sobre os grupos que compõem. Estas iniciativas demonstram que a área da gerontologia está sendo fortemente constituída.

Prado & Sayde (2004), ainda na revista da ABRASCO, Ciência & Saúde Coletiva, em volume subsequente ao citado anteriormente, complementaram o estudo, agora intitulado: “A pesquisa sobre envelhecimento humano no Brasil: pesquisadores, temas e tendências”. Discutiram temas investigados e tendências da pesquisa sobre envelhecimento humano no Brasil, a partir de indicadores que relacionam a titulação de pesquisadores e estudantes inseridos nos grupos de pesquisa que compõem o Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil (2002), do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq),

em sua versão 4.1. O critério para a identificação dos grupos estudados foi o desenvolvimento de, pelo menos, uma linha de pesquisa referente ao desenvolvimento humano, sendo a busca na base de dados realizada a partir de palavras-chave associadas ao processo de envelhecimento humano. Foram identificados os mesmos 144 grupos, 209 linhas de pesquisa e 511 pesquisadores, referidos no artigo anterior a este. Observa-se que o Estado de São Paulo e, em particular a USP, aparecem como predominantes na titulação doutoral dos pesquisadores no Brasil (78 pesquisadores, correspondendo a 61,9% do total). A pesquisa relativa à velhice, ao velho e ao processo de envelhecimento volta-se enfaticamente para o estudo das doenças crônicas e degenerativas e das síndromes geriátricas. A educação, a promoção da saúde e a prevenção de doenças, ao lado do envelhecimento biológico, também são temas privilegiados. Um outro leque de temas é investigado sob o olhar, por vezes simultâneo, de várias áreas da Ciência. Eles vêm sendo trabalhados por grupos de pesquisa bastante heterogêneos quanto à sua titulação e composição quantitativa de pesquisadores e estudantes. Os resultados sugerem uma reduzida capacidade de reprodução desta força de trabalho, menor ainda entre os grupos que se voltam exclusivamente para o estudo do envelhecimento humano. Indicam também que o percurso em direção à consolidação científica da pesquisa para esses grupos específicos há de ser bem mais longo do que para outras áreas, como a epidemiologia, por exemplo.

2.2. Promoção da saúde

Enfocaremos neste item a promoção da saúde e, mais especificamente, a promoção da saúde do idoso, tendência que vem apresentando respostas para os desafios ocasionados pelo fenômeno do envelhecimento.

A promoção da saúde, como vem sendo entendida nos últimos 20-25 anos, representa uma estratégia promissora para se enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos neste início de século. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (Buss, 2000).

Decorridos quase 20 anos da divulgação da Carta de Ottawa (WHO, 1986), um dos documentos fundadores da saúde atual, este termo está associado a um conjunto de valores: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais.

Embora o termo “promoção da saúde” tenha sido usado a princípio para caracterizar um nível de atenção da medicina preventiva (Leavel & Clark, 1976), seu significado foi mudando, passando a representar, mais recentemente, um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado.

O conceito moderno de promoção da saúde surgiu e se desenvolveu, de forma mais vigorosa, nos últimos vinte anos, nos países desenvolvidos, particularmente no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental. Quatro importantes Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, realizadas nos últimos 12 anos – em Ottawa (WHO, 1986), Adelaide (WHO 1988), Sundsvall (WHO 1991) e Jacarta (WHO 1997) –, desenvolveram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde. Na América Latina, em 1992, realizou-se a Conferência Internacional de Promoção da Saúde (OPAS, 1992), trazendo formalmente o tema para o contexto sub-regional.

Sigerist (1946) foi um dos primeiros autores a se referir ao termo, quando definiu as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação, e afirmou que *a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso*, para o que pediu o esforço coordenado de políticos, setores sindicais e empresariais, educadores e médicos. A estes caberia definir normas e fixar padrões.

Leavell & Clark (1976) utilizaram o conceito de promoção da saúde ao desenvolverem o modelo da história natural da doença, que comportaria três níveis de prevenção. Dentro dessas três fases de prevenção existiriam pelo menos cinco níveis distintos, nos quais poder-se-iam aplicar medidas preventivas, dependendo do grau de conhecimento da história natural de cada doença.

A *prevenção primária* é composta por dois níveis, promoção de saúde e proteção específica. A educação em saúde é elemento importante para esse objetivo. A *prevenção secundária*, que inclui nos seus dois níveis o diagnóstico e o tratamento precoce, além da limitação da invalidez, permite que as pessoas que porventura não tenham sido protegidas sejam corretamente diagnosticadas e tratadas. Se a incapacidade se tornar definitiva, a *prevenção terciária*, por meio de ações de reabilitação, procurará readaptar o indivíduo na sua comunidade para que desempenhe o máximo de suas atividades e consiga ter de volta a sua autonomia. Trata-se, portanto, de um enfoque de promoção da saúde centrado no indivíduo, com uma projeção para a família ou grupos, dentro de certos limites.

A Carta de Ottawa define promoção da saúde como *o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo* (WHO, 1986).

Para Gutierrez (1997), *promoção da saúde é “o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar*

e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a níveis individual e coletivo". Neste conceito mais apropriado à realidade latino-americana, agrega-se ao papel da comunidade a responsabilidade do Estado na promoção da saúde de indivíduos e populações.

O moderno movimento de promoção da saúde surgiu formalmente no Canadá, em maio de 1974, com a divulgação do documento "*A New Perspective on the Health of Canadians*", também conhecido como Informe Lalonde (1978). Lalonde era então ministro da Saúde daquele país.

O Informe Lalonde foi a primeira declaração teórica geral de saúde pública surgida dos achados no campo da epidemiologia das enfermidades não-infecciosas. A partir daí, definiu-se um "Conceito de Campo da Saúde", que considera quatro grandes áreas: biologia humana, meio ambiente, estilos de vida e organização da atenção sanitária. O Informe, amplamente difundido, foi um dos documentos que influenciaram fortemente o nascente movimento da Promoção da Saúde. No Informe Lalonde, a Promoção da Saúde foi considerada uma das estratégias de prevenção. Entretanto, o informe de 1979 do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, ao adotar esse referencial, trouxe confusão quanto à concepção e definição de conceitos fundamentais do modelo. Este documento diferenciava a Promoção da Saúde da prevenção de enfermidades, dando-lhes igual importância. A Promoção da Saúde, no Informe do Serviço de Saúde Pública

Americano, era definida enfocando as ações dirigidas para mudanças no estilo de vida, enquanto a prevenção se referia estritamente à proteção dos agravos à saúde. Essa dicotomia conceitual deu lugar a múltiplas interpretações sobre a missão exata da Promoção da Saúde, mas de acordo com Lalonde e para outros, prevenção era um campo subordinado à promoção da saúde.

Ainda que o Informe do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos da América tenha sido divulgado há quase 25 anos, ainda permanecem dúvidas entre nós sobre a definição e concepção corretas da Promoção da Saúde. A confusão pode ter aumentado com a publicação da Carta de Ottawa em 1986, documento considerado o marco teórico da promoção da saúde, em que são introduzidos outros elementos conceituais. A Promoção da Saúde por este documento, contempla cinco grandes áreas estratégicas: definir políticas públicas saudáveis, criar entornos favoráveis (ambientes físicos, sociais, econômicos, políticos e culturais), fortalecer a ação comunitária, desenvolver estilos pessoais de vida e reorientar os serviços de saúde.

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), convocou a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que se realizou em Alma-Ata. A conferência trouxe um novo enfoque para o campo da saúde, colocando a meta de “saúde para todos no ano 2000” e recomendando a adoção de um conjunto de oito elementos essenciais: 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.

Segundo Buss (2000), talvez o que tenha ficado como a marca da conferência tenha sido a proposta de atenção primária da saúde, além da reafirmação da saúde como direito humano fundamental, a inaceitabilidade das desigualdades, a responsabilidade dos governos pela saúde dos cidadãos e o direito da população de participar das decisões no campo da saúde.

2.2.1. Promoção da saúde do idoso

2.2.1.1. Saúde e envelhecimento

Brito & Litvoc (2004) apontam que a busca da longevidade, de viver mais e de usufruir um estado de bem-estar e de saúde, constitui um dos principais valores cultuados em toda a história da humanidade. Faz parte também de um dos maiores anseios da população brasileira.

Para estes autores, o conceito de saúde do homem refere-se à capacidade de desenvolver uma perspectiva integradora de sua realidade, sendo o processo de viver uma situação permanente de equilíbrio e desequilíbrio ecológico. O estado de funcionamento dos sistemas orgânico e

mental constitui uma situação permanente de alteração da funcionalidade de normal para anormal, em diferentes níveis de gravidade.

O estado de saúde de um indivíduo é muito mais do que um bem-estar físico, constituindo-se de uma complexa inter-relação entre os aspectos psicológicos e fisiológicos da saúde e da doença, e também entre os componentes objetivos e subjetivos desses estados.

A OMS que, desde 1947, divulga o conceito de saúde como um estado de completo bem-estar físico, psicológico e social, tem sugerido que a aplicabilidade deste conceito deve incluir a necessidade de conhecer os vários determinantes do estado de saúde das populações, apontando na direção do conceito de promoção da saúde. Esta concepção, que destaca a saúde como um componente fundamental do desenvolvimento humano, procura resgatar e valorizar fatores que propiciem uma vida digna e de bem-estar coletivo.

A aplicação dos conceitos de saúde relacionados ao envelhecimento é complexa, pois essas medidas sofrem a interferência de atitudes culturais negativas, preconceituosas, relativas ao envelhecimento, à própria disponibilidade de recursos para assistência médico-sanitária e também à elevada prevalência de deficiências próprias desta fase. Deve ser enfatizado, ainda, que as deficiências que não provocam incapacidades são pouco consideradas na assistência aos idosos, sendo muitas vezes tidas como partes do processo normal de envelhecimento, confundindo assim uma avaliação satisfatória do estado de saúde.

Brito & Litvoc (2004) chamam a atenção, ainda, para a necessidade de valorização das capacidades das pessoas idosas de realizar as atividades de suas vidas autodefinidas como essenciais para a satisfação de seus anseios, e que consigam mantê-las com autonomia durante a sua existência.

2.2.1.2. A promoção da saúde dos idosos

Segundo Derntl & Watanabe (2004), o movimento da *Promoção da Saúde* é uma resposta aos desafios ocasionados pelo fenômeno do envelhecimento, os quais têm impactos significativos sobre as diversas dimensões do desenvolvimento e do funcionamento da sociedade, tais como: os sistemas de aposentadorias e pensões, a composição dos padrões de participação na força de trabalho, as disposições de caráter familiar e domiciliar, as transferências intrafamiliares entre gerações e as condições de saúde dos mais velhos. Esse paradigma, para os idosos, põe em destaque o estilo de vida, valorizando comportamentos de autocuidado e focalizando a capacidade funcional como um novo conceito de saúde.

No Brasil, a Política Nacional do Idoso incorpora os postulados da Promoção da Saúde para a orientação das ações de atenção, ajustando-as às peculiaridades nacionais. Preceitua que cabe ao Setor Saúde prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, mediante o estabelecimento de normas específicas para tal, como o desenvolvimento da cooperação entre as esferas de

governo e entre centros de referência em geriatria e gerontologia, e a realização de estudos e pesquisas na área.

O enfoque da Promoção da Saúde possibilita identificar seis princípios relativos à saúde dos idosos: a velhice não é doença, mas sim uma etapa evolutiva da vida; a maioria das pessoas de 60 anos e mais estão em boas condições físicas e sua saúde é boa, mas ao envelhecer perdem a capacidade de se recuperar das doenças rapidamente e de forma completa, tornando-se mais debilitadas e propensas a necessitar de ajuda para seu cuidado pessoal; pode-se fortalecer a capacidade funcional na velhice mediante capacitação e estímulos ou prevenindo agravos à saúde; do ponto de vista social e psicológico, as pessoas idosas são mais heterogêneas do que os jovens; a Promoção da Saúde na velhice deve ter seu foco no bom funcionamento físico, mental e social, assim como na prevenção das enfermidades e incapacidades. Muitas das medidas que afetam a saúde das pessoas idosas transcendem o setor saúde.

Esses postulados são encontrados também no propósito da Política Nacional do Idoso (PNI): “promover o envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes a permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade”.

Os serviços de saúde para o idoso são contemplados nas diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso (1999), no que se refere à

assistência e reabilitação. O Sistema Único de Saúde conta com as Equipes de Saúde da Família, onde é requerida uma atenção especial às pessoas idosas e uma participação ativa na melhoria da qualidade de vida desse grupo populacional, por meio de medidas promocionais, de proteção específica, de identificação precoce de seus agravos mais freqüentes e sua intervenção e medidas de reabilitação voltadas a evitar o seu afastamento do convívio familiar e social.

Estão previstos também, pelo Sistema Único de Saúde - SUS, a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e a organização / habilitação e cadastramento dos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, os quais já se encontram em funcionamento. Em São Paulo, temos cerca de 15 Centros de Referência, todos eles organizados tendo como proposta básica, dentre outras, a promoção do envelhecimento saudável e a melhoria da qualidade de vida dos idosos. (Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas, 2002).

O Ministério da Saúde tem obtido avanços na meta de manutenção da capacidade funcional e da prevenção de agravos, com a imunização e a vacinação dos idosos, tendo sido lançada, em 7 de abril de 1999, a Campanha Nacional de Imunização, com distribuição de vacinas em todos os Postos, ou seja, 25 mil Postos da rede pública dos Estados e municípios. As vacinas são contra a gripe, (anual), antipneumocócica, (direcionada às pessoas mais suscetíveis à pneumonia), e antitetânica.

O Ministério da Saúde tem desenvolvido um conjunto de ações relacionadas ao atendimento do idoso na rede pública, dentre as quais estão a criação da figura do acompanhante do idoso que é internado, a do Hospital-Dia Geriátrico, que é uma modalidade em que o paciente fica durante o dia no hospital e à noite vai para casa, dependendo da patologia. Estão sendo criados também mutirões de cirurgias para tentar acabar com as filas de espera para todas as cirurgias eletivas, específicas para a faixa etária de 60 anos ou mais: catarata, hérnia e próstata.

Observa-se que as diretrizes básicas da Política Nacional de Saúde do Idoso são uma tradução exemplar das preocupações com a preservação e a reabilitação funcionais, que são comuns a um conjunto de técnicos que hoje pensam as questões relativas ao envelhecimento humano (Gordilho et al., 2000).

Veras (2002), no livro de sua autoria “Terceira idade: gestão contemporânea em saúde”, aponta que embora as pessoas mais velhas tenham a expectativa de desfrutar ainda vários anos de suas vidas de forma saudável e ativa, é amplamente reconhecido que os idosos são os maiores usuários dos serviços de saúde. Observa ainda que o acesso aos serviços de saúde não é bem distribuído e muitos idosos recebem os primeiros cuidados nos estágios mais avançados de suas doenças. Mesmo considerando-se que saúde não é sinônimo de assistência, Veras (2002) chama a atenção para o fato de que, em muitos casos, sem o cuidado ambulatorial, domiciliar, sem as instâncias intermediárias de apoio, ou mesmo sem a estrutura hospitalar, não se pode restabelecer a saúde. A compreensão de que se deve investir no

idoso saudável e ter programas qualificados para os já doentes é uma visão nova, que precisa ser implementada pelas autoridades competentes da área, considera o autor. Ele recomenda a estruturação de serviços para aqueles que necessitam se restabelecer de seqüelas deixadas por doenças, e a inclusão nos programas, de idosos que ainda não são elegíveis para os mesmos nos critérios atuais, mas que se não forem incorporados desenvolverão agravos já previsíveis. A “reabilitação preventiva” significa ampliar a qualidade de vida para o idoso e sua família, além de uma relação custo/benefício favorável aos operadores do sistema de saúde.

Segundo Veras (2002), um modelo de atenção à saúde do idoso centrado na avaliação de sua capacidade funcional, que possa ser aplicado em qualquer unidade básica de saúde, deve ser o exemplo a ser praticado, dentro dessas novas perspectivas, em relação ao cuidar da pessoa idosa.

Reis & Vianna (2004), analisando os indicadores para reorientação do serviço de promoção da saúde em um centro de saúde que pertence a uma instituição de pesquisa, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços em saúde pública, concluíram que a principal estratégia para a reorientação dos serviços desse centro de saúde-escola está centrada, desde 2000, na existência de um Conselho Gestor paritário entre instituição e usuários, dando direito a voto em todas as suas deliberações. Esse centro de saúde, denominado de Centro Promotor de Saúde, dá o exemplo de aproximação do usuário aos processos decisórios, contando com a sua participação efetiva nos fóruns comunitários, conselho distrital e conselho gestor para determinar a saúde que o usuário deseja.

Em nosso estudo, as experiências do GAMIA e do CSGPS, de atenção terciária e primária, respectivamente, representam iniciativas de implantação de modelos didático-assistenciais de atenção aos idosos, de grande repercussão, tanto para eles como para a comunidade de uma maneira geral, no que se refere ao cumprimento da diretriz da OMS, de propiciar um envelhecimento ativo aos idosos com incentivo à melhoria da qualidade de suas vidas.

2.2.1.3. A educação em saúde como estratégia de promoção da saúde

Minayo (1987) afirma que aplicar normas e conselhos como forma de “educar em saúde” foi, durante muito tempo, o meio utilizado para “higienizar” e “domesticar” as classes populares. Ao criticar tal concepção, afirma que é importante considerar que a educação e a saúde são produzidas pelas condições de vida, trabalho, lazer, moradia de cada sociedade em particular, não podendo ser generalizadas por meios de imposição de normas, pois cada sociedade se organiza de uma forma particular.

A Educação em Saúde, com vistas à Promoção da Saúde, tem por objetivo capacitar os educandos para atuarem como agentes transformadores e partícipes de movimentos que defendam a preservação e a sustentabilidade do meio ambiente, que lutem por melhores condições de vida e de saúde, para ter maior acesso às informações em saúde, à cultura e ao lazer e pela garantia de que o Estado cumpra seus deveres para com os cidadãos, com base na Constituição Federal.

Reforçando este conceito, a União Internacional de Promoção e Educação em Saúde da Organização Mundial da Saúde (World Health Organization International Union for Health Education – WHO IUHE) define educação em saúde como: “a combinação de ação social planejada e de experiências de aprendizagem planejadas visando capacitar as pessoas, para adquirirem controle sobre os determinantes da saúde, sobre o comportamento em saúde e sobre as condições sociais que afetam seu próprio estado de saúde e o estado de saúde dos outros”.

Para Focesi (1996), a “educação em saúde deve capacitar a população para uma reflexão permanente sobre a qualidade de vida que lhe é oferecida, as causas dos problemas de saúde e suas possíveis soluções, os recursos, normas e leis existentes para a proteção da saúde e sobre as medidas de prevenção da doença”.

Para Derntl & Watanabe (2004), a Promoção da Saúde apresenta técnicas educativas profícuas, as quais são bastante utilizadas pelos especialistas em educação. Na prática, segundo Candeias (1996), a educação em saúde constitui apenas uma fração das atividades técnicas voltadas para a saúde, prendendo-se especificamente à habilidade de organizar logicamente o componente educativo, estando baseada em técnicas que conduzem à tomada de consciência das pessoas sobre questões que lhes dizem respeito, de acordo com os princípios da escola de Paulo Freire. Nessa lógica, o processo educativo se relaciona mais com a busca da própria autonomia. Esta corrente é caracterizada pela forte defesa do direito individual, e a educação é vista como instrumento de “poder” do

indivíduo, mediante a aquisição de habilidades que lhe permitem controlar sua vida e desenvolver o autocuidado, que compreende todas as ações e decisões de uma pessoa para prevenir, diagnosticar e tratar sua doença. Inclui ainda, todas as atividades individuais dirigidas à manutenção e melhoria da sua saúde e as decisões de utilizar tanto o sistema de saúde formal como o informal para essas ações.

2.2.2. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura no período de 1990 a 2002

Assis, Hartz, Valla (2004) realizaram um estudo, no qual mostram as experiências de avaliação em promoção da saúde do idoso a partir da revisão de programas na área, por reconhecerem que estes são cada vez mais requeridos em face das demandas crescentes do envelhecimento populacional. Ressaltam ainda a incorporação da visão de promoção da saúde nos programas para idosos, que supõem uma abordagem crítica da prevenção e da educação em saúde, podendo ser vista como um processo social em curso, estimulado em nível internacional desde meados da década de 1980.

O estudo apresentado integrou o processo de avaliação do projeto de promoção da saúde desenvolvido no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), um dos ambulatorios da Universidade Aberta de Terceira Idade-UnATI/UERJ (Assis, 2004). Este projeto é uma iniciativa interdisciplinar que busca articular práticas educativas com idosos e ações preventivas e assistenciais (Vasconcelos, 2001).

Assis, Hartz, Valla (2004) fizeram busca bibliográfica em base de dados, *sites* e periódicos especializados no período 1990-2002. O critério de inclusão foi ser um programa com foco multitemático, com atividades educativas e/ou preventivas. Os estudos revisados revelaram um campo multifacetado quanto às tendências teórico-metodológicas e às estratégias de pesquisa. Na experiência internacional predomina o estudo quase-experimental, com a presença de algumas iniciativas que incorporaram indicadores de qualidade de vida e bem-estar subjetivo, relacionados a paradigmas recentes de envelhecimento ativo e bem-sucedido. Nos estudos realizados no Brasil, são comuns os relatos de experiências.

As principais dimensões avaliadas nos estudos descritos são a receptividade dos idosos, a melhoria de indicadores psicossociais, a aderência a recomendações comportamentais e o processo educativo. Nos resultados, destacam-se a boa receptividade dos idosos e certa discrepância de efeitos na aferição quantitativa de indicadores. Os estudos qualitativos apontam caminhos para apreensão dos processos.

Assim esses autores, Assis, Hartz, Valla (2004), concluíram que a avaliação em promoção da saúde do idoso é pouco desenvolvida no Brasil e a pesquisa de síntese dos programas pode ser um parâmetro para o desenvolvimento das experiências em nosso meio. Pode-se considerar que é decisiva a contribuição da promoção da saúde, como campo de conhecimento e de prática, para a qualidade de vida. Para tanto, apresentaremos, no próximo item, os conceitos que aproximam promoção da saúde e qualidade de vida, e que permitem compreender uma das

expressões de maior recorrência na literatura internacional relacionada ao campo da saúde.

O que é qualidade de vida? Qual é a sua relação com a saúde? Como apreendê-la em suas múltiplas dimensões? Por que definir padrões de aferição e otimizar intervenções e políticas de saúde? Que indicadores estão diretamente associados à qualidade de vida dos idosos? São indagações que procuraremos responder no próximo item.

2.3. Qualidade de vida

2.3.1. Evolução do conceito de qualidade de vida

A origem da expressão “Qualidade de Vida” provém do fenômeno da consciência das conseqüências indesejadas provocadas pelo desenvolvimento econômico e pela industrialização incontrolada. O primeiro a usar o termo, segundo Wood Dauphine (1999), foi Pigou, em 1920. Ele escreveu um livro sobre economia e bem-estar material (The economics of Welfare), onde apresentou o impacto governamental sobre a vida dos indivíduos de classes menos favorecidas.

A “Qualidade de Vida” ganha conteúdo político e seu uso e abuso converte o termo em um *slogan* de múltiplos significados. Ao mesmo tempo, apresenta-se como um objetivo de debate entre grupos, representando um dilema social.

Na concepção de Gracia Guillén (1998), a história mostra a origem do termo “Qualidade de Vida” nos métodos de controle de qualidade utilizados nos processos industriais. Nos anos 1930 e 1940 surgiram algumas técnicas estatísticas específicas para determinar o nível de qualidade dos produtos manufaturados. O “controle de qualidade” passou, assim, a ser um elemento básico da política das empresas. Após a II Guerra Mundial, o termo começou a ser usado mais freqüentemente, especialmente nos Estados Unidos da América, com o objetivo de descrever o efeito que a aquisição de bens materiais gerava na vida das pessoas. Pouco depois, os economistas e sociólogos passaram a buscar índices que permitissem avaliar a “Qualidade de Vida” dos indivíduos e das sociedades.

No início, pensaram que ela dependia de dois tipos de fatores, alguns positivos (como a riqueza econômica) e outros negativos (como a quantidade da população). O aumento excessivo da população diminui a riqueza *per capita* e, portanto, o bem-estar e a qualidade de vida. Como indicador básico da qualidade da vida humana elegeu-se o Produto Nacional Bruto (PNB), o índice de riqueza das nações. Povos com elevado PNB tinham, em princípio, grande bem-estar, enquanto as sociedades com pequena renda por habitante eram consideradas com escasso nível de bem-estar, quer dizer, baixa qualidade de vida (Gracia Guillén, 1998).

Essas idéias entraram na política pelas mãos dos presidentes dos EUA, John F. Kennedy e Lyndon B. Johnson, e serviram para delinear seus respectivos programas, a “Nova Fronteira” (New Frontier) e a “Grande Sociedade” (Great Society).

A partir de então, a expressão “Qualidade de Vida” passou a indicar que “boa vida” representava mais do que a afluência de bens materiais. O conceito ampliou-se, observando os significados de desenvolvimento social (educação, saúde, moradia, transporte, trabalho, lazer). Os indicadores também se ampliaram: esperança de vida, mortalidade infantil, nível de poluição, qualidade do transporte e tantos outros. O chamado “Welfare State”, políticas de bem-estar social, foi estabelecido em muitos países (Farquhar, 1995 b).

A partir da década de 1960, surgiu a necessidade de avaliar a *qualidade de vida percebida pelas pessoas (qualidade de vida subjetiva)*. Considerou-se que as avaliações subjetivas, além de definirem mais precisamente a experiência de vida dos indivíduos, levam em conta o significado que eles atribuem a essas experiências. Os indicadores dessa perspectiva passaram a ser: satisfação, bem-estar e felicidade.

Analisando-se a semântica da expressão, observa-se que a sua difusão tem sido tão popular, em todo o mundo, que ainda não existe consenso, do ponto de vista acadêmico, na aceitação de uma única definição. Szalai (1989) diz que a expressão global “Qualidade de Vida” não é antônima de “quantidade de vida”, podendo-se distinguir entre Qualidade de Vida boa ou má, melhor ou pior, de um grupo ou país e de outro.

Para Setien (1993), a qualidade refere-se ao caráter da vida mais ou menos boa ou satisfatória. Adquire um conteúdo de grau, que percorre um *continuum*, cujos extremos se situam entre uma situação negativa ou inferior e outra positiva ou excelente. O conceito de vida que cada pessoa possui é

o que irá influenciar diretamente a avaliação que ela faz da sua qualidade de vida, daí a sua importância. A vida pertence-lhe exclusivamente e pode fazer dela o que lhe apraz.

Para o mesmo autor, “Qualidade de Vida” é um conceito indivisível, sendo necessário atribuir-lhe um conteúdo claro e específico, mediante maior investigação e reflexão. Enquanto não se chega a um consenso sobre sua definição, deve ser explicada dentro do marco conceitual e metodológico concreto em que se aborda (Setién 1993).

“Qualidade de Vida” forma parte de uma família de conceitos que se aproximam ao bem-estar humano, como “modo de vida”, “nível de vida”, “condições de vida”, “satisfação”. Como ocorre com outros conceitos sociológicos, uma característica do termo “Qualidade de Vida” é a abstração no sentido lingüístico; trata-se de uma expressão abstrata porque pertence a um universo ideológico.

Setién (1993) conclui que o termo “Qualidade de Vida” é esquivo, seu significado não se revela facilmente e se encontra relacionado com uma família de conceitos.

Tanto Setién (1993) quanto Farquhar (1995 b) apontam para o fato de que a multidisciplinaridade do uso do termo “Qualidade de Vida” é um dos fatores que levam à falta de consenso sobre sua definição. Observa-se através da variedade de definições dos componentes de “Qualidade de Vida” que, em geral, elas englobam o campo econômico e uma vasta lista de necessidades, recursos e valores individuais, até a consideração das preocupações, problemas e objetivos societários que conformam a política social.

Farquhar (1995 b) chama a atenção para o fato de que “quando falamos sobre a qualidade da vida de alguém, não estamos falando simplesmente das boas coisas da vida daquela pessoa, mas das ruínas também”. Minayo, Hartz, Buss (2000) atribuem ao termo “Qualidade de Vida” muitos significados, definindo-o como uma construção social com a marca da relatividade cultural, com três formas de referência: *histórica*, com parâmetros de qualidade de vida que diferem em determinado tempo do desenvolvimento econômico, social e tecnológico de uma sociedade específica; *cultural*, com valores e necessidades construídos e hierarquizados diferentemente pelos povos que revelam suas tradições; *estratificações* ou *classes sociais*, mostrando as desigualdades e heterogeneidades, padrões e concepções de bem-estar estratificados.

Dentre as concepções contemporâneas de “Qualidade de Vida Geral” ligadas ao tema do nosso estudo, destacam-se a do desenvolvimento humano (Nussbaum & Amartya Sen, 1996), a do bem-estar psicológico (Néri, 2001) e a que foi preconizada por Evans (1994), ao estudar a qualidade de vida de indivíduos sadios.

2.3.1.1. Desenvolvimento humano e qualidade de vida

Na década de 1980, houve uma tentativa de englobar os aspectos socioeconômicos com os subjetivos de qualidade de vida, surgindo o chamado “Desenvolvimento Humano”, cujos expoentes foram Nussbaum & Amartya Sen (apud Paschoal, 2001). O conceito de desenvolvimento para estes economistas tem valor inerente, uma vez que incorpora

critérios de avaliação das mudanças sociais, permitindo verificar se a mudança foi benéfica e se a vida melhorou para os seres humanos. Eles pontuam que o crescimento econômico (aumento do PIB ou da renda *per capita*) é apenas um meio para se atingir o bem-estar ou a qualidade de vida dos seres humanos.

Também questionam se o desenvolvimento melhora a vida dos seres humanos e que coisas são importantes para se considerar uma vida como vida humana. Afirmam que os bens e produtos são eticamente básicos para o bem-estar e um bom padrão de vida dos seres humanos. Sen (2001) aponta como ponto positivo dessa visão o fato de que o desenvolvimento não ocorre sem prosperidade material. No entanto, há risco de uma concentração exagerada no aspecto dos produtos (fetichismo), sendo os meios convertidos em fins e o objetivo tornando-se o bem material em si, com as pessoas valorizando a aquisição crescente de bens de consumo. Estes são considerados positivos por proporcionarem boas oportunidades às pessoas e ocasionarem uma variabilidade interpessoal, sendo importantes os que estão ao seu alcance. Finalmente, do ponto de vista social, um excesso de bens pode ser danoso, tornando as pessoas excessivamente competitivas, dominadoras e arrogantes, segundo aponta Nussbaum (1996). Os autores (Nussbaum & Sen, 1996) consideram que a felicidade é importante, mas não suficiente para o bem-estar, e imprecisa como medida do mesmo.

Mendes, ao prefaciар a obra “Desigualdade reexaminada”, de Sen (2001), analisa que um alicerce de toda a “economia filosófica” de Sen é a idéia de que a “vida boa” é uma vida com escolhas genuínas, na qual ninguém é

forçado a viver de alguma forma específica, por mais rica que esta forma de vida possa ser sob outros aspectos. Oportunidades reais ou substantivas envolvem mais do que a disponibilidade de recursos. Capacidades são poderes para fazer ou deixar de fazer, sem os quais não há escolha genuína. Também envolvem algo que Sen (2001) chama de “acessibilidade” a recursos, que depende muito das habilidades e talentos que cada pessoa tem para usar alternativamente tais recursos. Ser carente de habilidades e talentos consiste em uma limitação da liberdade de ter e fazer escolhas.

Pobreza, fome, desemprego, desamparo ou inseguranças sociais ou econômicas, costumes e governos que tiranizam, são condições sob as quais as pessoas podem perceber suas privações e desvantagens e até deixar de conceber alternativas ou possibilidades de mudanças.

Uma pessoa que teve uma vida de infortúnios, com pouquíssimas oportunidades e quase sem esperança, pode conformar-se mais facilmente com as privações do que outras que foram criadas em circunstâncias mais afortunadas e abastadas. (Sen, 2001, p.61)

A métrica do igualitarismo seniano baseia-se em uma concepção pluralista do bem, quer dizer, coisas boas não são redutíveis a qualquer medida homogênea de sua bondade.

A crítica ao *welfarismo* aparece na base de muitas contribuições de Sen a diferentes ramos da economia. Na chamada “economia do desenvolvimento”, a preocupação dominante era a determinação dos meios para promover o crescimento da renda *per capita*. O pressuposto normativo básico era a existência de uma relação diretamente proporcional entre renda,

consumo e satisfação. A promoção do bem-estar (o que se quer afinal com o desenvolvimento) não se confunde com a maximização de uma medida utilitarista da satisfação humana. Tal como Sen tem procurado mostrar, é preciso fazer uma pergunta radical para expor o limitado núcleo normativo desse ramo da economia: onde está o valor próprio da vida humana?

Uma idéia fundamental de Sen é que na vida de qualquer pessoa, certas coisas são valiosas por si mesmas, como por exemplo: estar livre de doenças que podem ser evitadas, poder escapar da morte prematura, estar bem alimentado, ser capaz de agir livremente e não ser dominado pelas circunstâncias, ter oportunidades para desenvolver potencialidades.

Esses pontos (funcionamentos) são supostamente mais importantes do que outros, no sentido de que qualquer vida digna de ser vivida só se realiza se eles se realizam (são constituintes de uma vida boa, ainda que sejam também meios para ampliar escolhas e liberdades). Assim, estar bem nutrido é mais importante do que ter algum tipo de satisfação gustativa especialmente refinada. O que deve ser igualado com mais urgência são os funcionamentos básicos.

Para Mendes, in Sen (2001), no plano teórico estamos diante do problema essencial de encontrar um núcleo de necessidades comuns a todas as pessoas, em cuja dimensão avaliamos a desigualdade (operacionalizando a medição do que Sen denomina de “igualdade basal”). Em suma, Amartya Sen, economista indiano, laureado com o Prêmio Nobel da Economia em 1998 por seus estudos relacionados à pobreza,

realiza um trabalho que se caracteriza pela interdisciplinariedade, rompendo fronteiras entre economia e ética.

Suas contribuições vêm influenciando as análises e os programas da Organização das Nações Unidas (ONU) e do Banco Mundial, levando-o a participar da elaboração do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), publicado em 1999 e adotado pela ONU como um indicador preciso para analisar condições de vida, como o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, pois, em vez de medir o poder de compra, traça um perfil da qualidade de vida das pessoas.

2.3.1.2. Bem-estar psicológico e qualidade de vida

Muitos autores que trabalham com idosos enfatizam a dimensão “*bem-estar psicológico*” e *satisfação*. Neri (2001) afirma que na gerontologia social predominam as associações entre qualidade de vida na velhice, satisfação e atividade. Para esta autora, o bem-estar psicológico reflete a avaliação pessoal sobre as seguintes áreas:

Competência comportamental - representa a avaliação social e normativa do funcionamento pessoal quanto à saúde, à funcionalidade física, à cognição, ao comportamento social e à utilização do tempo. É realizada comparando-se o indivíduo com outros, por exemplo, segundo critérios de idade, educação, gênero, etnia e classe social.

Condições ambientais - a qualidade de vida na velhice tem relação direta com a existência de condições ambientais que permitam aos idosos

desempenhar comportamentos biológicos e psicológicos adaptativos. Estão relacionadas diretamente com o bem-estar percebido. Quando os idosos gozam de autonomia funcional, eles próprios podem providenciar arranjos para que seu ambiente se torne mais seguro, variado e interessante. Para Neri (2001), trata-se de os idosos, por si mesmos, tomarem providências para construir um mundo em que possam viver melhor. Quando eles já não dispõem de possibilidades de manejo do próprio ambiente físico, é necessário que os membros da família ou das instituições por eles freqüentadas, cuidem desses aspectos.

Qualidade de vida percebida - sendo uma dimensão subjetiva da qualidade de vida, depende dos julgamentos do indivíduo sobre a sua funcionalidade física, social e psicológica e sobre a sua competência comportamental. Tais julgamentos são afetados pelas condições objetivas de saúde física, pela renda e pela dimensão, proximidade e funções da rede de relações sociais.

Além da avaliação pessoal sobre as três áreas descritas, o bem-estar psicológico depende da continuidade do *self*, da capacidade do indivíduo para adaptar-se às perdas e de sua capacidade de recuperar-se de eventos estressantes no curso da vida individual e social, tais como desemprego, doenças, desastres, mortes em família, violência urbana, crises econômicas, guerras, bem como da sua capacidade para assimilar informações positivas sobre si mesmo (Neri, 2001).

2.3.1.3. Qualidade de vida da população geral

Na última década, grande parte da literatura sobre o tema foi direcionada à avaliação da qualidade de vida de populações específicas, especialmente grupos de doentes com patologias diversas. Evans (1994) observou que, em contraste com esse interesse maior pela qualidade de vida na área médica, pouca ênfase tem sido dada ao estudo da qualidade de vida de indivíduos sadios pertencentes a grupos sociais em um determinado macrocontexto.

Para ele, o interesse pelo estudo da qualidade de vida da população em geral tem, pelo menos, três vertentes. A primeira delas refere-se ao fato de que os pesquisadores têm encontrado relações inconsistentes entre os indicadores sociais objetivos e as medidas subjetivas de qualidade de vida, o que tem incentivado o interesse pela avaliação da qualidade de vida subjetivamente percebida de amostras populacionais.

Um outro aspecto, apontado pelo autor, refere-se à importância de se obter dados normativos por meio de instrumentos padronizados, que sirvam como padrões de referência para comparação com os de populações específicas.

O terceiro aspecto citado por Evans (1994) diz respeito às atividades de promoção da saúde, as quais são direcionadas ao público em geral, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida. Recomenda que a medida do impacto dos programas de promoção da saúde seja realizada em termos da população em geral.

2.3.2. Qualidade de vida e saúde

No campo da saúde, o discurso da relação entre saúde e “Qualidade de Vida” remonta ao nascimento da medicina social nos séculos XVIII e XIX, com investigações que passaram a subsidiar políticas públicas e movimentos sociais, tais como: "A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra", de Engels, ou "Mortalidade Diferencial na França", de Villermé, ambas citadas por Rosen (1980).

De fato, a idéia dessa relação perpassa toda a história da medicina social ocidental e também a da latino-americana. Na maioria dos estudos, os termos de referência utilizados são: condições de vida, estilo de vida e situação de vida, os quais fazem parte do campo semântico de qualidade de vida. Após a II Guerra Mundial, a Organização Mundial da Saúde (OMS) redefiniu o conteúdo da palavra saúde, incorporando a noção de bem-estar físico, emocional e social, gerando discussões sobre a possibilidade de se medir o bem-estar.

No campo biomédico, iniciou-se um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos do que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. É nesse sentido que Minayo, Hartz, Buss (2000) refletem sobre o campo semântico polissêmico em que se desenvolvem as representações e ações voltadas para a qualidade de vida, como a noção de desenvolvimento, democracia, modo, condições e estilo de vida.

Setién (1993) também caminha no sentido de apresentar os indicadores sociais de qualidade de vida, a fim de dar conta das grandes mudanças que estão ocorrendo na estrutura social, assim como das tendências que já apontam e que configuram o futuro.

Para esta autora, o “sistema de indicadores de qualidade de vida” fundamenta-se em um esquema teórico de desenvolvimento baseado no homem e na satisfação das necessidades humanas. Da análise dessas necessidades, ela chega à seleção das áreas que compreendem a qualidade de vida e que estão concentradas em saúde, trabalho, habitação, ócio, renda, seguridade, família, distúrbio físico-social, educação, religião e política. Segundo Setién (1993), no campo da saúde, as metas do mais alto grau de qualidade de vida estariam representadas por uma vida longa com um melhor estado de saúde, condições distribuídas eqüitativamente entre os indivíduos e os grupos que formam a comunidade.

As tendências que apontam que, na relação entre saúde e qualidade de vida, o aspecto SAÚDE ganha dimensão e aparece como um dos indicadores de qualidade de vida, estão ligadas ao conceito holístico de saúde. Nordenfelt (1994) apresenta-o como “condições nas quais o indivíduo é capaz de realizar certos objetivos vitais na vida, cuja realização é necessária e suficiente para o mínimo grau de bem-estar em longo prazo”.

Observa-se, portanto, uma expansão do uso do termo na pesquisa social e também de sua utilização em ensaios clínicos, a partir da metade dos anos 1970. “Qualidade de Vida” foi introduzida no MEDLINE (Medical Subject Headings of the National Library of Medicine) como elemento

descriptor em 1977 (Medline 2000). A partir dos anos 1980, vem sendo constituída a base teórica do conceito de qualidade de vida. Segundo Tamburini (1998), a literatura registrou 11 mil referências bibliográficas com resumo nos últimos 20 anos. O autor listou 803 instrumentos genéricos e específicos de qualidade de vida. As pesquisas de qualidade de vida no campo da saúde tiveram início com estudos sobre dor e outros temas realizados nas áreas de oncologia, reumatologia e psiquiatria, seguidos por avaliações de resultados de tratamentos de doenças crônicas.

Uma complicação adicional à compreensão do significado do *constructo* foi a criação de um novo termo, de significado também impreciso e de aplicação variada, “Qualidade de Vida Relacionada à Saúde”. Farquhar (1995 b) discute que grande parte da estrutura conceitual do termo na pesquisa em saúde derivou da definição de Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS): “Saúde é o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social e não meramente ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1947).

Esta definição é abrangente e integradora, mas utópica, pois talvez não seja possível alcançar um completo estado de bem-estar. Do ponto de vista operacional, porém, é uma definição de extrema ajuda, pois é nosso norte, dá-nos o rumo e a direção, para onde deveremos direcionar nossos esforços. Saúde transformou-se, assim, em um conceito multidimensional, incorporando os diversos aspectos de nossas vidas, e também em um conceito dinâmico e pessoal, pois se a perspectiva de vida, as relações, os papéis sociais e as expectativas mudarem, o estado de saúde também se altera.

Assim, medir o estado de saúde deve basear-se no conceito de saúde. A partir de sua redefinição, saúde deixou de ser “ausência de doença”, estando hoje fortemente ligada a um estado positivo de bem-estar. Aqui, o bem-estar físico, o bem-estar psíquico e o bem-estar social são domínios de saúde, que seria o *constructo* principal. Afinal, qualidade de vida, bem-estar, felicidade, “boa vida” etc. são domínios ou dimensões de saúde, ou saúde é uma dimensão (aliás, importantíssima) do *constructo* “Qualidade de Vida”?

No campo da saúde, essa confusão está presente. Em ensaios clínicos, por exemplo, muitas vezes qualidade de vida é uma das “dimensões” avaliadas. Guyatt et al. (1996) já mostrou que “estado de saúde”, “estado funcional” e “qualidade de vida” são conceitos usados quase sinonimamente por muitos autores, para se referir a uma mesma “dimensão” de saúde. Kaplan et al. (1989) afirmam que “Qualidade de Vida Relacionada à Saúde se refere ao impacto da saúde sobre três funções: mobilidade, atividade física e atividade social”.

Para Minayo et al. (2000), o conceito de promoção de saúde é o foco mais relevante da avaliação da qualidade de vida no âmbito da Saúde, centrando-se “na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade”. No entanto, os autores fazem uma crítica a essas avaliações, pois, apesar de reconhecer que muitos determinantes da qualidade de vida se situam em outros setores (que não a Saúde), o sistema de saúde não intervém sobre eles. “Na maioria das vezes adota uma posição exclusivamente retórica quanto aos chamados

determinantes extra-setoriais, que são, em grande parte, os mais relevantes componentes de qualidade de vida e, também, de uma vida saudável”. Além disso, não se pode medicalizar as avaliações de qualidade de vida, pois “nem todos os aspectos da vida humana são, necessariamente, uma questão médica ou sanitária”.

Bowling (1995), em sua revisão, coloca que a literatura, cada vez maior sobre Qualidade de Vida na área da Saúde focalizou seu debate sobre as possibilidades antagônicas da sobrevida aumentada da espécie humana. Uma é otimista, acreditando que haverá uma compressão da morbidade, principalmente de doenças crônicas, levando ao aumento da esperança de vida saudável. Outra, mais pessimista, argumentando que haverá uma explosão de doenças crônicas no próximo século, aumentando a sobrevida, mas com dependência e incapacidade.

Ebrahim (1995) mostra que o interesse na esperança de vida saudável foi substituindo antigos indicadores de resultado em saúde, como índices de mortalidade e morbidade, expectativa de vida, uso de serviços, acesso aos mesmos, dentre outros. Antes da transição epidemiológica, as taxas de mortalidade forneciam uma descrição adequada da sobrecarga de uma doença, bem como um padrão de comparação, para se medir o impacto de terapias e das políticas de saúde no indivíduo e na população. Agora, não. Foi ficando cada vez mais claro que medir o bem-estar do paciente após tratamentos e condutas, para se avaliar o resultado, tinha importância fundamental. O problema estava no uso indiscriminado de vários conceitos, em geral sem uma distinção clara entre eles, e até usados

intercambiavelmente. Eram empregados (e ainda o são) “estado de saúde”, “estado funcional” e “qualidade de vida”, sendo necessário um consenso para que todos usem conceitos e termos iguais, para possibilitar comparações. Criou-se, assim, um setor importante de pesquisa em saúde, preocupado com “aqueles aspectos do bem-estar auto-percebido, que estão relacionados a, ou que são afetados pela presença de doença ou tratamento”.

Como, segundo Guyatt et al. (1996), “existem aspectos da vida muito valorizados, mas que, geralmente, não são considerados como Saúde, incluindo renda, liberdade e qualidade do meio-ambiente”, foi cunhado o termo *Qualidade de Vida Relacionada à Saúde*. Assim, na pesquisa clínica e dos serviços de saúde tem havido um aumento do número de investigadores, os quais procuram incluir uma medida de “Qualidade de Vida Relacionada à Saúde” em estudos de resultados de tratamentos e de cuidados médicos, provendo, com isto, informações para gerentes e gestores determinarem alocação de recursos. Bowling; Brazier, (1995) e Testa, (1996) afirmam que “avaliações de qualidade de vida relacionada à saúde medem alterações na saúde física, funcional, mental e social, a fim de avaliar os custos humanos e financeiros e os benefícios de novos programas e intervenções”.

Continuam:

os termos *qualidade de vida* e, mais especificamente, *qualidade de vida relacionada à saúde* referem-se aos domínios físico, psicológico e social da saúde, vistos como áreas distintas que são influenciadas pelas experiências, crenças, expectativas e percepções de um indivíduo.

E concluem:

desde que as expectativas com relação à saúde e a habilidade para enfrentar as limitações e incapacidades podem afetar, de forma importante, a percepção de saúde e a satisfação com a vida de uma pessoa, duas pessoas com o mesmo estado de saúde podem ter qualidades de vida muito diferentes.

O estado de saúde é relacionado, cada vez mais, à qualidade de vida, a ponto de se procurar a *qualidade de vida relacionada à saúde* (Bowling, 1995). Sozinhos, os indicadores tradicionais de saúde não conseguem explicar o fato de idosos, com doenças, se sentirem saudáveis. Dessa forma, a percepção do indivíduo de seu estado de saúde está se transformando em um importante indicador de seu bem-estar, servindo, ao mesmo tempo, para a avaliação de suas necessidades de saúde (Hunt et al., 1980). Atualmente, é mais interessante medir a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) do que simplesmente medir taxas de mortalidade, doença e má-saúde (Bowling, 1995).

Ebrahim (1995) destaca alguns objetivos importantes das avaliações de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, como o de monitorizar a saúde de uma população, diagnosticar a natureza, gravidade e prognóstico das doenças, verificar os efeitos dos tratamentos, descobrir os fatores etiológicos (determinantes da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde), avaliar os efeitos das políticas de saúde e políticas sociais e alocar recursos de acordo com as necessidades. Uma das conseqüências desses objetivos, diz ele, principalmente com relação ao último, foi o surgimento de pesquisas da preferência dos pacientes a diferentes intervenções, em diferentes cenários

de saúde, sendo elaboradas, então, as “Medidas de Utilidade” (*Utility*) e os “Anos de Vida Ajustados à Qualidade” (Quality Adjusted Life Years - QALY). Outras aplicações da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde são a identificação de pacientes que necessitam de atenção particular, propondo uma política de atenção adequada; monitorização da evolução de pacientes, particularmente em relação ao manuseio de doenças crônicas; determinação da escolha de tratamento; medição do resultado de uma conduta ou tratamento (medicação, terapia, dieta, atividade etc.); levantamentos populacionais de problemas percebidos de saúde; realização de auditoria médica (medir a qualidade do serviço prestado); obtenção de evidência valiosa sobre os efeitos das intervenções em ensaios clínicos; provisão de uma medida-padrão única para expressar os resultados de intervenções em cuidados de saúde como análises de custo-utilidade.

Medidas de preferência (*Utility*) e sua combinação com esperança de vida, gerando o QALY, são dois indicadores propostos por economistas para avaliação do estado de saúde atual e esperado de um indivíduo. Têm como objetivo maximizar a saúde de uma população e otimizar a alocação de recursos. Foram desenvolvidos pelos cientistas de administração em saúde, tanto para escolha entre dois ou mais tratamentos, quanto entre dois ou mais projetos de financiamento em Saúde Pública. Portanto, fazer escolhas e explicitar decisões (Ebrahim, 1995). No entanto, Guillemin (1999) adverte para o risco de se agregar qualidade e quantidade de vida num só valor, pois isso traz muitas limitações: “O valor verdadeiro de um estado de saúde não pode ser reduzido simplesmente num único valor

numérico, pois isto ignora a multidimensionalidade inerente da saúde e da personalidade humana”.

Vislumbramos dois grandes desafios na questão saúde e qualidade de vida. O primeiro deles é o de responder às questões neste grande campo de investigação, com o objetivo de demonstrar que a qualidade e as condições de vida afetam a saúde e influenciam a qualidade de vida. O maior deles, no entanto, diz respeito às intervenções - como as realizadas pelas equipes interdisciplinares dos programas de saúde do idoso (GAMIA e CSGPS) , que possam, mais eficazmente, influenciar de forma favorável a qualidade de vida dos usuários.

2.3.3. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde

Frente à complexidade do conceito de qualidade de vida e sua relatividade em diferentes culturas e realidades sociais, tem havido uma grande proliferação de instrumentos, muitos deles sem uma base conceitual. Alguns tratam a saúde como componente de um indicador, enquanto outros têm seu objeto no campo da saúde.

Entre os primeiros instrumentos que surgiram, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), destacou-se como um indicador sintético de qualidade de vida que, de forma simplificada, soma e divide por três os níveis de renda, saúde e educação de uma determinada população.

Estes três níveis seriam atributos com igual importância como expressão das capacidades humanas. Apesar de sua ampla aceitação, o IDH apresenta limitações, uma vez que não consegue incorporar a essência do conceito central que tenta medir, o desenvolvimento (Minayo, Hartz, Buss, 2000).

Guyatt et al. (1996) propõem uma classificação dos instrumentos quanto às categorias, dividindo-os em genéricos e específicos, subdividindo os genéricos em perfis de saúde e medidas de preferência *utility*. Para estes autores, os instrumentos genéricos destinam-se a refletir o impacto de uma doença sobre a vida das pessoas, em diferentes populações. Avaliam aspectos relacionados à função, disfunção, desconforto físico e emocional. Os instrumentos que avaliam o estado geral de saúde estão incluídos na categoria de genéricos, na tentativa de medir todos os aspectos importantes da qualidade de vida, compreendendo diversas dimensões.

Segundo McHorney (1993), assim que a OMS redefiniu o conceito de Saúde em 1947, surgiram escalas de avaliação global de saúde fundamentadas na prática clínica, cujo conteúdo não se restringia à capacidade física, mas abrangia toda a capacidade funcional humana. Assim, em 1948, apareceu a Escala de Estado de Performance de Karnofsky e, em 1949, a escala funcional da Associação Americana de Artrite Reumatóide. A intenção de ambas era suplementar as medidas fisiológicas, em uma tentativa de compreender melhor a efetividade do tratamento. Na década seguinte, o Centro Nacional de Estatísticas de Saúde norte-americano incorporou indicadores de limitação de atividades e de saúde percebida em seus estudos. Em 1963, Katz et al. introduziram o Índice de Atividades da Vida

Diária, um marco na avaliação funcional física, estabelecendo o grau de dependência dos indivíduos em atividades básicas, de auto-cuidado.

A partir da metade dos anos 1960, o Movimento de Indicadores Sociais lançou a “Guerra contra a Pobreza”, o que propiciou avanços nas medidas de saúde. Um deles foi a introdução de medidas de qualidade de vida na avaliação de populações, estados e países, criando-se indicadores de bem-estar (*well-being*), que se incorporaram a indicadores econômicos (*welfare*). Outro avanço foi a unificação das taxas de mortalidade e morbidade em um único índice, com o propósito de planejamento e avaliação da saúde de toda a população. As medidas de saúde estavam voltadas, assim, para o planejamento em saúde e a monitorização da saúde da população. McHorney afirma que um divisor de águas na avaliação genérica de saúde, foi o trabalho desenvolvido pelo Laboratório de População Humana, para medir a saúde física, mental e social. Este mesmo instituto também demonstrou a possibilidade de realizar inquéritos e pesquisas via Correio.

Na década de 1970, houve proliferação de instrumentos genéricos, em parte devido a financiamentos do *National Center for Health Services Research*, levando à expansão conceitual, com escalas de múltiplos itens substituindo as medidas de item único. A Escala da Qualidade do Bem-Estar (1972), com o objetivo de estabelecer prioridades e avaliar programas, trouxe avanço significativo na composição dos componentes de um indicador social de saúde. Trata-se de um índice de saúde que sumariza os sintomas atuais de uma pessoa e sua incapacidade em um único número, o qual representa o

julgamento da indesejabilidade social do problema. Logo a seguir, em 1975, o *Sickness Impact Profile - SIP*, um instrumento de 136 itens, foi desenvolvido, para avaliar o cuidado em saúde, seguido pelo *McMaster Health Index Questionnaire* (1976), que mede a saúde física, social e mental, com a intenção de uso clínico e pesquisa dos serviços de saúde. Também surgiu o *Health Perceptions Questionnaire* (1976), construído para avaliação e planejamento em saúde, que adentrou pelo reino de difícil compreensão da “saúde positiva”. Nos anos 1980, começaram a surgir instrumentos voltados para a prática clínica, ensaios clínicos e estudos populacionais, como o *Nottingham Health Profile* (1980) e o *Duke Health Profile* (1981), este com 69 itens. Como as pesquisas começaram a demonstrar pequena correspondência entre as avaliações a respeito do bem-estar por parte do profissional (médico) e do paciente, aumentou o interesse em questões metodológicas. Ao mesmo tempo, com o envelhecimento populacional e o reconhecimento crescente do modelo bio-psico-social da saúde, passou-se a dar grande importância à preservação da habilidade funcional e do bem-estar, sendo estes, agora, um importante objetivo do cuidado em saúde.

A aplicação clínica cada vez maior dos instrumentos introduziu a era da praticidade, sendo construídos instrumentos mais curtos. Exemplos: o *Functional Status Questionnaire* (1986), de 34 itens, e o Dartmouth COOP Charts (1987), com nove itens. A eficiência prática (facilidade de administração e de contagem de *escore*) deu-se às custas da precisão. A era mais recente da medida em saúde é a da “eficiência psicométrica”, além da praticidade, com os instrumentos passando por processos

complicados de acurácia (confiabilidade e validade). Assim, a partir de 1988, os instrumentos se tornaram mais curtos, confiáveis e válidos. Do *Medical Outcomes Study* derivaram três formas abreviadas: o Short Form-20 (SF-20), de 1988, o Short Form-36 (SF-36), de 1992, e o Short Form-12 (SF-12), de 1996. Surgiu, também, o *Duke Health Profile-17* (1990). Mais recentemente, o instrumento genérico, WHOQOL-abreviado (1998), uma forma abreviada do instrumento original, apresentando 26 questões.

Wood-Dauphinee (1999) apresenta uma visão histórica semelhante. Acrescenta que a medida genérica mais recente é a da OMS, o WHOQOL, que consiste de 100 itens, agrupados em seis domínios e quatro questões globais, com a finalidade de medir a percepção dos indivíduos a respeito do impacto que as doenças causam em suas vidas, tendo sido desenhado com a finalidade de abarcar o compromisso da OMS com a visão holística de saúde. Diz, também, que o SF-36 talvez seja, na atualidade, a medida de estado de saúde mais largamente usada em todo o mundo. Acrescenta que, quando essas medidas surgiram, os pesquisadores começaram a aplicá-las em estudos clínicos e populacionais, bem como em pesquisas de serviços de saúde. À medida que a experiência de seu uso aumentou, os pesquisadores clínicos passaram a sugerir que avaliações de qualidade de vida doença-específicas deveriam conter informações a respeito de sintomas, danos e incapacidades priorizados pelos pacientes, podendo espelhar melhor pequenas alterações de seu estado clínico. Como consequência, vários instrumentos doença-específicos para condições clínicas, cirúrgicas e psiquiátricas foram desenvolvidos e estão disponíveis para uso.

Até o momento, não existem instrumentos específicos de avaliação de qualidade de vida de pessoas idosas em nosso meio e há poucos em outros países, dentre eles, o *Life Satisfaction Index*, o *Katz*, o *Philadelphia Geriatric Center Moral Scale*, o *OARS Multidimensional Assessment Questionnaire* e o *Geriatric Quality of Life Questionnaire*, desenhado para o idoso fragilizado (Guyatt et al., 1996).

A OMS está desenvolvendo um módulo específico para avaliar qualidade de vida em pacientes idosos, o “Projeto WHOQOL-OLD”. A metodologia deste projeto é a mesma utilizada no desenvolvimento dos outros módulos do WHOQOL. Fleck, Chachamovich, Trentini (2003) apresentaram o método e resultados de grupos focais no Brasil, na Revista de Saúde Pública (2003), concluindo que os resultados mostraram uma tendência de associação entre qualidade de vida e bem-estar ou sentir-se bem, corroborando a hipótese de que os idosos constituem um grupo particular e, como tal, apresentam especificidades de importante relevância para a qualidade de vida, o que exige um instrumento específico e adequado para avaliar a sua qualidade de vida.

Também o geriatra Paschoal (2005) está construindo um instrumento de avaliação da qualidade de vida do idoso, o “Índice de Qualidade de Vida do Idoso – IQVI”, por meio do método de impacto clínico, apresentado recentemente em sua tese de doutorado e em processo de validação. É importante ressaltar que estes dois instrumentos representam um avanço para os pesquisadores de qualidade de vida do idoso em nosso meio.

2.3.4. Revisão bibliográfica das pesquisas sobre qualidade de vida do idoso, de 2000 a 2004

Observa-se que “Qualidade de Vida” passou a ter significado e importância na literatura brasileira das ciências da saúde na última década (a partir de 1992). Os pesquisadores do tema são hoje 150, segundo a “Lista Brasileira de Pesquisadores em Qualidade de Vida”, organizada por um médico do Rio de Janeiro, Dr. Maurício Tostes, também pesquisador de qualidade de vida. Os profissionais que compõem esta lista têm realizado encontros periódicos para intercâmbio de experiências, tendo o último (III Encontro de Pesquisadores de Qualidade de Vida) ocorrido em Porto Alegre, no mês de agosto de 2004.

Para avaliar a evolução das pesquisas sobre qualidade de vida com a população idosa, fizemos uma busca no MEDLINE (Biblioteca Nacional de Medicina do Instituto Nacional de Saúde –USA), no PUBMED (Serviço de Busca da Biblioteca Nacional de Medicina - USA) e no LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), cujos valores absolutos apresentamos no quadro 1.

O foco dos trabalhos relacionados no MEDLINE, referem-se ao interesse da equipe multidisciplinar (enfermeiros, nutricionistas, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas), em motivar os idosos para a prática de exercícios físicos, visando a prevenção de doenças. Alguns mencionam também a saúde mental e o envelhecimento saudável.

Já no PUBMED, encontra-se grande número de artigos sobre demência, experiências de *home care e hospices* e manejo da dor.

O LILACS faz muitas referências à experiência da UNaTi (Universidade Aberta da Terceira Idade) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), ao Projeto WHOQOL-OLD da OMS, à Educação em Saúde, à assistência de enfermagem, à sexualidade no idoso, dentre outros.

Observa-se, portanto, grande interesse pelos estudos sobre qualidade de vida e o seu incremento neste início de século.

Quadro 1 - Revisão bibliográfica sobre qualidade de vida e promoção da saúde do idoso, nas bases de dados Medline, Pubmed e Lilacs, 2000-2004

Medline	
Palavras-chave	Total
Well being x aged (bem-estar x saúde)	85
Life satisfaction x aged and quality of life x aged (satisfação com a vida x idade e qualidade de vida x idade)	1.116
Quality of life x health promotion x aged (qualidade de vida x promoção da saúde x idade)	78
Health promotion x aged (promoção da saúde x idade)	942
Quality of life x aged (qualidade de vida x idade)	7.329
Pubmed	
Qualidade de vida x idade x promoção da saúde	13.179
Lilacs	
Promoção x saúde x idoso x qualidade	502

OBJETIVOS

3. Objetivo geral

Avaliar a qualidade de vida de idosos usuários de dois programas públicos de saúde do idoso, no início e ao final da participação nos programas.

3.1. Objetivo específico

Caracterizar, demográfica e socioeconomicamente, os idosos usuários de dois programas públicos de saúde do idoso.

MÉTODOS

4 . Métodos

Trata-se de um estudo exploratório, prospectivo, com abordagens quantitativa e qualitativa da qualidade de vida de idosos usuários de dois programas de saúde do idoso da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Estas abordagens são consideradas como uso combinado e cruzamentos de múltiplos informantes e diversas técnicas de coleta de dados, com vistas à triangulação como prova eficiente de validação (Minayo,1998).

Segundo Westphal (2002), triangulação significa “o uso de mais de uma abordagem, mais de uma fonte de dados para responder ou compreender uma mesma questão”.

Para Erikson (1998), há pelo menos três razões para usar a combinação de métodos qualitativos e quantitativos:

1. A pesquisa de avaliação tem habitualmente muitos propósitos, os quais devem conter a maior parte de condições demandadas, sendo necessárias, pelo menos, três tarefas para acompanhar a avaliação, visando a um entendimento completo do programa: monitoramento, impacto da importância e explicações causais.
2. Os dois tipos de método (quantitativo e qualitativo), quando usados em conjunto para o mesmo propósito, podem confiar em cada um para propiciar descobertas que nenhum deles sozinho poderia oferecer.

3. O uso de múltiplas técnicas permite ao pesquisador, na triangulação, observar as verdades que estão subjacentes, separando o “joio do trigo” e evitando vieses.

Patton (1987) considera que, sendo a triangulação um desenho holístico-indutivo, ela é ideal, porque cada método revela diferentes aspectos da realidade empírica, recomendando assim, o emprego de uma mescla de tipos de medida, desenho e análises.

A pesquisa foi realizada em duas etapas: quando os idosos iniciaram e quando finalizaram a participação nos programas do GAMIA (denominado de grupo 1) e do CSGPS (chamado de grupo 2), ou seja, nos meses de março e de dezembro de 2003.

4.1. Local do estudo

O estudo foi realizado no Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial (GAMIA), do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e, no Grupo de Saúde do Idoso do Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

O Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial (GAMIA) é um programa do Serviço de Geriatria do Instituto Central do Hospital das Clínicas da FMUSP, criado em 1984, devido à necessidade de oferecer uma forma de atendimento que pudesse acolher melhor as

inúmeras manifestações do processo de envelhecimento, levando-se em consideração as alterações orgânicas, psíquicas e sociais que são próprias desta etapa de vida. É constituído por profissionais das áreas de medicina, fisioterapia, enfermagem, terapia ocupacional, fonoaudiologia, serviço social e psicologia, sob a coordenação de um destes profissionais, que fazem rodízio anualmente na função.

O foco principal dos trabalhos do grupo é atuar com o idoso nos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais, para promover sua saúde, proporcionando-lhe ferramentas para o desenvolvimento de independência e autonomia nas várias áreas de sua vida.

Para atingir os objetivos, as atividades são realizadas em grupos. Anualmente, passam por triagem 30 idosos, provenientes da comunidade. Eles são divididos em dois grupos de 15, com atividades semanais, às quartas-feiras, no período de nove meses, das 8:30 às 16:00 horas, nas áreas de enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, psicologia, nutrição, odontologia, serviço social e terapia ocupacional. Após este período intensivo, os idosos passam a fazer parte do grupo denominado Pós-GAMIA, o que lhes garante atendimento médico e psicossocial. Em suas atividades, o programa prioriza os aspectos educacionais e de convivência grupal entre os idosos. Devido à sua inserção em um hospital-escola, o GAMIA proporciona também a formação profissional e o desenvolvimento de pesquisa, recebendo alunos da Faculdade de Medicina tanto da graduação (formando a Liga do GAMIA) como da pós-graduação, além dos alunos do Curso de Especialização em Gerontologia e Geriatria do Serviço.

As suas principais atividades são:

- Triagem - Feita por equipe composta por médico, assistente social e psicólogo (são aceitas 80 inscrições por ano, sendo selecionados 30 idosos para participarem do programa). O programa é aberto para a comunidade em geral e tem como principais critérios para inclusão: perdas recentes, poucos recursos socioeconômicos, não-participação em outros grupos de convivência, pouco acesso a atividades de lazer, ter condições físicas e cognitivas preservadas, não ter dificuldade de locomoção nem dependência de outrem, não possuir comprometimentos psicopatológicos que inviabilizem convivência grupal e nem cônjuges participando do grupo no mesmo ano.
- Avaliação dos idosos - É realizada pelos profissionais da equipe, antes do início das atividades. Quando necessário, alguns idosos podem ter algum tipo de assistência individualizada.
- Programação dos grupos - Tem a duração de nove meses (de março a dezembro), ocorrendo às quartas-feiras, das 8:30h às 16:00 h, de acordo com a programação de diversas atividades previamente estabelecidas. Com exceção do atendimento médico e odontológico, as atividades são desenvolvidas em grupo (Jacob Filho, 2003).

Quanto ao Centro de Saúde “Geraldo de Paula Souza”, segundo campo utilizado para este estudo, trata-se de um órgão da Diretoria da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Teve o início de suas atividades em 1922, com a denominação de Centro de Saúde Modelo

e, em 1925, foi criado oficialmente pelo Decreto Lei nº. 3876. Foi concebido pelo Diretor Geral dos Serviços de Saúde Pública do Estado de São Paulo, Professor Geraldo Horácio de Paula Souza.

É o primeiro Centro de Saúde do Brasil e da América Latina, estando situado na área da Subprefeitura de Pinheiros. Possui uma área de abrangência que compreende parte do distrito do Jardim Paulista, de Pinheiros e Alto de Pinheiros, totalizando cerca de 110.000 habitantes. Atende à população adstrita nos programas básicos de atenção à saúde, mas é referência para a Subprefeitura de Pinheiros em Geriatria e referência para o município em Doenças Sexualmente Transmitidas (DSTs), Hanseníase, Tuberculose, Fonoaudiologia, Oftalmologia, Acupuntura, Homeopatia e Neuropediatria. Atende também os funcionários das Faculdades de Saúde Pública e de Enfermagem da USP, além de seus familiares. Desde 1984, funciona em prédio situado na Avenida Dr. Arnaldo, 925, junto à Faculdade de Saúde Pública da USP. Possui uma infraestrutura completa de serviços como Laboratório de Análises Clínicas, aparelho de Raio X, diversas especialidades como Pediatria, Clínica Geral, Geriatria, Ginecologia, Obstetrícia, Saúde Mental, Oftalmologia, Homeopatia, Dermatologia Sanitária, Tisio-Pneumologia, Hanseníase, Fonoaudiologia, Acupuntura, Nutrição, Neuropediatria e Odontologia. Desde 2003, desenvolve programa com moradores de rua.

Dentre os serviços que presta à população, está o Grupo da Terceira Idade, coordenado por Assistentes Sociais. É formado a cada ano e composto por cerca de 20 idosos, de uma demanda de 70. Os critérios de inclusão são:

idade a partir de 60 anos, residir na região e ter disponibilidade para participar do grupo com encontros semanais (quintas-feiras), das 8:30 às 11:45h. O grupo realiza atividades de fonoaudiologia, de psicoterapia corporal, lúdicas e educativas, ao longo de nove meses (de março a dezembro).

A escolha dos dois programas deu-se por serem ambos afetos à Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, ligados à Universidade de São Paulo (Faculdade de Medicina e Faculdade de Saúde Pública), o que lhes confere uma vinculação administrativa/acadêmica com objetivos assistenciais próximos embora com algumas diferenças relativas às suas distintas missões: Hospital Escola de atenção terciária e Centro de Saúde (atenção primária). Ressalte-se que a USP foi a primeira instituição de ensino superior a criar um hospital de referência com alta densidade tecnológica, como o Complexo Hospitalar do Hospital das Clínicas, e o também pioneiro na atenção primária, o Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza da Faculdade de Saúde Pública da USP.

4.2. Amostra

O estudo foi realizado de 1º de março de 2003 a 1º de dezembro de 2003, sendo estabelecidos como critérios de inclusão: idosos (com 60 anos ou mais), com capacidade de comunicação preservada e disponibilidade para a realização de duas a três entrevistas no período de nove meses.

Dos idosos admitidos nos referidos programas nesse período, totalizando 30 pessoas no GAMIA e 13 no CSGPS (correspondendo ao total dos inscritos, dentre as 20 vagas oferecidas neste centro de saúde), todos eles atenderam aos critérios estabelecidos e aceitaram participar do estudo.

Para a composição da amostra com vistas à abordagem qualitativa, do total de 43 participantes (30 do GAMIA e 13 do CSGPS), foram selecionados 16 para a primeira fase da pesquisa, sendo 11 do GAMIA e 5 do CSGPS. Na fase final do programa, selecionamos uma sub-amostra de nove idosos (7 do GAMIA e 2 do CSGPS), e para o resultado final, foram escolhidos 4 idosos, conforme demonstrado na figura 2 .

Figura 2 - Composição da amostra do estudo para as abordagens quantitativa e qualitativa. São Paulo, 2004

Selecionar sujeitos, no presente estudo, levou em consideração alguns pressupostos, os quais foram orientados principalmente pelos objetivos da pesquisa. Procuramos identificar aqueles que, a princípio,

seriam mais representativos em função da questão investigada – aqueles sujeitos cujos relatos de suas trajetórias de vida apresentados após a entrevista quantitativa, foram considerados mais significativos, demonstrando inserção no tema do estudo. Este critério intencional pretendeu buscar sujeitos que representassem o conjunto dos 43 idosos da nossa amostra. Procuramos caracterizá-los a partir da observação realizada em reunião com os mesmos para apresentação da proposta do estudo, das entrevistas realizadas no estudo quantitativo, das observações diretas no ambulatório de geriatria do GAMIA, nas atividades de fisioterapia e ensaio de quadrilha, em atividades externas à Instituição e em entrevistas com as assistentes sociais do GAMIA e do CSGPS. Procuramos os indivíduos que tivessem uma vinculação mais significativa com a questão investigada – qualidade de vida. Buscamos, dessa forma, tipos caracteriológicos distintos, tais como: aqueles muito religiosos, os participativos, os tímidos, os que possuíam baixa e alta auto-estima, os dinâmicos, os colaboradores, os alegres e os tristes. Optamos ainda por garantir uma distribuição por sexo, posto que a maioria dos idosos dos grupos era do sexo feminino.

Os critérios para a escolha dos entrevistados foram: a) nossa seleção, que constou de uma relação inicial; b) surgimento de novos nomes por sugestões dos próprios idosos; c) sugestão das assistentes sociais dos programas, as quais possuíam melhor conhecimento dos idosos porque estavam em contato permanente com os mesmos. Chegamos assim, ao número final de 16 entrevistados, sendo 11 do GAMIA (seis mulheres e cinco homens) e cinco do CSGPS (um homem e

quatro mulheres), após pensar e repensar sobre o nosso objeto, fazer e refazer as nossas escolhas, sempre com a preocupação de garantir uma representatividade para o estudo.

Foram obtidas 16 entrevistas gravadas com duração de 60 minutos cada uma, totalizando 16 horas de material registrado. Ao totalizar 16 entrevistas, consideramos ter atingido o ponto de saturação dos discursos, definidos como suficientes, uma vez que os conteúdos não revelaram novos elementos (Bertaux, 1980).

Optamos pela seleção de nove idosos (sete mulheres e dois homens), dos 16 entrevistados na primeira fase do estudo, para a realização de um grupo focal, na fase final. Destes nove, selecionamos quatro idosos para apresentação dos resultados dos depoimentos e grupo focal, considerando que estes já determinaram a saturação dos dados.

Bertaux (1980) define o critério de “exaustão ou saturação”, como aquele em que o pesquisador verifica a formação de um todo e reconhece a reconstituição do objeto no conjunto do material. Porém esse não é, de forma alguma, critério obrigatório.

A eleição de critérios que balizam a técnica de coleta dos depoimentos depende do objeto do estudo e do específico campo empírico de investigação. Essa característica de *critérios móveis* contrasta com outras técnicas de investigação, cujas normas são fixas e bem mais independentes em referência aos objetos particulares do estudo.

4.3. Procedimentos e instrumentos para coleta de dados

Para a realização deste estudo, obteve-se inicialmente a aprovação da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq), da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos e métodos do estudo e informados sobre a confidencialidade e destino dos dados, após o que assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo A) nas fases inicial e final. Estes esclarecimentos foram dados em reuniões com os dois grupos (1 e 2), separadamente e reforçados no momento da coleta, atendimento.

Os dados foram coletados mediante entrevistas individuais e grupal realizadas pela pesquisadora, em sala localizada na área administrativa do Prédio dos Ambulatórios do Hospital das Clínicas da FMUSP, para os idosos de ambos os grupos (1 e 2). Objetivou-se, respectivamente, realizar o procedimento fora do local de atendimento do GAMIA, para caracterizar a especificidade do estudo, resguardando-os de possíveis interferências dos outros idosos do grupo e também da equipe interdisciplinar que presta atendimento. Quanto aos idosos do CSGPS, o motivo foi a reforma de sua área física, o que tornou o local inadequado para as entrevistas.

A primeira entrevista foi realizada com todos os idosos da amostra, quando do início da participação nos programas (mês de março) e nove meses após (mês de dezembro), no momento do término dos mesmos.

Não houve recusas à participação no estudo, ao contrário, sentimos colaboração e interesse por parte de todos.

Como os métodos das etapas quantitativa e qualitativa são específicos, serão descritos separadamente.

4.3.1. Etapa quantitativa

As entrevistas com os participantes foram realizadas utilizando-se três instrumentos: o primeiro contendo dados para caracterização demográfica e socioeconômica da amostra, por meio do impresso desenvolvido pelo Serviço Social do Complexo Hospital das Clínicas da FMUSP, intitulado “*Banco de Dados*” (anexo C); o segundo contendo questionário genérico de avaliação de qualidade de vida – *World Health Organization Quality of Life-WHOQOL-Abreviado*, versão em português (anexo D) e o terceiro, questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “*Medical Outcomes Study Short Form Health Survey (SF-36)*” (anexo E).

Descreveremos a seguir, os instrumentos que foram utilizados para avaliar a qualidade de vida da amostra.

WHOQOL-Abreviado

Questionário genérico de avaliação de qualidade de vida – *World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-Abreviado – versão em português*.

Optou-se pela utilização do questionário de avaliação genérica de qualidade de vida, o WHOQOL-Abreviado, devido à sua natureza multidimensional de qualidade de vida e também por ser um instrumento transcultural, curto, demandando pouco tempo para preenchimento.(anexo D). Trata-se de um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, proveniente do WHOQOL – 100, exercendo um papel importante no estudo e avaliação da qualidade de vida em nível internacional. Esta versão abreviada constou de dados extraídos de teste de campo de 20 centros e 18 países.

O desenvolvimento da versão em português do instrumento WHOQOL–Abreviado seguiu a metodologia proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), traduzido e validado por Fleck et al., (2000).

O reconhecimento da multidimensionalidade do *constructo* “Qualidade de Vida” refletiu-se na estrutura do instrumento, baseada em quatro domínios: domínio físico, domínio psicológico, relações sociais e meio ambiente e duas questões gerais. Este instrumento consta de 24 itens englobados nos quatro domínios, totalizando 26 facetas, cada qual explorando um tipo específico de problema.

No domínio 1 – físico, as facetas são: dor e desconforto/ energia e fadiga/ sono e repouso/ atividades da vida cotidiana/ dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho.

No domínio 2 – psicológico, as facetas incluem sentimentos positivos/ pensar, aprender, memória e concentração/ auto-estima/ imagem corporal e aparência/ sentimentos negativos/ espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais.

No domínio 3 – relações sociais, constam as facetas relações pessoais/ suporte (apoio social)/ atividade sexual.

O domínio 4 – meio ambiente é composto pelas facetas, segurança física e proteção/ ambiente no lar/ recursos financeiros/ cuidados de saúde e sociais, disponibilidade e qualidade/ oportunidades de adquirir novas informações e habilidades/ participação em/e oportunidades de recreação/ lazer/ ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) / transporte.

Possui também duas questões gerais que avaliam a qualidade de vida e que abordam: como o entrevistado avalia a sua qualidade de vida (questão 1) e o grau de satisfação com sua saúde (questão 2).

Suas questões curtas e elaboradas em linguagem simples compatibilizam-se com os quatro tipos de escala de avaliação estabelecidos (intensidade, capacidade, frequência e avaliação), com cinco níveis de respostas para cada uma. Essas escalas de respostas do tipo Lickert compreendem a escala de intensidade (nada a extremamente), capacidade (nada a completamente), frequência (nunca a sempre) e avaliação (muito insatisfeito a muito satisfeito, muito ruim a muito bom).

Os dados obtidos por meio do WHOQOL-Abreviado devem ser tratados em função de cada domínio, pois neste instrumento não se pode utilizar um escore total de qualidade de vida, já que ele foi desenvolvido a partir da premissa de que qualidade de vida é um *constructo* multidimensional, não cabendo a soma de itens referentes a diferentes domínios.

Segundo os autores da versão em português do WHOQOL-Abreviado, cada domínio e seus escores deverão ser considerados individualmente

(FLECK et al., 1999). As questões do WHOQOL-Abreviado devem ser avaliadas tendo como base uma escala tipo Lickert, com valor numérico de 1 a 5, onde escores são invertidos em função de 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1, para as seguintes questões: 3, 4 e 26. Quanto maior o escore, melhor é a qualidade de vida e quanto menor o escore, pior é a qualidade de vida.

SF-36

O outro instrumento utilizado foi o questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “*Medical Outcomes Study Short-form Health Survey*” (SF-36).

Decidiu-se incluir um segundo instrumento genérico de qualidade de vida, o SF-36 (Anexo E), devido ao nosso interesse em medir a qualidade de vida enfocando a saúde. Além do mais, a combinação de um instrumento de qualidade de vida geral (WHOQOL-Abreviado) e de outro de qualidade de vida relacionada à saúde, nos pareceu poder trazer uma contribuição aos poucos trabalhos que fazem esta combinação, principalmente no nosso meio.

Dentre os instrumentos de Qualidade de Vida relacionados à saúde, o Medical Outcomes Study-Short Form, SF36, traduzido e validado por Ciconelli (1997), pareceu-nos o mais adequado, por avaliar conceitos de saúde que representam valores humanos básicos considerados relevantes para todos, não sendo específicos para idade, doença ou tratamento. Avalia tanto os aspectos negativos da saúde (doença ou enfermidade) como os aspectos positivos (bem-estar). Este instrumento é também um dos poucos traduzidos/validados no nosso meio.

O SF-36 é um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em oito escalas ou componentes: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (quatro itens), dor (dois itens), estado geral de saúde (cinco itens), vitalidade (quatro itens), aspectos emocionais (três itens), aspectos sociais (dois itens), saúde mental (cinco itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás.

Para avaliação dos resultados do SF-36, após sua aplicação, deve ser dado um escore para cada questão que posteriormente será transformado numa escala de 0 a 100, onde zero corresponde a um pior estado de saúde e 100 a um melhor, sendo cada dimensão analisada em separado. Propositamente, não existe um único valor que resuma toda avaliação, traduzindo-se num estado geral de saúde melhor ou pior, justamente para que, numa média de valores, evite-se o erro de não identificar os verdadeiros problemas relacionados à saúde do sujeito ou mesmo de subestimá-los (Ware et al., 1993; Ware et al., 1995).

4.3.2. Etapa qualitativa

Os dados qualitativos foram obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas com os idosos, para coleta de depoimentos à luz da metodologia da “História Oral”, na primeira fase da pesquisa e entrevista grupal (grupo focal), na etapa final, sempre realizada pela pesquisadora.

Procuramos reconstruir processos socioculturais, trabalhando com testemunhos orais. Com essa abordagem, propusemos temas de referência,

por meio de um roteiro (anexo F) e solicitamos aos depoentes que dessem seus depoimentos, tendo como guia os temas propostos. Fizemos perguntas sempre que surgiram dúvidas, mas, na primeira fase da coleta de informações, deixamos que os informantes falassem livremente, apenas reconduzindo o relato para os temas-guia quando os caminhos da memória os arrebatavam por longos períodos de tempo, levando-os a subtemas que se distanciavam do principal ponto de interesse da pesquisa (Néri, 2001).

É importante destacar que fizemos uso da técnica de entrevista com gravador como meio de conhecer a realidade dos participantes. A captação dos depoimentos, por meio do gravador, representou uma ampliação do nosso poder de registro, assim como a utilização do diário de campo. Este e o gravador foram instrumentos valiosos e indispensáveis para o trabalho com as narrativas orais.

Optamos pela História Oral como metodologia de pesquisa para a coleta dos depoimentos dos idosos, pelos seguintes motivos: privilegia significados mais que descrições; interpretações mais que coleta de informações; é plena de intencionalidades no sentido de expressar sujeitos políticos pelo reconhecimento de suas experiências sociais.

A História Oral ocupa-se em conhecer e aprofundar conhecimentos sobre determinada realidade – os padrões culturais - estruturas sociais e processos históricos, obtidos por intermédio de conversas com pessoas (relatos orais). Estas pessoas, ao focalizarem suas lembranças pessoais, constroem também uma visão concreta da dinâmica de funcionamento e das várias etapas da trajetória do grupo social ao qual pertencem, por ordem de

importância que tiveram nas suas vidas. A riqueza da pesquisa com esta metodologia, está na ênfase e importância atribuída ao sujeito da história.

No nosso estudo, o processo de interlocução teve a forma de depoimento oral temático, ou seja, tratou fundamentalmente do tema “Qualidade de Vida”.

Nos depoimentos, o pesquisador dirige a entrevista de acordo com seus interesses, distinguindo o essencial do supérfluo e realizando entrevistas curtas (Martinelli, 1999). Busca-se obter dados informativos e factuais, mediante referências mais diretas ao objeto estudado (qualidade de vida). No depoimento, o narrador presta testemunho de sua vivência em determinadas situações ou de sua participação em determinadas instituições que o pesquisador esteja estudando (Alberti, 1989).

O uso da metodologia da História Oral tem como principal instrumento de pesquisa fontes orais, o que permite, em situação de entrevista, a coleta de dados, por meio de uma conversa entre narrador e pesquisador. Não se busca a uniformidade absoluta, a padronização dos relatos, mas a riqueza que cada entrevistado tem a contar. A metodologia da História Oral possibilita ao entrevistador utilizar a entrevista como fonte não apenas informativa mas, sobretudo, como instrumento de compreensão mais ampla e globalizante do significado da ação humana. Os conteúdos obtidos são resultado de uma situação de aproximação entre seres humanos conscientes da objetividade do encontro e também de sua subjetividade (Alberti, 1989).

Como possuíamos um tema específico para o estudo - qualidade de vida do idoso - utilizamos entrevistas temáticas, cujo objeto não constitui a trajetória de vida do entrevistado e sim uma parte de sua vida: aquela estreitamente vinculada ao tema estudado. Seu depoimento é solicitado na medida em que possa contribuir para o estudo de determinado tema e, assim, as perguntas que lhe são dirigidas têm o objetivo de esclarecer e conhecer a atuação, as idéias e a experiência do entrevistado, marcadas por seu envolvimento com o tema.

Anteriormente à realização das entrevistas, conforme preconiza Alberti (1989), elaboramos um roteiro para servir de base para a mesma, orientando e ajudando a acompanhar o depoimento e lembrando-nos das questões que deveriam ser levantadas, sem, contudo, servir de camisa de força, obrigando a obedecer à ordem cronológica ou impedindo que surgissem assuntos e questões não contidas expressamente no roteiro. O roteiro do nosso estudo contemplou questões referentes aos temas: qualidade de vida, envelhecimento e saúde (anexo F). Procuramos utilizar perguntas indiretas para estimular a discussão livre e espontânea dos participantes.

Importante ressaltar que constituindo o roteiro apoio ao trabalho da reflexão ou memória auxiliar, deve-se percorrê-lo subordinadamente à dinâmica que o próprio entrevistado dá à narrativa e respeitando a seqüência das questões que o relato produz. Algumas temáticas surgem como questões relevantes para o narrador e como expressão também da memória grupal. Outras têm que ser sistematicamente estimuladas pelo pesquisador (Scharaiber, 1995).

As entrevistas foram realizadas com o uso de gravador, uma vez que, segundo Alberti (1989), não se pode pensar em História Oral sem esse componente. É o gravador que permite falar de autenticidade de trechos transcritos, na análise dos discursos e da entrevista em si. É um meio de captar o real, “conservando na narração uma vivacidade de que o simples registro no papel as despoja, uma vez que a voz do entrevistado, suas entonações, sua pausas, constituem outros tantos dados preciosos para o estudo”, segundo Queiroz (1991).

As entrevistas foram acompanhadas, conforme recomenda Alberti (1989), por registros de seu acompanhamento, que foram sendo completados paulatinamente, à medida que o trabalho avançou, com a ficha de entrevista e o diário de campo. A ficha de entrevista constitui instrumento de controle para o estudo, nas suas diversas etapas, podendo seus dados variar, de acordo com os objetivos da pesquisa e os critérios estabelecidos para o processamento. Elaboramos uma ficha com dados de identificação do entrevistado, com data da realização da entrevista, duração, local, entrevistador, conferência e sumário.

O diário de campo é um instrumento ao qual recorreremos em qualquer momento do trabalho. Nele colocamos nossas percepções, sentimentos, questionamentos e informações que não são obtidas por outras técnicas. No diário de campo, o pesquisador registra detalhes que congregam os diferentes momentos da pesquisa (Minayo, 1998). Nele fizemos constar todo tipo de observações a respeito do entrevistado e da relação estabelecida com ele, desde o primeiro contato: os motivos que levaram a escolhê-lo

como entrevistado, a forma como se estabeleceu o contato e o primeiro encontro, descrições sobre como decorreu a entrevista, a reação do entrevistado a determinadas perguntas, dificuldades do pesquisador, interrupções e problemas na gravação, relação do entrevistado com o objeto da pesquisa, impressões sobre o grau de sinceridade de seu depoimento, comentários sobre sua memória, informações obtidas quando o gravador estava desligado, contatos posteriores com o entrevistado e outros de interesse para a pesquisa.

A realização deste diário de campo constituiu-se no nosso estudo, em um instrumento de crítica e de avaliação no contexto da pesquisa, uma vez que este tipo de documento está intimamente vinculado às condições e situações de sua produção. Quanto mais rico for em anotações, maior será o auxílio que oferecerá à descrição e análise do objeto estudado. Foi por nós utilizado de forma sistemática, desde o momento da ida ao campo até a fase final dos estudos.

Utilizamos também a técnica de observação participante, que se realiza pelo nosso contato direto com os idosos, a fim de obter informações sobre as suas realidades em seus contextos de participação nos programas. Esta técnica foi importante para captarmos uma variedade de situações ou fenômenos que são obtidos por meio de perguntas, uma vez que observados os idosos, diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real (Minayo, 1998).

Exercemos o papel de observador participante em diversas situações: na sala de espera do ambulatório de geriatria do Prédio dos Ambulatórios

(PAMB) do Hospital das Clínicas da FMUSP, na atividade de ensaio para a festa junina do GAMIA, em bazares, festas do GAMIA, quando convidadas para assistir a uma peça de teatro e participar do lançamento de um livro que teve a participação de uma idosa do GAMIA e presença de outras duas do CSGPS.

As falas e atitudes nesses momentos são descontraídas e recobrem assuntos de todos os tipos: o entrevistado opina sobre sua vida e se inteira da vida do pesquisador, faz diversos tipos de comentários sobre si mesmo e sobre os outros idosos do grupo.

Esses momentos informais de aproximação são vitais para a própria realização da investigação, uma vez que determinam as bases da relação interpessoal, com a formação de vínculos que ultrapassam o formal, criando laços de simpatia e confiança, pelo mútuo interesse que se estabelece pela pessoa que ali está. Essa postura não significa, para qualquer dos dois sujeitos, esforço negativo: ao contrário, expressa a cumplicidade do mútuo empenho para se produzir o relato e para se conservar, no tempo, o depoimento e a história (Bosi, 1993).

Conforme o já mencionado no item 4.2 (amostra), a escolha dos nove idosos (dois do CSGPS e sete do GAMIA) para participarem do grupo focal, foi realizada observando-se a indicação de que uma das características da pesquisa qualitativa é trabalhar com pequenos grupos de sujeitos, sendo importante a densidade da experiência e não a extensão do grupo. O objetivo do grupo focal foi o de completar as informações colhidas na primeira fase do estudo, conhecer atitudes, opiniões, percepções e comportamentos relativos às categorias teóricas estabelecidas.

A técnica do grupo focal preconiza a realização de sessões grupais com os distintos grupos. No entanto, como os grupos possuíam características demográficas e socioeconômicas semelhantes, apontadas nas tabelas 4, 5 e 6, selecionamos apenas dois idosos do CSGPS, decidindo reuni-los em um só grupo. Contou com a participação de um total de nove idosos e teve a duração de 1:40 h. A fita foi transcrita pela própria pesquisadora, em 5 h. de trabalho. O grupo teve a presença de uma observadora, além da moderadora, conforme recomenda a técnica.

Quanto à condução do grupo focal, observamos a indicação de receber os participantes de maneira cordial (havia uma frase saudando-os, escrita na lousa: “Sejam bem-vindos!”). À medida que chegavam, procuramos falar de temas gerais (final do ano, festas, bazar, viagens), evitando que o tema do grupo focal fosse abordado precocemente.

Usamos um papel em branco para que registrassem seus nomes, os quais foram afixados nas cadeiras para visualização por todos. Reforçamos a explicação dos objetivos da reunião e solicitamos que assinassem o termo de consentimento.

Ao iniciar os trabalhos, na condição de moderadora, destacamos que estávamos ali para conhecer suas experiências e aprender com eles. Explicamos a forma de funcionamento do grupo e propusemos uma breve rodada de apresentação dos participantes. Começamos por nos apresentar e, em seguida, foi a vez da assistente social, com experiência na área de atenção ao idoso, introduzida no grupo para nos auxiliar. Procuramos dar o exemplo de síntese, o que não foi praticado por dois dos participantes, que

se estenderam muito nesta parte inicial. Daniel & Gates (2003) apontam que em um grupo de foco tradicional, há sempre os “tagarelas naturais” que dominam a discussão, apesar das tentativas do moderador de equilibrar as contribuições dos participantes, que foi exatamente o que fizemos, estimulando os participantes acanhados, para que estes se expressassem tão livremente quanto os mais extrovertidos.

Após a apresentação dos integrantes do grupo, fornecemos cópia da poesia de Carlos Drummond de Andrade, intitulada “Reinauguração”, como instigadora para a discussão dos temas: envelhecimento, saúde e qualidade de vida.

REINAUGURAÇÃO

Carlos Drummond de Andrade

Nossa idade – velho ou moço – pouco importa.

Importa é nos sentirmos vivos e alvoroçados mais uma vez, e revestidos de beleza, a exata beleza que vem dos gestos espontâneos e do profundo instinto de subsistir enquanto as coisas ao redor se derretem e somem como nuvens errantes no universo estável.

Prosseguimos. Reinauguramos. Abrimos olhos gulosos a um sol diferente que nos acorda para os descobrimentos.

Esta é a magia do tempo.

Esta é a colheita particular que se exprime no cálido abraço e no beijo comungante, no acreditar na vida e na doação de vivê-la em perpétua criação.

E já não somos apenas finitos e sós.

Durante a discussão das mensagens trazidas pela poesia e já com o grupo aquecido, procuramos fazer ligações ou aproximações com as questões do roteiro, sempre focando o tema guia – qualidade de vida do idoso.

Para focar as discussões, fizemos a proposta da escolha de uma palavra para definir o significado de viver bem e, para finalizar, perguntamos a respeito dos planos para o futuro. O grupo seguiu o percurso, indo do presente (apresentações e discussão da poesia) para o futuro (planos).

4.4. Análise dos dados

4.4.1. Etapa quantitativa

Foi feita a análise descritiva de todas as variáveis do questionário nos dois momentos: inicial e final. As variáveis qualitativas foram apresentadas em termos de seus valores absolutos e relativos e as quantitativas em termos de seus valores de tendência central e de dispersão.

Para se verificar a associação entre as variáveis qualitativas foi utilizado o teste de Qui-quadrado.

Para as variáveis quantitativas, a homogeneidade das variâncias foi testada por meio do teste de Levene e a normalidade pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Quando estes dois princípios foram satisfeitos, foram utilizados testes paramétricos (teste t, teste t pareado). Em caso

contrário, foram utilizados testes não-paramétricos (teste U de Mann-Whitney, teste de Wilcoxon).

Objetivando analisar a consistência interna tanto do WHOQOL-Abreviado, quanto do SF-36, utilizou-se o coeficiente de fidedignidade de Cronbach, cujas medidas indicadas são acima de 0,50 (Mc. Horney et al., 1993).

Foi feito o estudo da correlação entre os dois instrumentos de medida de qualidade de vida nas duas fases, por meio de coeficiente de correlação linear de Pearson. Utilizou-se o nível de significância de 5% para as análises do grupo 1(GAMIA). Para o grupo do CSGPS, utilizou-se $p \leq 0,10$, por ser sugestivo de correlação estatisticamente significativa, devido ao tamanho da amostra ser pequeno($n=13$).

Foi utilizado o pacote estatístico SPSS 8.0 for windowsTM, para a realização das análises.

4.4.2. Etapa qualitativa

Os depoimentos obtidos e gravados foram posteriormente transcritos.

A interpretação dos dados coletados nos depoimentos e no grupo focal obedeceu à metodologia preconizada por Minayo (1998), de estabelecimento de *Categorias Analíticas*, capazes de desvendar as relações essenciais, mas também de *Categorias Empíricas e Operacionais*, capazes de captar as contradições do nível empírico em questão. Foi baseada na comparação de vários testemunhos. Em um primeiro momento,

foi efetuada internamente, em uma rede de informantes; posteriormente, comparamos os resultados obtidos pelas outras redes, sempre considerando as categorias fundamentais estabelecidas para o estudo: envelhecimento, saúde e qualidade de vida.

Outros auxílios importantes no processo comparativo, que nos conduziram à interpretação final, foram as notas no diário de campo, em que foram registrados todos os aspectos da construção da relação entre o entrevistador e os 16 entrevistados e as observações que fizemos durante os contatos realizados com eles.

Já no grupo focal, destacamos as categorias gerais para analisar as falas e também as específicas. Na junção do expressado, construímos uma análise temática, cujo procedimento consistiu, inicialmente, em uma leitura flutuante dos discursos dos sujeitos e da dinâmica do grupo, conferindo ênfase aos elementos psicossociais subjacentes na verbalização.

Em uma etapa seguinte, estudamos as falas dos participantes do grupo, as quais tinham sido gravadas em fita cassete e transcritas. Para se ter uma idéia do tipo de trabalho que envolve, vale destacar que cada hora gravada produziu, em média, 30 laudas digitadas, em espaço de aproveitamento máximo da lauda, o que produziu um volume total de 480 páginas de material coletado. Trabalhamos na escuta exaustiva das fitas e nas leituras das transcrições. Dessas escutas e leituras foram levantadas falas significativas, não somente por sua frequência, mas especialmente pela intensidade e emoção trazidas pelos sujeitos pesquisados.

Desse modo, após diversas leituras dessas falas, iniciamos a seleção das expressões, frases e idéias, agrupando-as por afinidade e elencando as primeiras subcategorias como unidades de significado que, posteriormente, foram agrupadas em categorias gerais e específicas (Minayo, 1998). Elas estão descritas no item 5.2. – Resultados (etapa qualitativa).

RESULTADOS

5. Resultados

5.1. Etapa quantitativa

Os resultados serão apresentados como dados demográficos e socioeconômicos e qualidade de vida dos idosos, separados pelos grupos 1 (GAMIA) e 2 (CSGPS), nos dois momentos do estudo.

5.1.1. Características demográficas da amostra

Os dados da tabela 4 mostram que houve predominância do sexo feminino em ambos os grupo (63,3% - 19) no grupo 1 e 92,3% (12) no grupo 2. Pelo teste de Qui-quadrado, observou-se uma associação significativa entre sexo e grupos ($p < 0,05$). Ficou evidente que houve uma diferença quanto aos sexos no interior dos grupos: no grupo 1, 36,7% (11) eram homens, enquanto no grupo 2, apenas 7,7% (1) era do sexo masculino.

A idade média da amostra no grupo 1 foi de 68,7 anos e de 71,2 anos no grupo 2. Quando feita a divisão por faixa etária, observou-se que não houve uma associação significativa entre grupos e faixa etária, pelo teste de Qui-quadrado ($p > 0,05$).

Quanto ao estado civil, foram encontrados no grupo 1, 36,6% (11) casados, 26,6% (8) solteiros e 20% (6) viúvos. No grupo 2 predominaram os viúvos: 69,2%(9).

No que se refere à religião, a católica predominou tanto no grupo 1 (66,7% - 20 idosos) quanto no grupo 2, onde 61,5% (8) eram católicos.

Nasceram na Capital do Estado de São Paulo 36,7% (11 idosos) do grupo 1, enquanto 33,3% (10) nasceram no Interior do Estado de São Paulo e 6,7% (2) no exterior. Já no grupo 2, os naturais do interior do Estado predominaram, com 53,8% (7 idosos). Houve homogeneidade quanto à naturalidade nos grupos. O teste de Qui-quadrado mostrou que não houve uma associação estatisticamente significativa entre naturalidade e grupos ($p>0,05$).

A escolaridade predominante tanto no grupo 1 quanto no grupo 2 foi o ensino fundamental: 36,6% (11) no grupo 1 e 38,5% (5) no grupo 2. Encontrou-se um idoso em cada um dos grupos com curso superior incompleto e um idoso no grupo 2 possuía curso superior completo.

Grande parte dos idosos possuía vínculo previdenciário (aposentadoria), sendo 73,3% (22) no grupo 1 e 61,5% (8) no grupo 2.

Quanto à região de moradia, metade dos idosos do grupo 1 (50%) residiam na Zona Oeste, enquanto no grupo 2, os idosos se concentraram na Zona Central: 92,3% (12).

Tabela 4 -Características demográficas dos participantes do estudo. São Paulo, 2004.

VARIÁVEL	CATEGORIA	Grupo 1	Grupo 2	Teste
		N=30	N=13	
Sexo				
	Feminino	19 (63,3)	12 (92,3)	p<0,05
	Masculino	11 (36,7)	1 (7,7)	
Idade				
	60 – 65	8 (26,7)	3 (23,1)	p=0,17 Teste t
	66 – 70	11 (6,7)	2 (15,4)	
	71 – 75	7 (23,3)	5 (38,5)	
	>75	4 (13,3)	3 (23,1)	
Estado Civil				
	Casado	11 (36,6)	3 (23,0)	p=0,01
	Viúvo	6 (20,0)	9 (69,2)	
	Separado	5 (16,6)	-	
	Solteiro	8 (26,6)	8 (26,6)	
Religião				
	Católica	20 (66,7)	8 (61,5)	p=1,00
	Espírita	4 (13,3)	2 (15,4)	
	Evangélica/ Batista/Ecumênica	4 (13,3)	- 1 (7,7)	
	Outras	2 (6,7)	2 (15,4)	
Naturalidade				
	SP Capital	11 (36,7)	3 (23,1)	p=0,69
	SP Interior	10 (33,3)	7 (53,8)	
	Outro Estado	7 (23,3)	3 (23,1)	
	Outro País	2 (6,7)	-	
Escolaridade				
	Sem escolaridade	3 (10,0)	-	p=0,61
	Fundamental	11 (36,6)	5 (38,5)	
	Médio incompleto	6 (20,0)	3 (23,1)	
	Médio completo	9 (30,0)	3 (23,1)	
	Superior incompleto	1 (3,3)	1 (7,7)	
	Superior completo	-	1 (7,7)	
Vínculo Previdenciário				
	Sim	22 (73,3)	8 (61,5)	Fisher p=0,49
	Não	8 (26,6)	5 (38,5)	
Região de Moradia				
	Região Central	5 (16,6)	12 (92,3)	p=0,63
	Região Oeste	15 (50,0)		
	Região Leste	1 (3,3)	1 (7,7)	
	Região Sul	2 (6,6)		
	Região Norte	5 (16,6)		
	Outros Municípios	2 (6,6)		

5.1.2. Características socioeconômicas da amostra

Evidencia-se pelos dados apresentados na tabela 5 que os idosos do grupo 1 caracterizaram-se socioeconomicamente por possuírem quatro salários mínimos de renda média, 5,9 salários mínimos de renda média familiar e 3,07 salários mínimos de renda per capita. No grupo 2, a renda média do idoso foi de 3,1 salários mínimos, a renda média familiar foi de 6,2 salários mínimos e a renda per capita de 3,06 salários mínimos.

Não houve diferenças entre os grupos, quanto à renda dos idosos, a renda média familiar e a renda *per capita*, pelo teste t.

Tabela 5 - Descrição da renda média mensal, da renda média familiar e da renda *per capita* dos participantes do estudo. São Paulo, 2004

	GRUPO 1	GRUPO 2	TESTE t
RENDA MÉDIA DO IDOSO	N= 25	N=11	
$\mu \pm dp$	4,0 $\pm$ 4,1	3,1 $\pm$ 2,3	p=0,50
Min-Max	1-16,6	1-9,16	
RENDA MÉDIA FAMILIAR	N=30	N= 13	
$\mu \pm dp$	5,9 $\pm$ 4,3	6,2 $\pm$ 4,5	P=0,85
Min-Max	1,8-19,1	1,5-15,5	
RENDA <i>PER CAPITA</i>	N=30	N=13	
$\mu \pm dp$	3,07 $\pm$ 2,70	3,06 $\pm$ 2,23	P> 0,05
Min-Max	1-12,5	1,2-9,1	

μ :média, dp:desvio padrão, Min:valor mínimo, Max:valor máximo
O salário mínimo da época era igual a R\$240,00

Observa-se pela tabela 6 que em 46,6% (14) das famílias dos idosos do grupo 1, nenhuma pessoa trabalhava e, em 40% (12) uma pessoa trabalhava. Eram proprietários do domicílio, 80% dos idosos do grupo 1.

No grupo 2, em 46,1% das famílias, duas pessoas trabalhavam e 61,5% residiam em casa própria.

Verificou-se associação entre o número de pessoas que trabalhavam e os grupos.

Tabela 6 - Características socioeconômicas dos participantes do estudo. São Paulo, 2004

VARIÁVEL	CATEGORIA	GRUPO I N%	GRUPO II N%	TESTE
		30	13	
Nºde pessoas que trabalham				
	Nenhuma	14(46,6)	3(23,0)	P=0,06
	Uma	12(40,0)	3(23,0)	
	Duas	3(10,0)	6(46,1)	
	Três	1(3,3)	1(7,6)	
	Quatro	-	-	
Propriedade do domicílio				
	Próprio	24(80,0)	8(61,5)	P=0,51
	Alugado	3(10,0)	1(7,7)	
	Cedido	1(3,3)	2(15,4)	
	Família	2(6,7)	2(15,4)	

5.1.3. Resultados sobre a qualidade de vida da amostra

5.1.3.1. Dados obtidos por meio do instrumento WHOQOL- Abreviado

A tabela 7 apresenta a análise descritiva para os domínios: físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente e questões gerais, que avaliam a qualidade de vida dos idosos pertencentes ao grupo 1 (GAMIA), nas fase inicial e final das suas participações no programa.

No domínio físico, observou-se pelo teste t pareado (comparação antes/ depois), uma diferença estatisticamente significativa entre os tempos ($p=0,03$), demonstrando que o tempo inicial diferiu do tempo final (69,40-74,04). O domínio físico foi o que apresentou maior média nos dois tempos no grupo 1, se comparado com os demais domínios do instrumento.

Nos demais domínios e na avaliação geral de qualidade de vida, não houve uma diferença estatisticamente significativa entre os tempos inicial e final do programa, observando-se que o domínio “meio ambiente” foi o que apresentou o escore de média mais baixa nos dois tempos (61,35-64,27).

Tabela 7- Valores obtidos para cada domínio do questionário WHOQOL-Abreviado, nas fases inicial e final do grupo 1. São Paulo, 2004

Domínios	Fases	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Físico					
(n=30)	Início	69,40	14,18	28,57	96,43
(n=30)	Fim	74,04	0,97	46,43	96,43
Psicológico					
(n=30)	Início	68,33	15,18	33,33	95,83
(n=30)	Fim	71,80	10,30	50,00	87,50
Relações Sociais					
(n=19)	Início	68,85	14,39	41,67	91,67
(n=30)	Fim	73,83	12,85	50,00	100,00
Meio Ambiente					
(n=30)	Início	61,35	13,37	28,13	90,63
(n=30)	Fim	64,27	11,21	40,63	96,80
Q.V. Geral					
Questão 1					
(n=30)	Início	18,12	3,00	12,50	25,00
(n=30)	Fim	17,70	3,31	12,50	20,00
Q.V. Geral					
Questão 2					
(n=30)	Início	15,83	5,12	6,25	25,00
(n=30)	Fim	16,87	4,07	6,25	25,00

A tabela 8 apresenta a análise descritiva para os domínios do WHOQOL-Abreviado, nas fases inicial e final da participação do grupo 2 (CSGPS) no programa de saúde do idoso.

Não houve diferença estatisticamente significativa em nenhum domínio deste instrumento para o grupo 2, o que também ocorreu nas duas questões que avaliam a qualidade de vida geral.

Tabela 8 - Valores obtidos para cada domínio do questionário WHOQOL-Abreviado, nas fases inicial e final do grupo 2. São Paulo, 2004

Domínios	Fases	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Físico					
(n=13)	Início	76,64	10,06	57,14	96,46
(n=13)	Fim	78,28	9,27	57,14	89,29
Psicológico					
(n=13)	Início	72,43	9,24	54,17	87,50
(n=13)	Fim	74,03	13,19	50,00	91,67
Relações Sociais					
(n=10)	Início	65,00	11,65	50,00	91,67
(n=13)	Fim	74,35	12,93	41,67	91,67
Meio Ambiente					
(n=13)	Início	64,73	14,72	50,00	90,63
(n=13)	Fim	67,54	14,18	40,63	93,75
Q.V Geral					
Questão 1					
(n=13)	Início	19,23	3,08	12,50	25,00
(n=13)	Fim	19,23	4,00	12,50	20,00
Q.V Geral					
Questão 2					
(n=13)	Início	18,75	3,60	12,20	25,00
(n=13)	Fim	18,75	4,41	6,25	25,00

Observou-se pela tabela 9 que houve consistência interna em quase todos os domínios do WHOQOL-ABREVIADO, com exceção das questões do item “geral”.

Tabela 9 - Coeficiente de fidedignidade de Cronbach dos domínios do WHOQOL-Abreviado, dos grupos 1 e 2 . São Paulo, 2004

Itens	Total	Coeficiente de Cronbach grupo 1	Coeficiente de Cronbach grupo 2	Número de itens
WHOQOL - ABREVIADO				
Domínio 1	0,84	0,85	0,78	7
Domínio 2	0,72	0,69	0,82	6
Domínio 3	0,75	0,84	0,55	3
Domínio 4	0,81	0,80	0,80	8
Geral-Questão 1	0,49	0,34	0,86	2
Geral-Questão 2	0,48	0,39	0,57	

5.1.3.2. Dados obtidos por meio do instrumento SF-36

A tabela 10 demonstrou que a maioria dos valores dos componentes capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral da saúde, ficou entre 66,60 e 86,50 na primeira fase da pesquisa e entre 68,56 e 88,33 na fase final, no grupo 1. Os valores dos componentes saúde mental, aspectos emocionais, aspectos sociais e vitalidade, apresentaram média entre 67,16 e 82,91, antes dos idosos iniciarem suas participações nos programas, e entre 73,20 e 80,00 na fase final dos programas.

Pelo teste de Wilcoxon, pode-se observar uma diferença estatisticamente significativa entre o “estado geral da saúde” inicial e final ($p=0,020$). Observou-se pelo teste t pareado (comparação inicial/final), uma diferença estatisticamente significativa para o domínio vitalidade ($p=0,029$).

Pode-se verificar que não houve uma diferença estatisticamente significativa entre os tempos nos demais componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental neste grupo (1).

Tabela 10 - Valores obtidos para cada componente do questionário SF-36, nas fases inicial e final do grupo 1. São Paulo, 2004

Componentes	Fases	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Capacidade Funcional					
(n=30)	Início	86,50	13,14	45,00	50,00
	Fim	83,84	14,74	50,00	100,00
Aspectos Físicos					
(n=30)	Início	85,00	25,93	25,00	100,00
	Fim	88,33	26,04	25,00	100,00
Dor					
(n=30)	Início	75,03	22,62	30,00	100,00
	Fim	68,56	20,63	22,00	100,00
Estado Geral da Saúde					
(n=30)	Início	66,60	18,41	32,00	97,00
	Fim	73,30	16,07	30,00	100,00
Vitalidade					
(n=30)	Início	67,16	17,50	25,00	90,00
	Fim	73,83	12,36	55,00	100,00
Aspectos Sociais					
(n=30)	Início	82,91	20,88	37,50	100,00
	Fim	80,00	25,12	12,50	100,00
Aspectos Emocionais					
(n=30)	Início	76,66	36,25	00,00	100,00
	Fim	77,55	40,05	00,00	100,00
Saúde Mental					
(n=30)	Início	73,20	19,71	20,00	100,00
	Fim	73,20	19,65	20,00	100,00

Conforme apresentado na tabela 11, observou-se que a maior parte das médias dos valores dos componentes capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral da saúde, variou entre 63,76 e 86,83 na fase inicial do grupo 2 e entre 73,07 e 86,15 na fase final. Já as médias dos valores dos componentes vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental, apresentaram variação entre 76,00 e 79,80 na fase inicial e 77,69 e 89,74 na fase final.

Notou-se uma diferença estatisticamente significativa entre o “estado geral da saúde” inicial e final ($p=0,025$), pelo teste de Wilcoxon. Já nos demais componentes, não houve uma diferença estatisticamente significativa entre os tempos.

Tabela 11 - Valores obtidos para cada componente do questionário SF-36, nas fases inicial e final do grupo 2. São Paulo, 2004

Componentes	Fases	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Capacidade Funcional					
(n=13)	Início	86,83	12,06	55,00	100,00
	Fim	86,15	15,02	55,00	100,00
Aspectos Físicos					
(n=13)	Início	82,69	32,88	00,00	100,00
	Fim	73,07	42,64	00,00	100,00
Dor					
(n=13)	Início	63,76	29,96	10,00	100,00
	Fim	73,07	22,73	31,00	100,00
Estado Geral da Saúde					
(n=13)	Início	74,15	16,81	45,00	92,00
	Fim	87,07	10,49	60,00	100,00
Vitalidade					
(n=13)	Início	78,07	16,81	55,00	95,00
	Fim	77,69	15,76	40,00	95,00
Aspectos Sociais					
(n=13)	Início	79,80	26,28	25,00	100,00
	Fim	81,73	26,81	25,00	100,00
Aspectos Emocionais					
(n=13)	Início	76,92	28,49	33,00	100,00
	Fim	89,47	21,01	33,33	100,00
Saúde Mental					
(n=13)	Início	76,00	5,14	52,00	100,00
	Fim	79,07	22,92	24,00	100,00

Observou-se pela tabela 12 que houve consistência interna na maior parte dos componentes do SF-36, com exceção dos “aspectos físicos” no grupo 1 e “estado geral da saúde” no grupo 2.

Tabela 12 - Coeficiente de fidedignidade de Cronbach dos componentes do SF-36, dos grupos 1 e 2 . São Paulo, 2004.

Itens	Total	Coeficiente de Cronbach – grupo 1	Coeficiente de Cronbach – Grupo2	Número de itens
VARIÁVEL				
Capacidade Funcional	0,87	0,82	0,96	10
Aspectos Físicos	0,43	0,35	0,50	4
Dor	0,61	0,67	0,62	2
Estado Geral da Saúde	0,75	0,79	0,46	5
Vitalidade	0,65	0,62	0,70	4
Aspectos Sociais	0,65	0,52	0,85	2
Aspectos emocionais	0,56	0,53	0,77	3
Mental	0,76	0,76	0,76	5

5.1.4. Coeficientes de correlação de Pearson entre os domínios do WHOQOL-Abreviado e os componentes do SF-36

Os coeficientes de correlação linear de Pearson entre os domínios do WHOQOL-Abreviado (WHOQOL-A) e os componentes do SF-36 serão apresentados nas tabelas 13, 14, 15 e 16.

Conforme demonstrado nas tabelas 13 e 14, o coeficiente de correlação de Pearson foi utilizado para avaliar a relação entre os domínios

do WHOQOL-A e os componentes do SF-36 nas duas fases de estudo no grupo 1 . Foi verificado que o domínio 1 (físico) do WHOQOL-A apresentou correlação estatisticamente significativa com quase todos os componentes do SF-36, com exceção dos “ aspectos físicos” e “dor” na primeira fase da pesquisa. Já na segunda fase, este mesmo domínio 1 do WHOQOL-A só apresentou correlação estatisticamente significativa com os seguintes componentes do SF-36: estado geral da saúde, vitalidade e saúde mental .

O domínio 2 (psicológico) do WHOQOL-A. apresentou correlação estatisticamente significativa com todos os componentes do SF-36, exceção feita para “ capacidade funcional”, “aspectos físicos” e “dor”, nas 2 fases do estudo.

O domínio 3 (relações sociais) do WHOQOL-A. na fase inicial do estudo, apresentou correlação estatisticamente significativa com os seguintes domínios do SF-36: estado geral da saúde e aspectos sociais. Já na fase final, não apresentou correlação estatisticamente significativa com nenhum dos componentes do SF-36.

O domínio 4 (meio ambiente) do WHOQOL-A. apresentou correlação estatisticamente significativa para os componentes “ estado geral da saúde”, “vitalidade” e “ saúde mental”, na primeira fase do estudo. Já na segunda fase, apresentou correlação estatisticamente significativa apenas para o componente “estado geral da saúde” do SF-36.

A questão 1 (avaliação da qualidade de vida) do WHOQOL-A. apresentou correlação estatisticamente significativa com o componente “vitalidade” e “saúde mental” do SF-36, na fase inicial do estudo.

Apresentou correlação estatisticamente significativa com o componente “estado geral da saúde”, na fase final.

A questão 2 (satisfação com a saúde) do WHOQOL-A. apresentou correlação estatisticamente significativa com os componentes do SF-36 “estado geral da saúde” e “vitalidade” nas duas fases do estudo e “aspecto emocional” e “saúde mental” na primeira fase do estudo.

Tabela 13 - Coeficientes de correlação de Pearson entre os domínios do WHOQOL-Abreviado e os componentes do SF-36, na fase inicial do grupo 1. São Paulo, 2004

		Capaci- dade Funcio- nal	Aspectos Físicos	Dor	Estado Geral da Saúde	Vitali- dade	Aspectos Sociais	Aspecto Emocio- nal	Saúde Mental
DOM1	Pearson	0,36	0,02	0,35	0,79	0,77	0,56	0,44	0,71
	p-value	0,05	0,90	0,06	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00
DOM2	Pearson	-0,11	-0,06	0,07	0,65	0,76	0,41	0,40	0,83
	p-value	0,55	0,75	0,71	0,00	0,00	0,02	0,03	0,00
DOM3	Pearson	-0,05	-0,20	-0,09	0,52	0,44	0,50	0,42	0,41
	p-value	0,86	0,41	0,71	0,02	0,06	0,03	0,08	0,09
DOM4	Pearson	-0,17	-0,22	-0,01	0,55	0,53	0,27	-0,06	0,71
	p-value	0,38	0,24	0,97	0,00	0,00	0,15	0,76	0,00
Q1	Pearson	-0,28	0,08	-0,22	0,35	0,48	0,04	0,19	0,41
	p-value	0,14	0,66	0,24	0,06	0,01	0,84	0,31	0,03
Q2	Pearson	0,00	0,19	0,33	0,53	0,63	0,32	0,40	0,52
	p-value	0,99	0,32	0,08	0,00	0,00	0,08	0,03	0,00

Tabela 14 - Coeficientes de correlação de Pearson entre os domínios do WHOQOL-Abreviado e os componentes do SF36, na fase final do grupo 1. São Paulo, 2004

		Capaci- dade Funcio- nal	Aspectos Físicos	Dor	Estado Geral da Saúde	Vitali- dade	Aspectos Sociais	Aspecto Emocio- nal	Saúde Mental
DOM1	Pearson	0,34	0,08	0,34	0,64	0,64	0,04	0,28	0,50
	p-value	0,06	0,68	0,06	0,00	0,00	0,83	0,13	0,01
DOM2	Pearson	-0,13	0,11	-0,17	0,41	0,40	0,43	0,41	0,45
	p-value	0,49	0,56	0,36	0,03	0,03	0,02	0,03	0,01
DOM3	Pearson	0,16	0,11	0,11	0,34	0,25	-0,09	0,09	0,23
	p-value	0,40	0,56	0,57	0,07	0,18	0,66	0,65	0,22
DOM4	Pearson	-0,05	-0,01	0,11	0,42	0,33	-0,15	0,10	0,17
	p-value	0,81	0,96	0,58	0,02	0,08	0,42	0,60	0,38
Q1	Pearson	-0,11	-0,02	-0,14	0,36	0,05	-0,32	0,13	0,14
	p-value	0,56	0,91	0,46	0,05	0,80	0,08	0,51	0,46
Q2	Pearson	-0,21	-0,21	0,17	0,43	0,49	0,25	0,15	0,19
	p-value	0,26	0,26	0,38	0,02	0,01	0,18	0,43	0,31

Observou-se nas tabelas 15 e 16, uma correlação estatisticamente significativa entre o domínio 1 (físico) do WHOQOL-A com todos os componentes do SF-36, com exceção do componente “aspectos físicos” na fase inicial do estudo. Na fase final, houve correlação estatisticamente significativa com todos os componentes do SF-36.

O domínio 2 (psicológico) do WHOQOL-A. apresentou correlação estatisticamente significativa com os componentes: “vitalidade”, “aspectos sociais”, “aspectos emocionais” e “saúde mental” do SF-36, nas duas fases

do estudo. Na segunda fase, apresentou também correlação estatisticamente significativa com “aspectos físicos”, “dor” e “estado geral da saúde”.

O domínio 3 (relações sociais) do WHOQOL-A. apresentou correlação estatisticamente significativa para os componentes “ vitalidade “ e “saúde mental” do SF-36 nas duas fases do estudo. Na fase final, apresentou correlação estatisticamente significativa para todos os componentes do SF-36, com exceção da “capacidade funcional” e “estado geral de saúde”.

O domínio 4 (meio ambiente) do WHOQOL-A. apresentou correlação estatisticamente significativa com os componentes “ vitalidade”, “ aspectos emocionais” e “ saúde mental” na fase inicial. Na fase final, correlacionou-se com “aspectos físicos”, “dor”, “aspectos sociais”, “aspectos emocionais” e saúde mental.

A questão 1 do WHOQOL-A. (Como você avalia a sua qualidade de vida?) apresentou correlação estatisticamente significativa com o “ estado geral da saúde” nas duas fases. Na primeira fase, apresentou correlação estatisticamente significativa com o componente “aspectos emocionais”. Na fase final, também apresentou correlação estatisticamente significativa com os componentes “aspectos físicos”, “dor”, “estado geral da saúde” e “saúde mental”,

A questão 2 do WHOQOL-A. (Quão satisfeito você está com a sua saúde?) apresentou correlação com “dor” e “estado geral da saúde” nas duas fases. Na fase final, apresentou correlação estatisticamente significativa com “aspectos físicos”, “vitalidade”, “aspectos sociais” e “saúde mental”.

O componente “saúde mental” do SF-36 foi o que apresentou maior número de correlações com os domínios do WHOQOL-A., principalmente na fase final do estudo. Na primeira fase, os componentes do SF-36 que mais se correlacionaram com o WHOQOL-A. foram “vitalidade” e “saúde mental”, enquanto na fase final os componentes que mais se correlacionaram foram “aspectos físicos”, “dor”, “saúde mental”, e “aspectos sociais”. Com exceção da “capacidade funcional”, na fase final deste grupo, de uma maneira geral, os componentes do SF-36 se correlacionaram com os domínios do WHOQOL-A.

Tabela 15 - Coeficientes de correlação de Pearson entre os domínios do WHOQOL-Abreviado e os componentes do SF-36, na fase inicial do grupo 2. São Paulo, 2004

		Capaci- dade Funcio- nal	Aspectos Físicos	Dor	Estado Geral da Saúde	Vitali- dade	Aspectos Sociais	Aspecto Emocio- nal	Saúde Mental
DOM1	Pearson	0,54	0,09	0,62	0,58	0,61	0,49	0,63	0,56
	p-value	0,06	0,76	0,02	0,04	0,03	0,09	0,02	0,05
DOM2	Pearson	0,30	-0,16	0,39	0,47	0,80	0,52	0,77	0,73
	p-value	0,33	0,61	0,19	0,11	0,00	0,07	0,00	0,00
DOM3	Pearson	0,27	-0,15	0,27	0,30	0,68	0,50	0,47	0,66
	p-value	0,46	0,67	0,45	0,40	0,03	0,14	0,17	0,04
DOM4	Pearson	0,25	-0,36	0,17	0,24	0,47	0,39	0,52	0,65
	p-value	0,42	0,23	0,59	0,43	0,10	0,19	0,07	0,02
Q1	Pearson	0,19	0,09	0,00	0,48	0,39	0,21	0,53	0,36
	p-value	0,55	0,77	0,99	0,10	0,19	0,49	0,06	0,23
Q2	Pearson	0,15	0,00	0,51	0,66	0,26	0,28	0,17	0,42
	p-value	0,63	1,00	0,08	0,01	0,39	0,36	0,58	0,15

Utilizado $p \leq 0,10$

Tabela 16 - Coeficientes de correlação de Pearson entre os domínios do WHOQOL-Abreviado e os componentes do SF-36, na fase final do grupo 2. São Paulo, 2004

		Capaci- dade Funcio- nal	Aspectos Físicos	Dor	Estado Geral da Saúde	Vitali- dade	Aspectos Sociais	Aspecto Emocio- nal	Saúde Mental
DOM1	Pearson	0,47	0,83	0,88	0,61	0,80	0,80	0,65	0,92
	p-value	0,10	0,00	0,00	0,03	0,00	0,00	0,02	0,00
DOM2	Pearson	0,31	0,83	0,76	0,53	0,54	0,54	0,55	0,79
	p-value	0,30	0,00	0,00	0,06	0,06	0,06	0,05	0,00
DOM3	Pearson	0,24	0,50	0,64	0,44	0,76	0,76	0,57	0,77
	p-value	0,44	0,08	0,02	0,14	0,00	0,00	0,04	0,00
DOM4	Pearson	0,34	0,71	0,59	0,39	0,39	0,49	0,48	0,68
	p-value	0,26	0,01	0,03	0,19	0,18	0,09	0,10	0,01
Q1	Pearson	0,16	0,62	0,68	0,64	0,43	0,45	0,27	0,64
	p-value	0,59	0,03	0,01	0,02	0,14	0,12	0,37	0,02
Q2	Pearson	0,20	0,55	0,63	0,77	0,60	0,66	0,37	0,72
	p-value	0,52	0,05	0,02	0,00	0,03	0,01	0,21	0,01

Utilizado $p \leq 0,10$

5.2. Etapa qualitativa

Tal como no estudo quantitativo, apresentaremos as características dos quatro idosos que fizeram parte da análise final e, a seguir, o resultado dos depoimentos e do expressado no grupo focal, por categorias analíticas: gerais ou empíricas (estabelecidas antes do trabalho de campo) e

específicas ou operacionais (formuladas após o trabalho de campo), segundo metodologia preconizada por Minayo (1998), para a análise de dados em pesquisa qualitativa.

Para a totalização final, uniremos os significados do expressado pelos idosos nos dois momentos da pesquisa (no início, depoimentos orais e, no final, grupo focal), buscando o encontro da especificidade do objeto, os sujeitos do conhecimento e as próprias interrogações em um movimento totalizador, procurando o ponto de concordância e de discordância entre os vários aspectos mencionados, mas também o que não foi dito: o indizível.

V.F.L.B. é uma mulher de 78 anos, alegre, ativa e aberta. Casou-se muito jovem (com 17 anos) e teve três filhas, que lhe deram quatro netos (seu neto mais velho tem 40 anos). Possui oito bisnetos. Uma das filhas (separada) reside com ela. Trabalhou como secretária e é aposentada. Ficou viúva com 35 anos e teve outros relacionamentos. Considera a vida sexual importante para a mulher em todas as fases da vida. Tem um “amigo” (namorado) há 10 anos, a quem chama de “meu velho” (ele tem 90 anos). Ele mora no litoral e ela vai visitá-lo esporadicamente. Gosta de dançar, passear, viajar e principalmente gosta muito de si mesma (“a cada dia eu me gosto mais”) e da vida. É vaidosa, veste-se bem, discretamente, porém com roupas jovens e coloridas. Tem um corte de cabelo moderno, usa maquilagem e é bonita. Nunca quis fazer plástica: “As rugas são a marca da minha vida”. É inteligente, viva, eloqüente, fala com desenvoltura de temas atuais, como o conflito de gerações, drogas, envelhecimento, sexo, de forma coerente e

com naturalidade. Tem uma linha de raciocínio lógico e conta que tudo o que diz tem que ter começo, meio e fim. Respondeu com objetividade às perguntas e encadeou bem as idéias. Tem um conceito claro de qualidade de vida, abrangendo o físico e o espiritual.

O seu depoimento revelou uma mulher que tem grande preocupação com sua saúde e se espelha no exemplo dos pais estrangeiros (pai alemão e mãe boliviana), os quais lhe ensinaram hábitos de vida saudável (alimentação e caminhadas). A sua preocupação atual é decorrente de “coisas erradas” que fez na juventude (abortos). Passou grande parte da entrevista narrando um problema ginecológico e a suspeita de um câncer que não se confirmou.

Teve vida sexual ativa. Possui muitos parceiros. Procura superar o prazer que já não tem nos relacionamentos sexuais com outros como a dança, ginástica, viagens. Verbalizou que seu desejo foi o de encontrar alguém que a amasse e que a satisfizesse sexualmente. Falou 10 vezes em sexo e relações sexuais durante a entrevista.

Tem um desejo frustrado de não ter sido bailarina e emitiu 12 vezes a palavra dança/dançar. Refere ter bom-humor e condena os que não o têm (repetiu esta palavra – bom-humor – por 13 vezes). Tem bom relacionamento com os netos, bisnetos e amigas, mas refere-se a problemas com as filhas.

Após o encerramento da entrevista (gravação), permaneceu por mais 30 minutos falando de si mesma.

Intitulamos este depoimento como: *Desejo de ter sido bailarina.*

I.R.A. é uma mulher de 76 anos. Possui quatro filhos casados (dois homens e uma mulher). Tem três netos. Ficou viúva jovem (a morte de seu marido foi traumática) e criou seus filhos sozinha, trabalhando 14 horas por dia como bordadeira. Todos os seus filhos se formaram na USP (Escola Politécnica, Faculdade de História, Jornalismo e Energia Nuclear). Ajudou a criar os netos. Levava-os para o clube e depois que cresceram, aprendeu a nadar. Hoje nada 1500 metros, duas vezes por semana. Além disto, faz Tai-chi-chuan no MOPI (Movimento Pró-Idosos), participa como voluntária em um Posto de Saúde Psiquiátrico e faz todo o serviço de casa, inclusive pintura de parede.

É totalmente independente, vive sozinha e não gosta de incomodar seus filhos. Tem prazer em sair só: vai ao cinema, ao Parque Ibirapuera, ao teatro. Quando não tem onde ir, pega o ônibus e sai sem destino. Não gosta de ficar em casa para não se angustiar. Tem um problema de visão raro, de causa desconhecida (buraco de mácula, segundo a depoente) e se trata há muitos anos, mas mesmo assim faz crochê e tricô. Usa binóculos para enxergar melhor, especialmente no teatro. Tem a aparência saudável, apesar de seus vários problemas de saúde: osteoporose, pressão alta, calcificação na carótida, alergia e falta de audição em um ouvido (“Em vista do que eu tenho até que estou bem”). Sempre gostou de desafios. Quando seu marido morreu e ela precisou criar os filhos, verbalizou: “Tenho um barco para remar. Se eu não procurar uma saída como vou chegar ao oceano? O ariano é decidido. Não espera acontecer”.

A depoente deu testemunho de uma pessoa valente, lutadora, que soube enfrentar e vencer os desafios que a vida lhe apresentou, com muito trabalho (mencionou esta palavra 19 vezes durante o depoimento) e dignidade.

É um exemplo de como envelhecer com alegria e atividade, cuidando da sua saúde, do seu bem-estar e da sua qualidade de vida. Respeita os seus próprios limites e é bastante independente. Não invade a privacidade de seus filhos. Admira-os e procura ajudá-los.

Ao término da entrevista, quando nos revelou o motivo da morte de seu marido, disse que seus filhos a admiram porque ela nunca os deixou ter ódio do pai.

Revelou: “Não deixei a peteca cair. Não chorei na frente dos meus filhos. Pensei: ele pagou com a vida, com o que tinha de mais precioso. Quem sou eu para cobrar!”

Definimos a epígrafe desta entrevista como: *Vencendo desafios: o ariano é decidido. Não espera acontecer!*

P.E.L.P. É um homem de 64 anos, casado, tem três filhos (dois homens solteiros - um engenheiro e outro administrador - e uma mulher - dentista - que é casada). Sua esposa não trabalha fora de casa. Participa do mesmo grupo do CSGPS, apesar de ser idosa recente (acabou de completar 60 anos). Ele é profissional liberal, de nível universitário, aposentado, e trabalha em consultorias. É do tipo longilíneo, meio calvo, quase não tem cabelos brancos, tem a aparência mais jovem do que demonstra a idade.

Tem o olhar vivo e simpático. Não se sente idoso porque está ativo e convive bem com os jovens, inclusive profissionalmente. No entanto, procura todas as atividades de grupos de terceira idade e não se acanha de, em muitas delas, ser o único homem do grupo. Dança e faz hidroginástica. Sua esposa não o acompanha nestas atividades. É tímida e prefere ficar em casa, mas não o impede de freqüentar quantos grupos desejar. Ele é que se incomoda com esta situação, pois gostaria da companhia da esposa. Gosta de leitura mais racional, segundo ele. Procura estar permanentemente atualizado e tem domínio do computador. É incrédulo e agnóstico e tem opiniões contundentes. É inteligente e colaborador com o grupo. Gosta de ser ativo e de viver em São Paulo, apesar de sua origem interiorana.

Escolhemos como epígrafe para este depoimento: *Envelhecimento ativo*.

G.M. É uma mulher de 69 anos (com aparência bem mais jovem), separada. Tem dois filhos casados (um homem e uma mulher). Trabalhou como contato publicitário e aposentou-se há um ano e meio. A partir daí, começou a dedicar-se a si mesma. Vive sozinha, mas sempre que pode está na companhia de sua filha e dos dois netos. Dedica-se a trabalhos voluntários. Gosta de ser útil aos demais. Participa também do SESC. É calma e serena e tem conceitos de vida muito claros, de acordo com a sua realidade. Valoriza a vida, a saúde, as relações que teve com a sua mãe (ela se espelha no exemplo da mãe), com seus filhos e até com o ex-marido. É espiritualizada, tem valores superiores e parece que são eles que a fazem

serena e bonita. É alegre, sorri muito, tem a voz jovem, seus pensamentos são claros e coerentes.

A depoente é um exemplo de como envelhecer com boa qualidade de vida, porque mantém a vida ativa e a independência e tem um estilo de vida com componentes de autocuidado. É generosa, inserida em movimentos comunitários. *Viver a vida como uma oportunidade para ser feliz.*

Apresentaremos a seguir, a análise dos depoimentos e do grupo focal realizado com os idosos selecionados, por categorias gerais e específicas.

As categorias gerais estabelecidas foram: envelhecimento, saúde e qualidade de vida, tanto para a coleta/análise dos depoimentos quanto para o grupo focal.

As categorias específicas que surgiram nos depoimentos e no grupo focal estão demonstradas na figura abaixo e descritas no texto.

Figura 3 - Categorias gerais e específicas utilizadas para os depoimentos e grupo focal. São Paulo, 2004

5.2.1. Análise dos depoimentos

5.2.1.1. Categorias gerais dos depoimentos

A - Envelhecimento

Manifestação sobre a velhice e a importância da independência: “Eu acho que para a gente encarar a velhice você não tem que ficar pensando nela. Eu não vejo a hora de ter 80 anos e dizer: cheguei aos 80 anos, estou aqui, estou andando!” (Sra. V.F.L.B. que tem 78 anos e é viúva).

A mesma Sra. V.F.L.B. considera que “A melhor forma de viver a vida é agora!” e acrescentou: “Eu até peço pra Deus me dar mais uns anos de vida com saúde. Também se ficar doente, tudo bem, vou encarar a doença, não é? Mas tudo procurando o bom-humor, sem ficar irritada, nem nada.”

Refere-se ao envelhecimento como época de colheita: “Acho que estou colhendo o que procurei plantar. Eu estou levando uma vida saudável, procuro comer verduras, cenouras, legumes, tudo, então eu acho que eu levei uma vida assim e gosto de mim como estou”.

Aspectos físicos do envelhecimento: “As rugas que aparecem, que eu tenho, é a minha vida, não é? São as minhas marcas”.

Presença da auto-estima: “É importante gostar da gente como a gente é”.

A Sra. G.M. (69 anos, separada) *acha que está vivendo a segunda fase da sua vida* e assim se expressa: “Agora, nessa segunda fase da vida, a gente procura fazer muitas coisas, não ficar ociosa e estar fazendo o bem

e estar feliz, não é? E estar participando de alguma coisa. Eu acho que só tenho que agradecer, tanto a vida que eu tive, que sempre teve os bons momentos e os maus momentos, até chegar onde eu estou. Para mim está muito bom se eu continuar assim, está ótimo !”

A mesma Sra. G.M. dá o seguinte *conselho para os idosos*: “Ele deve acreditar nele mesmo e seguir em frente, não sofrer por pequenas coisas porque a vida não é só isso, a gente tem uma oportunidade, não é? E então eu acho que não tem que se aborrecer porque essas coisas são tão passageiras! Porque o nosso objetivo não é só essa parte material, não é? Tem a parte da outra vida, a parte espiritual”.

O Sr. P.E.L.P. (64 anos, casado) deseja *quebrar o paradigma da pouca participação dos idosos do sexo masculino nas atividades dirigidas à saúde do idoso*. “Eu me inscrevi no Departamento de Esportes do Estado de São Paulo para fazer hidroginástica. Já faz uns três anos, a primeira vez que eu fui lá, realmente, foi quase um choque, pois, numa turma de 40 alunos eu era o único homem. Onde é que estão os meus colegas? Mas aí também outra vez, aquela surpresa, numa turma de 30 participantes, no máximo três homens estavam lá e as mulheres tiveram que dançar com as mulheres. Eu fico pensando novamente: onde é que estão os meus colegas da terceira idade? Diria a eles: Percam o medo das mulheres e venham participar das atividades, que geralmente envolvem o sexo oposto e é muito bom isso!”

A *terceira idade surge como oportunidade para aprender coisas novas*, segundo o SR.P.E.L.P: “Você sabe que às vezes eu chego até a esquecer que eu estou na terceira idade. Parece que eu sou um principiante, iniciando, aprendendo coisas novas”.

Limitações da terceira idade manifestada pelo Sr. P.E.L.P.: “ Eu me sinto bem, a única coisa que me perturba um pouco é a perda da memória, me deixa irritado. Essa memória assim de você olhar, guardar e tal e, de repente, você lembra outra vez, isso eu perdi, eu sinto que perdi isso aí. A coisa que mais me irrita no envelhecimento é a perda da memória.”

Envelhecer em São Paulo: “Qualquer pessoa idosa aqui em São Paulo que esteja disposta a sair de casa e procurar alguma atividade, ela tem tudo o que precisa, nenhum idoso precisa ficar em casa se lamuriando, porque é idoso e está sozinho. São Paulo tem um monte de atividades que você não paga absolutamente nada!” (SR.P.E.L.P., 64 anos, casado).

A Sra. V.F.L.B. (78 anos, viúva) tem a mesma opinião do sr. PELP: “Eu gosto de morar aqui em São Paulo, nesse turbilhão desse movimento, dessa agitação, mas eu acho São Paulo uma cidade maravilhosa!” (Ela já morou no litoral e quis voltar para a capital porque achava a vida lá muito monótona). No entanto, referiu-se à violência: “Agora tem muita violência. Eu fiquei com medo de sair à noite”.

A Sra. G.M. (69 anos, separada), ao contrário, acha que “Se eu estivesse num lugar de praia ou no interior, eu acho que teria mais amigos. Porque em São Paulo, você quase não conhece quem mora no prédio”.

Demonstração de valentia para enfrentar os desafios: “Tudo o que é difícil eu faço! Eu não tento, eu procuro fazer, não é? É como hoje! Quando eu fui dormir ontem, eu custei para pegar no sono, pensando como é que eu ia chegar no Hospital das Clínicas, depois de ver o que apareceu ontem na TV, não é?” (greve de metrô). A Sra I. R. A. aprendeu a nadar aos 65 anos e hoje nada 1500 metros, duas vezes por semana (hoje ela tem 76 anos).

Envelhecimento ativo: “Para mim é muito difícil eu chegar em um lugar e ficar sentada... esperando... É muito difícil! Se tiver que ficar, eu levanto e vou dar umas voltas, vou a algum lugar”. A mesma Sra. I.R.A. (76 anos, viúva) assim se manifestou: “Eu saio sem destino. Então eu vou conhecendo os lugares, não é? Vou ao Parque da Água Branca, também. Mas eu gosto muito do Ibirapuera. Lá tem gente bonita. Porque se é para você se entristecer, você fica em casa, remoendo suas angústias, porque todo mundo tem, não é?” Gosta de manter a privacidade: “Os meus filhos têm a família deles. Eu não vou me enfiar na casa deles. Só vou quando eu sou convidada. Se eu não for convidada eu não vou, porque eu acho que os filhos têm os problemas e a vida deles, não é?”

B - Saúde

A Sra. V.F.L.B. (78 anos, viúva) *conceitua saúde como:* “saúde não é só tomar conta do corpo, porque tem que ver com a alma e o espírito. Principalmente o espírito. Você tem que estar sempre espiritualmente bem, porque você estando bem com você, com a tua alma, com o teu espírito, você vai ficar bem com todos”. Quando perguntada sobre o *segredo de ser saudável*, verbalizou que “faz parte da saúde o bom-humor, procurando estar sempre bem com você e com os outros principalmente. Se você ficar de mau-humor, nervosa, tudo, reflete na sua saúde, no teu fígado, no teu estômago”. Diz que: “Quando eu sinto alguma coisa, *eu acho que a doença a gente tem que combater com o pensamento, espiritualmente*”. Quanto à *participação no programa de saúde do idoso*, considerou: “Eu acho que é

uma pena se deixar de fazer esses programas de saúde do idoso. Porque aí ensina as pessoas, não é? Porque é como eu estava falando, eu aprendi uma porção de coisas no curso que eu estou fazendo”.

A Sra. G.M. (69 anos, separada) *manifestou satisfação em ser saudável*. “Minha expectativa é que se eu continuar assim com saúde e tudo, eu ainda viva o que me falta viver, viver da melhor maneira possível”. Acrescentou: “Eu tenho medalhas de natação. Fiz 30 anos de ginástica. Eu acho que isso ajuda muito na saúde e em tudo. Mente sã, corpo sã”.

A Sra. V.F.L.B. (78 anos, viúva) mostra como *aprendeu com os pais a ter hábitos saudáveis*: “Já vem da minha educação. O meu pai era alemão e já faz 33 anos que ele morreu e eu me lembro que ele andava muito a pé e falava para mim:” “Se você quiser viver bem, você anda, anda, anda, que você vai ver como é bom para a circulação, tudo!” E ele ia de um bairro a outro a pé. Ele morreu aos 80 anos, mas a gente dava 50 para ele, porque ele era lépido. A minha mãe, que a gente chamava ela de “andarilha”, porque ela vivia... Mamãe estava sempre “batendo as pernas” e agora minhas filhas falam a mesma coisa para mim”.

A Sra. I.R.A. (76 anos, viúva) avalia o programa do GAMIA, *ênfatizando o fornecimento de medicamentos*: “Tem muita facilidade com os medicamentos também, então eu acho que estão fazendo de tudo para que a saúde seja melhor, não é?” Refere-se à sua saúde da seguinte forma: “E assim vamos vivendo. A saúde mais ou menos. Nada que me ponha na cama, me faça parar”.

Avaliando o sistema de saúde: “Faz mais de um ano que eu não procuro o posto. É no Pari. Era muito ruim! Você vai procurar médico, não tem; quando tem, a consulta é demorada. Por exemplo, eu sofro de alergia. Quando eu consigo, a alergia já tomou conta. Então eu tenho que tomar outras providências, não é?” (Sra. I.R.A.).

Importância da prevenção. “Até os 60 anos (hoje ela tem 76), eu fazia aqueles exames periódicos, não é? Eu cuidei dessa parte, não desleixei, mas eu nunca tive muito problema mesmo de saúde, fui agraciada. No negócio de pressão que todo mundo tem, diabetes, essa coisa, eu não tive esse problema, não é?”. Continuo fazendo aqueles exames regulares, não é? E não deixando de ver como está meu físico, agora estou fazendo ginástica no SESC duas vezes por semana. De fim de semana, no domingo eu costumo ir ao Ibirapuera, tomar um pouco de sol. Antigamente eu não tinha tempo porque eu trabalhei até pouco tempo atrás. De um ano e meio atrás foi que eu comecei a procurar, primeiro o SESC, comecei a fazer ginástica, comecei a andar, depois surgiu o GAMIA. Então eu acho que tudo contribuiu para que eu não ficasse depressiva, tendo o que fazer.”(Sra. G.M.).

C - Qualidade de Vida

A Sra. V.F.L.B. (78 anos, viúva) diz que “*qualidade de vida é você levar uma vida sadia*. Você deve não procurar comer muito, eu gosto de comer, mas agora eu também aprendi. Procuro comer legumes, procuro comer frutas. De manhã tomo o meu café com a minha banana, com os sucrilhos”. Acrescenta: “A *qualidade de vida tem que procurar fazer*, a não ser que

também tenha uma doença, que seja uma doença ruim, aí você tem que cuidar e aceitar, não é? Eu procuro fazer da minha vida tudo útil e agradável, faço economia aqui do ônibus, não pago ônibus, então, eu vou para todos os lugares”. Considera os relacionamentos importantes: “Você tem que levar o amor e a paz que é a oração de S. Francisco. *Você tem que compreender os outros, tem que dar amor. Tem que amar e procurar estar sempre de bom-humor*”. A depoente mostra *auto-suficiência* demonstrando não se importar com a opinião alheia, quando diz: “Eu fui para o Amazonas, eu pus o meu maiô de duas peças, quem quiser olhar, quem achar que está velho, que está sei lá o que, eu nem estou aí”. Tem *auto-estima elevada*: “Olha, eu gosto de mim ! Puxa, quanto mais eu vivo mais eu me amo, eu gosto de mim!” *Valoriza o sono*: “Muito obrigada, Senhor, porque eu passei uma noite boa, dormi a noite toda. Outra coisa importante: dormir” . Tem *gosto pela vida*: “Eu gosto da vida, eu gosto de tudo! Eu acho que eu estou bem na idade em que estou, eu não vou puxar nada!” *Valoriza o relacionamento familiar*. “Estou participando de todas as gerações. Então meus netos, meus bisnetos, eles, nossa! Eles fazem uma festa quando eu vou lá, porque eu procuro me enturmar com eles. Você tem que estar sempre alegre, não é?”. *Valoriza as relações sexuais*. Falando de seu relacionamento atual, com um companheiro de 90 anos que mora no litoral e que vê esporadicamente, diz: “Aquela amizade é muito boa, mas eu gostaria de ter tido um marido que a gente vivesse sexualmente, que desse certo sexualmente, eu acho que sexualmente é a coisa mais difícil para uma mulher se realizar, eu acho, não é fácil eu tive um amigo meu, que a gente se deu bem sexualmente, mas foi uma pessoa só, em toda a minha

vida (esta idosa ficou viúva com 35 anos e teve vários relacionamentos. Está com 78 anos). Eu aproveitei a vida, eu fui amada, fui bem amada e amei, então eu aproveitei, mas que pena que foi por pouco tempo, mas foi válido o tempo que durou, mas se tivesse ficado como a minha mãe e o meu pai... os dois até morrer fizeram sexo. Apesar de que não é o principal, não é? Porque eu acho que faz parte da vida". Acrescentou: *"é importantíssima a relação sexual, mas é muito importante a amizade, não é? Porque não é só o sexo que satisfaz. Um carinho! Você tem outras formas de superar a sexualidade com outros prazeres. E você vai dançar, um abraço musical já é um prazer, não é?"* A Sra. G.M. define a qualidade de vida: *"Qualidade de Vida é estar bem com a família, estar bem consigo mesma. Essa parte também espiritual e essa atividade que a gente tem com o convívio com outra pessoas, com a sociedade, não é?"*. Acrescenta: "Durante os meus 69 anos nunca aconteceu uma coisa trágica na família. Então eu posso me dar por feliz, porque tive problemas, quem não tem problemas, mas nada assim, uma tragédia, que tenha me abalado. Então isto também ajudou na vida da gente". Só ela, de todos os selecionados, falou sobre a morte: "Eu acho que a vida não termina com a morte, que a gente tem uma oportunidade!" A independência é um desejo de todos e esta idosa expressou: "A única coisa que a gente procura é se cuidar para não ficar doente, presa em uma cama. Vou dizer para meus filhos que prefiro ficar onde tem outras pessoas da minha idade".

O Sr. P.E.L.P. (64 anos, casado) refere-se à qualidade de vida da seguinte maneira: *"Eu pretendo trabalhar não só por razões econômicas, mas por uma questão de qualidade de vida mesmo, e eu gosto muito do que*

eu faço”. Acrescenta: “Para você ter uma vida feliz, satisfatória, você não precisa de muitos recursos, basta que você pare de sonhar! Então a questão é a seguinte: não fique se lastimando muito não, pega o que você tem e você vai obter bons resultados sem ter que gastar muito”.

A Sra. I.R.A. (76 anos, viúva) avalia a sua qualidade de vida: “*Eu estou com uma vida muito boa! Sou vaidosa, mas não sou de luxo. Não tenho roupas caras, economizo também nas minhas roupas, cuido de tudo*”. Valoriza a concessão de remédios pelo Hospital das Clínicas: “*O remédio é caro. Se eu não pegasse aqui no H.C. não daria, porque a aposentadoria é pouca. Eu ainda faço alguns bicos assim de bordados. E na minha casa eu não pago nada. Eu pinto, subo em escada. Pinto tudo!*”.

5.2.1.2. Categorias específicas dos depoimentos

As categorias específicas que surgiram nas entrevistas orais com os depoentes foram reivindicação para implementação de benefícios para os idosos, satisfação por usufruir benefícios da terceira idade, generosidade, espiritualidade e problemas familiares, as quais serão descritas a seguir.

A - Reivindicação para implementação de benefícios para os idosos

“*Se eu tivesse um vereador que eu conheço, um deputado, eu falava: Olha, faça alguma coisa pela gente, pelos idosos, não é? Então eu vejo que não há uma cobrança também. Parece que o idoso se conforma assim com uma certa facilidade*” (Sra. M.V.V. 67 anos, viúva).

“Em geral eu acho que a gente já está conseguindo alguns benefícios reclamando, é por isso que nessa aula da Assistente Social, quando ela fala que a gente tem que reclamar e tem que reclamar mesmo para poder melhorar, porque senão, se a gente ficar quietinha, não vai ter a melhora, não é?” (Sra. G.M. 69 anos, separada).

B - Satisfação por usufruir benefícios da terceira idade

“Agora eu tenho tudo de graça! Teatro, cinema eu pago metade, não pago condução. Nas exposições eu vou, eu gosto muito como essa da China, maravilhosa!” (Sra. I. R.A. , 76 anos, viúva))

“Não tenho encontrado dificuldade com as conduções. Já melhorou bastante! Inclusive os motoristas eles estão mais educados” (Sra. Z. F., 72 anos, viúva)

“São Paulo tem um monte de atividades para idosos que você não paga absolutamente nada!” (Sr. P.E.L.P., 64 anos, casado)

C - Generosidade

“Ajudar o próximo traz uma alegria interna, é uma alegria diferente, não é? Diferente da alegria das festas” (Sra. G.M., 69 anos, separada)

“Uma vida boa precisa ser útil” (Sra. L.T.A.M., 72 anos, separada)

“Se a gente não está bem, você não pode ajudar ninguém” (Sra. G.M., 69 anos, separada)

A Sra. I.R.A. (76 anos, viúva), ajudou um boliviano deportado, dando declaração de que o conhecia.

A Sra. V.P.T.(69 anos, casada) contou que no GAMIA eles se cotizaram para auxiliar um dos idosos que está passando por dificuldades econômicas para ir ao passeio do grupo. Ela mesma disse que *“faço bazar com as coisas que não servem para ninguém e, com o dinheiro, compro cesta básica para quem precisa. Me sinto tão bem fazendo isto!”*

D - Espiritualidade

A Sra. Z.P.F. (72 anos,viúva), assim se referiu: *“Eu acho que é necessário para nós idosos procurar preservar a vida e essa preservação é primeiro estarmos buscando um pouco de sentido da vida espiritual que nos ajuda muito!”*

As Sras. V.F.L.B. (78 anos, viúva) e G.M. (69 anos, separada) também fizeram várias referências à espiritualidade já descritas no item: “Qualidade de Vida”.

E - Problemas familiares

Oito dos idosos entrevistados manifestaram preocupação com problemas relacionados à família: drogas presentes em quatro famílias, com a morte de dois jovens; desemprego do filho, relacionamentos conflitivos com os maridos (duas idosas) e com as esposas (dois idosos).

Três idosas viúvas fizeram referência à morte dos maridos como traumáticas para elas, gerando dificuldade de adaptação à nova realidade.

5.2.2. Análise do grupo focal

Apresentaremos o resultado do expressado no grupo focal pelos participantes do mesmo, por categorias gerais e específicas, fazendo a junção dos dados obtidos nos depoimentos e no grupo focal, para análise final.

5.2.2.1. Categorias gerais do grupo focal

A - Qualidade de vida

Como foi o foco do grupo, obtive o maior número de manifestações.

Para os participantes do grupo, qualidade de vida é:

-Ser ativo: *“Eu faço mil e uma coisas. Sou muito feliz porque gosto de participar de tudo! Sou criativa e gosto de poder proporcionar a todos muita alegria. Eu me sinto muito bem quando tenho serviço para fazer” (mulher de 72 anos, separada).*

-Ser feliz: *“Vivi muito! Vivi muito feliz, vivi intensamente, desde a minha meninice” (mulher de 78 anos, viúva).*

-Ter um bom relacionamento familiar: *“Criei minha filhas, agora meus netos e isto me orgulha muito, este relacionamento familiar” (mulher de 78 anos, viúva).*

-Ter boa saúde (física e mental) *“Eu tenho 73 anos e agora então eu cuido de mim (depois de ter cuidado dos filhos e netos)” (mulher viúva).*

-Ser alegre: *“ALEGRIA é o segredo para viver bem”.*

-Ter bom-humor: *“Viver bem é ter bom-humor” (mulher de 78 anos, viúva).*

-Ter hábitos de vida saudável: *“Eu tenho boa disposição: eu faço ginástica, eu faço caminhada, um bom relacionamento familiar e eu não tenho do que me queixar da vida” (mulher de 78 anos, viúva).*

-Descobrir o novo (aprender): *“Você está sempre aprendendo, sempre aprendendo” (homem de 64 anos, casado).*

- Gostar da vida e de si mesmo: *“Gosto da vida e gosto do jeito que eu sou” (mulher de 78 anos, viúva).*

- Ser livre: *“Ser diferente a cada dia, sentir-se vivos e alvoroçados como na poesia. Ter liberdade!” (mulher de 69 anos, separada)*

- Amar: *“O significado da vida é o AMOR. Eu quero viver, eu estou correndo atrás da vida. Quanto mais eu vivo, eu gosto mais de mim, dos outros, eu AMO MAIS. Eu acho que o AMOR é tudo, não é?” (mulher de 78 anos, separada).*

- Ter gratidão a Deus: *“Eu sou muito feliz e agradeço a Deus” (mulher de 78 anos, separada).*

B- Envelhecimento

Os idosos encaram o envelhecimento:

- Com aceitação: *“Eu vou fazer 70 anos, mas estou muito feliz por ter chegado nesta idade como estou” (mulher casada).*

- Destacam a importância da independência como componente do envelhecimento ativo *“O sonho de 30 anos atrás era ter uma velhice saudável, ser independente e que passou a ser uma realidade hoje. Não é*

mais um sonho”.*“Eu não vejo a hora de ter 80 anos. Cheguei até 80 anos! Tô aqui, tô andando!”* (mulher de 78 anos, viúva).

- **Carência afetiva:** A gente esperava mais, que eles (filhos e netos) tivessem assim...um aconchego mais. Mas não pode, então eu não posso cobrar. Todo mundo trabalha!” (mulher de 76 anos, viúva)

- **Como renovação:** *“Ser diferentes a cada dia, sentir-se vivos e alvoroçados, como na poesia”.* (mulher de 69 anos, casada)

- **Com ambivalência de sentimentos: aceitação e rejeição:** *“Às vezes eu me sinto assim como uma pessoa que não tem personalidade: uma hora eu acho que sou da terceira idade e às vezes eu sou obrigado a agir como se fosse da segunda idade, na faixa dos 30 anos, porque as pessoas com quem eu trabalho são pessoas desta faixa etária”* (homem de 64 anos, casado).

- **Como perda:** *“A gente primeira casa, tem os filhos pequenos, depois eles crescem, as coisas vão mudando... Essas coisas vão se derretendo, porque de repente não tenho mais filhos, eu voltei a ficar sozinho”* (homem de 64 anos, casado).

- **Choque de ser considerado velho pelos demais:** *“De vez em quando levanta uma mulher, uma jovem, mocinha, levanta para dar lugar para a gente. A gente leva este choque”* (homem de 62 anos, casado).

- **Percepções de restrições, limites do envelhecimento:** *“Tinha uma memória ótima e agora estou começando a usar uma agenda”* (homem de 62 anos casado).

- **Medo de envelhecer:** *“Todos temos medo de envelhecer! Estamos aqui para isto”* (homem de 64 anos, casado).

C –Saúde

Foi destacada pelos participantes do grupo como:

- **Fazer atividades físicas: natação, caminhada:** *“Eu tenho medalhas de natação. Fiz 30 anos de ginástica. Eu acho que isso ajuda muito na saúde e em tudo. Mente sã, corpo sã” (mulher de 78 anos, viúva).*

- **Boa saúde é não usar medicamentos:** *“Não uso medicamento, não gosto de medicamento e eu acredito que eu tenho boa saúde” (mulher de 78 anos, viúva).*

- **Saúde é viver bem:** *“Saúde é viver bem” (mulher de 69 anos, separada).*

- **Saúde é aprender a ter uma alimentação saudável:** *“Eu fui orientado a não comer tanta gordura. Agora eu estou comendo muita fruta, troquei o refrigerante pelo suco” (homem de 62 anos, casado).*

- **A saúde (física e mental) depende de boas condições econômicas:** *“Saúde (física e mental), ter boas condições econômicas, é o segredo da vida” (homem de 62 anos, casado).*

- **Mudar de atitude:** *“Quando eu ficava doente, eu me desesperava, ia ao médico, tomava tranqüilizante e tudo, aí eu falei: não, assim não pode ser. Então comecei a mudar a minha vida”. “Eu faço como a V., em vez de ficar me lamentando de alguma coisa, procuro agradecer” (mulher de 78 anos, viúva).*

5.2.2.2. Categorias específicas do grupo focal

As categorias específicas que surgiram no grupo focal foram: manifestação de pertença ao grupo, empregabilidade e funções dos gamistas e pós-gamistas, as quais serão descritas a seguir.

A - Manifestação de pertença ao grupo

Houve sete manifestações:

Verbalização de felicidade por estar junto com as outras colegas do grupo (duas mulheres idosas).

Manifestação da oportunidade de aprendizado: *“Aprendi muitas coisas aqui hoje”* (homem aposentado, porém exercendo atividade profissional).

Agradecimento pela oportunidade de estar presente ao grupo, destacando-a como privilégio (mulher de 72 anos, viúva).

Manifestação de satisfação por estar presente ao grupo, no meio de tantos amigos (mulher de 67 anos, separada).

Destaque à importância de ter entrado para o GAMIA, de ter feito amizades, de ter adquirido conhecimentos (mulher de 69 anos, casada).

Valorização por ter sido convidada para participar da reunião (mulher de 69 anos, separada).

B - Empregabilidade

“Não quero parar!” (idosa que está sem ocupação atual e que foi cuidadora de outros idosos por 15 anos) (67 anos, viúva).

Valoriza a atividade profissional e a falta de trabalho lhe faz infeliz, sentindo-se velho (engenheiro aposentado, 64 anos, trabalhando como autônomo na mesma profissão).

C - Funções dos gamistas e pós-gamistas

O Sr. H.M.F. (62 anos, casado) disse que “*A função dos gamistas* (denominação dada aos idosos que participam do programa do GAMIA) e *pós gamistas* (ex-participantes do GAMIA) é *ser agente multiplicador, passar esta experiência*”.

5.2.3. Análise final

No grupo focal, após a audição e o acompanhamento da leitura da poesia “Reinauguração”, de Carlos Drummond de Andrade, os participantes ficaram reflexivos e fizeram os seguintes comentários: “Linda! Eu acho que ela é todinha a gente” (Sra. V.F.L.B., 78 anos, viúva). “A pior coisa é uma pessoa que vive sempre do mesmo jeito. Viver na rotina é vegetar”. (Sra. G.M., 69 anos, separada), referindo-se à importância das descobertas (reinauguração) e da necessidade de mudar. “Ser diferente a cada dia, sentir-se vivos e alvoroçados. Ter liberdade!” (Sra. V.P.T., 69 anos, casada).

No fechamento da reunião, destacamos as principais descobertas, verbalizadas pelos participantes: independência, busca da liberdade, alegria de viver.

Os resultados obtidos nessa fase, quando comparados qualitativamente com os da primeira fase, serviram para avaliar a evolução da qualidade de vida dos idosos nos nove meses em que participaram dos programas de saúde do idoso do GAMIA do HC e do CSGPS. As categorias específicas que emergiram no grupo focal são ilustrativas desta evolução.

Dividir a narrativa por duas fases, início e fim da participação dos idosos nos programas, mostrou-se uma atitude positiva sob dois pontos de vista. Primeiro, porque, para o próprio trabalho de refletir e lembrar, o intervalo decorrido de uma a outra fase produziu efeitos relevantes, verificados nos fatos de que, mesmo já tendo verbalizado sobre determinado tema na primeira fase, o entrevistado espontaneamente apresentava novos aspectos lembrados, nos depoimentos orais, por ter prosseguido em sua reflexão, como no caso de uma idosa viúva que declarou, em seu depoimento, respeitar a privacidade dos filhos e gostar de viver sozinha e, no grupo focal, manifestou sentir falta da aproximação de sua família. Em segundo lugar, esse intervalo permitiu combinar o uso do caderno de campo e o estudo sistemático do segmento discursivo já gravado, o que permitiu explorar com mais segurança as narrativas, à medida que vinham sendo produzidos.

Fazendo a união dos significados expressos pelos idosos, usuários dos programas de saúde do idoso do GAMIA (grupo 1) e do CSGPS (grupo 2) com referência à sua qualidade de vida nas duas fases do estudo, observou-se que foram explicitamente verbalizadas as manifestações referentes ao trabalho, bom-humor, sexualidade, felicidade, gostar de si mesmo e da vida,

qualidade do sono, vida ativa, enfrentamento de desafios e saúde, família, gratidão a Deus. Estiveram presentes nas várias etapas metodológicas as verbalizações referentes à vida saudável, vida ativa, autocuidado, independência, auto-estima, alegria, sexo, saúde e espiritualidade. Como atividades de lazer, os idosos mencionaram a dança, natação, ginástica, caminhada, teatro, cinema, passeios. Oito mulheres desenvolvem habilidades manuais de tricô e crochê. Possuem o hábito da leitura e valorizam a atualização de conhecimentos. Referiram-se também à participação em atividades sociais e comunitárias.

Esse último trabalho realizado foi o exame totalizador e a leitura trans-individual dos relatos. Nesse sentido, há que se mencionar o duplo caráter do material: ao mesmo tempo, como dado empírico para a exploração de dimensões transcendentais ao singular, tanto quanto já resultado do estudo. O resultado é produto de trabalho específico no interior da investigação de campo, trabalho em que se produz uma forma própria de objetivação dos temas selecionados: objetivação cientificamente fundada, diferenciando-se de outros discursos acerca do real.

Como a opção foi interpretar os relatos para produzir outros resultados, estes foram lidos como histórias particulares de modelos genéricos de envelhecimento, contando com as várias estruturações concretas do processo vivido nessa fase de vida, cujos perfis individuais estarão, em alguns casos menos próximos e, em outros mais, da condição de um envelhecimento ativo com boa qualidade de vida. Da perspectiva totalizadora, o leque de estruturações registrado foi abordado como um

conjunto, sem deixar de levar em conta a singularidade de cada história produzida. Para tanto, é preciso, primeiro, dominar o todo de uma mesma história, para poder confrontá-lo com outra. Impregnar-se de cada todo, para destacar os fragmentos que aparecem na abordagem de conjunto que é, portanto, comparativa dos relatos singulares, pressupondo que se tenha apreendido o sentido próprio do fragmento na totalidade do pensamento do qual é separado, tal como se buscou realizar (Schaiber, 1995).

DISCUSSÃO

6. Discussão

Conhecer a qualidade de vida dos idosos que estavam participando ativamente da sociedade, de forma autônoma e independente, em contraposição ao estudo que realizamos na nossa dissertação de mestrado (qualidade de vida dos idosos portadores de doenças crônicas, atendidos pelo Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar – NADI – do Hospital das Clínicas da FMUSP), foi um tema que nos instigou desde o início deste novo milênio, em decorrência de nosso amadurecimento em estudo tão fascinante: a qualidade de vida do idoso.

Qual o significado que os idosos atribuem às suas experiências de vida?

Interessou-nos, particularmente, conhecer o ponto de vista dos idosos quanto à sua qualidade de vida, face à grande mudança demográfica e epidemiológica pela qual estamos passando no nosso País, valorizando a experiência positiva do envelhecimento.

Onde buscar estes idosos? Em qual serviço de saúde poderíamos encontrar aqueles que estivessem participando de programas de promoção da saúde? Conhecendo o programa do GAMIA, do Serviço de Geriatria do Instituto Central do Hospital das Clínicas da FMUSP, e também o programa de saúde do idoso do CSGPS, da Faculdade de Saúde Pública da USP, em função de nossa atividade profissional como Diretora da Divisão de Serviço

Social do Instituto Central do Hospital das Clínicas da FMUSP, optamos por realizar um estudo com estes dois grupos.

Outro fator que interferiu para esta escolha foi o de que o grupo de idosos do CSGPS pertencia a uma área de atenção primária e o do GAMIA a um Hospital-Escola de atenção terciária, ambos pioneiros na assistência e ensino e ligados administrativamente à Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e à Universidade de São Paulo para fins acadêmicos.

Apesar das aproximações administrativas e acadêmicas, estávamos cientes de que eram grupos diferentes, até em função das demandas específicas para unidades de atenção primária e terciária e da diversidade da atenção requerida, o que também se constituiu em um atrativo para a investigação.

Interessou-nos conhecer a repercussão destes modelos didático-assistenciais sobre a qualidade de vida daqueles que estavam participando dos programas de saúde do idoso nas duas Instituições, motivo pelo qual fizemos um estudo longitudinal, nas fases inicial e final do atendimento pelos programas.

Estabelecemos como objetivo avaliar, quantitativa e qualitativamente, a qualidade de vida dos idosos inscritos nos programas do GAMIA do Hospital das Clínicas da FMUSP e do CSGPS da Faculdade de Saúde Pública da USP. Utilizamos como categorias gerais, o envelhecimento, a promoção da saúde e a qualidade de vida, comparando-as nas fases iniciais e finais dos respectivos programas. Desejamos conhecer o ponto de vista dos idosos quanto a essas categorias, porque consideramos que o

envelhecimento é vivido de forma diferente de um indivíduo para outro, de uma geração para outra e de uma sociedade para outra, sendo importante, portanto, distinguir os elementos mais diretamente ligados às características do indivíduo, à dinâmica social e às políticas públicas vigentes.

Quem são estes idosos? Iniciamos por conhecer as suas características demográficas e socioeconômicas.

O grupo de 43 idosos da nossa amostra (30 do GAMIA e 13 do CSGPS) era predominantemente do sexo feminino, com idade média em torno de 70 anos, casados e viúvos, católicos, naturais de São Paulo e do interior do Estado, com escolaridade equivalente ao ensino fundamental. A maior parte deles residia em casa própria, nas regiões Oeste e Central da cidade de São Paulo. Cerca de 67% eram aposentados e a renda média do idoso atingia em torno de 3,5 salários mínimos, ficando a renda *per capita* em um patamar menor, de três salários mínimos, uma vez que na maior parte dos domicílios, duas pessoas ou nenhuma trabalhava.

A concentração dos idosos do estudo nas regiões Oeste e Central da cidade de São Paulo propiciou-lhes boas condições de infra-estrutura habitacional, com ruas asfaltadas, rede de água, esgoto e luz elétrica.

O IBGE (2002) constatou que a Coordenadoria de Saúde da Subprefeitura de Pinheiros (CSSP), a qual abrange o Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza, tem indicadores sociais, demográficos e de saúde que estão entre os melhores do município. A característica demográfica peculiar à região do CSGPS é sua grande concentração de residentes idosos, a maior do município. Enquanto o município de São Paulo possui

9,3% de sua população com 60 anos e mais, correspondendo a 972.199 munícipes, a Subprefeitura de Pinheiros possui 19% de sua população formada por idosos, representando 51.777 idosos residentes na sua região, abrangendo os bairros de Alto de Pinheiros, Pinheiros, Jardim Paulista, Itaim Bibi, com área de abrangência do CSSP de 31,7 km². A população residente é de 272.574 habitantes e a densidade demográfica de 8595 hab/km².

As características apresentadas pelos idosos neste estudo ratificam dados encontrados em outros, como o realizado por Beresin (2002) com os usuários do GAMIA atendidos no ano de 2001 e por nós próprias com os idosos do Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar(NADI) (Albuquerque, 2003), participantes deste núcleo em 2000. Os dados encontrados confirmaram-se também em estudo realizado pelo Serviço Social do Complexo do Hospital das Clínicas da FMUSP para definir o perfil demográfico e socioeconômico da população usuária dos seus ambulatórios (Albuquerque, 1989).

Estas mesmas características podem ser transpostas para a realidade mais ampla de nosso País, de acordo com estudo realizado por Chaimowicz (1998) sobre “Os idosos brasileiros no século XX”. Este autor comprovou que a proporção de mulheres idosas e viúvas é superior à dos homens e que as aposentadorias e pensões são sua principal fonte de renda.

A “feminização da velhice” é estudada por vários autores, dentre os quais Camarano (1999). Esta autora declarou que, devido à menor mortalidade feminina, as mulheres predominam entre a população idosa. Segundo o Censo Demográfico de 2000, 55% do contingente populacional

brasileiro maior de 60 anos era composto por mulheres. Entre as maiores de 80 anos, essa proporção sobe para 60,1%. Além disso, é reconhecido que homens e mulheres vivem e envelhecem de forma diferenciada.

No seu estudo: “Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança?”, Camarano (1999) analisa as mudanças nas condições de vida das mulheres idosas brasileiras no período de 1980 a 2000, buscando mostrar a heterogeneidade da experiência do envelhecimento, salientando o perigo das generalizações desta etapa da vida, seja de uma perspectiva negativa ou ativa. Ressalta que o bem-estar das mulheres idosas está intimamente ligado à sociedade como um todo. Aponta que a grande mudança dos últimos 20 anos é que o final da vida, denominado de a “fase do preenchimento”, a qual trouxe uma reconceituação do curso de vida, é uma etapa que deixa de ser residual, vivenciada por uma minoria, para ser uma fase de duração até maior do que a da infância e da adolescência.

Conclui que as idosas de hoje estão assumindo papéis não esperados nem pela literatura nem pelas políticas públicas, uma vez que estão se transformando em um importante agente de mudança social. Destaca o papel da Previdência Social tanto urbana como rural, e da Lei Orgânica da Assistência Social, as quais asseguram renda para um contingente importante da população feminina idosa, e ainda as melhorias nas condições de saúde provocadas tanto pelo avanço da tecnologia médica como pelo maior acesso da população aos serviços de saúde. Em nosso estudo, grande parte das mulheres casadas, separadas e viúvas (90% destas) viviam com suas próprias aposentadorias ou com a de seus cônjuges.

Veras (1994), em estudo realizado sobre a saúde do idoso no Brasil, em uma amostra de 738 pessoas, deparou-se com a informação de que as mulheres usaram os serviços de saúde mais freqüentemente do que os homens. A percentagem de mulheres que relataram visitas a um serviço de assistência de saúde, no período da realização da pesquisa (em três meses) foi de 40%.

Em nosso estudo, este dado de maior demanda por parte das mulheres, pôde ser comprovado. No grupo do CSGPS, apenas um homem, dentre 12 mulheres, integrou o grupo. Este idoso, no seu depoimento, fez um questionamento à população de homens idosos: “Onde é que estão os meus colegas da terceira idade? Diria a eles: percam o medo das mulheres e venham participar das atividades, que geralmente envolvem o sexo oposto e é muito bom isso!”

No GAMIA, os homens têm prioridade no processo de seleção para participação no grupo, porque procuram menos este serviço e a proposta de trabalho da equipe é a de equilibrar os participantes por sexo. Um dos idosos revelou, no seu depoimento, que o principal motivo de sua participação no grupo era pelo fato de ser homem (este não é o único, mas é um critério que pesa sobre os demais).

O instrumento de medida geral de qualidade de vida denominado WHOQOL-Abreviado, utilizado para avaliar a qualidade de vida dos idosos da amostra, apresentou uma diferença estatisticamente significativa entre as fases inicial e final, no domínio “físico” no grupo 1(GAMIA). Este domínio foi o que apresentou maior média nos dois tempos neste grupo (1), se

comparado com os demais domínios, o que pode indicar a satisfação destes idosos para com o sono, capacidade para desempenhar as atividades do dia-a-dia, capacidade para com o trabalho, para com a locomoção, energia. Estes achados confirmaram-se na etapa qualitativa, o que se pode observar nas verbalizações dos idosos quanto:

- ao sono: “Muito obrigada Senhor, porque eu passei uma noite boa, dormi a noite toda. Dormir é uma coisa importante para a qualidade de vida” (mulher de 78 anos, viúva).
 - às atividades de vida diária e ao trabalho: “Na minha casa eu não pago nada. Não tenho faxineira, faço todo o serviço da casa e ainda faço alguns bicos de bordados. Eu pinto a casa. Faço tudo! Subo em escadas, pinto tudo” (mulher de 76 anos, viúva).
 - locomoção/energia: “Deixa-me correr, eu não posso parar um minuto! Eu estou correndo atrás da vida” (mulher de 78 anos, viúva).
- “Eu só tenho que agradecer de ter chegado até aqui com disposição. Eu tenho boa saúde, não uso medicamento, faço caminhadas todos os dias. Eu tenho boa disposição” (mulher de 74 anos, viúva).

Além desses fatores citados, encontra-se a retaguarda dada pelo Hospital das Clínicas para o tratamento médico. Este tratamento é uma das particularidades do programa do GAMIA, constituindo-se em um atrativo para a participação dos idosos no mesmo, o que foi comprovado pela equipe interdisciplinar e pelos próprios idosos. Em alguns depoimentos foi verbalizado este aspecto da possibilidade de acesso ao tratamento médico no Hospital das Clínicas da FMUSP, durante e após a participação no

programa, assim como a vantagem do recebimento gratuito dos medicamentos prescritos.

Com relação à questão da satisfação com a vida sexual, do domínio “relações sociais”, observou-se que no início do programa, apenas 19 idosos, de um total de 30, responderam a esta pergunta, podendo indicar dificuldade para tratar de um assunto de sua intimidade, ou mesmo desinteresse pela atividade sexual. Já na segunda fase do estudo, todos responderam à questão, talvez por maior desinibição e confiança na pesquisadora.

Em estudo anterior em que aplicamos o mesmo instrumento para medir a qualidade de vida dos idosos do NADI (Albuquerque, 2001), tínhamos observado que esta faceta da vida sexual fica prejudicada por não se aplicar necessariamente à população de idosos.

Butler & Lewis (1985), no livro “Sexo e Amor na Terceira Idade”, afirmam que o sexo na idade madura é o sexo por si mesmo: prazer, liberação de tensão, comunicação, intimidade compartilhada. Ressaltam que a depressão e a solidão podem fazer com que os idosos desistam, por completo, de sua sexualidade. Como tínhamos um grande contingente de mulheres viúvas (20% no grupo 1 e 69,2% no grupo 2), esta última afirmativa dos autores (solidão) pôde se aplicar à amostra de mulheres idosas e viúvas dos grupos pesquisados. Observamos neste estudo, que também os idosos casados (duas mulheres e dois homens), correspondendo a 6,4% dos depoimentos coletados, manifestaram dificuldades de relacionamento com os parceiros, advindas da própria idade e de fatores externos, que interferiam no relacionamento conjugal.

Torna-se importante observar que as médias dos escores do domínio “físico” não apresentaram diferença estatisticamente significativa para o grupo do CSGPS (2), especialmente no que se refere à satisfação com o tratamento médico talvez pelo fato de que este grupo apresenta a particularidade da utilização do Centro de Saúde para a realização de exames periódicos para prevenir futuros problemas de saúde, conforme informação da equipe e manifestação de um casal de idosos: “Estávamos sem convênio e estar matriculados no CSGPS nos traz tranquilidade”.(este casal não possuía problema de saúde).

Outra especificidade deste grupo (2), é que a assistência médica não faz parte da programação como no grupo 1 do GAMIA, e grande parte dos idosos já estão matriculados no Centro de Saúde, antes de se inscreverem para participação no grupo de saúde do idoso.

Com relação à adequação do instrumento WHOQOL-Abreviado para a população idosa, conforme o já observado em estudo anterior, (Albuquerque, 2001), precisaria sofrer adaptações, o que já está sendo estudado pelo grupo de especialistas em qualidade de vida da OMS, responsável no nosso País pela validação dos instrumentos WHOQOL, WHOQOL-Abreviado e suas facetas específicas. No entanto, é um instrumento que encoraja os profissionais da saúde para focalizar os aspectos positivos da vida das pessoas e como eles podem ser fortificados.

O WHOQOL-OLD encontra-se em processo de validação, já tendo sido apresentado o resultado dos grupos focais no Brasil por Fleck, Chachamovich, Trentini (2003), confirmando a hipótese de que, por se

constituir um grupo particular, com especificidades de relevância para avaliar a qualidade de vida, exige-se um instrumento específico e adequado para avaliar a qualidade de vida dos idosos.

A qualidade de vida avaliada pelo SF-36 mostrou uma diferença estatisticamente significativa para o componente “estado geral da saúde” nos dois grupos, indicando que os idosos avaliaram que a sua saúde melhorou nas últimas quatro semanas.

No grupo 1(GAMIA), houve uma diferença estatisticamente significativa no componente “vitalidade”, que é uma escala bipolar que avalia sentimentos de cansaço e esgotamento ou cheio de energia e vitalidade.

Observa-se que o componente “vitalidade” do SF-36 apresenta semelhança com o domínio “físico” do WHOQOL-Abreviado, o que pode indicar que na fase final da participação dos idosos nos programas, o componente “estado geral da saúde”, aliado ao componente “vitalidade”, demonstrou que a saúde pessoal melhorou, propiciando sentimentos de vitalidade (força e energia).

Os resultados da fase qualitativa também indicaram que os idosos valorizaram os componentes “estado geral da saúde”, “vitalidade” e “aspectos emocionais”, quando verbalizaram: “ Eu tenho boa disposição: eu faço ginástica, caminhada, dança, eu tenho bom relacionamento familiar. Eu tenho medalhas de natação. Fiz 30 anos de ginástica. Eu acho que isto ajuda muito na saúde e em tudo. Mente sã, corpo sã” (mulher de 78 anos, viúva). Outra mulher viúva assim se manifestou: “Eu tenho 73 anos e agora eu cuido de mim (depois de cuidar dos filhos e netos)”.

Os dados do nosso estudo são coincidentes com o realizado por Beresin (2001), com os idosos do GAMIA, utilizando o mesmo instrumento SF-36. Ela encontrou que 67% sentiam-se saudáveis.

Resultado semelhante foi obtido em pesquisa publicada sobre a qualidade de vida dos participantes do GAMIA, apresentada no Congresso de Geriatria e Gerontologia (Litvoc et al. 2000) em Brasília, segundo relata Beresin (2001). Esta autora informa que Litvoc e cols (2000) avaliaram a qualidade de vida de um grupo de idosos ao final do programa GAMIA, aplicando o instrumento SF-36, tendo sido feita anteriormente uma avaliação no início do programa. Houve um bom resultado para 51,9% de idosos (melhoraram ou tiveram uma situação favorável), 18,5% obtiveram resultados inalterados e 29,6% idosos apresentaram piora após o término do programa.

Comparando as correlações entre os dois instrumentos de qualidade de vida utilizados neste estudo (WHOQOL-Abreviado e SF-36), pôde ser observado que, no grupo 1, dentre os componentes do SF-36 que apresentaram maior correlação com os domínios do WHOQOL-Abreviado, destacaram-se o “estado geral da saúde”, nas duas fases do estudo, e “vitalidade”, principalmente na fase inicial. Na fase final o “estado geral da saúde” só não apresentou correlação estatisticamente significativa com o domínio 3 do WHOQOL-Abreviado (meio ambiente).

O “estado geral da saúde” do SF-36 avalia a saúde pessoal e “vitalidade” avalia sentimentos de cansaço e esgotamento ou cheio de energia e vitalidade. O fato de terem se correlacionado com quase todos os domínios do WHOQOL-Abreviado, pode ser indicativo da importância que os

idosos atribuem à saúde física e mental para o seu bem-estar físico, psicológico, de relações sociais e sua qualidade de vida em geral.

Contrariando o esperado, no WHOQOL-Abreviado, o domínio 1 (físico) foi o que apresentou maior correlação com quase todos os componentes do SF-36, exceção feita para os componentes “aspectos físicos” (nos 2 grupos e nas 2 fases do grupo 1, e na fase inicial do grupo 2) e “dor” nas 2 fases do grupo 1. Este foi um achado que nos surpreendeu, porque as questões que compõem os referidos domínios/componentes são semelhantes.

Comparando os dois instrumentos utilizados para a avaliação da qualidade de vida dos idosos amostrados, o fato de o domínio físico do WHOQOL-Abreviado ter-se correlacionado com quase todos os componentes do SF-36, mostra a importância da autonomia e independência para os idosos do estudo, tanto no componente “estado geral da saúde” e vitalidade, como no componente “aspectos emocionais” e “saúde mental” do SF-36.

Observou-se no grupo 2 que, entre todos os componentes do SF-36, o que apresentou maior número de correlações com os domínios do WHOQOL-Abreviado foi o componente “saúde mental”, tanto na fase inicial quanto na final. Este componente compreende as perguntas: Quanto tempo você tem se sentido: uma pessoa muito nervosa, tão deprimida que nada pode animá-la, calma ou tranqüila, desanimada e abatida, uma pessoa feliz? Com alternativas que vão em uma graduação desde “todo o tempo” até “nunca”.

Já no WHOQOL-Abreviado, o domínio 2 (psicológico), à semelhança do componente “saúde mental” do SF-36, avalia na pergunta 26 “Com que

freqüência você tem sentimentos negativos, tais como mau-humor, desespero, ansiedade, depressão (nunca, algumas vezes, freqüentemente, muito freqüentemente, sempre), além das questões 5 – “O quanto você aproveita a vida”, e 6 – “Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?” A questão 1 pergunta “Como você avalia a sua qualidade de vida?” e a questão 11 “Você é capaz de aceitar sua aparência física?”

Poderíamos explicar tal achado, pelo fato de os idosos do estudo apresentarem sentimentos de nervosismo e depressão, ou felicidade, paz e calma próprios desta fase de idade e que tais sentimentos influenciam todos os demais relacionados à sua vida, ao modo como aproveita a vida, ao sentido que atribui a ela, à auto-estima e para com a qualidade de vida de uma maneira geral. A manifestação de um homem de 61 anos é ilustrativa desses sentimentos: “Eu não acreditava em depressão, certo? E realmente eu tomo medicamentos, sigo a orientação que me dão, tomo remédio de uso continuado e agora eu estou sentindo prazer, o mesmo prazer que sentia há 20 anos atrás, eu perambulava pela Praça da Sé. Ultimamente eu ia e as pessoas me irritavam. Eu reconquistei essa alegria!”

O coeficiente de correlação de Pearson mostrou também que se obteve correlação entre o domínio 2 do WHOQOL-Abreviado (psicológico) com o componente aspectos emocionais do SF-36 (questão 3), que mede a existência ou não de dificuldades no trabalho ou outras atividades diárias, devido a problemas emocionais, demonstrando a interferência dos sentimentos nas atividades de vida diária dos idosos.

Beresin (2001) cita que em estudo metaanalítico, Pinquart & Sorensen (2000) encontraram 286 estudos empíricos que associaram o *status* socioeconômico, os contatos sociais e a competência com o “bem-estar subjetivo” na velhice. Esses estudos mostraram que todos esses aspectos estão positivamente correlacionados com o “bem-estar subjetivo”. A renda está mais fortemente correlacionada com o bem-estar do que educação, e a qualidade dos contatos sociais é mais importante do que a quantidade de contatos sociais. Pode-se concluir que como as atividades do GAMIA funcionam em sua maioria em grupo e com temas ligados ao processo de envelhecimento, o idoso tem uma vivência grupal intensa e tem vários momentos onde pode elaborar questões associadas à velhice.

Chega-se à conclusão que, apesar dos instrumentos gerais de avaliação da qualidade de vida por nós utilizados não possuírem o refinamento necessário para avaliar domínios importantes para esta população, tais como a espiritualidade, eles puderam captar algumas das características da qualidade de vida dos idosos.

Sen (2001) faz referência à idéia de que a “vida boa” é uma vida com escolhas genuínas, na qual as oportunidades reais envolvem além da disponibilidade de recursos, capacidades para fazer ou deixar de fazer escolhas, além da chamada “acessibilidade” a recursos, remete-nos ao constatado no nosso estudo. Os idosos inscritos no GAMIA e no programa de saúde do idoso do CSGPS demonstraram valorizar a oportunidade de acesso aos programas dos quais estavam participando, assim como os domínios,

“estado geral da saúde” e “vitalidade”, mostrando com isto que estes aspectos são valiosos por si mesmos, conforme afirma Sen (2001). “Estar livre de doenças que podem ser evitadas, poder escapar da morte prematura, estar bem alimentado, ser capaz de agir livremente e não ser dominado pelas circunstâncias, ter oportunidade para desenvolver potencialidades”.

Para Sen (2001), esses pontos (funcionamentos) são supostamente mais importantes do que outros, no sentido de que qualquer vida digna de ser vivida só se realiza se eles se realizarem (são constituintes de uma vida boa, ainda que sejam meios para ampliar escolhas e liberdades). Por exemplo, ter tido acesso à oportunidade de assistência médica no GAMIA foi mais importante para estes idosos do que algum outro tipo de satisfação.

Para Néri (2001), a dimensão “bem-estar psicológico” e satisfação predominam na gerontologia social. Na avaliação que realizamos sobre a “qualidade de vida percebida”, que é uma dimensão subjetiva da qualidade de vida medida pelos instrumentos genéricos de qualidade de vida, observamos que houve uma valorização da funcionalidade física, social e psicológica (aspectos emocionais). Estes julgamentos foram afetados pelas condições objetivas de saúde física e pela rede de relações sociais, as quais, juntas proporcionam o bem-estar psicológico.

Evans (1994) considera que a atividade de promoção da saúde, como as proporcionadas pelos programas do GAMIA e do CSGPS, interfere no objetivo de melhorar a qualidade de vida, o que constatamos no nosso estudo em alguns domínios. Na fase final dos programas, os idosos demonstraram melhora nos domínios/componentes: físico, estado geral da saúde e vitalidade.

Evans (1994), preconiza ainda que a medida de impacto dos programas de promoção da saúde seja realizada com a população de indivíduos sadios, assim como seu interesse pela avaliação da qualidade de vida subjetivamente percebida de amostras populacionais.

Setién (1993) afirma que no campo da saúde, as metas do mais alto grau de qualidade de vida estariam representadas por uma vida longa com um melhor estado de saúde.

Observamos que os resultados do nosso estudo seguiram a tendência apontada por Nordenfelt (1994) de que, na relação entre saúde e qualidade de vida, o aspecto SAÚDE ganha dimensão e aparece como um dos indicadores de qualidade de vida, tendência esta ligada ao conceito holístico de saúde, como revela o depoimento: “O caso é que a gente ser jovem é diferente, não é? A gente sempre esquece da saúde, porque sabe que tem saúde, então quando a gente vai chegando os passinhos da vida, mais velho, então a gente fala: agora eu vou cuidar!” (mulher de 67 anos, viúva).

Também Bowling (1995) diz que o estado de saúde é relacionado, cada vez mais, à qualidade de vida, a ponto de se procurar a *qualidade de vida relacionada à saúde*, o que está transformando a percepção do indivíduo de seu estado de saúde em um importante indicador de seu bem-estar. Este autor pontua a tendência das pesquisas atuais que estão mais atraídas por medir a *qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS)*, do que simplesmente medir taxas de mortalidade, doença e má-saúde.

Farquhar (1995 a) também confirmou a tendência observada por Néri (2001), da relação entre as condições objetivas de saúde física e da

rede de relações sociais, ao realizar um estudo com pessoas idosas vivendo em suas casas. Nele, os contatos sociais aparecem como componentes tão valiosos para uma boa qualidade de vida quanto o *status* de saúde, o que também foi uma realidade no nosso estudo, do qual participou uma mulher de 67 anos, viúva, que exerceu a profissão de cuidadora de idosos por 13 anos e é de uma família de longevos (são cinco gerações: ela (67 anos), sua mãe de 88 anos, 22 netos de seus seis irmãos, 36 bisnetos e dois tataranetos de sua mãe). Quando se reúnem todos, é uma “festona”. “Nossa família é muito grande e muito alegre”. Fez as seguintes observações sobre os idosos dependentes dos quais cuidava: “Olha, a relação dos idosos (que vão para a “Casa de Repouso”) com suas famílias, é muito triste. Para eles desapegarem da família é muito difícil, eles sofrem muito porque estão acostumados com os netos, os filhos, nem que for para brigar, para falar. Quando a família vai visitá-los e depois, quando seus parentes vão embora, precisam sair escondidos, porque os idosos ficam chorando. Ficam procurando a família e choram muito. Eu chorava também porque ficava com dó”. Esta cuidadora, como é de uma família grande e teve esta experiência, valoriza sua independência e o relacionamento familiar e teme ficar dependente e ser colocada em uma “Casa de Repouso” pelos filhos.

As entrevistas individuais e grupais realizadas para a coleta dos depoimentos dos idosos foram plenas de significados, demonstrando que os entrevistados estavam acelerando mudanças na sociedade e ganhando vida própria. Foram depoimentos sérios, emocionados e definitivos.

Observamos que os idosos entrevistados foram muito receptivos, valorizando a oportunidade de participação no estudo, sentindo-se “incluídos”. Talvez esta tenha sido a única oportunidade que tiveram de falar sobre as suas vidas e de terem seus depoimentos gravados, dando voz às suas experiências, retratando o seu tempo.

Segundo Freitas (2002), “a história oral privilegia a voz dos indivíduos, não apenas dos grandes homens, como tem ocorrido, mas dando a palavra aos esquecidos ou “vencidos da história” Acrescenta que “a maior potencialidade deste tipo de fonte é a possibilidade de resgatar o indivíduo como sujeito no processo histórico”.

Schraiber (1995) também aponta a pergunta que o entrevistado se coloca e que faz ao pesquisador: “Por que eu fui o escolhido?” As razões da escolha são mais facilmente aceitas quando referidas a situações dos extremos sociais: elite e homem comum, do povo. Nelas, por motivos opostos, o entrevistado reconhece a importância de seu relato.

Para o indivíduo que é tido e se vê como representante de grupo, isto é, que adquire uma identidade de elite, a importância de seu depoimento é socialmente difundida e ele próprio a reconhece; para aquele, no extremo oposto, cuja oportunidade da fala constitui rara situação, é o fato de ser então valorizado, que conta para sua aceitação em participar da entrevista.

É mais difícil explicar razões quando estas não coincidem com nada especial, senão com seu contrário: o grande conjunto de pessoas que constituem grupos quaisquer na sociedade e que podem ser destacadas de seu interior para representar o seu grupo, mas não

exatamente por ser um indivíduo específico, senão “comum” – um qualquer dentre os do mesmo grupo.

Os idosos do estudo não se concebem exatamente na categoria de homens comuns, mas como um grupo muito especial de sujeitos sociais, pelo fato de estarem tendo a oportunidade de participar de grupos de saúde do idoso, restritos a uma pequena parcela selecionada para tal. Estão dispostos, pois, a falar de si mesmos e de seu cotidiano, a colaborar com pesquisas, que são habituais em hospital/centro de saúde-escola, especialmente com estudos nos quais podem se revelar como seres humanos integrais. Compareceram às entrevistas alegres e com boa aparência, arrumando-se com roupas elegantes para os nossos encontros.

Consideramos que acertamos na escolha dos entrevistados, uma vez que ao expressarem suas experiências, mostraram as dúvidas e certezas de um grupo que está a cada dia adquirindo mais importância na sociedade - os idosos.

Procuramos realizar o papel de entrevistadora de forma a captar, com fidelidade, os pensamentos e os sentimentos dos entrevistados, não sendo apenas uma avalista das idéias, expressas nos depoimentos, mas com a certeza de que cada entrevistado estava preservando a sua história, a qual, de fato, faz parte da história contemporânea.

Ouvindo com interesse suas narrativas sobre os temas propostos (promoção da saúde, envelhecimento e qualidade de vida), criamos um ambiente amistoso, a ponto de muitos deles terem prolongado o tempo

da entrevista após desligarmos o gravador e se emocionado durante os depoimentos.

Utilizamos o roteiro de perguntas de forma flexível, deixando a questão de qualidade de vida para o final, dada a complexidade de seu conceito (abstrato). Justamente por isso, fizemos uso de perguntas indiretas, indicativas de qualidade de vida.

O único ponto negativo observado foi o de que em poucos casos (quatro homens, 6,4% da amostra) a presença do gravador inibiu os entrevistados no início dos encontros, transformando-os em seres frágeis. No entanto, ao adquirirem confiança na entrevistadora, foram se desinibindo e adquirindo espontaneidade ao longo das entrevistas.

A vantagem da utilização da metodologia da “História Oral”, na coleta dos depoimentos, segundo Freitas (2002), é que “além de nos possibilitar o conhecimento de diferentes versões sobre determinada questão (no nosso estudo foi a qualidade de vida) os depoimentos podem apontar continuidade, descontinuidade ou mesmo contradições no discurso do depoente. Observamos a ocorrência destes fatores, os quais foram importantes para selecionarmos os autores dos depoimentos mais coerentes para participação no grupo focal.

Outro ponto importante desta metodologia, ainda segundo Freitas (2002), é que aquele que rememora, expressa também em seu discurso as fantasias, suas idealizações, ultrapassando o campo do racional, da lógica e da razão. Um homem de 61 anos, quando questionado sobre seus ideais e sonhos para o futuro, assim se

expressou: “Eu quero ter a minha festa de centenário, em companhia do meu bisneto, na Ilha de Capri”.

Martinelli (1999) ressalta que a pesquisa qualitativa tem por objetivo trazer à tona o que os participantes pensam a respeito do que está sendo pesquisado, e que é necessário não desconectar esse sujeito de sua estrutura, buscando entender os fatos, a partir da interpretação que faz dos mesmos em sua vivência cotidiana.

Esta autora considera que as pesquisas qualitativas que se valem da fonte oral, encaminham-se para a busca dos significados de vivências para os sujeitos. A tarefa do pesquisador é desvendá-los na relação com o sujeito. Nessa metodologia de pesquisa, a realidade do sujeito é conhecida a partir dos significados que por ele lhe são atribuídos. Este foi, portanto, o principal motivo pelo qual privilegiamos a narrativa oral.

Já com relação à técnica de entrevista em grupo, denominada de “grupo focal”, consideramos que cumpriu com o objetivo de avaliar a qualidade de vida dos idosos, na fase final de suas participações nos programas de saúde do idoso do GAMIA e do CSGPS, pelos seguintes motivos:

- o espaço grupal ofereceu maior possibilidade para se pensar sobre os temas: qualidade de vida, saúde e envelhecimento, os quais faziam parte da vida dos idosos que lá estavam reunidos, como verbalizou uma idosa: “Eu tive assim um prazer imenso de ter entrado no GAMIA, de ter feito novas amizades, de conhecer este grupo maravilhoso. Se no próximo ano abrir novas portas para aumentar meus conhecimentos, eu vou atrás”.

- três idosos (4,8%) fizeram referência ao que verbalizaram na fase quantitativa e nos seus depoimentos, trazendo-os para a discussão grupal. Eles próprios fizeram a triangulação dos dados (“Você fez estas perguntas na entrevista (referindo-se à entrevistadora). Agora, passado um tempo, melhorei um pouquinho e compreendi que nada se consegue de imediato (mencionando a pergunta de número 5 do WHOQOL- Abreviado: “O quanto você aproveita a vida”). Consideraram que a reunião do grupo foi uma oportunidade para refletir melhor sobre o envelhecimento, saúde e qualidade de vida e conhecer a opinião dos outros idosos sobre estes temas. Um dos participantes (homem de 61 anos) sintetizou as características do grupo: felicidade, atividade (“Todos nós de uma forma ou de outra, somos pessoas ativas”), “Ninguém fala de dor”, “Somos otimistas”, “Todo mundo adora a família”, “Todos nós temos medo de envelhecer e estamos aqui para isto”.
- as percepções, atitudes, opiniões e representações foram socialmente construídas, sendo a expressão das mesmas mais facilmente captada durante o processo de interação grupal, onde os comentários de uns fizeram emergir opiniões de outros, especialmente quando o tema envelhecimento foi trazido por um dos participantes, chamando os demais à participação .
- foi possível observar os processos dinâmicos de interação entre os membros do grupo, que incorporaram uma dimensão do processo cognitivo, vivenciado pelos mesmos ao longo dos nove meses de participação nos programas. Este foi um procedimento apropriado para

verificar de que modo os idosos avaliaram suas experiências de vida nesse período e como suas opiniões, sentimentos e significados encontraram-se associados a determinados fenômenos, como por exemplo, a importância atribuída por todos às relações familiares para uma boa qualidade de vida.

- os dados puderam ser obtidos mais rapidamente, evitando sobrecarga para os idosos, os quais não necessitaram repetir os 16 depoimentos realizados na primeira fase do estudo, após responderem a dois instrumentos de natureza quantitativa.
- na condição de moderadora da discussão em grupo, tivemos maior flexibilidade do que como entrevistadora individual, com maior liberdade para modificar a ordem das questões, com vistas ao maior aprofundamento das respostas. Os participantes do grupo trouxeram elementos para discussão dos temas em foco, os quais, individualmente, não foram considerados, como manifestação de carência afetiva por parte de uma das participantes do grupo e mesmo a importância dos relacionamentos familiares.

Com todas estas vantagens, o grupo focal ofereceu subsídios para avaliar a qualidade de vida dos idosos, após nove meses de participação nos programas de saúde do idoso, chamando atenção dos participantes para discussão e reflexão dos temas colocados em pauta, possibilitando, ao final, uma posição de otimismo para com a fase de vida que estavam vivendo, assim como a consciência da importância do domínio saúde para uma boa qualidade de vida e para propiciar-lhes um envelhecimento ativo.

A experiência demonstrou que a técnica foi eficiente, possibilitando, em um curto período de tempo, a análise da evolução da qualidade de vida dos sujeitos do estudo. Os dados coletados possibilitaram o conhecimento de percepções, conceitos, opiniões, expectativas, representações sociais, enfim, do universo cultural dos idosos pesquisados.

De uma maneira geral, os idosos demonstraram alegria de viver, seus planos são imediatos, valorizaram a saúde, a independência, os relacionamentos familiares e entre os seus pares.

Observamos que houve complementaridade e articulação entre as metodologias quantitativa e qualitativa. Com a combinação das duas abordagens (cada uma com seu uso apropriado), foi possível obter resultados compatíveis e legitimadores dos instrumentos utilizados, principalmente porque, para avaliar qualidade de vida (que é um conceito abstrato, além de não possuir instrumento de medida específica para esta população), faz-se necessário conhecer as trajetórias de vida e as experiências sociais dos idosos, por meio de seus depoimentos.

Veríssimo (2001) refere que “o ser humano é a medida de todas as coisas”. “Todo o conhecimento do mundo se faz de uma perspectiva humana, todo o julgamento das coisas do mundo se faz por um parâmetro humano”. Segundo ele, enaltecer o senso moral do Ser Humano é valorizar este frágil instrumento de medição pelo qual a vida revela seu sentido.

Para contemplar os seres humanos, sujeitos do nosso estudo, procuramos balizar a técnica de coleta dos depoimentos por critérios móveis, de forma a possibilitar ao pesquisador intervir produtivamente por normas

flexíveis que não se repetem de uma a outra entrevista. Não possuindo princípios que, de antemão, definem o momento e a direção da intervenção, a entrevista conduz sempre a uma atualização do roteiro, fundada na avaliação subjetiva das potencialidades do diálogo.

Eis porque elementos como simpatia ou o conhecimento prévio dos sujeitos a serem entrevistados não configuram, nessa técnica, um fator inconveniente, podendo ser considerados como norma favorável, porque a técnica fundamenta-se exatamente na autenticidade e veracidade discursiva do entrevistado, cujo depoimento o pesquisador quer *compreender – e não contestar ou, mesmo, testar*.

O núcleo do procedimento técnico, neste caso, requer do entrevistado um compromisso declarado com suas concepções e valores, e a disposição moral de evidenciá-los. E, do pesquisador, requer a capacidade de estabelecer com o entrevistado uma relação pessoal e íntima, para que este se sinta à vontade no relato (Queiroz, 1983).

Assim, o “controle” sobre a investigação, que se dá mais no sentido de garantir a presença das questões que a pesquisa coloca, freqüentemente se faz com base em critérios criados no momento da entrevista. Eis porque, segundo menciona Schaiber (1995), o diálogo estabelecido na relação pesquisador-entrevistado deve ser adequadamente articulado ao próprio objeto do estudo, residindo o “controle” do processo da entrevista sobretudo no domínio intelectual do pesquisador. Por isso, também, de forma bastante flexível, quer o roteiro, quer a intervenção do pesquisador, são ferramentas importantes no processo da entrevista, mas que apenas ganham sentido no momento do relato da produção.

Serapioni (2000), ao estudar os métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde, utilizou a metáfora do honesto e humilde artesão, que Cardano, um sociólogo italiano, elaborou para superar o dilema metodológico (qualitativo-quantitativo) que sempre angustiou os pesquisadores sociais. Nas palavras de Cardano (1991), os pesquisadores de tradição quantitativa parecem inspirar-se na produção em série (...) mostrando como os procedimentos adotados se inscrevem em um modelo científico e amplamente compartilhado (...). Por outro lado, na pesquisa qualitativa prevalece um modelo de argumentação que parece inspirar-se na produção artística. Aqui se propõe um percurso alternativo, em que as figuras míticas do artista solitário e de produção em série, se substitui à produção mais modesta do artesão. Assim sendo, procuramos adotar um modelo científico, mas também tecer os fios artesanalmente, do que nos foi revelado pelos idosos, para construir uma imagem do significado que eles atribuíram à sua qualidade de vida, ao envelhecimento e aos programas de promoção da saúde.

Os domínios que foram mais significativos no estudo quantitativo: “estado geral da saúde”, “vitalidade”, “aspectos emocionais” e “relações sociais”, foram reforçados nos depoimentos e no grupo focal, revelando que a autonomia e a independência, assim como as relações sociais, fazem parte de um envelhecimento ativo. Estes aspectos também são ressaltados por Brito & Litvoc (2004), quando afirmam que o estado de saúde de um indivíduo é muito mais do que um bem-estar físico, constituindo-se por uma complexa inter-relação entre os aspectos psicológicos e fisiológicos da

saúde e da doença, e também entre os componentes objetivos e subjetivos desses estados. Os autores chamam a atenção, ainda, para a necessidade de valorizar as capacidades das pessoas idosas de realizar as atividades de suas vidas, que consideram como essenciais para a satisfação de seus desejos, e que consigam mantê-las com autonomia durante a sua existência.

No nosso estudo, a utilização dos serviços de saúde, focados na promoção da saúde e prevenção de doenças, constituiu-se em oportunidade de aprendizado e informações adequadas, de forma a aumentar a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida na velhice.

Veras (2002), em seu livro intitulado: “Terceira idade: gestão contemporânea em saúde”, observa que o acesso aos serviços de saúde não é bem distribuído e muitos idosos recebem os primeiros cuidados nos estágios mais avançados de suas doenças. Diz que, mesmo se considerando que a saúde não é sinônimo de assistência, em muitos casos, sem o cuidado ambulatorial, domiciliar, sem as instâncias de apoio, ou mesmo sem a estrutura hospitalar, ela não pode ser restabelecida. Considera que se deve investir no idoso saudável e ter programas qualificados para os doentes. Esta é uma visão nova, que precisa ser implementada pelas autoridades competentes da área. Para Veras (2002), a “reabilitação preventiva” significa ampliar a qualidade de vida para o idoso e sua família. Preconiza um modelo de atenção à saúde do idoso centrado na avaliação de sua capacidade funcional, que possa ser aplicado em qualquer unidade básica de saúde, devendo ser um exemplo a ser praticado, dentro das novas perspectivas em relação aos cuidados das pessoas idosas.

Alguns serviços de saúde vêm colaborando para propiciar um envelhecimento ativo, como a experiência do projeto da UnATI (Universidade Aberta da Terceira Idade), relatada por Veras (2002). Este autor, ao analisar o projeto da UnATI desenvolvido na Universidade do Estado do Rio de Janeiro e que se assemelha aos programas que analisamos neste estudo, revela que o projeto da UnAti, cada vez mais, vem se consolidando como uma das iniciativas mais exitosas daquela universidade. Segundo ele, a permanente preocupação de reinserção, de forma qualificada e contemporânea, do idoso na sociedade, ofertando-lhe informações atualizadas, serviços de excelência e tratando-o como cidadão, são diferenciais que explicam tal êxito.

Considera que a contribuição da proposta da UnATI consubstancia-se na estruturação de um centro integral de assistência ao idoso, cujo propósito é operar em sintonia com os mais atuais conceitos de saúde: desde a prevenção da doença, o mais precoce possível, à manutenção da capacidade funcional, com ênfase nas informações epidemiológicas. Estas medidas viabilizam a busca ativa dos problemas e a antecipação da intervenção sobre as doenças.

Jacob Filho (2003), em livro de sua autoria no qual relata a experiência do GAMIA, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, ressalta que este grupo foi criado com o propósito de experimentar uma forma de atendimento ao idoso que pudesse entender as inúmeras manifestações do processo do envelhecimento, levando em consideração as alterações orgânicas, psíquicas e sociais.

Como o programa da UnATI, o GAMIA tem também o objetivo de promover a saúde do idoso de forma integral e de proporcionar formação profissional e desenvolvimento de pesquisas.

Os programas são voltados para a “educação em saúde”, os quais, segundo Focesi (1996), devem capacitar a população para uma reflexão permanente sobre a qualidade de vida que lhe é oferecida, as causas dos problemas de saúde e suas possíveis soluções, os recursos, normas e leis existentes para a proteção da saúde e as medidas de prevenção de doenças. A tendência deverá ser de que tais programas abram uma perspectiva assistencial que transcenda os muros das universidades, para que a cultura da preservação da saúde se expanda e para que possamos aumentar o tempo de vida com qualidade e autonomia.

Segundo Ramos (2002), a capacidade funcional surge como um novo paradigma de saúde, particularmente relevante para o idoso. Saúde, dentro dessa ótica, é resultante da intersecção multidimensional entre saúde física e mental, independência na vida diária e econômica, integração social e suporte familiar. Qualquer uma dessas dimensões, caso seja comprometida, pode afetar a capacidade funcional de um idoso. O bem-estar na velhice, ou saúde num sentido amplo, seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso.

Observou-se que os idosos do estudo possuíam conceitos que valorizam essa fase de vida de forma positiva, de acordo com uma visão integradora, holística de saúde física, mental e social, identificada nos estudos quantitativos e qualitativos.

Os idosos também demonstraram, no estudo qualitativo, valorizar o amparo que recebem da família e dos grupos sociais, os quais apareceram como significativos também no estudo quantitativo no domínio “relações sociais”: satisfação com as relações pessoais: amigos, parentes, conhecidos, colegas e com o apoio que recebem dos amigos. A fala de uma idosa, viúva de 64 anos, é ilustrativa da importância atribuída a este domínio: “Eu tenho uma família feliz, graças a Deus”. Outra mulher de 67 anos assim se manifestou: “Meus netos são os amores da minha vida. Minhas filhas são maravilhosas”. Houve também a verbalização de uma participante do grupo focal: “Estou muito contente de estar aqui, no meio de muitos amigos”.

É na família que se definem os padrões de atendimento a seus membros. A afeição entre os familiares, a constância dos mesmos e o senso de obrigação que permeia tais vínculos, garantem ao indivíduo trocas continuadas de suportes instrumental e psicológico/emocional e reforçam as expectativas de retribuição, no futuro, de quaisquer suportes fornecidos no presente (Erbolato, 2002). Observamos que os vínculos familiares consistentes propiciam segurança aos idosos.

Para Erbolato (2002), os amigos são relacionamentos voluntários, predominantemente entre iguais. São resultado do livre-arbítrio: escolhe-se a quem dar e receber afeição, sem obrigatoriedade. Os grupos dos quais estavam participando foram uma oportunidade para fazerem amigos.

A religiosidade/espiritualidade surgiu como significado existencial na velhice, com várias referências à gratidão a Deus pela vida, o que vem demonstrar a importância da inclusão desta dimensão em instrumentos específicos para medir a qualidade de vida do idoso.

Goldstein & Sommerhalder (2002) afirmam que a religião, mais do que outra atividade humana, satisfaz a necessidade de sentido da vida. Além disso, existe a evidência de que a noção deste sentido é especialmente útil para lidar com crises, traumas e eventos estressantes de vida. O enfrentamento religioso é um fim que inclui uma vasta extensão de respostas específicas e pode se apresentar de várias formas, dependendo das exigências de situações específicas, como no caso de idosas que ficaram viúvas e que se apoiaram na religião para se adaptarem à nova situação.

Observamos que os significados dos depoimentos dos idosos, especialmente no domínio “relações sociais”, vieram confirmar a afirmação de Martinelli (1999), a qual indica que além da necessidade de reconhecimento da singularidade do sujeito, é necessário conhecer sua experiência social e não apenas suas circunstâncias de vida. Isso porque, segundo a autora, embora as circunstâncias de vida confirmem um tipo de fenômeno, outro é o modo de vida. Thompson (1981), historiador inglês contemporâneo, introduziu o conceito de modo de vida, mostrando que ele é, exatamente, o modo como o sujeito constrói e vive a sua vida. Envolve, portanto, seus sentimentos, valores, crenças, costumes e práticas sociais cotidianas.

Os idosos mostraram satisfação consigo mesmos e com a vida, declarando-se felizes. “Eu gosto de mim, eu me amo!” (mulher de 78 anos, viúva). “Eu estou com a vida muito boa” (mulher de 76 anos, separada). “Tudo o que eu fiz até hoje valeu a pena” (mulher de 67 anos, viúva). “Se você me pergunta: a sra. quer voltar alguns anos atrás? Não, eu não

quero! Porque eu acho que estou numa fase boa agora” (mulher de 68 anos, separada).

No estudo quantitativo, esta dimensão também foi contemplada no componente “vitalidade”, que considera o nível de energia e fadiga, tendo apresentado uma diferença estatisticamente significativa na fase final da participação nos programas, indicando que se sentiam com mais energia.

Também estavam satisfeitos com o meio ambiente, gostam do lugar onde moram e apreciam viver em São Paulo. “Eu gosto de morar aqui em São Paulo, nesse turbilhão desse movimento, dessa agitação. Eu acho São Paulo uma cidade maravilhosa!” (mulher de 76 anos, viúva). Procuram atividades de lazer: cinemas, teatros, parques, clubes e outros divertimentos que a cidade oferece. Estas verbalizações foram coincidentes com o domínio “meio ambiente” do WHOQOL-Abreviado que não apresentou diferença significativa porque não houve alteração no mesmo, durante a vigência dos programas.

Os idosos demonstraram ter uma visão positiva do envelhecimento, encarando-o como uma etapa importante da vida, porque já criaram os filhos e ajudaram a criar os netos, podem participar das atividades direcionadas à terceira idade. Outros gostam de conviver entre si e com a família.

O tema “morte” apareceu em apenas duas falas, demonstrando que, aparentemente, não está presente na realidade desses idosos ou mesmo que não pensam a respeito dela. Eles demonstraram querer viver o momento presente, sem planos para o futuro.

A OMS recomenda entre as ações educativas, como as realizadas pelos grupos do Gamia e do CSGPS, o desenvolvimento das capacidades pessoais dos idosos, o que, além de visar a aquisição e a manutenção de um estilo de vida saudável, ensina aos idosos a manter sob controle as doenças crônicas, a enfrentar os acidentes, as crises da vida e os perigos que ameaçam a saúde (maus tratos) e a obter o máximo possível dos serviços de saúde.

Porém, para se alcançar uma velhice saudável é preciso promover a saúde durante toda a vida, como fizeram muitos idosos do nosso estudo, porque o envelhecimento não começa aos 60 anos, mas é o acúmulo e interação de processos sociais, de saúde e de comportamentos de toda a vida. Segundo Beauvoir (1970), “o que define o sentido e o valor da velhice é o sentido atribuído pelos homens à existência, é o seu sistema global de valores. É isto que vai propiciar-lhe uma boa qualidade de vida”.

CONCLUSÕES

7. Conclusões

No que concerne às características demográficas e socioeconômicas dos idosos estudados, pode-se concluir que:

Esses grupos se caracterizaram como constituídos por uma maioria de indivíduos do sexo feminino (77%), com idade média de 70 anos, viúvos (44%) e casados (28,8%), católicos (64%), 37,5% possuíam o ensino fundamental, 43,5% eram naturais do interior do Estado de São Paulo e 29,9% da capital, 43,5% moravam em casa própria, situadas na região oeste (50% dos idosos do grupo 1) e na região central (92,3% do grupo 2). Todas as residências possuíam infra-estrutura (água encanada, luz elétrica e rede de água e esgoto). A maior parte dos idosos havia se aposentado (67,4%) e dispunha de 3,5 salários mínimos de renda média. A renda média familiar era de 6 salários mínimos e a renda per capita de 3 salários mínimos. Em 46,6% das famílias dos idosos do grupo 1, nenhuma pessoa trabalhava, enquanto no grupo 2, em 46,1% das famílias, duas pessoas trabalhavam.

Na avaliação quantitativa da qualidade de vida dos idosos usuários dos programas do GAMIA (grupo 1) e do CSGPS (grupo 2), realizada no início e ao final do atendimento por esses programas, concluímos que:

1. A qualidade de vida medida pela aplicação do WHOQOL-Abreviado mostrou:

1.1. No grupo 1 obteve-se uma diferença estatisticamente significativa entre as duas fases no domínio “físico” ($p=0,03$), demonstrando que o tempo inicial diferiu do tempo final (64,40-74,04). Nos demais domínios (“psicológico”, “relações sociais”, e “meio ambiente”) e na avaliação da “qualidade de vida geral”, não houve diferença estatisticamente significativa entre os tempos inicial e final do programa.

1.2. No grupo 2, não houve diferença estatisticamente significativa em nenhum domínio deste instrumento, nas fases inicial e final da participação deste grupo no programa de saúde do idoso, o que também ocorreu nas duas questões que avaliam a qualidade de vida geral.

2. A qualidade de vida avaliada pelo SF-36 mostrou:

2.1. No grupo 1 pode-se observar uma diferença estatisticamente significativa para o componente “estado geral da saúde” nas fases inicial e final ($p=0,020$) e também para o domínio “vitalidade” ($p=0,029$), indicando que os idosos avaliaram que a sua saúde melhorou, assim como o seu nível de energia, na fase final do programa. Para os demais componentes: “capacidade funcional”, “aspectos físicos”, “dor”, “aspectos sociais”, “aspectos emocionais” e “saúde mental”, não houve uma diferença estatisticamente significativa entre os tempos.

- 2.2. No grupo 2, notou-se uma diferença estatisticamente significativa entre o componente “estado geral da saúde” inicial e final ($p=0,025$). Já nos demais componentes, não houve uma diferença estatisticamente significativa entre as fases.

Conclui-se, portanto, que o componente “estado geral da saúde”, mostrou uma diferença estatisticamente significativa nos dois grupos.

Na avaliação qualitativa da qualidade de vida dos idosos usuários dos programas do GAMIA (grupo 1) e do CSGPS (grupo 2), realizada no início e ao final do atendimento por esses programas, concluímos que:

3 - As categorias específicas que surgiram foram:

- 3.1. Nos depoimentos, reivindicação de alguns benefícios e satisfação com outros, generosidade, espiritualidade e problemas familiares.
- 3.2. No grupo focal, manifestação de pertença ao grupo, empregabilidade e funções dos gamistas e pós-(gamistas).
- 3.3. Pela análise do significado que os idosos, usuários dos programas de saúde do idoso do GAMIA (grupo 1) e do CSGPS (grupo 2) atribuíram à sua qualidade de vida nas duas fases do estudo, pode-se concluir, que valorizaram o envelhecimento ativo e empreendem esforços para obtê-lo, praticando atividades físicas e se inserindo em ações comunitárias, por intermédio de programas voluntários. Muitos desenvolvem a religiosidade/espiritualidade. A gratidão a Deus pela saúde e pela família foi uma constante nas falas dos idosos. A alegria de viver surgiu como receita do que é ser saudável, assim como a independência e a autonomia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

8 - Considerações Finais

A longevidade tornou-se a questão mais instigante deste início do século 21, propondo-se como um grande desafio científico, social, político e filosófico. A “2ª Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento”, que a ONU promoveu em Madri, de 8 a 12 de abril de 2002, estabeleceu novas diretrizes de estudo e trabalho para os países membros: que “nunca mais viver mais tempo deverá ser encarado como uma exceção ou um fardo”. E que o paradigma do “envelhecimento saudável”, que norteou a prática da política dos governos nas décadas passadas, deve ser substituído pelo do “envelhecimento ativo”. Esta se constitui em uma proposta revolucionária, significando reformular a vida de maneira a poder continuar produzindo, mas de acordo com os objetivos individuais autênticos e com as necessidades da sociedade. Esperança para tantos, desconforto para muitos, uma vez que esta concepção vem demonstrar que “o problema do idoso” não é só dele, mas de todos nós.

No Brasil, na área da saúde do idoso, o grande marco foi a publicação pelo Ministério da Saúde, em dezembro de 1999, da Portaria n°. 1395, que instituiu a Política Nacional de Saúde do Idoso. O grande desafio do momento é a operacionalização de suas diretrizes dentro do contexto atual. A OMS estimulou ações e iniciativas que visam à mudança do modelo assistencial da saúde do idoso, privilegiando a atenção integral ao idoso e de forma mais humanizada, com ações de prevenção de agravos, proteção e recuperação da saúde.

A OMS recomenda que todos os esforços devem ser empreendidos para garantir a capacidade funcional e, portanto, o envelhecimento ativo, o qual depende da interação dos seus seis determinantes: pessoais e biológicos, de comportamento, sociais, econômicos, meio ambiente físico e os serviços de saúde.

Enfatizamos neste estudo, os Serviços de Saúde como desafio para o envelhecimento ativo e a melhoria da qualidade de vida dos idosos, porque seu foco foi avaliar a qualidade de vida de idosos inseridos em dois Serviços Públicos de Saúde.

Os Serviços em que os idosos da nossa amostra participaram atuam na perspectiva apontada pela OMS. São modelos didático-assistenciais de referência, contando com a atuação de equipe multidisciplinar. No entanto, o desafio posto é para o Sistema de Saúde como um todo. Ele precisará se organizar para atender a esta demanda crescente, numa perspectiva da promoção da saúde, prevenção de doenças e acesso equitativo a cuidados de atenção primária e de longa duração.

Também se fazem necessárias a articulação e a integração dos ministérios setoriais para a elaboração de um Plano de Ação Governamental para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso, a qual estabeleceu direitos sociais, garantindo autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, como instrumento de direito próprio de cidadania.

O estudo mostrou que as etapas quantitativa e qualitativa foram complementares, fornecendo-nos uma visão abrangente e integradora da qualidade de vida dos idosos estudados, podendo-se confirmar que ela

demonstrou ser individualmente percebida, estando de acordo com a posição dos idosos na vida, com o seu sistema cultural e com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, conforme preconiza a definição de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde.

Os idosos que buscaram os programas de saúde do idoso do GAMIA e do CSGPS já possuíam boas condições físicas e mentais, antes mesmo de iniciarem suas participações nestes programas, o que nos leva a reconhecer que a responsabilidade por envelhecer bem seria, em última instância, do próprio indivíduo. Na verdade, a preocupação com estilos de vida é salutar, uma vez que, atualmente, se tem conhecimento de seu impacto na prevenção ou no desencadeamento de muitas enfermidades. No entanto, esta preocupação é apenas um dos elementos, em um conjunto de condicionantes que também precisam ser consideradas, tais como as condições da existência, o ambiente, a assistência médica, entre outras, envolvendo o sistema de saúde como um todo.

Os resultados obtidos neste estudo levaram-nos a reforçar a necessidade de se trabalhar para a busca de uma mudança cultural, no sentido da implantação efetiva de uma política de promoção da saúde e de assistência aos idosos, que lhe propiciem um envelhecimento ativo e a conseqüente melhoria da qualidade de vida.

Somos todos responsáveis pela formação de uma “opinião pública” que nos conduza a uma postura de positividade em relação ao idoso, para que ele seja reconhecido como produtivo, capaz, experiente, mas também portador de necessidades específicas e, sobretudo, digno de respeito como

pessoa e cidadão. Desta forma, poderemos nos preparar para o rápido e inexorável processo de envelhecimento da nossa população.

Envelhecer com boa qualidade de vida é possível. Esta foi a revelação mais importante e emocionante que este estudo nos trouxe. Apesar das inúmeras condições adversas do nosso País que influem diretamente na população de idosos, como um sistema de saúde inoperante e aposentadorias irrisórias, ao mesmo tempo estão sendo criadas alternativas institucionais importantes, como os programas de saúde destinados aos idosos. São programas ligados a Instituições de Ensino de repercussão nacional, como o CSGPS, que faz parte da Faculdade de Saúde Pública da USP, e o GAMIA, do Hospital das Clínicas da FMUSP, constituindo-se em modelos didático-assistenciais de atenção ao idoso, os quais, demonstrando os benefícios que trazem à assistência e ao ensino da geriatria e gerontologia, deverão ser expandidos para outras realidades.

Como observou o investigador sul-africano Yatch, “o profissional da ‘nova’ saúde pública seria aquele treinado em países em desenvolvimento numa perspectiva integrada, onde assuntos como antropologia, sociologia e epidemiologia, entre outros, seriam intrinsecamente articulados num mesmo arcabouço. Essa pessoa estaria então apta a melhor junção de métodos e disciplinas quando requisitada a abordar problemas” (in Cotrin, 1996).

Apesar destes programas beneficiarem uma pequena parcela de idosos, propiciam uma reação em cadeia, educativa, à medida que os participantes divulgam o que aprendem durante o desenvolvimento dos programas, imbuídos da responsabilidade de serem agentes multiplicadores.

Observamos que outras iniciativas surgiram a partir destas participações nos referidos programas, para a continuidade da agregação dos grupos e preservação dos vínculos formados, como reuniões realizadas nas residências dos idosos para a comemoração de aniversários, organização de bazares e outras atividades. Estas iniciativas nos levam à indicação de que são os próprios idosos que vão nos dar os parâmetros das suas necessidades para se organizarem como grupo social.

Aprendemos muito com eles! As respostas que nos deram nos formulários fechados e nos seus depoimentos espontâneos, de forma colaboradora, revelaram que eles possuíam um grande tesouro e que desejavam reparti-lo. Esta riqueza é a sua própria vida, que tivemos a feliz oportunidade de compartilhar com eles durante os meses do estudo.

Aprendemos que a qualidade de vida pode ser conseguida com muito pouco e que independente de recursos econômicos vastos, é possível ser feliz e que se pode desejar e conquistar a liberdade a cada dia. “Ser diferente a cada dia, sentir-se vivos e alvoroçados”, dito por uma mulher de 68 anos, e entrar no movimento proposto por um idoso do grupo do GAMIA para viver intensamente a vida:

“VAMOS VOAR!”

ANEXOS

Anexo A

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

DESCRIÇÃO DO ESTUDO E OBJETIVOS: Você está sendo convidado a participar de pesquisa sobre a qualidade de sua vida. Este estudo é importante para saber como você se sente ao procurar este programa de promoção da saúde. Vou fazer algumas perguntas, que não terão outro efeito, senão o de estudar a qualidade de vida dos usuários destes programas.

Durante o período do estudo, você continuará sendo atendido no GAMIA e no Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza. Este estudo não tem relação com o seu tratamento e seu atendimento nestas Instituições.

PARTICIPAÇÃO E INTERRUPÇÃO: Sua participação neste estudo é voluntária. Se você não quiser participar, você pode se recusar e nada mudará com relação a seu atendimento no GAMIA ou qualquer outra Unidade do Hospital das Clínicas e no Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza. Se você aceitar este convite, você pode mudar de idéia a qualquer momento e interromper sua participação no estudo, sem problema.

BENEFÍCIOS E RISCOS: Se você aceitar participar deste estudo, você pode ser beneficiado ao pensar sobre a qualidade da sua vida. Além disso, este estudo poderá servir de base para analisar suas expectativas em relação à participação nestes programas. Como você sabe, o programa de promoção da saúde do idoso é uma proposta nova que Secretaria de Saúde criou e que está se espalhando por todo o País.

CONFIDENCIALIDADE: Sua identidade não será divulgada. Será mantido sigilo absoluto.

Declaro que li e entendi as informações que me foram transmitidas acima e concordo em participar deste estudo.

Local e data _____	Local e data _____
Nome do idoso _____	Nome do pesquisador _____
Nome da testemunha _____	Nome da testemunha _____
Assinatura da testemunha _____	Assinatura da testemunha _____

Se quiser qualquer outra informação a respeito desta pesquisa e/ou de fatos relacionados a ela, ligue para 3085-6930.

Anexo B**CESSÃO GRATUITA DE DIREITOS DE DEPOIMENTO ORAL**

Pelo presente documento, eu _____

Nacionalidade (estado civil) profissão

CPF nº _____ Carteira de Identidade nº _____

emitida pelo _____

domiciliado e residente em _____ à _____

declaro ceder à
responsável pela pesquisa: “Envelhecimento ativo: desafio dos serviços de
saúde para a melhoria da qualidade de vida dos idosos”, sem quaisquer
restrições quanto aos seus efeitos patrimoniais e financeiros, a plena
propriedade e os direitos autorais do depoimento de caráter histórico e
documental que prestei à pesquisadora *Sandra Márcia Ribeiro Lins de
Albuquerque*, na cidade de São Paulo, em ____/____/____, num total de
_____ gravadas.

A pesquisadora fica conseqüentemente autorizada a utilizar, divulgar e
publicar, para fins científicos, o mencionado depoimento no todo ou em
parte, editado ou não, bem como permitir a terceiros o acesso ao mesmo
para fins idênticos, segundo suas normas, com a única ressalva de sua
integridade e indicação de fonte e autor.

São Paulo, _____

Assinatura do Entrevistado

Se quiser qualquer outra informação a respeito desta pesquisa e/ou de fatos
relacionados a ela, ligue para o telefone 3085-6930 para falar com a pesquisadora
responsável pela mesma – Sandra Márcia Ribeiro Lins de Albuquerque.

Anexo C**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP
SERVIÇO SOCIAL - AVALIAÇÃO SOCIAL**

Etiqueta

Instituto: _____

Data da Entrevista...../...../.....

Entrevistado: _____

Unidade: Ambulatório ()

Internação ()

Emergência ()

VINCULAÇÃO AO HOSPITAL:

SUS () Pagante ()

CONVÊNIO () : Empresa () Pessoal ()

Qual: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**D. Nasc:** _____ **Sexo:** M () F () **Religião:** _____ **Nat.:** _____**Escolaridade:** _____ **Ocupação:** _____

ativo() inativo() desemp.()

Previdenciário: Sim () Não () **Benefício:** Sim () Não () **Qual:** _____**Situação Conjugal:** Com companheiro(a) () Sem companheiro(a) ()**Endereço:** _____ **n.º** _____ **aptº** _____**Bairro:** _____ **Mun.:** _____ **UF:** _____ **Fone:** (____) _____**Local de Acolhimento em São Paulo:**

Pensão () Hotel () Casa de Parentes/ Amigos () Instituição () Casa de Apoio ()

Endereço: _____**Tel.:** _____ **Contato:** _____

COMPOSIÇÃO FAMILIAR

NOME	PARENT.	IDADE	ESCOLAR.	OCUPAÇÃO
PACIENTE				

N.º de pessoas que trabalham na casa: () _____ Renda Familiar _____ () SM

CONDIÇÕES DE HABITAÇÃO:• **Relação de Propriedade:**

Cedida ()
 Alugada ()
 Financiada ()
 Própria ()
 Própria/ terr. alheio ()
 Ocupada/ invadida ()

• **Tipo de Moradia:**

– Particular-permanente: Casa ()
 Apto ()
 Barraco ()
 – Coletiva: Cortiço ()
 Alojamento ()
 Pensão ()
 Instituição ()

Infra-Estrutura Urbana: Total () Parcial () _____ Inexistente ()

Banheiro: Individual () Coletivo ()
 Interno () Externo ()

N.º de Pessoas na Habitação: _____

N.º de Cômodos: _____

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Data

Anexo D

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEVA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo E

SF-36 PESQUISA EM SAÚDE-	SCORE: _____
---------------------------------	---------------------

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é (circule uma)

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

2. **Comparada há um ano atrás**, como você classificaria sua saúde em geral agora ?

(circule uma)

Muito melhor do que há um ano atrás	1
Um pouco melhor agora do que há um ano atrás	2
Quase a mesma de um ano atrás	3
Um pouco pior agora do que há um ano atrás	4
Muito pior agora do que há um ano atrás	5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido a sua saúde**, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a) Atividades vigorosas 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 o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de sua saúde física**?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a) Você diminuiu 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 em outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldade de fazer o 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 o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso) ?

(circule uma em cada linha)

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

6-Durante as últimas quatro semanas, de que maneira a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram na suas atividades sociais normais, em relação a família , vizinhos, amigos, ou em grupo ?

(circule uma)

De forma nenhuma 1

Ligeiramente2

Moderadamente.....3

Bastante.....4

Extremamente.....5

7. Quanto a dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

(circule uma)

Nenhuma1

Muito leve.....2

Leve3

Moderada.....4

Grave5

Muito grave6

8. Durante as **últimas quatro semanas** quanta dor interferiu no seu trabalho normal (incluindo tanto trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(circule uma)

De maneira alguma1

Um pouco.....2

Moderadamente.3

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

(circule um número em cada linha)

	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 sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio 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 animá-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 e 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 do seu tempo a sua **saúde física ou problemas emocionais** interferiram com as suas atividade sociais (como visitar, amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

- Todo o tempo.....1
- A maior parte do tempo.....2
- Alguma parte do tempo.....3
- Um pequena parte do tempo.....4
- Nenhuma parte do tempo.....5

11. Quão **verdadeira** ou **falsa** é **cada** uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdadeira	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente do 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 F

Roteiro para entrevista: individual e grupal

Hoje vamos falar sobre: ENVELHECIMENTO, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA.

- O que significa ser idoso hoje em São Paulo?
- O sr (a) acha que é saudável?
- O que facilita e o que dificulta ter condições para ser saudável?
- Seria possível introduzir a “alegria de viver” como ingrediente na receita do que é ser saudável?
- Qual é o seu entendimento sobre “Qualidade de Vida?”.
- Esta entrevista é uma oportunidade para explorar o “sentido da sua vida” e pensar: “quem eu sou”, “o que fiz”, “estou satisfeito (a) comigo mesmo (a)”, “aproveito a vida”, “estou satisfeito com o apoio que recebo da minha família e amigos?”. Gostaria de comentar sobre estas questões?

REFERÊNCIAS

10. Referências

Alberti V. *História oral: a experiência do Cpdoc-Centro de Pesquisa de História Contemporânea do Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Documentário da FGV; 1989.

Albuquerque SMRL, Gazetta MLB, Katsuda TS, Nação EF, Nascimento CL, Raiza O, Salimene ACM, Santilli MLV, Strong MI. Perfil socioeconômico da população usuária dos ambulatórios do complexo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais; 1989; Natal. *Anais*. p.34.

Albuquerque SMRL. *Assistência domiciliar: diferencial na qualidade de vida do idoso portador de doença crônica* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2001.

Albuquerque SMRL. *Qualidade de vida do idoso: a assistência domiciliar faz a diferença?* São Paulo: Casa do Psicólogo; Cedecis; 2003.

Assis M, Hartz ZMA, Valla VV. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão de literatura científica no período de 1990 a 2002. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9:557-81.

Assis M. *Promoção da saúde e envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI, UERJ* [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2004.

Beavoir S. *A velhice: as relações com o mundo*. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1970; 2:302.

Beresin R. *Caracterização de aspectos psicossociais e qualidade de vida de idosos antes e após a participação em um grupo de atendimento multidisciplinar* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002.

Bertaux D. L'approche biographique: sa validité méthodologique, ses potentialités. *Cah Int Social*.1980; 69:197-225.

Bosi E. *Memória e sociedade: lembrança de velhos*. 2a ed. São Paulo: Companhia das Letras; 1993.

Bowling, A. Health related quality of life: a discussion of the concept, its use and measurement. In: Bowling A, editor. *Measuring disease: a review of disease specific quality of life measurement scales*. Philadelphia: Open University Press; 1995. p.1-19.

Brasil. Ministério da Saúde. *Promoção da saúde: Adelaide, Sundsvall, Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México*. Brasília: Secretaria de Política de Saúde; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. *Redes estaduais de atenção à saúde do idoso: guia operacional e portarias relacionadas*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Brazier JE, Harper R, Jones NMB, O'Cathian A, Thomas KJ, Unsherwood T, Westlake L. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ*. 1995; 305:160-4.

Brito FC, Litvoc J. *Prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Atheneu; 2004. p.1-15.

Bullinger M. German translation and psychometric testing of the S.F36. Health survey: preliminary results from the IQOLA project. *Soc Sci Med*.1995; 41:1359-66.

Buss PM. *Promoção da saúde e saúde pública*. Rio de Janeiro: ENSP; 2000.

Butler RN, Lewis MI. *Sexo e amor na terceira Idade*. São Paulo: Summus; 1985.

Camarano AA, organizadora. *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1999.

Candeias NM. An integrated approach to the planning of health promotion. *Rev Esc Enfermagem*. 1996; 30:149-66.

Chackie J, Schkolnik. Latin América: overview of the fertility transition, 1950-1990. In: Guzmán JM, editor. *The fertility transition in Latin América*. Oxford: Oxford University Press; 1996. p. 322-51.

Chaimowicz, F. *Os idosos brasileiros no século XXI – demografia, saúde e sociedade*. Belo Horizonte: Postgraduate Brasil; 1998. p. 61-82.

Cardano M. Il sociólogo e le sue muse: qualità e quantità nella ricerca sociológica. *Rassegna Italiana di Sociologia*. 1991; 32(2): 181-223.

Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Saúde Pública e Envelhecimento. Cad Saúde Pública*. 2003; 19 (3): 725-33.

Ciconelli, RM. *Tradução para o português e validação do questionário genérico de qualidade de vida “Medical Outcomes study 36 – Item Short Form Health Survey” (SF – 36)* [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 1997.

Cotrim BC. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abusos de substâncias. *Rev Saúde Publica*. 1996; 30(3): 285-93.

Daniel CM, Gates R. *Pesquisa de marketing*. São Paulo: Pioneira: Thoman Learning; 2003.

Derntl AM, Watanabe HAW. Promoção da saúde. In: Litvoc J, Brito FC, editores. *Prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 37-45.

Ebrahim, S. Clinical and public health perspectives and applications of health related quality of life measurement. *Soc Sci Med*. 1995; 41:1383-94.

Erikson CG. *Focus groups and other methods for increased effectiveness of community intervention* – a review. *Scand J Prim Health Care Supply*. 1988; 1:73-80.

Evans DR. Enhancing quality of life in the population at large. In: Omney DM, Brown RI, Fry PS, editors. *Improving the quality of life. Recommendations for people with and without disabilities*. Dordrech: Kluwer Academic Publ.; 1994.

Erbolato RMPL. Relações sociais na velhice. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, editores. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002; 15:958-64.

Farquhar M. Elderly people's definitions of quality of life. *Soc Sci Med*. 1995a; 41:1439-46.

Farquhar M. Definitions of quality of life: a taxonomy. *J Adv Nurs*. 1995 b; 22: 502-8.

Fleck, MPA, Chachamovich E, Louzada S, Pinzon V, Santos L, Vieira G. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL 100). *Rev Saúde Publica*. 1999; 34:198-205.

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida "WHOQOL – bref". *Rev Saúde Publica*. 2000; 34:178-83.

Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini LM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev Saúde Publica*. 2003; 37: 793-9.

Freitas SM. *História oral: possibilidades e procedimentos*. São Paulo: Humanitas; 2002.

Frias LAM, Carvalho JAM. Encontro Nacional de Estudos Populacionais da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Belo Horizonte. *Anais*, 1994; 2:23-46.

Focesi E. *Saúde escolar: promoção e educação em saúde*. *Insight Psicoter*. 1996; 6 (2/3): 24-6.

Gill T M, Feinstein A R. A critical appraisal of the quality of life measurements. *JAMA* 1994; 272:619-26.

Goldstein LL, Sommerhalder C. Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e velhice. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, editores. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002; 114: 950-6.

Gordilho A, Sérgio J, Ramos LR. *Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso*. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade; 2000.

Gracia Guillén D. *Ética de la calidad de vida*. España: Universidad Madrid; 1998 [apostilla].

Guillemin F. The value of utility: assumptions underlying preferences and quality adjusted life years (editorial). *J Rheumatol*. 1999; 34:1861-3.

Gutiérrez E organizador. *Mulher na menopausa: declínio ou renovação?* Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1997.

Guyatt GH, Jaeschke R, Feeny DH, Patrick DC. Measurements in clinical trials:choosing the right approach. Spilker B, editor. *Quality of life and pharmaeconomics in clinical trials*. 2a ed. Philadelphia: Lippincott; 1996. p. 41-8.

Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Backett EM, Williams J, Papp E. A quantitative approach to perceived health status: a validation study. *J Epidem Comm Health*. 1980; 34: 281-6.

Iervolino, SA. *Escola promotora de saúde: um projeto de qualidade de vida* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2000.

IBGE (Fundação Instituto de Geografia e Estatística), 2002. Dados sobre população do Brasil, PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) 2001. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 19 nov. 2004.

Jacob Filho W. *Prática a caminho da senectura*. São Paulo: Atheneu; 2003.

Kalache A. Ageing in developing countries. In: Pathy MSJ, editor. *Principles and practice of geriatric medicine*. Nova Iorque: John Wiley & Sons. 1991.

Kalache A. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev Saúde Pública*, 1996; 21(3): 200.

Kaplan R. Medicina Geriátrica: en la búsqueda de la inserción hospitalaria. *Rev ARG Geriatria Gerontol*. 1986; 22:1.

Kaplan RM, Anderson JP, Wu AW. Aplications in AIDS, cystic fibrosis and arthritis. *Med Care*: 1989; 27: 27- 43.

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MN. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963; 185:914-9.

Jenkinson C. Evaluating the efficacy of medical treatment possibilities and limitations. *Soc Sci Med*. 1995; 41:1395-401.

Lawton MP. Environmental and other determinants of well-being in older people. *Gerontologist*. 1983; 23:349-57.

Luz MT. As conferências nacionais de saúde e as políticas de saúde da década de 80. *Saúde e sociedade no Brasil*. Rio de Janeiro: Abrasco; 1994.

Litvoc J, Paschoal SMP, Mota MJS, Lobo SV, Jacob Filho W. Situação da qualidade de vida de um grupo de idosos ao final de um programa anual de acompanhamento: utilização de instrumento de qualidade de vida SF-36. XII Congresso de Geriatria e Gerontologia; 2000; Brasília. *Anais*.

Leavel HR, Clark EG. *Medicina preventiva*. São Paulo: Mc Graw Hill do Brasil; 1976.

Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians: a work paper*. Ottawa; 1978.

Martinelli ML, organizadora. *Pesquisa qualitativa: um instigante desafio*. São Paulo: Veras Editora; 1999. p.19-143.

Mascaro SA. *O que é velhice?* São Paulo: Brasiliense; 2004. p. 11-34.

McHorney CA, Ware Jr. JE, Raczek AE. The MOS 36 – Item Short Form Health Survey (SF-36): II Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care*. 1993; 31: p. 247-63.

Medical Subject Headings-2000. *National Library of Medicine*. Department of Health and Human Services; v.41, p.700.

Minayo MCS, organizadora. *Saúde em estado de choque?* 2a ed. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo; 1987. p. 9-20.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento. *Pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO; 1998. p.197-254.

Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência Saúde Coletiva*. 2000; 5:7-18.

Minayo MCS, Coimbra Jr. CEA. *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2002. p. 11-35 .

Moreira MM. *Envelhecimento da população brasileira* [tese]. Belo Horizonte: Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais; 1997.

Musschenga AW. The relation between concepts of quality of life, health and happiness. *J Med Philos*. 1997; 22:11-28.

Neri AL, organizadora. *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas: Papirus; 1993.

Néri AL, Freire AS organizadoras. *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papirus; 2000. p. 23-31.

Neri AL. *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas: Papirus; 2001. p. 141-58.

Nussbaum MC, Sen A. *Non-Relative Virtues: an Aristotelian Approach*. *Midwest Stud Phil*. 1996; 13: 28-49.

Nordenfelt L, editor. *Concepts and measurement of quality of life in health care*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1994. p. 19-33.

Organização Panamericana da Saúde 1992. Declaração de Santa Fé de Bogotá. In: Ministério da Saúde/ Fiocruz. *Promoção da Saúde: cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Brasília: Ministério da Saúde/ IEC; 1996. p. 41-7.

Paschoal SMP. *Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião [dissertação]*. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2001.

Paschoal SMP. *Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do impacto clínico [tese]*. São Paulo. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2005.

Papaléo Netto, M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, editores. *Tratado de geriatria e gerontologia*. São Paulo: Guanabara Koogan; 2002. p. 2-12.

Pinquart M, Sorensen S. Influences of socioeconomic status, social network and competence on subjective well being in later life: a meta- analysis. *Psychol Aging* ; 2000. 15(2):187-224.

Prado SD, Sayde JD. *A pesquisa sobre envelhecimento humano no Brasil: grupos e linhas de pesquisa*. Ciência Saúde Coletiva. 2004; 9 (1) 57-68.

Prado SD, Sayde JD. *A pesquisa sobre envelhecimento humano no Brasil: pesquisadores, temas e tendências*. Ciência Saúde Coletiva. 2004; 9(3) 763 -72.

Patton M Q. *Qualitative evaluation methods*. Beverly Hills: C A Sage; 1987.

Queiroz MIP. *Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva*. São Paulo: T.A. Queiroz Editor; 1991. [Série 2 – textos; Biblioteca Básica de Ciências Sociais; 7] p. 81-119.

Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, editores. *Tratado de geriatria gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 72-8.

Reis IN, Vianna MB. Proposta e análise de indicadores para reorientação do serviço na promoção da saúde: um estudo de caso no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. *Ciência Saúde Coletiva*. 2004; 9(3): 697-709.

Rosen G. *Da política médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Editora Graal;1980.

Rowe JW, Kahn RL. Human aging: usual and successful. *Science*. 1987; 37 (4): 143-5.

Scharaiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev Saúde Pública*. 1995; 29(3): 63-74.

Sen A.K. *Desigualdade reexaminada*. Tradução, apresentação de Mendes. R.D. Rio de Janeiro: Record; 2001. p. 11-9.

Setién ML. Salud. In: Setién ML, editor. *Indicadores Sociales de Calidad de Vida*. Un Sistema de Medición aplicado ao País Vasco. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 1993. 133:17-409.

Serapioni M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciência Saúde Coletiva*. 2000; 5(1): 187-92.

Sigerist H. The social sciences in the medical school. In: Sigerist H, organizator. *The University at the crossroad*. Nova York: Henry Schumann Publisher; 1946; p.35-72.

Szalai A. *The Meaning of comparative research on the quality of life*. Beverly Hills: Sage Publications; 1989.

Tamburini M. Twenty years of research of the evaluation of quality of life in medicine. In: Tamburini M. *Quality of life assessment in Medicine Glamm Interative*. 3 ed; CD-Rom for Windows 95&98. 1998.

Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. *New England Med J*. 1996; 334(13): 835-40.

The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*.1995; 41: 1403-9.

Thompson EP. *A miséria da teoria ou um planetário de erros*. Rio de Janeiro: Zahar;1981.

United Nations. *World Population Prospects: the 1996 revision*; New York: Department of Economic and Social Affairs. Population Division; 1988/99.

Veras RP. *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.

Veras RP. *Terceira idade: gestão contemporânea em saúde*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará:UnATI/Uerj; 2002.

Veríssimo LF. O parâmetro humano. *Rev Caros Amigos Especial*. 2001; 8:30.

Vasconcelos EM. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos Serviços de Saúde. In: Vasconcelos EM, organizador. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec; 2001.

Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. *SF-36 Health Survey*. Manual and Interpretation Guide. Boston: New England Medical Center; 1993.

Ware JE, Kosinski M, Bayliss MS, Mc Horney CA, Rogers WH, Rezek A. Comparison of methods for the scoring and statistical analyses of SF-36 health profile and summary measures;summary results from the medical outcomes study. *Med Care* 1995; 33: 264- 79.

Westphal MF. *Recursos educativos e método de avaliação em promoção da saúde*; 2002 [apostila].

Westphal MF, Bogus LC, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Bol Oficina Sanitária Panamericana*. 1996; 75:120.

Wood-Dauphine S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going. *J Clin Epidemiol.* 1999; 52: 355-63.

Wong LR. Transição anunciada ou sobreviventes surpreendidos: mudanças demográficas na evolução da terceira idade nas Grandes Regiões do Brasil (1995-2020). *Relatório científico* [mimeo]. 1999.

Wong LR. A projeção da fecundidade: um exercício aplicado ao Brasil para o período 1991-2020. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais Brasil 500 anos: mudanças e continuidade. CD-ROM. Recife: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2000 a.

Wong LR, Carvalho JAM, Aguire A. *Duración de la transición demográfica em América Latina y su relación com el desarrollo humano*. In: *Estúdios Demográficos y Urbanos*. El Colégio de México. 2000 b; 43:185-208.

Wong LR, Moreira M M. Envelhecimento e desenvolvimento humano: as transformações demográficas anunciadas na América latina (1950-2050). In: *Reunião Nacional de Investigación Demográfica en México: balance y perspectivas de la demografia nacional ante el nuevo milênio* 6. México, 31 jul. 04 ago.; 2000 c.

Wong LR, organizador. *O envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade: subsídios para políticas orientadas ao bem-estar do idoso*. Belo Horizonte: Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional. Universidade Federal de Minas Gerais. Associação Brasileira de Estudos populacionais; 2001.

World Health Organization. Carta de Otawa. In: Ministério da Saúde/ Fiocruz. *Promoção da Saúde: cartas de Otawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Brasília: Ministério da Saúde/ IEC; 1986. p. 11-18.

World Health Organization. Declaração de Adelaide. In: Ministério da Saúde/ Fiocruz. *Promoção da Saúde*: cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde/IEC;1988. p. 19-30.

World Health Organization . Declaração de Sundsvall. In: Ministério da Saúde/ Fiocruz. *Promoção da Saúde*: cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá.Brasília: Ministério da Saúde/ IEC; 1991. p.31-40.

World Health Organization. Declaración de Yakarta. In: Buss PM, editor. *Promoção da Saúde e Saúde Pública*. Rio de Janeiro: ENSP; 1997; p. 174-8.

World Health Organization/NMH/NPH 2002. *Active ageing*: a policy framework.[citado em 17maio 2005].Disponível em: <http://www.who.int/hrp/ageing>