UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

REGINA CÉLIA ERMEL

QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA:

COMPARAÇÃO BRASIL - PORTUGAL

SÃO PAULO

2012

REGINA CÉLIA ERMEL

**QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA:
COMPARAÇÃO BRASIL - PORTUGAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do Título de Doutor em Ciência.

Área de Concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Professora Doutora Lislaine Aparecida Fracolli

São Paulo

2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Ermel, Regina Célia

Qualidade de vida da pessoa idosa: comparação Brasil - Portugal / Regina Célia Ermel. - São Paulo, 2012.

195 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Lislaine Aparecida Fracoli

Área de concentração: Cuidado em saúde

1. Saúde do idoso – Brasil, Portugal 2. Saúde pública 3.

Idosos 4. Qualidade de vida I. Título..

Nome: Regina Célia Ermel

Título: QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA: COMPARAÇÃO BRASIL - PORTUGAL

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Cuidado em saúde

Aprovado em: __/__/__

Banca Examinadora

Prof. Doutor _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Doutor _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Doutor _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Doutor _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Doutor _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

*À Lislaine, minha querida orientadora,
Professora Doutora, Lislaine Aparecida Fracoli,
Da Escola de Enfermagem
Universidade de São Paulo
São Paulo – Brasil.*

*À Margarida, minha querida professora,
Professora Doutora, Margarida Maria da Silva Vieira,
Do Instituto de Ciências da Saúde
Universidade Católica Portuguesa
Porto – Portugal.*

Agradecimentos

*Aos meus queridos idosos
que participaram desta pesquisa,
tanto no Brasil quanto em Portugal.*

MUITO OBRIGADA!

*“Porque aos seus Anjos dará ordem a teu respeito,
para que te guarde em todos os teus caminhos.”*

Salmo, 91:11.

À Lourdes, minha querida mãe,

Carta à Minha Mãe

*Quis visitar-te o anônimo jazigo
Em que a humildade em paz se nos revela,
Contemplo a cruz, antiga sentinela,
Erguida ao lado de um cipreste amigo.*

*Busco a memória e vejo-te comigo;
Estamos sob o verde de aquarela,
Teu sorriso na túnica singela
É luz brilhando neste doce abrigo.*

*Recordo o ouro, Mãe, que não quiseste,
Subindo para os sóis do Lar Celeste
Para ensinar as trilhas da ascensão...*

*Venho falar-te, em prece enternecida,
Do amor imenso que me deste à vida,
Nas saudades sem fim do coração.*

Auta de Souza/Chico Xavier

Ermel, RC. Qualidade de vida da pessoa idosa: comparação Brasil - Portugal [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

RESUMO

Avaliar a qualidade de vida vem assumindo importância cada vez mais relevante nos últimos anos, particularmente no que diz respeito a sua mensuração, quer individual quer coletivamente. Quando constatamos que a população idosa no mundo está aumentando significativamente, assim como as políticas públicas internacionais construídas para atender às necessidades de saúde dessa população, fica evidente a importância de se realizarem estudos sobre a saúde e a qualidade de vida dos idosos, que envolvam diferentes países e, mais ainda, do ponto de vista deles próprios. Nesse contexto, esta investigação teve como objetivo avaliar e comparar a qualidade de vida dos idosos brasileiros e portugueses. Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório, descritivo, comparativo e com delineamento transversal, em dois diferentes cenários: o município de Marília (Brasil) e o município do Porto (Portugal). Foram sujeitos deste estudo 349 idosos brasileiros e 100 idosos portugueses, usuários do serviço público de atenção básica, com autonomia física e psicológica e com idade igual ou superior a 60 anos. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas, com os instrumentos de qualidade de vida denominados WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD da Organização Mundial da Saúde. A qualidade de vida geral, medida pelo WHOQOL-BREF, mostrou-nos que o escore médio dos idosos do Brasil foi 63,32 e dos idosos de Portugal foi 51,13. As médias dos escores melhor avaliados por domínios e por ordem crescente, no Brasil e em Portugal, respectivamente, foram: Brasil: “meio ambiente” (56,30), “físico” (63,46), “psicológico” (66,07) e “relações sociais” (66,52). Portugal: “físico” (47,71), “psicológico” (57,13), “meio ambiente” (60,03) e “relações sociais” (61,17). A qualidade de vida dos idosos brasileiros também foi avaliada por meio do instrumento WHOQOL-OLD e os escores avaliativos por faceta, em ordem crescente foram: “autonomia” (58,66), “participação social” (59,68), “atividades passadas, presentes e futuras” (64,40), “intimidade” (67,51), “funcionamento dos sentidos”

(73,81) e “morte e morrer” (75,37). Os idosos, tanto no Brasil quanto em Portugal, avaliaram positivamente a qualidade de vida em todos os domínios e facetas do WHOQOL e as variáveis que mais contribuíram para esta avaliação positiva foram relações pessoais, apoio que recebem dos amigos, ambiente físico onde moram, cuidados de saúde que recebem e o meio de transporte que utilizam. Concluímos que, comparativamente, a qualidade de vida foi mais bem avaliada pelos idosos do Brasil do que pelos idosos de Portugal. Tendo em vista que o WHOQOL é um instrumento cuja avaliação é feita segundo a percepção do participante sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, ou seja, a partir da sua subjetividade, o fator subjetivo presente nesta avaliação, exige que se considerem os fatores sociais, culturais e econômicos que caracterizam cada população e consequentemente influenciam a percepção sobre a qualidade de vida. Desse modo, as diferenças sociais e demográficas encontradas nesse estudo, entre os idosos do Brasil e Portugal, podem ajudar a compreender as diferentes avaliações de qualidade de vida. Entende-se que o intercâmbio de conhecimento e de práticas de saúde, desenvolvido em diferentes países e voltado para os idosos, pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida dessa população específica.

Descritores: Idosos. Saúde do Idoso. Saúde Pública. Qualidade de vida. Brasil. Portugal.

Ermel, RC. Life quality of elderly people: comparison Brazil-Portugal [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

ABSTRACT

Assessing the quality of life is becoming an increasingly relevant topic in recent years, particularly with regard to its measurement, both individually and collectively. When it was verified that the elderly population in the world is increasing significantly as well as international public policies built to meet the health needs of this population, it became evident the importance of further studies on the health and life quality of the elderly, involving different countries and, more, from their own standpoint. In this context, this investigation aimed to evaluate and compare the quality of life of Brazilian and Portuguese elderly people. This is a quantitative, exploratory, descriptive, comparative and cross-sectional study, in two different scenarios: the city of Marília (Brazil) and the city of Porto (Portugal). Study participants were 349 Brazilian elderly people and 100 Portuguese elderly people, users of basic public service, with physical and psychological autonomy and aged 60 or over 60. Data collection was conducted through interviews, with tools of life quality named WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD from the World Health Organization. The quality of general life, measured by WHOQIL-BREF, showed that the average score of elderly people in Brazil was 63.32 and in Portugal it was 51.13. The average of the best evaluated scores, by fields and in an ascending order, in Brazil and in Portugal was, respectively: Brazil: “environment” (56.30), “physical” (63.46), “psychological” (66.07) and “social relations” (66.52). Portugal: “physical” (47.71), “psychological” (57.13), “environment” (60.03), and “social relations” (61.17). Life quality of elderly Brazilian people was also assessed using WHOQOL-OLD and the evaluative scores for facet, in ascending order were: “autonomy” (58.66), “social participation” (59.68), “past, present and future activities” (64.40), “intimacy” (67.51), “functioning of senses” (73.81) and “death and dying” (75.37). The elderly, both in Brazil and in Portugal, evaluated positively the life quality in all areas and facets of WHOQOL and the variables that contributed most to this positive

assessment were personal relations, support from friends, physical environment where they live, health care they receive, and means of transportation they use. It was concluded that, in comparison, life quality was better assessed by the elderly in Brazil than by the elderly in Portugal. Considering that WHOQOL is a tool whose evaluation is done according to participants' perception on their position in life, on the context of culture, and on the lived value systems, that is, from its subjectivity, the subjective factor present in this evaluation requires consideration of social, cultural and economic factors that characterize each population and consequently influence the perception of life quality. Thus, the social and demographic differences found in this study, between the elderly in Brazil and in Portugal, can help to understand the different assessments of life quality. It is understood that the exchange of knowledge and health practices, developed in different countries and aimed at the elderly, can contribute to improving quality of life in this specific population.

Descriptors: Elderly people. Health of the elderly. Public Health. Quality of life. Brazil. Portugal.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Dimensões de Saúde e Bem-Estar (apresentada por Labonté, adaptado de Blaxter).....	47
Figura 2	Mapa - Localização de Marília em São Paulo, Brasil, 2011	62
Figura 3	Mapa - Localização da cidade do Porto em Portugal, 2011.....	64

LISTAS DE QUADROS

Quadro 1	Domínios e facetas do WHOQOL-BREF	72
Quadro 2	Alpha de Cronbach, por domínio do WHOQOL-BREF, e país, 2011	77
Quadro 3	Alpha de Cronbach, por faceta do WHOQOL-OLD, Brasil, 2011	77
Quadro 4	Descritiva do escore do domínio geral do WHOQOL-BREF (0 a 100). Marília, SP, Brasil. 2011	83
Quadro 5	Estatística descritiva, domínio geral do WHOQOL-BREF, por pontuação. Marília, SP, 2011	84
Quadro 6	Descritivo dos escores do WHOQOL-BREF, por domínio (0 a 100). Marília, SP, Brasil, 2011	85
Quadro 7	Estatística descritiva, domínio físico do WHOQOL-BREF, por pontuação. Marília, 2011	86
Quadro 8	Estatística descritiva, domínio psicológico do WHOQOL- BREF, por pontuação. Marília, 2011	87
Quadro 9	Estatística descritiva, domínio relações sociais do WHOQOL-BREF, por pontuação. Marília, 2011	88
Quadro 10	Estatística descritiva, domínio meio ambiente do WHOQOL-BREF, por pontuação. Marília, 2011	89
Quadro 11	Descritivo dos escores do WHOQOL-OLD, por facetas (0 a 100), Marília, SP, Brasil, 2011	90
Quadro 12	Estatística descritiva, faceta funcionamento dos sentidos do WHOQOL-OLD, por pontuação. Marília, 2011	91
Quadro 13	Estatística descritiva, faceta autonomia do WHOQOL- OLD, por pontuação. Marília, 2011	92
Quadro 14	Estatística descritiva, faceta atividades passadas, presentes e futuras do WHOQOL-OLD, por pontuação. Marília, 2011	93
Quadro 15	Estatística descritiva, faceta participação social do WHOQOL-OLD, por pontuação. Marília, 2011	94
Quadro 16	Estatística descritiva, faceta morte e morrer do WHOQOL-OLD, por pontuação. Marília, 2011	95
Quadro 17	Estatística descritiva, faceta intimidade do WHOQOL- OLD, por pontuação. Marília, 2011	96
Quadro 18	Descritiva do escore do domínio geral do WHOQOL- BREF (0 a 100). Porto, Portugal, 2011	99
Quadro 19	Estatística descritiva, domínio geral do WHOQOL-BREF, por pontuação, Porto, Portugal, 2011	100
Quadro 20	Descritiva dos escores do WHOQOL-BREF, por domínio (0 a 100). Porto, Portugal, 2011	101
Quadro 21	Estatística descritiva, domínio físico do WHOQOL-BREF, por pontuação. Porto, 2011	102
Quadro 22	Estatística descritiva, domínio psicológico do WHOQOL- BREF, por pontuação. Porto, 2011	103
Quadro 23	Estatística descritiva, domínio relações sociais do WHOQOL-BREF, por pontuação. Porto, 2011	104
Quadro 24	Estatística Descritiva, domínio meio ambiente do WHOQOL-BREF, por pontuação. Porto, 2011	105
Quadro 25	Descritiva dos escores dos domínios do WHOQOL-BREF, por país, (0 a 100), 2011	108

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Facetas e itens do WHOQOL-OLD	74
Tabela 2	Perfil dos entrevistados segundo o sexo, Marília, 2011	79
Tabela 3	Faixa etária dos entrevistados, Marília, 2011	79
Tabela 4	Idade média dos entrevistados, Marília, 2011	80
Tabela 5	Perfil dos entrevistados segundo a cor da pele, grau de instrução, estado civil, religião, atividade profissional e estrutura familiar, Marília, 2011	80
Tabela 6	Renda familiar dos entrevistados, Marília, 2011	81
Tabela 7	Tipo de moradia dos entrevistados, Marília, 2011	81
Tabela 8	Doença atual referida pelos entrevistados, Marília, 2011	82
Tabela 9	Participação em algum grupo de atividades, Marília, 2011	82
Tabela 10	Prática de atividade física, Marília, 2011	83
Tabela 11	Perfil dos entrevistados segundo o sexo, Porto, 2011	97
Tabela 12	Faixa etária dos entrevistados, Porto, 2011	97
Tabela 13	Idade média dos entrevistados, Porto, 2011	97
Tabela 14	Perfil dos entrevistados segundo o grau de instrução, estado civil e atividade profissional, Porto, 2011	98
Tabela 15	Doenças referidas pelos entrevistados, Porto, 2011	98
Tabela 16	Perfil dos entrevistados segundo o sexo, idade, estado civil, escolaridade, aposentadoria e patologia referida, por país, 2011	106
Tabela 17	Análise descritiva, qualidade de vida geral do WHOQOL-BREF, por país, (0 a 100). 2011	107

LISTA DE SIGLAS

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CAJ - Centro de Atendimento a Jovens

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS/MS - CNS - Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde

CRE - Coping Religioso Espiritual

CREA - Centros de Referência em Assistência Social

DATASUS - Empresa de Processamento de Dados do SUS

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IDH-L - Índice de Desenvolvimento Humano de Longevidade

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.

MEDLINE® - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde

ODPS - Obra Diocesana de Promoção Social

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PAII - Programa de Apoio Integrado a Idosos

PIAE - Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNI – Política Nacional do Idoso

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

PNPSPI - Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas

PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PORDATA - Base de Dados Portugal Contemporâneo

SABE - Saúde Bem-Estar e Envelhecimento

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SESI – Serviço Social da Indústria

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UCAF - Unidade Central de Assistência Farmacêutica

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UNATI - Universidade Aberta à Terceira Idade

UNESCO - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

UNESP - Universidade Estadual Paulista

UNIMAR - Universidade de Marília

UPA - Unidades de Pronto Atendimento

USF - Unidade de Saúde da Família

WHO - World Health Organization

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life Assessment

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	19
1. CAPÍTULO 1 - A PROBLEMÁTICA EM ESTUDO	
1.1. O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL ENQUANTO UMA QUESTÃO MUNDIAL.....	23
1.2. A POLÍTICA DE SAÚDE PARA A PESSOA IDOSA NO BRASIL E EM PORTUGAL.....	27
1.3. QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA: BREVE REVISÃO DA LITERATURA	35
1.4. OBJETIVOS.....	40
1.5. MARCO TEÓRICO.....	41
1.5.1. Qualidade de Vida e Promoção da Saúde: que intersecções podem ser feitas?	41
1.5.2. A Promoção da Saúde como Campo de Conhecimentos e Práticas.....	51
2. CAPÍTULO 2 – MÉTODOS	
2.1. MÉTODOS.....	61
2.1.1. Tipo de Estudo.....	61
2.1.2. Cenário de Estudo.....	62
2.1.3. Sujeitos da Pesquisa.....	66
2.1.4. Critérios de Inclusão.....	66
2.1.5. Tamanho das Amostras e Coleta dos Dados.....	67
2.1.6. Variáveis de Estudo.....	68
2.1.7. Instrumentos para Coleta de Dados no Brasil e em Portugal.	69
2.1.8. Análise dos Dados.....	75
2.2. PROCEDIMENTOS ÉTICO-LEGAIS.....	78
2.3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	79
2.3.1. Os Idosos de Marília.....	79
2.3.2. Os Idosos do Porto.....	97
2.3.3. Os Idosos Brasileiros e Portugueses.....	106
3. CAPÍTULO 3 – UM CAMINHO POSSÍVEL	
3.1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	110
3.2. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	153
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	162
5. APÊNDICES.....	175
6. ANEXOS.....	179

APRESENTAÇÃO

Cordial

Não pares, coração!

Temos ainda muito que lutar.

Que seria dos montes e dos rios

Da nossa infância

Sem o amor palpitante que lhes demos

A vida inteira?

Que seria dos homens desesperados,

Desamparados

Do conforto das tuas pulsações

E da cadência surda dos meus versos?

Não pares!

Continua a bater teimosamente,

Enquanto eu,

Também cansado

Mas inconformado,

Engano a morte a namorar os dias

Neste deslumbramento,

Confiado

Em não sei que poético advento

Dum futuro inspirado.

Miguel Torga

APRESENTAÇÃO

O envelhecimento demográfico mundial, que a partir do século XX foi marcado por um espetacular avanço da ciência e da tecnologia, é também um fator de preocupação na medida em que são necessárias novas políticas que satisfaçam as necessidades da população que envelhece.

Diante desse novo quadro político, social e demográfico, torna-se imperativo lançar um olhar crítico e reflexivo sobre as questões concernentes ao envelhecimento com qualidade de vida. O envelhecimento, apesar de constituir um processo natural, não ocorre de forma homogênea em todos os indivíduos. Cada idoso é um ser único que, ao longo da sua trajetória de vida, foi influenciado por eventos de natureza fisiológica, patológica, psicológica, social, cultural, ambiental e econômica, que influenciam sua qualidade de vida (Neri, 2001).

Nesse sentido, a promoção da saúde, constituindo um processo para dar às populações os meios de assegurar um maior controle sobre sua própria saúde e de melhorá-la, tem alcance global. Essa promoção compreende não só as ações que visam reforçar as aptidões e capacidades dos indivíduos, mas também as medidas que visam alterar a situação social, ambiental e econômica, de modo a reduzir os seus efeitos negativos sobre a saúde pública e sobre a saúde das pessoas (Brasil, 2006c).

A estratégia de promoção da saúde voltada para a população que envelhece está respaldada tanto no Brasil quanto em Portugal. No Brasil, por meio da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI e, em Portugal, por meio do Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas – PNPSPI.

O aumento da proporção de idosos na população geral e as particularidades que esta faixa etária apresenta apontam a necessidade do desenvolvimento de estudos por parte de profissionais da área da saúde. A investigação sobre as condições que

permitem uma boa qualidade de vida na velhice, bem como as variações que a idade comporta, revestem-se de grande importância científica e social (Fleck, 2003).

Tentar responder à aparente contradição que existe entre velhice e bem-estar, ou mesmo a associação entre velhice e doença, poderá contribuir para a compreensão do envelhecimento e dos limites e dos alcances do desenvolvimento humano. Além disso, possibilitará a criação de alternativas de intervenção, visando ao bem-estar de pessoas idosas (Fleck, 2003).

A Organização Mundial da Saúde, a partir do início dos anos 90, constatou que as medidas de qualidade de vida revestem-se de particular importância na avaliação de saúde, tanto dentro de uma perspectiva individual como social. O grupo da OMS, denominado World Health Organization Quality of Life Group (Grupo WHOQOL), desenvolveu uma escala, dentro de uma perspectiva transcultural, para medir qualidade de vida em adultos. Considerou, como características fundamentais, o caráter subjetivo da qualidade de vida (englobando aspectos positivos e negativos) e sua natureza multidimensional (Fleck et al., 2008).

O Grupo WHOQOL definiu qualidade de vida como a percepção do indivíduo na sua posição na vida, no contexto de sua cultura e dos sistemas de valores em que vive e em relação às suas expectativas, aos seus padrões e às suas preocupações. É um conceito bem abrangente, afetado de maneira complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças e convicções pessoais e por sua relação com o meio ambiente (Fleck et al., 2008).

Diante do exposto e adotando a definição de qualidade de vida proposta pelo Grupo WHOQOL, desenvolveu-se a presente investigação com o objetivo de avaliar a qualidade de vida dos idosos do município de Marília, SP, Brasil e da cidade do Porto, Portugal.

Há muito que este tema nos interessa e, no transcorrer do nosso percurso acadêmico, iniciamos uma reflexão mais aprofundada sobre o assunto, principalmente quando participamos do Grupo de Pesquisa “Modelos Tecno-

Assistenciais e a Promoção da Saúde”, sob a coordenação das professoras do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem da USP, Prof^a Dr^a Anna Maria Chiesa e Prof^a Dr^a Lislaine Aparecida Fraccolli, nossa atual orientadora.

No transcorrer da realização desta pesquisa, em 2010, graças ao convênio de mobilidade internacional entre a Universidade de São Paulo e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), tivemos a oportunidade de desenvolver o Programa de Doutorado no Exterior (Sanduiche), na Universidade Católica Portuguesa, sob a orientação da Professora Doutora Margarida Vieira, na cidade do Porto. Dentre outras inúmeras atividades, foi-nos permitida a coleta de dados junto aos idosos frequentadores dos Centros de Dia e também usuários da Atenção Básica de Saúde, na cidade do Porto. Deste modo, realizamos uma análise comparativa entre a qualidade de vida dos idosos brasileiros e portugueses.

Justificamos este estudo, na medida em que percebemos que avaliar a qualidade de vida vem assumindo importância cada vez maior nos últimos anos, particularmente no que diz respeito à sua mensuração, quer individual quer coletivamente. Quando constatamos que a população idosa no Brasil e em Portugal está aumentando significativamente, assim como as políticas públicas construídas para atender às necessidades de saúde dessa população, fica evidente a importância de se avaliar a qualidade de vida dos idosos, mais ainda a partir do ponto de vista deles próprios.

Com base no exposto acima, as questões norteadoras desta pesquisa foram:

- Qual a percepção de qualidade de vida dos idosos da cidade de Marília, SP, Brasil?
- Qual a percepção de qualidade de vida dos idosos da cidade do Porto, Portugal?

Assim, esta dissertação é composta por três capítulos.

No capítulo 1, fazemos uma reflexão sobre a problemática em estudo, ou seja, o envelhecimento populacional, as políticas públicas destinadas à pessoa idosa, a promoção da saúde e a qualidade de vida dos idosos, com base na revisão da literatura. No capítulo 2, apresentamos a parte empírica do estudo, ou seja, o trabalho de campo realizado. No capítulo 3, com base nos resultados da presente investigação, apresentamos as discussões dos resultados.

Por fim, apresentamos algumas considerações finais, nas quais tentamos realizar uma súpula das ideias principais deste estudo, bem como suas limitações, além de sugerirmos algumas orientações para estudos futuros.

Com este estudo, pretendemos oferecer subsídios para a compreensão das necessidades dos idosos atendidos na Atenção Básica de Saúde, por meio da avaliação da qualidade de vida e do conhecimento das variáveis que mais influenciaram na percepção da qualidade de vida desses idosos, e, ainda, desencadear algumas reflexões sobre as ações de promoção da saúde que devem ser realizadas com vistas a atender às necessidades de saúde da população idosa tanto no Brasil quanto em Portugal.

CAPÍTULO 1

A PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

Soneto de Aniversário

*Passem-se dias, horas, meses, anos,
Amadureçam as ilusões da vida
Prossiga ela sempre dividida
Entre compensações e desenganos.*

*Faça-se a carne mais envilecida
Diminuam os bens, cresçam os danos
Vença o ideal de andar caminhos planos
Melhor que levar tudo de vencida.*

*Queira-se antes ventura que aventura
À medida que a tēmpora embranquece
E fica tenra a fibra que era dura*

*E eu te direi: amiga minha, esquece...
Que grande é este amor meu de criatura
Que vê envelhecer e não envelhece.*

Vinícius de Moraes

1.1. O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL ENQUANTO UMA QUESTÃO MUNDIAL

O envelhecimento da população é um fenômeno de amplitude mundial, e, entre os motivos que levam pesquisadores a buscarem um maior entendimento sobre essa área de estudo, destaca-se a revolução demográfica que vem ocorrendo em vários países desde o último século. Essa mudança demográfica é caracterizada pela diminuição da taxa de fecundidade, aliada à queda da taxa de mortalidade em consequência tanto do avanço tecnológico como do aumento da longevidade.

O processo do envelhecimento populacional é frequentemente associado a países desenvolvidos como Japão, Itália, Portugal e Alemanha, entretanto, de acordo com dados da OMS, os países em desenvolvimento, como Índia, China e Brasil, concentram 70% das pessoas com mais de 60 anos (WHO, 2002).

O envelhecimento está acontecendo em todos os países, embora cada um esteja em uma fase diferente dessa transição. O resultado é que, em questão de anos, haverá mais idosos acima de 60 anos que crianças com menos de cinco. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o novo fator de impacto é justamente essa transição. Nos países europeus, prolongou-se durante décadas e agora está ocorrendo de maneira muito rápida nos países pobres e emergentes. Por exemplo, na França, passaram-se mais de 100 anos para que a porcentagem de idosos de 65 anos aumentasse de 7% para 14%, enquanto em sociedades como as de Brasil, China e Tailândia, este mesmo caminho demográfico foi percorrido em apenas 20 anos (WHO, 2002).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a população idosa como aquela a partir dos 60 anos de idade, mas faz uma distinção quanto ao local de residência dos idosos. Este limite é válido para os países em desenvolvimento, subindo para 65 anos de idade quando se trata de países desenvolvidos (OMS, 2009).

Esta mesma organização prevê que, em 2025, existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos no mundo, sendo que os muito idosos (com 80 ou mais anos) constituirão o grupo etário de maior crescimento. A estimativa é de que, em 2050, haverá cerca de 400 milhões de idosos com mais de 80 anos, frente aos 14 milhões que havia em meados do século 20. Ainda de acordo com a mesma fonte, a maior parte dessas pessoas (aproximadamente 75%) vive nos países desenvolvidos (OMS, 2009).

Portugal e Brasil não são exceções. Em Portugal, de acordo com os dados de 2011, do Instituto Nacional de Estatística (INE) existem 10.561.614 habitantes e desses, 19,0% são idosos. A expectativa de vida é de 81,8 anos para mulheres e 75,8 para homens (INE, 2011).

Os idosos não cessarão de aumentar em valor absoluto e em importância relativa. O peso dos idosos atingirá os 18,1% em 2020, enquanto a proporção de jovens diminuirá para 16,1%. Paralelamente, assistir-se-á ao aumento da proporção da população com 75 anos ou mais, que se elevará a 7,7% em 2020 (contra 5,6%, em 1995) (INE, 2011).

No Brasil, o panorama não é diferente. Os brasileiros estão vivendo mais. A constatação é do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que divulgou, em dezembro de 2010, a nova expectativa de vida dos brasileiros que é de 73,1 anos. As mulheres possuem uma expectativa de vida de 77 anos e os homens de 69,4 anos. Ainda, segundo o censo de 2010, a população brasileira é de 190.732.694 pessoas, sendo que aproximadamente 9,5% desta população têm 60 anos ou mais (IBGE, 2010).

O índice de envelhecimento (relação entre número de idosos e número de jovens) aponta para mudanças na estrutura etária da população brasileira. Em 2008, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos existiam 24,7 idosos de 65 anos ou mais. Em 2050, o quadro mudará e, para cada 100 crianças de 0 a 14 anos, existirão 172,7 idosos (IBGE, 2010).

Um exame das estruturas etárias projetadas mostra também a transformação nas relações entre pessoas que ingressam (e permanecem) nas idades ativas e aquelas que atingem as chamadas idades potencialmente inativas. Em 2000, para cada pessoa com 65 anos ou mais de idade, aproximadamente 12 estavam na faixa etária chamada de potencialmente ativa (15 a 64 anos). Já em 2050, para cada pessoa com 65 anos ou mais de idade, pouco menos de três estarão na faixa etária potencialmente ativa (IBGE, 2010).

O fenômeno do envelhecimento traz consigo problemas, como a necessidade de se prover aposentadoria para essa população e o aparecimento de doenças próprias da terceira idade. Isso acarreta, como consequência, altos custos para o Estado e, portanto, requer políticas sérias e consistentes para que se possa lidar bem com as consequências econômicas e de saúde relativas ao envelhecimento da população (Lebrão, Duarte, 2003).

Embora a tendência ao envelhecimento populacional tenha apontado para mudanças profundas em todos os setores da sociedade, esta transição demográfica tem maior impacto na saúde, devido à sua repercussão nos diversos níveis assistências e também à demanda por novos recursos. Consequentemente, surgem respostas governamentais a estas questões como as políticas públicas de atenção ao idoso (Paschoal, 2005).

O processo de envelhecimento populacional tem sido discutido e acompanhado por políticas públicas e medidas destinadas a proteger os idosos, como cidadãos cada vez mais presentes nas sociedades mundiais.

A primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, da Organização das Nações Unidas (ONU), pode ser citada como o marco mundial que iniciou as discussões direcionadas aos idosos. O fórum ocorreu em Viena na Áustria, no período de 26 de julho a 6 de agosto de 1982, com representação de 124 países de todo o mundo, incluindo Portugal e Brasil. Nesse fórum, foi estabelecido o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, posteriormente publicado em Nova Iorque em 1983 (ONU, 1982).

Esse Plano de Ação foi considerado um importante documento de estratégias e recomendações prioritárias nos aspectos econômicos, sociais e culturais do processo de envelhecimento de uma população e deveria ser baseado na Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1982).

Estabeleceram-se, então, alguns princípios para a implementação de políticas para o envelhecimento em torno de cinco eixos e sob a responsabilidade de cada país: independência, participação, cuidados, autorrealização e dignidade (ONU, 1982).

Após o primeiro plano, seguiu-se o Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento (PIAE), resultado da 2ª Assembleia Mundial do Envelhecimento realizada de 8 a 12 de abril de 2002, em Madri, promovida pela ONU. A necessidade desse encontro decorreu das mudanças sociais, culturais e tecnológicas em todo o mundo (ONU, 2003).

O PIAE é um documento amplo. Nele constam 35 objetivos e 239 recomendações para a adoção de medidas, dirigidas aos governos nacionais em parcerias com membros da sociedade civil e setor privado para a sua execução. Fundamentou-se em três princípios básicos: 1) Participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento, na força de trabalho e na erradicação da pobreza; 2) Promoção da saúde e bem-estar na velhice e 3) Criação de um ambiente propício e favorável ao envelhecimento (ONU, 2003).

As políticas públicas, para atuarem efetivamente, devem ser implementadas e especificamente voltadas para atender às necessidades de cada país. E para que as políticas voltadas para o envelhecimento populacional possam ser efetivas, é necessário apresentarem uma abordagem integrada em seus diversos setores, tais como saúde, seguridade social, economia e educação.

1. 2. A POLÍTICA DE SAÚDE PARA A PESSOA IDOSA NO BRASIL E EM PORTUGAL

1.2.1 A Política de Saúde da Pessoa Idosa no Brasil

No Brasil, até a década de 70 do século XX, os idosos recebiam, principalmente, atenção de cunho caritativo de instituições não governamentais, tais como entidades religiosas e filantrópicas. No aspecto legislativo, foram mencionados em alguns artigos, decretos-leis, leis e portarias, entre outros. Sobressaem artigos do Código Civil (1916), do Código Penal (1940), do Código Eleitoral (1965), além da Lei Nº 6.179 de 1974, que criou a renda mensal vitalícia e outros decretos-leis e portarias relacionados, particularmente, com as questões da aposentadoria (Rodrigues, 2001).

Somente após a primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento em 1982 e em reconhecimento à importância do envelhecimento populacional no Brasil, é que foi aprovada a Lei Nº 8.842, em 4 de janeiro de 1994, que estabelece a Política Nacional do Idoso (Brasil, 1994).

A Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada pelo Decreto Nº 1.948/96, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Brasil, 1996).

Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, relacionados ao tema, promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades em conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (Brasil, 1999).

Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde do Idoso apresenta como propósito basilar:

- Promoção do envelhecimento saudável;
- Manutenção da capacidade funcional;
- Assistência às necessidades de saúde do idoso;
- Reabilitação da capacidade funcional comprometida;
- Capacitação de recursos humanos especializados;
- Apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e apoio a estudos e pesquisas.

Em 2002, é proposta a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria nº 702/SAS/MS, de 2002), tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades, definidas pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) (Brasil, 2002a).

Como parte de operacionalização das redes, são criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002b) (Brasil, 2002b).

Todas as ações em saúde do idoso, previstas na referida Portaria, devem objetivar ao máximo, manter o idoso na comunidade, junto à sua família, da forma mais digna e confortável possível. Seu deslocamento para um serviço de longa permanência deve ser considerado com alternativa, somente quando falharem todos os esforços anteriores (Brasil, 2002b).

Em 2003, foi instituído o Estatuto do Idoso, por meio da Lei n.º 10.741, que traz a obrigação do Estado de garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, por meio da efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável, em condições de dignidade. O Estatuto do Idoso amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas. O Capítulo IV do Estatuto reza especificamente sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção (Brasil, 2003).

Assim, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social, além de inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde do Idoso.

Em fevereiro de 2006, foi publicado, por meio da Portaria nº 399/GM o documento Diretrizes do Pacto pela Saúde, que agrega três eixos: o pacto em Defesa do SUS, o pacto em Defesa da Vida e o pacto de Gestão do SUS (Brasil, 2006a).

O Pacto em Defesa da Vida definiu seis prioridades: Saúde do Idoso; controle do câncer do colo do útero e da mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde, com ênfase na atividade física regular e alimentação saudável e, finalmente, fortalecimento da atenção básica (Brasil, 2006a).

As ações estratégicas do Pacto, visando à saúde do idoso, são as seguintes:

- Implantar a caderneta de saúde da pessoa idosa;
- Divulgar o Manual de Atenção Básica e Saúde para a pessoa idosa;
- Incentivar o Programa de Educação Permanente a Distância;
- Estabelecer o processo do acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde;
- Estabelecer a assistência farmacêutica, desenvolvendo ações que visem qualificar a dispensação e o acesso da população idosa;
- Garantir atenção diferenciada a toda pessoa idosa internada em hospital ou atendida em ambulatórios, às institucionalizadas ou àquelas que tenham aderido ao Programa de Atenção Domiciliar;
- Estimular a atenção domiciliar.

A publicação do Pacto pela Vida, particularmente no que diz respeito à saúde da população idosa, representa, sem sombra de dúvida, um avanço importante. Entretanto, muito há que se fazer para que o Sistema Único de Saúde dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e às demandas de saúde da população idosa brasileira (Brasil, 2006a).

Dessa maneira, a participação da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde, em âmbito nacional, é de fundamental importância para a discussão e a formulação de estratégias de ação capazes de dar conta da heterogeneidade da população idosa e, por conseguinte, da diversidade de questões apresentadas (Brasil, 2006a).

Em 19 de outubro de 2006, foi publicada, por meio da portaria nº 2.528, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). A finalidade primordial dessa política é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros, com 60 anos ou mais de idade (Brasil, 2006b).

A PNSPI serve de apoio à Estratégia de Saúde da Família e traz como diretrizes:

- Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- Implantação dos serviços de atenção domiciliar;
- Acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitando o critério de risco;
- Fortalecimento da participação social;
- Formação e educação permanente dos trabalhadores de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;

- Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para trabalhadores de saúde, gestores e usuários do SUS;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas e à promoção da cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa.

1.2.2 A Política de Saúde da Pessoa Idosa em Portugal

Em Portugal, a legislação contempla leis específicas para a pessoa idosa. Neste estudo iremos sumariamente referi-las, reportando-nos aos últimos 26 anos da história recente de Portugal.

Em 1980, o Decreto-Lei nº464/80 dá início à reformulação dos comandos normativos da pensão social que é atribuída mensalmente às pessoas de idade igual ou superior a 65 anos que se encontram em situações de velhice ou de invalidez (Portugal, 1980).

O Decreto-Lei nº28/84 estabelece objetivos e princípios orientadores da ação social que tem como objetivo fundamental a prevenção de situações de carência, disfunção e marginalização social e a integração comunitária, e determina que a ação social destina-se também a assegurar especial proteção aos grupos mais vulneráveis, nomeadamente crianças, jovens, deficientes e idosos (Portugal, 1984).

A Resolução do “Conselho de Ministros” de 1988 cria a Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade. Em seu preâmbulo afirma que o envelhecimento da população na generalidade dos países europeus, é uma das questões mais atuais e mais influentes na formulação e no desenvolvimento das políticas sociais (Portugal, 1988).

As funções atribuídas à Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade são:

- Incentivar e promover o estudo global da problemática do envelhecimento da população portuguesa;
- Elaborar um relatório de análise prospectiva das questões relativas ao envelhecimento da população;
- Definir e propor medidas de políticas sociais articuladas e adequadas à resolução dos problemas deste grupo etário;
- Concitar o apoio e a colaboração dos serviços do Estado, das autarquias locais, das instituições de solidariedade social, das organizações não governamentais e de outras entidades, tendo em vista a adoção de medidas que garantam a melhor inserção social das pessoas idosas;
- Definir e propor ações de informação da população em geral sobre a problemática do envelhecimento, de forma a promover atitudes preventivas e a contribuir para a solidariedade intergerações.

O Decreto-Lei n.º30/89 define o regime do licenciamento e da fiscalização dos estabelecimentos com fins lucrativos que exerçam atividades de apoio social relativas ao acolhimento de crianças, jovens, idosos ou pessoas com deficiências. Define lares para idosos, centros de dia e serviços de apoio domiciliário (Portugal, 1989a).

Em 1989, o Decreto-Lei n.º141/89 e o Despacho Normativo n.º67/89 definem as condições de exercício e o regime de proteção social da atividade, realizada pela segurança social ou por outras entidades, e estabelece normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares com fins lucrativos de apoio a idosos (Portugal, 1989b).

Ainda em 1989, o Decreto-Lei n.º259/89 cria o Fundo de Estabilização Financeira da Segurança Social. E afirma que, em face das atuais dificuldades estruturais do sistema, impõe-se a adoção de medidas que possam introduzir maior flexibilidade, no sentido de se adotarem formas mistas de financiamento da segurança social, em que se combinem modalidades de capitalização com o atual sistema distributivo (Portugal, 1989c).

O Decreto-Lei n°391/91 cria e regulamenta o acolhimento familiar que consiste em integrar, temporária ou permanentemente, em famílias consideradas idôneas, pessoas idosas ou pessoas com deficiência, a partir da idade adulta. Define também outras providências (Portugal, 1991).

Em 1992, o Despacho Normativo n°75/92 consagra o direito da livre constituição de instituições particulares de solidariedade social não lucrativa. A norma IX estabelece as ações de apoio à população idosa, que devem ter em vista: garantir a autonomia e a segurança econômica dos idosos, de forma a estimular a sua participação na resolução dos seus próprios problemas e na vida social e cultural da comunidade; promover a existência de serviços e equipamentos adequados às necessidades da população idosa, privilegiando, sempre que possível, a manutenção do idoso no meio familiar e social e o apoio à família (Portugal, 1992).

Em 1994, foi criado o Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII), pelo Despacho conjunto dos Ministérios da Saúde e do Emprego e da Segurança Social. Este programa visa, em termos gerais:

- Criar condições para que o idoso se mantenha no seu domicílio pela disponibilização de diferentes serviços de natureza permanente e urgente;
- Dar apoio às famílias que cuidam de familiares dependentes como os idosos;
- Promover e apoiar ações de formação quer inicial, quer em exercício dos profissionais, voluntários, familiares ou outras pessoas da comunidade;
- Prevenir o isolamento, a exclusão, a dependência, concorrendo para a solidariedade intergerações e para a criação de postos de trabalho em todo o país (Portugal, 1994).

O Decreto – Lei n.º 102/97 cria a fundação do cartão do idoso com o duplo desafio, de apoiar e valorizar o estatuto dos idosos e de permitir a obtenção de benefícios especiais ao acesso de bens e serviços públicos e privados. Ao cartão atribui-se indiretamente uma função de socialização do idoso, com o objetivo de

evitar o isolamento e integrar socialmente os mais idosos por comportamentos coletivos (Portugal, 1997).

No período entre 1995 a 2002, o Programa de Apoio Integrado ao Idoso (PAII) continua a ser desenvolvido, mantendo-se inalteráveis os objetivos, a forma de funcionamento e de gestão, registrando-se apenas alterações na composição da comissão de gestão do Programa, com a extinção, em 1996, da Comissão Nacional para a Terceira Idade, que integrava essa comissão (Portugal, 2002).

Em 2004, a Direção Geral de Saúde de Portugal elaborou o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, que foi aprovado por despacho ministerial em junho de 2004. Este programa constitui um complemento às ações desenvolvidas por outros Programas Nacionais de Saúde em vigor, no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010 (Portugal, 2006).

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas assenta-se em três pilares fundamentais:

- Promoção de um envelhecimento ativo, ao longo de toda a vida;
- Maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas;
- Promoção e desenvolvimento intersetorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas.

Ao realizarmos uma breve comparação entre as políticas de saúde para as pessoas idosas tanto no Brasil quanto em Portugal, podemos observar algumas similaridades e diferenças.

Quanto à similaridade, observamos principalmente as políticas voltadas à promoção de um envelhecimento ativo e saudável. Quanto às diferenças, destacamos em Portugal a criação de um Decreto-lei (nº 391/91) voltado para o “acolhimento familiar” com a finalidade de se evitar ou retardar a institucionalização dos idosos. E no Brasil, a PNSPI (2006) que traz, como diretriz, o “apoio ao desenvolvimento de

estudos e pesquisas voltados à saúde da pessoa idosa” com uma legislação específica para essa atenção.

As recentes políticas públicas de saúde voltadas para a população que envelhece, tanto no Brasil quanto em Portugal, estão pautadas nas recomendações que foram definidas a partir do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, para a adoção de medidas e de ações com orientações prioritárias sugeridas pela ONU, entre elas a promoção da saúde e bem-estar na velhice (ONU, 2003).

1.3. QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA: BREVE REVISÃO DA LITERATURA

Na literatura é destacada a relevância científica e social de se investigarem as condições que interferem no bem-estar na senescência e os fatores associados à qualidade de vida dos idosos, a fim de se criarem alternativas de intervenção e serem propostas ações e políticas na área da saúde, buscando atender às demandas da população que envelhece (Paschoal, 2005).

Na medida em que a pessoa envelhece, sua qualidade de vida é fortemente determinada por sua habilidade de manter autonomia e independência, visto que autonomia se traduz na capacidade de decisão e de poder comandar a própria vida, e independência, na capacidade do idoso em realizar algo com seus próprios meios, sem necessitar da ajuda de outras pessoas (Paschoal, 2011).

Estudos que avaliam a qualidade de vida na velhice, bem como as variações da própria velhice, revestem-se de grande importância científica e social. Por meio de pesquisas dessa natureza, pode-se entender a importância de se medir a qualidade de vida, não apenas para traçar um retrato da velhice, mas para avaliar o impacto das condutas políticas e sociais, planejar ações e serviços, corrigir rumos, “alocar” recursos e, assim, contribuir para a melhoria da qualidade de vida dessa população específica (Fleck et al., 2003).

Nesse sentido, procurou-se, na literatura recente, nacional e internacional e nas bases de dados MEDLINE, LILACS e CINAHL, quais foram os estudos que avaliaram a qualidade de vida dos idosos, utilizando os instrumentos WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, com o objetivo de se identificar como os idosos perceberam a sua qualidade de vida e quais foram os domínios e facetas melhor avaliadas por esses idosos.

No período compreendido entre os anos de 2006 e 2011, encontraram-se dez estudos dessa natureza.

Fleck et al. (2006) desenvolveram estudo para validar o módulo WHOQOL-OLD em idosos residentes em Porto Alegre, RS. Os idosos avaliaram positivamente a qualidade de vida e as facetas melhor avaliadas foram “funcionamento dos sentidos” (78,85) e “atividades passadas, presentes e futuras” (71,70).

Paskulin e Molzahn (2007) compararam a qualidade de vida de idosos canadenses com idosos brasileiros e utilizaram o instrumento WHOQOL-BREF. Os idosos dos dois países perceberam positivamente a qualidade de vida. Os domínios melhor avaliados entre os idosos brasileiros foram o das “relações sociais” (75,10) e o “psicológico” (69,69) e, entre os idosos canadenses, o “meio ambiente” (80,18) e “físico” (75,57).

Beltrame (2008) avaliou a qualidade de vida de idosos diabéticos e não diabéticos, que frequentam grupos de convivência de idosos em Concórdia, SC. Nesse caso utilizou os instrumentos WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD e os idosos avaliaram positivamente a qualidade de vida. Os domínios do WHOQOL-BREF melhor avaliados, entre os idosos não diabéticos, foram o das “relações sociais” (84,1) e o “psicológico” (79,7). As facetas do WHOQOL-OLD melhor avaliadas foram “intimidade” (84,0) e “funcionamento dos sentidos” (82,7).

Silva (2008) descreve a qualidade de vida de idosos atendidos pelas equipes de saúde da família, no município de Rio Grande, RS, por meio do instrumento WHOQOL-BREF. Os idosos avaliaram medianamente a qualidade de vida. Os

domínios melhor avaliados foram o “psicológico” (63,1) e o das “relações sociais” (59,7).

Irigaray e Schneider (2008) avaliaram o impacto na qualidade de vida e no estado depressivo em idosas, participantes de uma Universidade da Terceira Idade, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Na avaliação, utilizaram o instrumento WHOQOL-BREF. Os idosos avaliaram positivamente a qualidade de vida e os domínios melhor avaliados foram o “meio ambiente” (69,53) e o “físico” (64,50).

Ferreira (2009) avaliou, em Portugal (por meio do instrumento WHOQOL-BREF), a qualidade de vida de idosos e de seus cuidadores, em diferentes contextos habitacionais. Independentemente do contexto habitacional onde viviam os idosos, estes avaliaram positivamente a qualidade de vida. Os domínios melhor avaliados foram o das “relações sociais” (69,05) e o “psicológico” (64,95).

Torres et al. (2009) estudaram a qualidade de vida em idosos dependentes (para suas atividades da vida diária), em uma cidade do interior do nordeste, por meio do instrumento WHOQOL-OLD. Os idosos avaliaram medianamente a qualidade de vida. As facetas com escores avaliativos maiores foram “morte e morrer” (72,1) e “intimidade” (53,2).

Gonçalves (2010) avaliou a qualidade de vida dos idosos portugueses (dependentes para as atividades da vida diária) e a dinâmica familiar desses idosos, utilizando o WHOQOL-BREF e o WHOQOL-OLD, sendo que os idosos perceberam medianamente a qualidade de vida. Os domínios do WHOQOL-BREF melhor avaliados foram o das “relações sociais” (76,3) e o “psicológico” (59,0). As facetas do WHOQOL-OLD, com escore avaliativo maior, foram “intimidade” (72,2) e “funcionamento dos sentidos” (68,8).

Braga et al. (2011) avaliaram a qualidade de vida dos idosos residentes em Juiz de Fora, MG, utilizando o WHOQOL-BREF e os idosos perceberam

positivamente a qualidade de vida, sendo os domínios melhor avaliados o das “relações sociais” (74,10) e o “físico” (60,90).

Gutierrez et al. (2011) mensuraram a qualidade de vida de idosos, frequentadores de centros de convivência no município de São Paulo, por meio do instrumento WHOQOL-BREF. Os idosos avaliaram positivamente a qualidade de vida. Os domínios melhor avaliados foram o “psicológico” (71,5) e o “físico” (66,0).

Nesta breve revisão, pode-se observar que entre os 10 estudos selecionados, os idosos perceberam positivamente a qualidade de vida em sete estudos. O domínio do WHOQOL-BREF melhor avaliado foi o das “relações sociais”, em 62,5% dos estudos, e a faceta do WHOQOL-OLD melhor avaliada foi “intimidade” (50,0 %).

Considerando que a definição de qualidade de vida, proposta pelo grupo WHOQOL, leva em consideração a percepção do indivíduo na sua posição na vida e no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vive, pode-se considerar que as diferenças encontradas nessa revisão podem ser atribuídas à avaliação subjetiva de qualidade de vida percebida por cada idoso, independentemente de fatores econômicos, sociais ou culturais.

Em 2010, duas investigações foram realizadas a fim de se identificar na literatura, nacional e internacional, nas bases de dados MEDLINE, LILACS e CINAHL, quais foram os instrumentos utilizados para avaliar a qualidade de vida dos idosos portugueses e brasileiros.

Em Portugal, encontraram-se 19 estudos e identificou-se que o instrumento mais utilizado para avaliar a qualidade de vida dos idosos portugueses, nos últimos 10 anos, foi a “Grelha de Avaliação de Qualidade de Vida do Idoso”. Este instrumento foi proposto e testado para a população portuguesa pela Direção Geral de Saúde de Portugal, desde 1995, o que talvez justifique a sua maior utilização. O instrumento é constituído por sete componentes: isolamento/ comunicação afetiva e

social, mobilidade, atividades de vida diária, atividade ocupacional, atividade lúdica, relação familiar e recursos econômicos (Ermel, Rego, Fracoli, Vieira, 2010).

No Brasil, selecionaram-se 19 estudos e constatou-se que o instrumento de avaliação de qualidade de vida mais usado (44,4%) tem sido o WHOQOL-OLD. Este instrumento é constituído por 24 itens divididos em seis facetas - funcionamento dos sentidos; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer e intimidade. Foi validado, no Brasil, por um grupo de pesquisadores, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Talvez isso explique o fato de ter sido o instrumento mais utilizado no Brasil nessa revisão (Ermel, Rego, Fracoli, Vieira, 2010).

Diferentemente de Portugal, o governo brasileiro não incorporou um instrumento de avaliação de qualidade de vida para informar e direcionar os cuidados aos idosos no país. Assim, avaliar a qualidade de vida na perspectiva da promoção, com a finalidade de construir ações específicas de promoção da saúde para os idosos, é uma abordagem inovadora e desafiadora para esta pesquisa.

A possibilidade de se comparar a percepção sobre qualidade de vida dos idosos moradores de diferentes países ajudará a iluminar a perspectiva de que as percepções (individuais e subjetivas) são construídas no contexto social e econômico onde as pessoas vivem e refletem sua satisfação com esse contexto.

1.4. OBJETIVOS

Geral:

Avaliar a qualidade de vida da pessoa idosa do município de Marília, SP, Brasil e na cidade do Porto, Portugal.

Específicos:

- Descrever o perfil sócio-demográfico e de saúde-doença dos idosos atendidos na Atenção Básica nas cidades de Marília, SP, Brasil e Porto, Portugal;
- Avaliar a qualidade de vida dos idosos de Marília e do Porto, segundo o domínio geral do WHOQOL-BREF;
- Avaliar a qualidade de vida dos idosos de Marília e do Porto, segundo os domínios “físico”, “psicológico”, “relações sociais” e “meio ambiente”, do WHOQOL-BREF;
- Avaliar a qualidade de vida dos idosos de Marília, segundo as facetas “funcionamento dos sentidos”, “autonomia”, “atividades passadas, presentes e futuras”, “participação social”, “morte e morrer” e “intimidade”, do WHOQOL-OLD;
- Comparar as características sociais, demográficas e de saúde-doença, dos idosos de Marília e do Porto;
- Comparar e avaliar a qualidade de vida dos idosos de Marília e do Porto avaliados pelo WHOQOL-BREF.

1. 5. MARCO TEÓRICO

1.5.1. Qualidade de Vida e Promoção da Saúde: que intersecções podem ser feitas?

Muito se tem estudado e pesquisado a respeito da qualidade de vida, como fator de promoção da saúde, devido à sua importância no contexto de saúde abordado nos dias de hoje. O termo qualidade de vida ainda não é bem determinado e isso tem provocado várias discussões acerca do seu significado.

A classe médica utiliza o termo dentro de um referencial clínico e considera-o como um movimento de melhoria nas condições de vida dos enfermos por meio de indicações técnicas (Minayo et al., 2000).

Para Minayo et al. (2000), qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, relacionada ao grau de satisfação encontrado na vida, no que diz respeito às dimensões familiares, amorosas, sociais e ambientais e está relacionada com o que cada sociedade considera como seu padrão de conforto e bem-estar. Portanto, se tivermos populações mais críticas e conscientes de seus direitos sociais, poderemos ter percepções diferenciadas de qualidade de vida.

Observa-se, a partir do exposto, que o termo qualidade de vida abrange muitos significados. Os dois últimos o relacionam com um indivíduo contextualizado e o meio ambiente em que ele vive tem influência no que se considera como qualidade de vida. Desta forma, o conceito varia numa mesma sociedade, dependendo do período em que está vivendo, dos valores e tradições de um povo e, muitas vezes, está relacionado com os padrões e concepções de bem-estar das camadas superiores da sociedade (Minayo et al., 2000).

O interesse pelo conceito de qualidade de vida na saúde é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas de saúde que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas.

O próprio SUS já incorporou essa nova visão de saúde, uma vez que o artigo 196 da Constituição de 1998 estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo, mediante políticas sociais e econômicas, a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Essa concepção de saúde considera, portanto, que ela está diretamente relacionada com aspectos econômicos, sociais, experiências pessoais e estilo de vida. Em vista disso, a melhoria da qualidade de vida passou a ser um resultado desejado e buscado pelas práticas assistenciais e pelas políticas públicas de saúde, como uma forma de promover saúde e prevenir doenças (Seidl, Zannon, 2004).

Chama-se atenção para uma questão muito importante: promoção de ótimas condições de sobrevivência não garante a melhoria da qualidade de vida da população, pois ela depende da possibilidade de os indivíduos usufruírem dessas condições (Seidl, Zannon, 2004).

Neste cenário, a qualidade de vida surge como aparato, ou, em uma instância mais ampla, como finalidade da promoção da saúde (Minayo et al., 2000).

Nos últimos anos, segundo os mesmos autores, o estreitamento da relação entre condições e qualidade de vida com a saúde tem aproximado os clássicos da medicina social em discussão. Tal discussão tem sido cada vez mais revigorada e atualizada e tem, como estratégia central, o conceito de promoção da saúde.

Para Minayo et al. (2000), ao se falar em qualidade de vida, o patamar material mínimo e universal refere-se à satisfação das necessidades humanas básicas, tais como alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer, ou seja, elementos materiais que têm como referência noções de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva.

Buss (2000) observa que, em países como o Brasil e outros da América Latina, a péssima distribuição de renda e o baixo grau de escolaridade, as condições precárias de habitação e do ambiente exercem um papel muito importante sobre as condições de vida e saúde da população.

Tal fato pode ser corroborado por um amplo estudo acerca das tendências da situação de saúde nas Américas, em que se mostra que os diferenciais econômicos entre os países são determinantes para as variações dos indicadores básicos de saúde e desenvolvimento humanos. Exemplo disso foi a redução da mortalidade infantil, o aumento da esperança de vida, o acesso à água e ao saneamento básico, o gasto em saúde, a fecundidade global e o incremento na alfabetização de adultos como função direta do Produto Nacional Bruto dos países. Esses podem constituir indicadores objetivos de avaliação da qualidade de vida (Buss, 2000).

Todavia, a dificuldade em mensurar os fatores subjetivos, referentes ao conceito, não pode excluí-los das reflexões acerca da temática. Mesmo que os critérios materiais sejam utilizados como indicadores, deve-se abordar a dimensão subjetiva a fim de que se tenha uma visão integral do conceito (Souza, Carvalho, 2003).

A qualidade de vida pode ser descrita, ainda, como uma noção eminentemente humana, que tem sido mensurada, de acordo com o grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e com a própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera como padrão de conforto e bem-estar (Minayo et al., 2000).

O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e de coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural (Minayo et al., 2000).

Percebe-se, por conseguinte, a importância de se considerar a integralidade dos diversos fatores envolvidos na chamada qualidade de vida, sejam estes objetivos, materiais ou subjetivos. Além disso, outro ponto fundamental é a percepção ou análise que os próprios sujeitos fazem, acerca de suas condições de vida, não considerando apenas a leitura que o profissional faz delas, afinal, ninguém melhor para avaliar seu contexto do que os próprios indivíduos inseridos nele (Lasmar, Ronzani, 2009).

Como se pode perceber, tal conceito torna-se, portanto, de difícil definição, pois engloba múltiplas dimensões, física, psicológica e social e cada uma comportando vários aspectos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) corrobora esta ideia da natureza multifatorial do conceito, englobando nele a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente (Fleck et al., 1999).

Nesse contexto, a definição proposta pela organização Mundial da Saúde é a que melhor traduz a abrangência do construto qualidade de vida. O Grupo denominado The World Health Organization Quality of Life Assessment (The WHOQOL Group), da OMS, definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação às suas expectativas, aos seus padrões e às suas preocupações” (The WHOQOL Group, 1995, p. 1404).

Observa-se ainda que três aspectos fundamentais sobre o construto qualidade de vida estão implícitos nesse conceito do Grupo WHOQOL:

A subjetividade, isto é, a perspectiva do indivíduo é o que está em questão. A realidade objetiva só conta na medida em que é percebida pelo indivíduo.

A multidimensionalidade, isto é, a qualidade de vida, é composta por várias dimensões. Este aspecto tem uma consequência métrica importante, a de que não é

desejável que um instrumento que mensure a qualidade de vida venha a ter um único escore, mas sim que a sua medida seja feita por meio de escores em vários domínios (por exemplo: físico, mental, social, etc.).

A presença de dimensões positivas e negativas determina que para uma “boa” qualidade de vida, é necessário que alguns elementos estejam presentes (p.ex., mobilidade) e outros se façam ausentes (p.ex., dor) (Fleck et al., 1999).

Nesse sentido, a qualidade de vida, ao englobar várias dimensões, exige que o profissional de saúde tenha uma visão integral do ser humano e seja capaz de articular ações que contemplem as necessidades dos indivíduos e dos grupos, em sua totalidade.

Quando procuramos por espaços de interseção entre a promoção da saúde e a qualidade de vida, encontramos autores como Labonté (1996), que tem constantemente organizado proposições teórico-práticas, que nos auxiliam a compreender e articular as dimensões de saúde com a promoção da saúde.

O modelo teórico, construído por Ronald Labonté para compreensão da promoção da saúde, representa um conceito dialético para a saúde e o bem-estar e destaca a existência de dimensões e interfaces que expressam a complexidade e a dinamicidade contida no processo saúde-doença, a partir da lógica do paradigma crítico da Promoção da Saúde (Labonté, 1996).

O modelo de Labonté (1996) extrapola a abordagem biomédica (centrada na doença) e comportamental (com ênfase nos fatores de risco e estilos de vida) das ações em saúde, agregando a positividade dos modelos antecessores às perspectivas socioambientais e emocionais, intrínsecas ao processo saúde-doença.

O diagrama ou holosfera de Labonté mostra as dimensões da saúde individual, bem como suas interseções que atingem o alcance do poder do indivíduo para controlar e alterar os determinantes de sua saúde. A interseção de todas as

dimensões expressa o bem-estar possível em um determinado momento histórico, dentro de um contexto macroestrutural da sociedade (Chiesa et al., 2009).

Para Labonté (1996), o trabalho da promoção da saúde pode adotar três enfoques distintos:

- Biomédico – que se preocupa com os grupos de risco, detecção precoce das doenças e o provimento de serviços de saúde;
- Saúde Pública – relacionado aos estilos de vida das pessoas, sendo que o trabalho em saúde está direcionado à elaboração de programas com a finalidade de modificar comportamentos de alto risco;
- Socioambiental – que direciona o trabalho a situações de vulnerabilidade psicossocial, valorizando o modo como o indivíduo lida com as situações.

Tais enfoques podem ser trabalhados separadamente, mas, ao final, podem unir-se para que haja efetivamente um trabalho de promoção da saúde de forma mais ampliada. Possibilitam assim, uma forma de extrapolar a abordagem biomédica (centrada na doença) e comportamental (com ênfase nos fatores de risco e estilos de vida) das ações em saúde, agregando a perspectiva socioambiental e emocional intrínseca ao processo saúde doença (Barros, 2011).

Figura 1: Dimensões de Saúde e Bem-Estar (apresentada por Labonté, adaptado de Blaxter).

Fonte: Figura adaptada de Labonté R. Health Promotion and empowerment: practice frameworks. Toronto: Center for Health Promotion, University of Toronto; 1993.

Para Labonté (1996), a saúde pode ser compreendida a partir de três dimensões, conforme é ilustrada na figura 1 e explicitada em seguida.

- Energia vital ou física, relacionada ao grau de vitalidade que o corpo biológico dispõe para realizar as atividades de vida diária.
- Projeto de vida ou emocional, que representa as emoções, as aspirações e os desejos e incide sobre o significado e o sentido de viver projetado pelo indivíduo;
- Vida comunitária ou social, que expressa os relacionamentos e as interações do indivíduo em seu entorno, por meio das representações e demais instituições sociais.

As interfaces dessas dimensões evidenciam a interseção entre as dimensões da saúde, controle sobre a vida, habilidades para fazer o desejado e relações sociais e

destacam a relação entre elas como campos de ação da promoção da saúde, em conjunto com indivíduos e grupos. (Labonté, 1996) Essas interseções podem ser assim definidas:

- Relações sociais: contemplam o potencial individual e/ou grupal de construir redes sociais, ter e manter relações participativas e solidárias com familiares, amigos, vizinhos, representantes comunitários e governamentais. Surgem da interseção das dimensões de energia vital e vida comunitária. Assim, identifica-se a necessidade de se obter um grau de vitalidade física, aliada à necessidade de participação junto a grupos ou a associações comunitárias, para usufruir de boas relações sociais. Trata-se do potencial de conectividade dos indivíduos e/ou dos grupos.
- Habilidades para fazer o desejado: compreendem a capacidade que o indivíduo apresenta para tomar decisões que resultem em sua autorrealização e outras conquistas pessoais. Abrangem um determinado grau de vitalidade física (energia vital) aliado a um determinado projeto de vida, para que ambos culminem com a satisfação nos afazeres.
- Controle sobre a vida: implica o domínio que o indivíduo possui sobre determinadas condições para exercer sua liberdade, mediante diferentes experiências e oportunidades na vida. Esse controle surge na interseção das dimensões projeto de vida e vida comunitária e diz respeito ao potencial de ação transformadora sobre as condições que prejudicam ou limitam a vida.

Conforme Barros (2011), ao se analisarem os domínios e as facetas do WHOQOL-BREF (instrumento que avalia a percepção de qualidade de vida) e as dimensões de saúde e bem-estar de Labonté, demonstrou-se que o instrumento WHOQOL-BREF é uma opção de ferramenta auxiliar para captação das dimensões de promoção da saúde.

O instrumento WHOQOL-BREF é composto por quatro domínios da qualidade de vida, sendo que cada domínio tem por objetivo analisar, respectivamente: a capacidade física, o bem-estar psicológico, as relações sociais e o

meio ambiente onde o indivíduo está inserido. Além desses quatro domínios, o WHOQOL-BREF é composto também pelo domínio que analisa a qualidade de vida global (Fleck, 2000).

Barros (2011) demonstra, então, que o WHOQOL-BREF tem relação com as dimensões da Promoção da Saúde propostas por Labonté, quando relaciona os domínios e facetas deste instrumento.

A dimensão Energia Vital - relacionada ao grau de vitalidade que o corpo biológico dispõe para realizar a vida diária - teve uma associação de 42,1% com as questões relacionadas ao domínio físico do WHOQOL-BREF.

O domínio Físico do WHOQOL-BREF tem como facetas: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividade da vida cotidiana, dependência de medicação e de tratamento e capacidade para o trabalho, consideradas avaliativas para a dimensão Energia Vital, de Labonté.

De acordo com os resultados de Barros (2011), as questões que se enquadram nessa dimensão estão intimamente relacionadas com a presença de morbididades e com a saúde no seu aspecto biológico, e, ainda, colaboram para a visão ampliada do biológico, pois se preocupam em analisar o quanto as comorbidades interferem no cotidiano do indivíduo e, conseqüentemente, em sua qualidade de vida.

A dimensão Projeto de Vida representa as emoções, as aspirações e os desejos e incide sobre o significado e o sentido de viver projetado pelo indivíduo, tendo uma associação de 15,8% com as questões do domínio psicológico do WHOQOL-BREF.

O domínio Psicológico do WHOQOL-BREF tem como facetas: sentimentos positivos, pensar e aprender, autoestima, imagem corporal, sentimentos negativos e espiritualidade. Para esta dimensão, tiveram consenso questões referentes ao sentido da vida, à satisfação consigo mesmo e à satisfação financeira.

No estudo de Barros (2011), observou-se que o WHOQOL-BREF incorpora a medida geral de bem-estar nos indicadores psicológicos e considera as várias áreas da vida (saúde, trabalho, moradia, educação, transporte, segurança, relacionamentos social e familiar, e finanças) na incorporação de tais indicadores.

A dimensão Vida Comunitária expressa os relacionamentos e interações do indivíduo em seu entorno, por meio das representações e das demais instituições sociais e apresentou um consenso de 42,1% com as questões do meio ambiente do WHOQOL-BREF.

O domínio Relações Sociais do WHOQOL-BREF tem como facetas: relações pessoais, apoio social e atividade sexual.

O domínio Meio Ambiente do WHOQOL-BREF tem como facetas: segurança física, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde, informação, recreação e lazer, ambiente físico e transporte.

Os domínios Relações Sociais e Meio Ambiente têm consenso com Vida Comunitária.

Ainda, segundo o estudo de Barros (2011), as questões referentes à dimensão da Vida Comunitária remetem à satisfação com o meio ambiente. Portanto a relação com a comunidade pode proporcionar uma melhor qualidade de vida, enfatizando que o meio social interfere na saúde da população, na medida em que ela incorpora hábitos, costumes e também propicia a relação de apoio entre os membros da comunidade.

O WHOQOL-BREF demonstra, ainda, contribuir para a ampliação do olhar do profissional de saúde na prática clínica, pois evidencia ter relação com todas as dimensões que direcionam as ações de promoção da saúde, tais como energia vital, projeto de vida e vida comunitária (Barros, 2011).

Chiesa (2003) refere que, para que ocorra a reorganização na atenção básica, com enfoque na melhoria da qualidade de vida da população, esse referencial apresenta grande potencial na revisão das tecnologias associadas ao cuidado.

1.5.2. A Promoção da Saúde como Campo de Conhecimentos e Práticas

O conceito moderno de promoção da saúde (e a prática consequente) surgiu e se desenvolveu, de forma mais vigorosa, nos últimos vinte e três anos, nos países desenvolvidos e, mais particularmente, no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental. Foram realizadas sete importantes conferências internacionais em que se desenvolveram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde.

A I Conferência Mundial de Promoção da Saúde ocorreu em 1986, na cidade de Ottawa, Canadá, tornando-se o principal marco de referência na constituição deste campo, tendo contribuído para ampliar as discussões sobre os determinantes da saúde e o objeto de ação de suas práticas. Desde então, o movimento de promoção à saúde vem concretizando este ideário ao enfatizar fatores sociais, econômicos e ambientais como determinantes da saúde (WHO, 1986).

Contando com participantes de 38 países, principalmente do mundo industrializado, a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde teve, como principal produto, a Carta de Ottawa (WHO, 1986), que se tornou, desde então, um termo de referência básico e fundamental no desenvolvimento das ideias de promoção da saúde em todo o mundo (WHO, 1986).

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 desse processo. Subjacente a este conceito, o documento assume que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. A saúde é entendida, assim, não como um objetivo em si, senão como um recurso fundamental para a vida cotidiana (WHO, 1986).

O documento aponta para os determinantes múltiplos da saúde e para a intersectorialidade, ao afirmar que o conceito de saúde como bem-estar transcende a ideia de formas sadias de vida e a promoção da saúde transcende o setor saúde. Afirma ainda, que as condições e requisitos para a saúde são paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (WHO, 1986).

Segundo a Carta de Ottawa, as três estratégias fundamentais da promoção da saúde são a sua defesa, capacitação e mediação, como estão definidas a seguir:

- A defesa da saúde consiste em lutar para que os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, bem como os mencionados pré-requisitos, sejam cada vez mais favoráveis à saúde;
- A capacitação visa assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios que permitam a todas as pessoas realizarem completamente seu potencial de saúde. Os indivíduos e as comunidades devem ter oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde. Ambientes favoráveis, acesso à informação, habilidades para viver melhor, bem como oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis estão entre os principais elementos capacitantes;
- A mediação deve ser realizada entre os profissionais e os grupos sociais, assim como pelo pessoal de saúde, pois todos têm a responsabilidade de contribuir para a mediação entre os diferentes interesses existentes na sociedade em relação à saúde.

A Carta de Ottawa propõe ainda cinco campos centrais de ações:

- Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis;
- Criação de ambientes favoráveis à saúde;
- Poder técnico e político das comunidades;
- Desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais;

- Reorientação do sistema de saúde.

A promoção da saúde propõe formulação e implementação de políticas públicas saudáveis, o que implica a construção da prioridade para a saúde entre políticos e dirigentes de todos os setores e em todos os níveis. As políticas públicas adequadas materializam-se por diversos mecanismos que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais, entre outras e por ações intersetoriais coordenadas que apontem para a equidade em saúde, distribuição mais justa da renda e políticas sociais (WHO, 1986).

A criação de ambientes favoráveis à saúde implica o reconhecimento da complexidade das nossas sociedades e das relações de interdependência entre diversos setores. A proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais, o acompanhamento sistemático do impacto que as mudanças no meio ambiente produzem sobre a saúde, bem como a conquista de ambientes que facilitem e favoreçam a saúde, como o trabalho, o lazer, o lar, a escola e a própria cidade, passam a compor centralmente a agenda da saúde (WHO, 1986).

O incremento do poder técnico e político das comunidades (*empowerment*) na fixação de prioridades, na tomada de decisões e na definição e implementação de estratégias para alcançar um melhor nível de saúde, é essencial nas iniciativas de promoção da saúde. Isso acarreta o acesso contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem sobre as questões de saúde por parte da população (WHO, 1986).

O desenvolvimento de habilidades e de atitudes pessoais favoráveis à saúde, em todas as etapas da vida, encontra-se entre os campos de ação da promoção da saúde. Para tanto, é imprescindível a divulgação de informações sobre a educação para a saúde, o que deve ocorrer no lar, na escola, no trabalho e em muitos outros espaços coletivos. Esse componente da Carta de Ottawa resgata a dimensão da educação em saúde, embora aqui também avance com a ideia de *empowerment*, ou seja, o processo de capacitação (aquisição de conhecimentos) e de poder político por parte dos indivíduos e da comunidade (WHO, 1986).

A reorientação dos serviços de saúde em direção da concepção de promoção à saúde, além do provimento de serviços assistenciais, está entre as medidas preconizadas na Carta de Ottawa. Fica claramente proposta a superação do modelo biomédico, centrado na doença como fenômeno individual e na assistência médica curativa, desenvolvido nos estabelecimentos médico-assistenciais como foco essencial da intervenção. O resultado são transformações profundas na organização e financiamento dos sistemas e serviços de saúde, assim como nas práticas e na formação dos profissionais (WHO, 1986).

As conferências internacionais seguintes não apenas reafirmaram os cinco eixos de atuação já apresentados na Carta de Ottawa, mas ampliaram diversos temas.

A II Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1988, em Adelaide (Austrália), teve como tema central as políticas públicas voltadas para a saúde, chamadas de Políticas Públicas Saudáveis (WHO, 1988).

No documento produzido nessa conferência, as políticas públicas são caracterizadas por interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas com relação à saúde e à equidade, bem como pelo compromisso com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população. Assim como em Ottawa, a Conferência de Adelaide enfatiza a participação de diversos setores como necessários para a produção de saúde. Ademais, a conferência aponta a ação comunitária como ponto central na promoção de políticas saudáveis (WHO, 1988).

A III Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1991 em Sundsvall (Suécia), aponta para a relação saúde/ambiente, tendo como tema central “Ambientes Favoráveis à Saúde”. Desse evento resultou a criação da Declaração de Sundsvall, que examina a situação de pobreza e de privação, em ambiente altamente degradado, que ameaça cada vez mais a saúde. Mostra que, doravante, o caminho deve ser o de tornar o ambiente físico, social, econômico ou político cada vez mais propício à saúde (WHO, 1991).

O documento aponta, ainda, a desigualdade social como tendo profundas implicações na saúde da população e propõe que a solução desses problemas se encontra na ação social para a saúde, bem como na mobilização dos recursos e da criatividade de indivíduos e comunidades (WHO, 1991).

A IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1997 em Jacarta (Indonésia), foi a primeira conferência internacional realizada em um país asiático e em desenvolvimento, com problemas estruturais extremamente sérios, o que acabou por reforçar os propósitos anteriormente delineados para a promoção da saúde e teve, como tema central, “A Promoção da Saúde no século XXI”. Foi a primeira a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde. Ressaltou em seu produto final - a Declaração de Jacarta - a paz, o abrigo, a instrução, a segurança social, as relações sociais, o alimento, a renda, o direito de voz das mulheres, um ecossistema estável, o uso sustentável dos recursos, a justiça social, o respeito aos direitos humanos e a equidade como elementos necessários e indispensáveis à saúde (WHO, 1997).

A V Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 2000 na Cidade do México (México), deu ênfase à importância de ações de promoção da saúde em nível local, nacional e internacional, por meio dos programas e das políticas governamentais, confirmando a necessidade de ações intersetoriais (Brasil, 2002).

A VI Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 2005 na cidade de Bangkok (Tailândia) reforçou mudanças no contexto da saúde global, incluindo a preocupação com o crescimento das doenças transmissíveis e crônicas, em que se incluem doenças cardíacas, câncer e diabetes. Levantou a necessidade de nomear e controlar os efeitos da globalização na saúde, como o aumento das iniquidades, a rápida urbanização e a degradação do meio ambiente. Procurou dar uma nova direção para a promoção da saúde, buscando alcançar saúde para todos a partir de quatro compromissos: desenvolvimento da agenda global, responsabilidade de todos os governos, meta principal da comunidade e da sociedade civil, necessidade de boa administração prática (WHO, 2005).

A VII Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Nairóbi (Quênia) em 2009, reforçou a importância do fortalecimento da autonomia comunitária como um componente essencial da promoção da saúde. Nesse evento, foi enfatizado que as melhorias sustentáveis, nos padrões de saúde das comunidades podem ser obtidas por meio da resposta aos problemas das comunidades e da avaliação com a partilha de ideias, opiniões e perspectivas dos atores (OMS, 2009).

Dentre os elementos das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde que dizem respeito à pessoa idosa, destacam-se:

- Educação sobre os principais problemas de saúde e sobre métodos de prevenção;
- Promoção do suprimento de alimentos e nutrição adequada;
- Abastecimento de água potável e saneamento básico apropriado;
- Imunização contra as principais doenças infecciosas;
- Prevenção e controle de doenças endêmicas;
- Tratamento apropriado das doenças comuns e das consequências de acidentes;
- Disponibilidade de medicamentos essenciais;
- Além de recursos sociais, como grupos de convivência, universidades abertas à terceira idade e o despertar para a atenção às capacidades físicas das pessoas idosas saudáveis ou fragilizadas.

A promoção da saúde tem exercido crescente influência na organização do sistema de saúde de diversos países e regiões do mundo. A partir da realização dessas conferências internacionais e regionais, tem-se observado uma evolução progressiva, mas também contraditória, com relação às suas premissas e estratégias. Essas contradições originam-se das diversas concepções de promoção da saúde que podem ser reunidas em dois grandes grupos: o comportamental, de mudanças de estilo de vida e aquele que busca articular o tema da saúde com a temática das condições e qualidade de vida (Buss, 2003).

É importante compreender que a promoção da saúde constitui um modo de ver a saúde e a doença, e sua abordagem pode trazer contribuições relevantes que ajudam a romper a hegemonia do modelo biomédico. É necessário intensificar as ações das estratégias de promoção no cotidiano dos serviços de saúde, promover a autonomia de pessoas, indivíduos e profissionais, para que, em conjunto, possam compreender a saúde como resultante das condições de vida e propiciar desenvolvimento social mais equitativo (Heidmann et al., 2006).

A promoção da saúde traz ao campo da saúde, portanto, uma visão abrangente do processo saúde-doença, passando a levar em consideração diversos fatores psicossociais que, anteriormente, não eram considerados. Além disso, considera a construção da saúde como responsabilidade múltipla, ou seja, faz-se necessária articulação de vários setores, como o indivíduo, a população, as instituições e o Estado (Lasmar, Ronzani, 2009).

Quando falamos no Estado e em sua articulação com a promoção da saúde, verificamos que, somente em 2006, as reflexões brasileiras dirigiram-se à perspectiva de elaborar uma Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), de forma a fortalecer abordagem mais ampla do processo saúde-doença (Brasil, 2006c).

A estratégia de promoção da saúde é retomada com a regulamentação do Pacto pela Saúde de 2006, que contempla acordo firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela vida, em defesa do SUS e de gestão. O Pacto pela Vida define como prioridades: saúde do idoso; controle do câncer de colo do útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase para dengue, hanseníase, tuberculose, malária, e influenza; promoção da saúde e fortalecimento da atenção básica (Brasil, 2006a).

A Política Nacional de Promoção da Saúde tem como objetivo promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde, relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho,

habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (Brasil, 2006c).

Propõe-se, então, que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis, por parte dos sujeitos e das coletividades, no território onde vivem e trabalham (Brasil, 2006c).

Nesta direção, a promoção da saúde estreita sua relação com a vigilância em saúde, em uma articulação que reforça a exigência de um movimento integrador na construção de consensos e sinergias e na execução das agendas governamentais a fim de que as políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida, estimulando e fortalecendo o protagonismo dos cidadãos em sua elaboração e implementação, ratificando os preceitos constitucionais de participação social (Brasil, 2006c).

Dentre as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde, encontram-se:

- Reconhecimento da promoção da saúde como uma parte fundamental da busca pela equidade, pela melhoria da qualidade de vida e de saúde;
- Estímulo às ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde; o fortalecimento da participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário;
- Promoção de mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais;

- Incentivo à pesquisa em promoção da saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas;
- Divulgação e informação das iniciativas voltadas à promoção da saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e os saberes popular e tradicional (Brasil, 2006c).

A adoção da perspectiva da promoção da saúde, no âmbito da saúde das pessoas idosas, encontra suporte nas seguintes afirmações:

- A velhice não é doença, mas sim uma etapa evolutiva da vida;
- A maioria das pessoas de 60 anos ou mais estão em boas condições físicas e sua saúde é boa, mas, ao envelhecer, perdem a capacidade de se recuperarem das doenças, rapidamente e de forma completa, tornam-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 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 das incapacidades. Muitas das medidas que afetam a saúde das pessoas idosas transcendem o setor saúde, embora, os profissionais do setor social e de saúde estejam em condições de propiciarem essa atenção.

Frente a essas assertivas, que tipo de ações de saúde deve ser desenvolvido para o idoso? Como articular os diferentes setores da sociedade para o cuidado das pessoas idosas? Como reconstruir a visão da sociedade sobre o envelhecimento? Como envelhecer com qualidade de vida e que medidas de promoção da saúde poderiam ser facilitadoras dela?

Assim, adotamos, nesta pesquisa, o enfoque da promoção da saúde que defende ações intersetoriais e valoriza a saúde como qualidade de vida da população, destacando a importância de se trabalhar em conjunto com as cinco estratégias de promoção à saúde, quais sejam: políticas públicas, criação de ambientes saudáveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde.

A articulação entre esses campos de ação representa uma força maior que poderá impulsionar transformações na realidade de saúde da população. Nesse sentido, a qualidade de vida se destaca como um importante fator da promoção da saúde.

CAPÍTULO 2

MÉTODOS

A Velhice

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

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

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

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

Olavo Bilac

2. 1. MÉTODOS

Neste capítulo serão abordados os aspectos que abrangem o percurso metodológico e as diferentes etapas que constituíram este caminho, enfatizando a caracterização da pesquisa, o local, a escolha dos sujeitos, a seleção da amostra, as variáveis, os instrumentos, a coleta, a análise dos dados, os procedimentos éticos e os resultados encontrados.

2.1.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório, descritivo, comparativo e com delineamento transversal. Como se trata de um estudo comparativo apresenta dois diferentes cenários. O município de Marília (Brasil) e o município do Porto (Portugal). Foram sujeitos deste estudo 349 idosos brasileiros e 100 idosos portugueses, usuários do serviço público de Atenção Básica, com autonomia física e psicológica e com idade igual ou superior a 60 anos. Os dados foram coletados no período de agosto de 2010 a julho de 2011.

A pesquisa quantitativa é o estudo dos fenômenos que se dedicam à mensuração precisa e à quantificação, envolvendo frequentemente um delineamento rigoroso e controlado. O pesquisador parte do ponto inicial de um estudo (a colocação da questão) para o ponto final (a obtenção de uma resposta), em uma sequência lógica de fases e passos que são similares em todos os estudos (Polit et al., 2004).

O estudo exploratório descritivo é aquele em que o pesquisador está interessado principalmente na descrição das características de determinada população ou no estabelecimento de relações entre variáveis (Polit et al., 2004).

O estudo comparativo desenvolve-se pela investigação de indivíduos, classes, fenômenos ou fatos, com o intuito de ressaltar as diferenças e similaridades entre eles (Gil, 1999).

O delineamento transversal é especialmente apropriado para descrever a situação, o *status* do fenômeno, ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo. É econômico e fácil de controlar, mas podem ocorrer problemas na inferência de mudanças e tendências ao longo do tempo. Nos estudos transversais, entretanto, existem, frequentemente, explicações alternativas para qualquer diferença observada (Polit et al., 2004).

2.1.2 Cenário de Estudo

Como se trata de um estudo comparativo apresenta dois diferentes cenários. O município de Marília (Brasil) e o município do Porto (Portugal).

O Município de Marília

Figura 2: Mapa - Localização de Marília em São Paulo, Brasil, 2011

Fonte: Marília – Wikipédia, a enciclopédia livre.

Marília é um município brasileiro, localizado no interior do estado de São Paulo. Fica distante da capital do estado 438 km por rodovia; 529 km por ferrovia. Possui uma área de 1.170,054 km², dos quais 23,040 km² estão em zona urbana e sua

população é de 216.684 habitantes, sendo assim o 32º maior do estado e o 14º do interior paulista em número de habitantes (Marília, 2012).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é 0,821, a expectativa de vida (anos) é 74,37 e o índice de Longevidade (IDH-L) é 0,822 (IBGE, 2010).

A população idosa, de 60 anos e mais de idade, em Marília, abrange 28.629 pessoas, (13,21%) da população total do município, sendo 12.667 (44,2%) homens e 15.962 (55,8) mulheres.

Sistema de Saúde do Município de Marília.

Segundo os dados da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília (2011), citando o CNES/ DATASUS, 2011, a Rede de Unidades de Saúde do município de Marília é constituída por 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 33 Unidades de Saúde da Família (USF), 03 Unidades de Pronto Atendimento e outros serviços.

- Unidades Básicas de Saúde: 1. UBS Alto Cafezal; 2. UBS Bandeirantes; 3. UBS Cascata; 4. UBS Castelo Branco; 5. UBS Chico Mendes; 6. UBS Costa e Silva; 7. UBS JK; 8. UBS Nova Marília; 9. UBS Planalto; 10. UBS Santa Antonieta; 11. UBS São Judas; 12. UBS São Miguel.
- Unidades de Saúde da Família: 1. USF Aeroporto; 2. USF Altaneira; 3. USF Aniz Badra; 4. USF Avenças Amadeu Amaral; 5. USF Campo Belo; 6. USF CDHU; 7. USF Figueirinha; 8. USF Janio Quadros; 9. USF Jardim América IV; 10. USF jardim Cavalari; 11. USF Jardim Flamingo; 12. USF Jardim Marília; 13. USF Jardim Renata; 14. USF Jardim Teruel; 15. USF Jôquei Clube; 16. USF Julieta; 17. USF Lácio; 18. USF Marajó; 19. USF Novo Horizonte; 20. USF Padre Nóbrega; 21. USF Palmital; 22. USF Parque das Nações; 23. USF Parque dos Ipês; 24. USF Rosália; 25. USF Santa Antonieta II; 26. USF Santa Augusta; 27. USF Santa Paula;

28. USF Tofolli; 29. USF Três Lagos; 30. USF Vila Barros; 31. USF Vila Hípica; 32. USF Vila Nova; 33. USF Vila Real Helena Bernardes/Azaléias

- 03 Unidades de Pronto atendimento: PA Região Norte, Oeste e Sul; 01 Policlínica; 01 Banco de Leite Humano; 02 Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS I e II); 01 Unidade Central de Assistência Farmacêutica (UCAF); 04 Hospitais de médio/grande porte; 01 Hospital psiquiátrico; 01 Maternidade “Gota de Leite” e 03 Unidades SAMU MARILIA.

A Cidade do Porto

Figura 3: Mapa - Localização da cidade do Porto em Portugal, 2011

Fonte: Porto – Wikipédia, a enciclopédia livre.

Porto é uma cidade que se situa ao norte de Portugal e concentra uma população representada, segundo INE, dados de 2011, por 35,4% da população total do país, ou seja, de 9.869.343 habitantes. Já a população da Grande Região do Porto é constituída de 263.131 habitantes (INE, 2011).

A cidade do Porto é conhecida como a Cidade Invicta. É a cidade que deu o nome a Portugal - desde muito cedo (200 a. C.) - quando se designava de “Portus Cale”, vindo mais tarde a tornar-se a capital do Condado Portucalense. É ainda uma cidade conhecida mundialmente pelo seu vinho, suas pontes, sua arquitetura contemporânea e antiga e seu centro histórico, classificado como Patrimônio Mundial pela UNESCO (Porto, 2012).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é 0,809; a expectativa de vida (anos) é 79,10 e o Índice de Longevidade (IDH-L) é 0,853 (INE, 2011).

A população idosa de 65 anos e mais de idade é de 47.192 pessoas, (17,93%) da população total do município, sendo, 17.149 (36,3%) homens e 30.043 (63,7%) mulheres.

Sistema de Saúde da cidade do Porto.

De acordo com dados do Porto Solidário (Azevedo e Baptista, 2006), citando o Ministério da Saúde, existem atualmente na cidade do Porto dois Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), que englobam oito centros de saúde, cinco unidades de saúde familiar e onze extensões, organizadas da seguinte forma:

Agrupamento de Centros de Saúde Porto Ocidental: Centro de Saúde de Aldoar; Unidade de Saúde Familiar Espaço Saúde; Extensão de Saúde Centro de Atendimento a Jovens (CAJ); Unidade de Saúde Familiar Ramalde; Extensão de Saúde do Carvalhido; Unidade de Saúde Familiar Serpa Pinto; Centro de Saúde Bonfim / Batalha – Unidade Batalha; Extensão de Saúde D. João IV; Extensão de Saúde; Extensão de Saúde Guindais; Centro de Saúde Carvalhosa / Foz do Douro – Unidade Carvalhosa -Extensão Aníbal Cunha; Centro de Saúde Carvalhosa / Foz do Douro – Unidade Foz do Douro - Extensão de Saúde Lordelo do Ouro; Centro de Saúde São João – Porto.

Agrupamento de Centros de Saúde Porto Oriental: Unidade de Saúde de Cuidados Personalizados de Barão de Nova Sintra; Unidade de Saúde Familiar Porto Centro; Extensão de Saúde Santos Pousada; Centro de Saúde Campanhã; Extensão de Saúde Azevedo; Extensão de Saúde Ilheu; Centro de Saúde Paranhos; Unidade de Saúde Familiar Faria Guimarães; Extensão de Saúde Covelo.

Centro Hospitalar do Porto; Hospital especializado em crianças de Maria Pia; Maternidade Júlio Dinis; Hospital Geral de Santo António; Hospital de São João; Hospital Magalhães Lemos; Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil; Hospital Joaquim Urbano e 14 hospitais privados no Concelho do Porto, o que perfaz 21 estruturas hospitalares na Cidade (Azevedo, Baptista, 2006).

2.1.3 Sujeitos da Pesquisa

Foram sujeitos desta pesquisa os idosos cadastrados e que utilizavam as Unidades de Saúde da Atenção Básica, em Marília e no Porto.

2.1.4 Critérios de Inclusão

- Idade igual ou superior a 60 anos. (A OMS considera idosa a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos para os países em desenvolvimento; para os países desenvolvidos, a idade é igual ou superior a 65 anos. Para fins de comparação, utilizou-se o critério de 60 anos para seleção da amostra nos dois países).
- Ter condições auto e alopsíquicas para responder ao instrumento da pesquisa.
- Ser idoso independente. (Segundo o Ministério da Saúde, o idoso independente é a pessoa que, mesmo tendo algum tipo de doença, é capaz de viver de forma independente e autônoma no ambiente familiar e no meio social).

Os critérios de exclusão não foram estabelecidos a priori.

2.1.5 Tamanho das Amostras e Coleta dos Dados

Em Marília foram selecionadas para amostra as quatro regiões do município onde estão localizadas as unidades de atenção básica (Norte, Sul, Leste e Oeste). A amostra prevista foi constituída de 349 idosos, com percentuais correspondentes para a população idosa de cada região, de forma que foram representados equitativamente no estudo. Foi realizado o sorteio aleatório dos idosos que seriam visitados em seus domicílios para participarem do presente estudo. Foi prevista uma perda amostral de 15%, configurada por óbito, recusa em participar da pesquisa, mudança de endereço e participante não encontrado.

O cálculo do tamanho da amostra foi elaborado para comparar a média com um valor de referência (populacional), supondo distribuição normal. A diferença esperada foi arbitrada de 10% até 15% do desvio padrão, com intervalo de 5%. O tamanho de n foi aproximado para o próximo inteiro. A equação utilizada foi:

$$n = \frac{\sigma^2 \left(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta} \right)^2}{\Delta^2}$$

Em que

σ : desvio padrão da média populacional

Δ : diferença esperada

A confiança foi de 95% e poder de 80%. (Rosner, 2006).

N	% do dp
785	10
349	15

Dessa forma, a estimativa do tamanho da amostra foi de 349 indivíduos.

Depois de observado os critérios de inclusão, as entrevistas foram realizadas com os 349 idosos que aceitaram participar da pesquisa, concordaram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

No Porto, o tamanho da amostra foi por conveniência (principalmente por conta do componente tempo). Foram entrevistados 100 idosos usuários dos serviços públicos de saúde e frequentadores dos Centros de Dia e de Convívio, da cidade do Porto, que atenderam aos critérios de inclusão, concordaram em participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora tanto em Marília quanto no Porto. Em Marília, três alunas do Curso de Enfermagem da Universidade de Marília participaram voluntariamente da coleta de dados. No Porto, uma aluna de mestrado da Universidade Católica Portuguesa também participou desse mesmo modo. Em ambas as cidades as alunas receberam treinamento para a aplicação do instrumento.

2.1.6 Variáveis de Estudo

Qualidade de vida: dividida em quatro domínios e respectivas facetas, referentes ao WHOQOL-BREF: 1. Físico. 2. Psicológico. 3. Relações sociais. 4. Meio ambiente.

Qualidade de vida: dividida em seis facetas referentes ao WHOQOL-OLD: 1. Funcionamento dos sentidos. 2. Autonomia. 3. Atividades passadas, presentes e futuras. 4. Participação social. 5. Morte e morrer. 6. Intimidade.

Qualidade de vida global: avaliada por cinco opções - muito ruim; ruim; nem ruim nem boa; boa; muito boa.

Percepção de saúde geral: avaliada por cinco opções – muito insatisfeito; insatisfeito; nem insatisfeito nem satisfeito; satisfeito; muito satisfeito.

Variáveis independentes de interesse para traçar o perfil dos idosos de Marília e do Porto.

Variáveis para os idosos brasileiros: Sexo, idade, cor da pele, estado civil, escolaridade, renda familiar, atividade ocupacional, arranjo familiar, participação em grupos, prática atividade física, patologia atual referida.

Variáveis para os idosos portugueses: Sexo, idade, estado civil, escolaridade, atividade ocupacional e patologia atual referida.

2.1.7 Instrumentos para Coleta de Dados no Brasil e em Portugal

Para a coleta de dados no Brasil foram utilizados os instrumentos:

- Formulário de dados socioeconômico-demográficos e de saúde/doença, com as variáveis de interesse e elaborado pela investigadora (Apêndice 1);
- World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument – BREF (WHOQOL-BREF) e o World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument – OLD (WHOQOL-OLD) – (Anexos 4 e 5).

Os instrumentos WHOQOL-BREF e OLD foram validados no Brasil e encontram-se disponíveis aos pesquisadores nacionais no endereço eletrônico: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol>.

Para a coleta de dados em Portugal foram utilizados os instrumentos:

- Formulário de dados sociodemográficos e de saúde/doença (Anexo 6)
- WHOQOL-BREF (Anexo 6).

Em Portugal, o estudo de validação do WHOQOL-BREF para o português europeu foi realizado pela colaboração entre investigadores das Faculdades de Medicina, Psicologia, Ciências da Educação e Ciências e Tecnologia (Departamento de Antropologia) da Universidade de Coimbra, entre 2004 e 2005, sob a responsabilidade de Canavarro et al. (2005).

Nesse instrumento já consta o formulário de dados sociodemográficos e de saúde/doença com as variáveis: idade, sexo, escolaridade, profissão, local de residência, estado civil, estado de doente ou não, tipo de doença. Esse formulário foi utilizado para coletarmos os dados junto aos idosos portugueses.

Posteriormente à nossa coleta de dados, encontramos um estudo desenvolvido em Portugal por Gonçalves em 2010 com a aplicação do instrumento WHOQOL-OLD, mas adaptado de Power et al. (2005) e não validado para a população portuguesa europeia, como o WHOQOL-BREF utilizado em nossa pesquisa.

O instrumento WHOQOL

O denominado World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument - 100 (WHOQOL-100) surgiu da necessidade de criação de um instrumento que fosse capaz de avaliar a qualidade de vida dentro de uma perspectiva genuinamente internacional. Para tanto a Organização Mundial de Saúde criou um projeto colaborativo e multicêntrico, que resultou na elaboração de um questionário composto por 100 itens (Fleck et al., 2008).

O projeto foi desenvolvido com a colaboração de 15 centros que trabalharam simultaneamente em diversas culturas. O WHOQOL-100 é composto por 100 questões que avaliam seis domínios: Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Meio Ambiente e Espiritualidade/Crenças Pessoais. Este instrumento está disponível em 20 idiomas (Fleck et al., 2008).

O instrumento WHOQOL é propriedade da OMS, contudo pesquisadores em geral podem usá-lo e copiá-lo, desde que não modifiquem suas orientações, questões e “layout”. Os usuários devem informar seus dados à equipe da UFRGS que, posteriormente, enviará esses dados à OMS para uma análise global (Fleck et al., 2008).

As questões do questionário foram formuladas para respostas do tipo Likert, com uma escala de *intensidade* (nada até extremamente), *capacidade* (nada até completamente), *frequência* (nunca até sempre) e *avaliação* (muito insatisfeito até muito satisfeito; muito ruim até muito bom) (Fleck et al., 2008).

O interesse em utilizar medidas de qualidade de vida, em estudos de base populacionais e epidemiológicos e em conjunto com outras medidas clínicas, fez com que a Organização Mundial da Saúde passasse a se empenhar no desenvolvimento de uma versão abreviada de tal instrumento o WHOQOL-BREF (Fleck et al., 2008).

O instrumento WHOQOL-BREF

O WHOQOL-BREF é composto por 26 questões, sendo duas questões gerais sobre qualidade e as demais 24 questões representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (WHOQOL-100). Diferente do WHOQOL-100 em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de quatro questões, no WHOQOL-BREF cada faceta é avaliada por apenas uma questão (Fleck et al., 2008), como demonstrado no quadro 1.

Assim como o WHOQOL-100, cada domínio é composto por questões cujas respostas pontuadas variam entre 1 e 5. Os escores finais de cada domínio são calculados por uma sintaxe que considera as respostas de cada questão que compõe o domínio, resultando em escores finais numa escala de 4 a 20, comparáveis aos do WHOQOL-100, que podem ser transformados em escala de 0 a 100 (Fleck et al., 2008).

Seguindo o modelo de pontuação dos outros instrumentos WHOQOL, os escores mais altos representam melhor qualidade de vida. Deve-se notar que alguns itens são gerados de modo positivo (i.e., respostas mais altas indicam melhor qualidade de vida), enquanto outros são formulados de modo negativo (isto é, respostas mais alta indicam pior qualidade de vida). Para gerar o escore final, é

necessário que se recodifiquem os itens negativos. Assim, em tais itens, a escala de respostas é invertida (1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1). Então, os dados assumem unidirecionalidade, podendo ser somados em cada faceta (Fleck et al., 2008).

Quadro 1. Domínios e facetas do WHOQOL-BREF

Domínios	Facetas
Domínio Geral	Qualidade vida global Percepções de saúde geral
Domínio I - Domínio físico	Dor e desconforto Energia e fadiga Sono e repouso Mobilidade Atividades para vida cotidiana Dependência de medicação Capacidade para o trabalho
Domínio II - Domínio Psicológico	Sentimentos positivos Pensar, aprender Autoestima Imagem corporal Sentimentos negativos Espiritualidade
Domínio III – Relações sociais	Relações pessoais Apoio social Atividade sexual
Domínio IV – Meio Ambiente	Segurança física e proteção Ambiente no lar Recursos financeiros Cuidados de saúde e sociais Informação Recreação e lazer Ambiente físico Transporte

Fonte: Fleck et al., 2008.

O instrumento WHOQOL - OLD

Em função da necessidade de avaliar, de forma empírica, se os instrumentos WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF são adequados e suficientes para conferir a qualidade de vida de idosos, o projeto WHOQOL-OLD foi idealizado. Seu objetivo é oferecer um conjunto de itens adicionais para a avaliação da qualidade de vida de idosos, geralmente fidedignas em diferentes contextos culturais (Fleck et al., 2008).

O instrumento WHOQOL-OLD é composto por 24 itens, com respostas por escala tipo Likert de 1 a 5, divididos em seis facetas (Fleck et al., 2008), como demonstrado no quadro 2.

Como cada faceta é composta por quatro itens, os escores podem variar de 4 a 20, podendo ser transformados em escala de 0 a 100. A obtenção do escore total (*overall*) deriva de cada soma dos 24 itens e não depende do agrupamento por facetas. É importante que o pesquisador determine *a priori* e com base teórica os escores com que pretende trabalhar, uma vez que aqueles das seis facetas e o escore total indicam diferentes medidas e distintos fenômenos medidos (Fleck et al., 2008).

Do mesmo modo que os demais instrumentos e seguindo o modelo de pontuação dos instrumentos WHOQOL, conforme já explicitado anteriormente, os escores mais altos representam melhor qualidade de vida. Deve-se notar que alguns itens são gerados de modo positivo respostas mais altas indicam melhor qualidade de vida, enquanto outros são formulados de modo negativo isto é, respostas mais alta indicam pior qualidade de vida. Para gerar o escore final, é necessário que se recodifiquem os itens negativos. Assim, em tais itens, a escala de respostas é invertida (1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1). Então, os dados assumem unidirecionalidade, podendo ser somados em cada faceta (Fleck et al., 2008).

Tabela 1: Facetas e itens do WHOQOL-OLD

Faceta 1	Funcionamento dos sentidos
1	Perda dos sentidos afeta a vida diária
2	Avaliação do funcionamento dos sentidos
3	Perda de funcionamento dos sentidos interfere na participação em atividades
4	Problemas com o funcionamento dos sentidos interferem na habilidade de interagir
Faceta 2	Autonomia
5	Liberdade para tomar suas próprias decisões
6	Sente que controla seu futuro
7	Consegue fazer as coisas que gostaria de fazer
8	Pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade
Faceta 3	Atividades passadas, presentes e futuras.
9	Feliz com as coisas que pode esperar daqui para frente
10	Satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações
11	Recebeu o reconhecimento que merece na vida
12	Satisfeito com aquilo que alcançou em sua vida
Faceta 4	Participação social
13	Satisfeito com a maneira com a qual usa seu tempo
14	Satisfeito com o seu nível de atividade
15	Tem o suficiente para fazer em cada dia
16	Satisfeito com as oportunidades para participar de atividades na comunidade
Faceta 5	Morte e morrer
17	Preocupado com a maneira pela qual irá morrer
18	Medo de não poder controlar a sua morte
19	Medo de morrer
20	Teme sofrer dor antes de morrer
Faceta 6	Intimidade
21	Tem um sentimento de companheirismo em sua vida
22	Sente amor em sua vida
23	Oportunidades para amar
24	Oportunidade para ser amado

Fonte: Fleck et al., 2008.

O WHOQOL-OLD tem como objetivo acessar itens relevantes e complementares aos já acessados pelos instrumentos genéricos de medição de qualidade de vida (tais como o WHOQOL-100 e o WHOQOL-BREF). Desse modo, deve ser utilizado concomitantemente a tais instrumentos, com o intuito de coletar dados mais abrangentes que não haviam sido contemplados anteriormente (Fleck et al., 2008).

O centro brasileiro do Grupo WHOQOL participou de todas as etapas do projeto WHOQOL-OLD, e a versão brasileira eletrônica do instrumento encontra-se à disposição dos pesquisadores nacionais no endereço www.ufrgs.br/psiq instrumento de pesquisa (Fleck et al., 2008).

2.1.8 Análise dos Dados

Os dados foram processados em microcomputador, em banco de dados tipo Excel. A análise estatística foi realizada com auxílio do programa R 2.14.1 (Core, 2012).

Na análise estatística, foi realizada a descrição da amostra estudada. Nessa etapa e no caso de variáveis contínuas, foram avaliadas as medidas de tendência central (média) e as respectivas medidas de dispersão (desvio padrão). Nos casos de variáveis categóricas foram apresentadas frequências absolutas e relativas. A comparação de médias foi realizada por meio do Teste t-student. Para comparação das frequências de distribuição das variáveis categóricas entre grupos foi utilizado o teste Qui-quadrado. Utilizou-se um nível de significâncias de 5 %.

Segundo Fleck et al. (1999), durante a análise dos dados deve-se levar em conta que:

- A análise da qualidade de vida medida pelo WHOQOL-BREF deve ser realizada mediante o cálculo dos escores para cada um dos domínios do

WHQOL-BREF, não havendo um escore único total para avaliá-la e sim um escore para cada domínio.

- As questões sobre qualidade de vida global e percepção de saúde geral são calculadas em conjunto para gerar um único escore, independentemente dos outros escores dos domínios do WHOQOL-BREF.
- A análise da qualidade de vida medida pelo WHOQOL-OLD deve ser realizada mediante o cálculo dos escores para cada faceta do WHOQOL-OLD, não havendo um escore único total para avaliá-la e sim um escore para cada faceta.
- As respostas por facetas do WHOQOL-BREF e do WHOQOL-OLD são obtidas por uma escala do tipo Likert, com valores de 1 até 5.
- A avaliação dos resultados é feita mediante a atribuição de escores para cada questão, os quais podem ser transformados numa escala de 0 a 100, em que zero corresponde a uma pior qualidade de vida e 100, a uma melhor qualidade de vida. Cada domínio deve ser analisado separadamente (Fleck et al., 1999).

A partir das sintaxes oferecidas pelo Grupo WHOQOL, os resultados dos escores dos domínios e facetas foram apresentados, neste estudo, por meio de uma escala de 0-100.

Os dados foram reunidos, contemplando os domínios e as facetas do instrumento WHOQOL-BREF e as facetas do WHOQOL-OLD, de acordo com a ordem de apresentação para a organização dos dados.

Na presente investigação, foram calculadas as qualidades psicométricas desses instrumentos, por meio do *Alpha de Cronbach*, como se vê nos Quadros 2 e 3. Para esse cálculo utilizou-se o pacote *Psych* (Revelle, 2012).

Quadro 2 – *Alpha de Cronbach*, por domínio do WHOQOL-BREF, país, 2011

Domínio	Brasil	Portugal
Físico	0,83	0,83
Psicológico	0,72	0,72
Relações sociais	0,58	0,69
Meio ambiente	0,55	0,77

O quadro 2 mostra-nos que a consistência interna dos itens dos domínios do WHOQOL-BREF, no presente estudo, oscilou entre 0,55 (domínio meio ambiente – Brasil) e 0,83 (domínio físico – Portugal), revelando uma boa consistência entre os itens.

Quadro 3 – *Alpha de Cronbach*, por faceta do WHOQOL-OLD, Brasil, 2011

Facetas	Brasil
Funcionamento dos sentidos	0,86
Autonomia	0,57
Atividades passadas, presentes e futuras	0,50
Participação social	0,68
Morte e morrer	0,71
Intimidade	0,80

O quadro 3 mostra-nos que a consistência interna dos itens das facetas do WHOQOL-OLD, no presente estudo, oscilou entre 0,50 (Atividades passadas, presentes e futuras) e 0,86 (Funcionamento dos sentidos), revelando uma boa consistência entre os itens.

2.2. PROCEDIMENTOS ÉTICO-LEGAIS

Segundo determinações da Resolução CNS/MS 196/96, que regulamenta a ética da pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil, submeteu-se o projeto à aprovação do Comitê de Ética da Universidade de Marília – UNIMAR, SP.

O estudo integra o projeto aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNIMAR, sob o parecer de número 234/10, e obteve autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Marília, SP, Brasil, da Universidade Católica Portuguesa e dos representantes da Obra Diocesana do Porto, Portugal. (Anexos 1, 2 e 3).

A cada um dos sujeitos, pediu-se o consentimento livre e esclarecido para participar da pesquisa. Foi assegurada a liberdade de participação, de recusa e o direito de o sujeito retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe causasse prejuízos ou constrangimentos (Apêndice 2).

2.3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados empíricos, ora apresentados, com os quais procuramos responder a todos os objetivos do presente estudo, estão divididos em três partes: análise dos dados coletados junto aos idosos de Marília; análise dos dados coletados junto aos idosos do Porto e comparação entre as análises dos dados dos idosos de Marília e do Porto.

2.3.1 Os Idosos de Marília

2.3.1.1 Caracterização socioeconômica e demográfica dos entrevistados de Marília:

a) Quanto ao sexo:

Tabela 2 – Perfil dos entrevistados segundo o sexo, Marília, 2011

Sexo	N	%
Feminino	202	57,9
Masculino	147	42,1
Total	349	100,0

A tabela 2 mostra-nos que a maioria dos entrevistados era do sexo feminino (57,9%).

b) Quanto à idade:

Tabela 3 – Faixa etária dos entrevistados, Marília, 2011

Faixa etária (anos)	N	%
60 – 69	139	39,8
70 – 79	152	43,6
80 – 89	51	14,6
90 – mais	7	2,0
Total	349	100,0

A tabela 3 mostra-nos que, com relação à idade, a maioria (43,6%) encontra-se na faixa etária entre 70 -79 anos.

Tabela 4 – Idade média dos entrevistados, Marília, 2011

Cidade	Medida	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	IC para média (95%)	
							Inf	Sup
Marília	Idade	349	60	102	72,23	7,7	71,41	73,04

A tabela 4 mostra-nos que a idade média dos idosos entrevistados era de 72,23 anos.

c) Quanto à cor da pele, grau de instrução, estado civil, religião, atividade profissional e estrutura familiar:

Tabela 5 – Perfil dos entrevistados segundo a cor da pele, grau de instrução, estado civil, religião, atividade profissional e estrutura familiar, Marília, 2011

Indicadores	N	%
Cor da pele		
Amarela	4	1,1
Branca	203	58,2
Negra	40	11,5
Grau de instrução		
Analfabeto	80	22,8
I grau incompleto	198	56,7
I grau completo	33	9,5
II grau incompleto	10	2,9
II grau completo	18	5,2
Superior incompleto	1	0,3
Superior completo	9	2,6
Estado civil		
Casado	173	49,6
Divorciado	9	2,6
Separado	16	4,6
Solteiro	17	4,9
União de fato	26	7,4
Viúvo	108	30,9
Religião		
Budista	15	4,3
Católica	247	70,8
Espírita	20	5,7
Evangélica	64	18,3
Muçulmana	1	0,3
Nenhuma	2	0,6
Atividade profissional		
Aposentado	218	62,4
Caminhoneiro	1	0,3
Comerciante	6	1,7
Cozinheiro	8	2,3
Desempregado	5	1,4

Do lar	23	6,6
Empregada doméstica	1	0,3
Funcionário público	2	0,6
Pedreiro	2	0,6
Pensionista	81	23,2
Professor	2	0,6
Estrutura familiar		
Sozinho	48	13,8
2 pessoas	142	40,7
3 pessoas	69	19,8
4 pessoas	50	14,3
5 ou mais pessoas	40	11,5

A tabela 5 mostra-nos que 58,2% dos entrevistados eram da cor branca; 66,3% estudaram até o primeiro grau; 57,0% eram casados ou viviam como casados; 70,8% eram católicos; 62,4% eram aposentados e 40,7% viviam com até duas pessoas no domicílio.

d) Quanto à renda familiar:

Tabela 6 – Renda familiar dos entrevistados, Marília, 2011

Renda Familiar	N	%
até R\$ 500,00	16	4,6
R\$ 501,00 a R\$ 1000,00	158	45,3
R\$ 1001,00 a R\$ 1500,00	130	37,2
Acima de R\$ 1500,00	45	12,9
Total	349	100,0

A tabela 6 mostra-nos que a renda familiar dos idosos entrevistados era na sua maioria (45,3%) entre R\$ 501,00 a R\$ 1000,00.

e) Quanto ao tipo de moradia:

Tabela 7 – Tipo de moradia dos entrevistados, Marília, 2011

Tipo de Moradia	N	%
Madeira	28	8,10
Tijolo	302	86,5
Tijolo e Madeira	19	5,4
Total	349	100,0

A tabela 7 mostra-nos que o tipo de material de moradia predominante entre os entrevistados era de tijolos.

f) Quanto à doença referida/ condição presente:

Tabela 8 – Doença atual referida pelos entrevistados, Marília, 2011

Doença referida	N	%
Aneurisma cerebral	7	2,0
Artrite/artrose	20	5,7
Bronquite	7	2,0
Câncer	2	0,6
Cardiopatias	36	10,3
Catarata	6	1,7
Depressão	12	3,4
Derrame (AVC)	8	2,3
Diabetes tipo 2	56	16,0
Doença de Chagas	4	1,1
Enfisema pulmonar	18	5,2
Fibromialgia	2	0,6
Hemorróidas	1	0,3
Hernia inguinal	3	0,9
Hipertensão Arterial	102	29,2
Labirintite	2	0,6
Má circulação	2	0,6
Nenhum problema	33	9,5
Osteoporose	15	4,3
Problema emocional	4	1,1
Renal crônico	3	0,9
Uso álcool ou drogas	2	0,6
Total	349	100,0

A tabela 8 mostra-nos que as patologias mais referidas pelos entrevistados eram Hipertensão Arterial (29,2%) e Diabetes Melittus Tipo 2 (16,0%).

g) Quanto a participar em algum grupo de atividades:

Tabela 9 – Participação em algum grupo de atividades, Marília, 2011

Grupo de atividades	N	%
Não	246	70,5
Sim	103	29,5
Total	349	100,0

A tabela 9 mostra-nos que 70,5% dos idosos entrevistados não participam de grupos de atividades

h) Quanto a praticar alguma atividade física:

Tabela 10 – Prática de atividade física, Marília, 2011

Grupo de atividades	N	%
Não	216	61,9
Sim	133	38,1
Total	349	100,0

A tabela 10 mostra-nos que 61,9% dos idosos entrevistados não praticam atividades físicas.

2.3.1.2 A qualidade de vida dos idosos de Marília

O instrumento WHOQOL-BREF mostra-nos o domínio geral de qualidade de vida dos idosos de Marília, por meio da descritiva do escore, como se vê no Quadro 4, e por meio de duas questões que avaliam a qualidade de vida global e a percepção de saúde geral, como se vê no Quadro 5

Quadro 4 – Descritiva do escore do **domínio geral** do WHOQOL-BREF (0 a 100). Marília, SP, Brasil, 2011

Domínio	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	IC para média (95%)	
						Inf	Sup
Geral	349	12,50	100,00	63,32	15,15	61,73	64,92

Na análise do escore de Marília, observamos o mínimo, o máximo, a média e o desvio padrão do domínio geral do WHOQOL-BREF e verificamos correlação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) para este domínio.

O escore médio do domínio geral foi 63,32 com desvio padrão $\pm 15,15$.

Quadro 5 – Estatística descritiva, **domínio geral** do WHOQOL-BREF, por pontuação. Marília, SP, 2011

	Muito Ruim N (%)	Ruim N (%)	Nem Ruim, Nem Boa. N (%)	Boa N (%)	Muito Boa N (%)
Q1. Como você avaliaria a sua qualidade de vida?	3 (0,86)	10 (2,87)	143 (40,97)	180 (51,58)	13 (3,72)
	Muito Insatisfeito N (%)	Insatisfeito N (%)	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito N (%)	Satisfeito N (%)	Muito Satisfeito N (%)
Q2. Quão satisfeito você está com a sua saúde?	2 (0,57)	32 (9,17)	116 (33,24)	180 (51,58)	19 (5,44)

Quando questionamos os idosos de Marília “como você avaliaria a sua qualidade de vida?”, 51,58% dos entrevistados responderam que a consideram “Boa”.

E, quando questionamos “quão satisfeito você está com a sua saúde?”, a maioria dos idosos responderam que estavam satisfeitos (51,58%).

2.3.1.3 A qualidade de vida dos idosos de Marília, segundo os domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente do WHOQOL-BREF.

O instrumento WHOQOL-BREF mostra-nos a qualidade de vida dos idosos de Marília por meio da descritiva dos escores, por domínio, como se vê no Quadro 6, e por meio de questões específicas que avaliam cada uma das facetas dos quatro domínios do WHOQOL-BREF, como se vê nos Quadros 7, 8, 9, 10.

Quadro 6 – Descritivo dos escores do WHOQOL-BREF, por domínio (0 a 100).
Marília, SP, Brasil, 2011

Domínios	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	IC para média (95%)	
						Inf	Sup
Físico	349	21,40	100,00	63,46	16,97	61,67	65,24
Psicológico	349	25,00	95,80	66,07	13,17	64,68	67,46
Relações Sociais	349	8,30	100,00	66,52	14,39	65,01	68,04
Meio Ambiente	349	21,90	96,90	56,30	9,90	55,26	57,35

Na análise dos escores, dos idosos de Marília, observamos o mínimo, o máximo, a média e o desvio padrão dos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente do WHOQOL-BREF e verificamos correlações estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para todos os domínios.

O escore médio por domínio avaliado pelos idosos de Marília, em ordem decrescente apresenta-se assim: Relações Sociais: 66,52; Psicológico: 66,07; Físico: 63,46 e Meio Ambiente: 56,30.

A seguir, os Quadros, 7, 8, 9, 10 apresentam as estatísticas descritivas dos domínios do WHOQOL-BREF.

Domínio Físico: As questões 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18 do Quadro 7 estão relacionadas com dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação e tratamento, e capacidade de trabalho.

Quadro 7 – Estatística descritiva, **domínio físico** do WHOQOL-BREF, por pontuação. Marília, 2011

	Nada N (%)	Muito Pouco N (%)	Mais ou Menos N (%)	Bastante N (%)	Extremamente N (%)
Q3. Em que medida você acha que a sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	108 (30,95)	101 (28,94)	80 (22,92)	57 (16,33)	3 (0,86)
Q4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	47 (13,47)	117 (33,52)	107 (30,66)	67 (19,20)	11 (3,15)
	Nada N (%)	Muito Pouco N %	Médio N %	Muito N %	Completamente N %
Q10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	16 (4,58)	37 (10,60)	114 (32,67)	156 (44,70)	26 (7,45)
	Muito Ruim N (%)	Ruim N (%)	Nem Ruim Nem Boa N (%)	Boa N (%)	Muito Boa N (%)
Q15. Quão bem você é capaz de se locomover?	7 (2,01)	51 (14,61)	90 (25,79)	163 (46,70)	38 (10,89)
	Muito Insatisfeito N (%)	Insatisfeito N (%)	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito N (%)	Satisfeito N (%)	Muito Satisfeito N (%)
Q16. Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	7 (2,01)	41 (11,75)	77 (22,06)	202 (57,88)	22 (6,30)
Q17. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	14 (4,01)	25 (7,17)	103 (29,51)	193 (55,30)	14 (4,01)
Q18. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	18 (5,16)	34 (9,74)	105 (30,09)	179 (51,29)	13 (3,72)

Quando questionados sobre o impedimento da dor física para fazer o que precisam, a maioria dos idosos respondeu “Nada” (30,95%). Em relação à necessidade de tratamento médico para a vida diária, a maioria respondeu “Muito pouco” (33,52%). Quando questionados sobre energia para o dia-a-dia, a resposta predominante foi “Muito” (44,70%). Quanto à capacidade de locomoção, a maioria respondeu “Boa” (46,70%), e em relação à satisfação com o sono, a resposta predominante foi “Satisfeito” (57,88%). Com relação à capacidade de desempenhar as atividades do dia-a-dia, a maioria respondeu “Satisfeito” (55,30%), e quanto à capacidade para o trabalho, a maioria respondeu “Satisfeito” (51,29%).

Domínio Psicológico: As questões 5, 6, 7, 11, 19 e 26 do Quadro 8 estão relacionadas com, sentimento positivos, pensar e aprender, autoestima, imagem corporal, sentimentos negativos e espiritualidade.

Quadro 8 – Estatística descritiva, **domínio psicológico** do WHOQOL-BREF, por pontuação. Marília, 2011

	Nada N (%)	Muito Pouco N (%)	Mais ou Menos N (%)	Bastante N (%)	Extremamente N (%)
Q5. O quanto você aproveita a vida?	23 (6,59)	83 (23,78)	119 (34,10)	114 (32,66)	10 (2,87)
Q6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	6 (1,72)	24 (6,88)	76 (21,78)	215 (61,60)	28 (8,02)
Q7. O quanto você consegue se concentrar?	10 (2,87)	32 (9,17)	90 (25,79)	184 (52,72)	33 (9,45)
Q11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	0 (0,0)	21 (6,02)	70 (20,06)	204 (58,45)	54 (15,47)
	Muito Insatisfeito N (%)	Insatisfeito N (%)	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito N (%)	Satisfeito N (%)	Muito Satisfeito N (%)
Q19. Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	0 (0,0)	18 (5,16)	73 (20,92)	240 (68,48)	18 (5,44)
	Nunca N (%)	Algumas Vezes N (%)	Frequentemente N (%)	Muito Frequentemente N (%)	Sempre N (%)
Q26. Com que frequência você tem Sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	88 (25,21)	209 (59,89)	32 (9,17)	14 (4,01)	6 (1,72)

Quanto à questão acerca do quanto aproveita a vida, os entrevistados dividiram as respostas entre “Mais ou menos” (34,10%) e “Bastante” (32,66%). Quando questionados sobre o sentido da vida, a maioria respondeu “Bastante” (61,60%). Em relação à concentração, (52,72%) responderam “Bastante” e, em relação à capacidade de aceitar sua aparência física, (58,45%) responderam “Bastante”. Quanto à satisfação consigo mesmo, predominou a resposta “Satisfeito” (68,48%), e, com relação aos sentimentos negativos como mau humor, desespero, ansiedade e depressão, (59,89%) dos entrevistados responderam “Algumas Vezes”.

Domínio Relações Sociais: As questões 20, 21 e 22 do Quadro 9 estão relacionadas a relações pessoais, apoio social e atividade sexual.

Quadro 9 – Estatística descritiva, **domínio relações sociais** do WHOQOL-BREF, por pontuação. Marília, 2011

	Nada N (%)	Muito Pouco N (%)	Mais ou Menos N (%)	Bastante N (%)	Extremamente N (%)
Q20. Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	2 (0,58)	14 (4,01)	57 (16,33)	228 (65,33)	48 (13,75)
Q21. Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	19 (5,44)	44 (12,61)	120 (34,38)	156 (44,70)	10 (2,87)
Q22. Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	2 (0,57)	10 (2,87)	77 (22,06)	214 (61,32)	46 (13,18)

Quando questionados quanto à satisfação com as relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas) 65,33% responderam que estão “Bastante” satisfeitos. E o quanto estão satisfeitos com a vida sexual, as respostas foram “Bastante” (44,70%) e “Mais ou menos” (34,38%). Com relação à satisfação com o apoio recebido dos amigos, a maioria respondeu “Bastante” (61,32%).

Domínio Meio Ambiente: As questões 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25, do Quadro 10, estão relacionadas com segurança física, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde, informação, recreação e lazer, ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima) e transporte.

Quadro 10 – Estatística descritiva, **domínio meio ambiente** do WHOQOL-BREF, por pontuação. Marília, 2011

	Nada N (%)	Muito Pouco N (%)	Mais ou Menos N (%)	Bastante N (%)	Extremamente N (%)
Q8. Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária.	11 (3,15)	37 (10,60)	148 (42,41)	148 (42,41)	5 (1,43)
Q9. Quão saudável é o seu ambiente físico (Clima, barulho, poluição, atrativos)?	8 (2,29)	30 (8,60)	134 (38,40)	170 (48,71)	7 (2,00)
Q12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	5 (1,43)	135 (38,68)	167 (47,85)	35 (10,03)	7 (2,01)
Q13. Quão disponíveis para você estão as informações de que precisa no seu dia-a-dia?	8 (2,29)	49 (14,04)	156 (44,70)	130 (37,25)	6 (1,72)
Q14. Em que medida você tem oportunidade de atividades de lazer?	66 (18,91)	82 (23,50)	142 (40,69)	55 (15,75)	4 (1,15)
	Muito Insatisfeito N (%)	Insatisfeito N (%)	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito N (%)	Satisfeito N (%)	Muito Satisfeito N (%)
Q23. Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	5 (1,43)	7 (2,01)	69 (19,77)	237 (67,91)	31 (8,88)
Q24. Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	7 (2,01)	22 (6,30)	90 (25,79)	212 (60,74)	18 (5,16)
Q25. Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	14 (4,01)	42 (12,03)	89 (25,50)	195 (55,88)	9 (2,58)

Quanto à sensação de segurança na vida diária, as respostas foram “Bastante” (42,41%) e “Mais ou menos” (42,41%) e quanto à satisfação com as condições do ambiente físico em que moram, as respostas foram “Bastante” (48,71%) e “Mais ou menos” (38,40%). Quanto à suficiência de dinheiro para satisfazer suas necessidades, 47,85% responderam “Mais ou menos” seguidos de “Muito pouco” (38,68%). Quando questionados sobre a disponibilidade de informações para o dia-a-dia, 44,70% responderam “Mais ou menos” e quanto às oportunidades de atividades de lazer, a resposta predominante foi “Mais ou menos” (40,69%). Com relação à satisfação com as condições do local de moradia, a maioria respondeu “Satisfeito” (67,91%). E, quando questionados sobre o quanto estão satisfeitos com relação ao

acesso aos serviços de saúde, 60,74% responderam “Satisfeito”, e quanto ao meio de transporte, 55,88% responderam “Satisfeito”.

2.3.1.4 Qualidade de vida dos idosos de Marília, segundo as facetas do WHOQOL-OLD: funcionamento dos sentidos; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; e intimidade.

O instrumento WHOQOL-OLD mostra-nos a qualidade de vida dos idosos de Marília por meio da descritiva dos escores por domínio, como se vê no Quadro 11, e por meio de questões específicas que avaliam cada uma das facetas do WHOQOL-OLD, como se vê nos Quadros 12, 13, 14, 15, 16, 17.

Quadro 11 – Descritivo dos escores do WHOQOL-OLD, por facetas (0 a 100), Marília, SP, Brasil, 2011

Facetas	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	IC para média (95%)	
						Inf	Sup
Funcionamento dos sentidos.	349	0	100	73,81	20,07	71,70	75,93
Autonomia.	349	12,50	100	58,66	15,80	57,00	60,33
Atividades passadas, presentes e futuras.	349	25,00	100	64,40	11,56	63,18	65,62
Participação social.	349	18,75	100	59,68	13,53	58,26	61,11
Morte e morrer.	349	6,25	100	75,37	20,34	73,23	77,51
Intimidade	349	12,50	100	67,51	15,64	65,86	69,16

Na análise dos escores de Marília, observamos o mínimo, o máximo, a média e o desvio padrão das facetas, funcionamento dos sentidos, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade do WHOQOL-OLD e verificaram-se correlações estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para todos os domínios.

O escore médio das facetas avaliadas pelos idosos de Marília em ordem decrescente foi: Morte e morrer: 75,37; Funcionamento dos sentidos: 73,81;

Intimidade: 67,51; Atividades passadas, presentes e futuras: 64,40; Participação social: 59,68 e Autonomia: 58,66.

A seguir os Quadros, 12, 13, 14, 15, 16, 17 apresentam as estatísticas descritivas das facetas do WHOQOL-OLD.

Faceta **Funcionamento dos Sentidos**: as questões 1, 2, 10 e 20 do Quadro 12 estão relacionadas com o funcionamento dos sentidos (por ex. audição, visão, paladar, olfato e tato) e o impacto da perda do funcionamento dos sentidos na qualidade de vida.

Quadro 12 – Estatística descritiva, **faceta funcionamento dos sentidos** do WHOQOL-OLD, por pontuação. Marília, 2011

	Nada N (%)	Muito Pouco N (%)	Mais ou Menos N (%)	Bastante N (%)	Extremamente N (%)
Old_01 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por ex., audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?	126 (36,10)	110 (31,51)	77 (22,09)	35 (10,20)	1 (0,28)
Old_02 Até que ponto a perda de, por ex., audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?	179 (51,20)	82 (23,50)	55 (15,76)	32 (9,17)	1 (0,28)
	Nada N (%)	Muito Pouco N (%)	Médio N (%)	Muito N (%)	Completamente N (%)
Old_10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por ex., audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?	183 (52,44)	71 (20,34)	66 (18,91)	27 (7,74)	2 (0,57)
	Muito Ruim N (%)	Ruim N (%)	Nem Ruim Nem Boa N (%)	Boa N (%)	Muito Boa N (%)
Old_20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por ex., audição, visão, paladar, olfato, tato)?	1 (0,28)	26 (7,45)	131 (37,54)	161 (46,13)	30 (8,6)

Quando questionados se a perda dos sentidos afeta a vida diária, 36,10% responderam “Nada” e se a perda dos sentidos afeta sua capacidade de participar de

atividades, 51,20%, responderam “Nada”. Em relação à perda dos sentidos afetando a capacidade de interagir com outras pessoas, houve predomínio da resposta “Nada” (52,44%). E quando questionados sobre como avaliariam o funcionamento dos sentidos, 46,13% dos entrevistados responderam “Bom”, seguidos de “Nem ruim Nem bom” (37,54%).

Faceta **Autonomia**: as questões 3,4, 5 e 11 do Quadro 13 estão relacionadas com a independência do idoso, e com o quanto ele é capaz e livre para viver de modo autônomo e tomar suas próprias decisões.

Quadro 13 – Estatística descritiva, **faceta autonomia** do WHOQOL-OLD, por pontuação. Marília, 2011

	Nada N (%)	Muito Pouco N (%)	Mais ou Menos N (%)	Bastante N (%)	Extremamente N (%)
Old_03 Quanta liberdade tem de tomar as suas próprias decisões?	10 (2,90)	23 (6,60)	82 (23,50)	190 (54,40)	44 (12,60)
Old_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?	65 (18,60)	59 (16,90)	113 (32,40)	94 (26,90)	18 (5,20)
Old_05 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?	8 (2,30)	20 (5,73)	64 (18,34)	230 (65,90)	27 (7,73)
	Nada N (%)	Muito Pouco N (%)	Médio N (%)	Muito N (%)	Completamente N (%)
Old_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?	20 (5,73)	55 (15,76)	140 (40,11)	113 (32,38)	21 (6,02)

Quando questionados sobre a liberdade para tomar suas próprias decisões, responderam “Bastante” e “Mais ou menos” 54,40% e 23,50%, respectivamente. Quando questionados se sentem que podem controlar o futuro, 32,40% responderam “Mais ou menos,” seguidos de “Bastante” (26,90%). Quando questionados se sentem que as pessoas ao redor respeitam a sua liberdade, 65,90% responderam “Bastante”. Quanto a conseguir fazer as coisas que gostariam de fazer, 40,11% responderam “Médio,” seguidos de “Muito” (32,38%).

Faceta **Atividades Passadas, Presentes e Futuras**: as questões 12, 13, 15 e 19 do Quadro 14 estão relacionadas com a satisfação dos idosos com as realizações na vida e com os objetivos a serem alcançados.

Quadro 14 - Estatística descritiva, **faceta atividades passadas, presentes e futuras** do WHOQOL-OLD, por pontuação. Marília, 2011

	Nada N (%)	Muito Pouco N (%)	Médio N (%)	Muito N (%)	Completamente N (%)
Old_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?	14 (4,01)	40 (11,46)	136 (38,97)	150 (42,98)	9 (2,58)
Old_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?	10 (2,87)	31 (8,88)	95 (27,22)	192 (55,01)	21 (6,02)
	Muito Insatisfeito N (%)	Insatisfeito N (%)	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito N (%)	Satisfeito N (%)	Muito Satisfeito N (%)
Old_15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?	0 (0,0)	7 (2,01)	57 (16,33)	245 (70,20)	40 (11,46)
	Muito Infeliz N (%)	Infeliz N (%)	Nem Feliz Nem Infeliz N (%)	Feliz N (%)	Muito Feliz N (%)
Old_19 Quão feliz está com as coisas que pode esperar daqui para frente?	0 (0,0)	8 (2,29)	136 (38,97)	198 (56,73)	7 (2,01)

Quando questionados se estão satisfeitos com as oportunidades para continuarem alcançando outras realizações na vida, 42,98% responderam “Muito,” seguidos de “Médio” (38,97%). Quando questionados sobre o quanto sentem que receberam o reconhecimento que merecem na vida, 55,01% responderam “Muito”. E quão satisfeitos estão com aquilo que alcançaram na vida, 70,20% responderam “Satisfeito”. Quando questionados sobre o quão felizes estão com as coisas que podem esperar daqui para frente, 56,73% responderam “Felizes”.

Faceta **Participação Social**: as questões 14, 16, 17 e 18 do Quadro 15 estão relacionadas com a participação dos idosos em atividades da vida diária, especialmente na comunidade.

Quadro 15 – Estatística descritiva, **faceta participação social** do WHOQOL-OLD, por pontuação. Marília, 2011

	Nada N (%)	Muito Pouco N (%)	Médio N (%)	Muito N (%)	Completamente N (%)
Old_14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?	4 (1,14)	55 (15,76)	209 (59,89)	70 (20,06)	11 (3,15)
	Muito Insatisfeito N (%)	Insatisfeito N (%)	Nem Satisfeito nem Insatisfeito N (%)	Satisfeito N (%)	Muito Satisfeito N (%)
Old_16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?	2 (0,57)	18 (5,16)	98 (28,08)	210 (60,17)	21 (6,02)
Old_17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?	3 (0,86)	22 (6,30)	117 (33,52)	198 (56,73)	9 (2,59)
Old_18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?	12 (3,44)	58 (16,62)	116 (33,24)	150 (42,98)	13 (3,72)

Quando questionados se têm o suficiente para fazer em cada dia, 59,89% responderam “Médio” e “Muito pouco” (15,76%). Em se tratando da maneira como usam o tempo, 60,17% responderam que estão “Satisfeitos”. Com relação à satisfação com o nível de atividade, 56,73% responderam “Satisfeitos”, e com relação à satisfação com as oportunidades de participar de atividades da comunidade, 42,98% responderam “Satisfeitos”, seguidos de “Nem satisfeito, nem insatisfeito” (33,24%).

Faceta **Morte e morrer**: as questões 6, 7, 8 e 9 do Quadro 16 estão relacionadas com a preocupação e medos do idoso acerca da morte e do morrer.

Quadro 16 – Estatística descritiva, **faceta morte e morrer** do WHOQOL-OLD, por pontuação. Marília, 2011

	Nada N (%)	Muito Pouco N (%)	Médio N (%)	Muito N (%)	Completamente N (%)
Old_06 Quão preocupado está com a maneira pela qual irá morrer?	247 (70,77)	30 (8,60)	28 (8,02)	41 (11,75)	3 (0,86)
Old_07 O quanto tem medo de não poder controlar a sua morte?	254 (72,78)	31 (8,90)	21 (6,01)	37 (10,60)	6 (1,71)
Old_08 O quanto você tem medo de morrer?	278 (79,65)	23 (6,59)	15 (4,30)	32 (9,17)	1 (0,29)
Old_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?	68 (19,48)	13 (3,72)	55 (15,76)	182 (52,15)	31 (8,89)

Quando questionados sobre a preocupação com a maneira pela qual irão morrer, 70,77% responderam “Nada” e o quanto têm medo de não poder controlar a própria morte, 72,78% responderam “Nada”. Quando questionados sobre medo de morrer, 79,65% responderam “Nada”. Porém, quando questionados com relação ao temor de sofrer dor antes de morrer, 52,15% responderam “Muito”.

Faceta **Intimidade**: as questões 6, 7, 8 e 9 do Quadro 17 estão relacionadas com a capacidade do idoso de ter relacionamentos íntimos e pessoais.

Quadro 17 – Estatística descritiva, **faceta intimidade** do WHOQOL-OLD, por pontuação. Marília, 2011

	Nada N (%)	Muito Pouco N (%)	Médio N (%)	Muito N (%)	Completamente N (%)
Old_21 Até que ponto tem um sentimento de companheirismo na vida?	6 (1,72)	27 (7,74)	89 (25,50)	198 (56,73)	29 (8,31)
	Nada N (%)	Muito pouco N (%)	Mais ou Menos N (%)	Bastante N (%)	Extremamente N (%)
Old_22 Até que ponto sente amor em sua vida?	2 (0,57)	25 (7,16)	33 (9,46)	258 (73,93)	31 (8,88)
	Nada N (%)	Muito Pouco N (%)	Médio N (%)	Muito N (%)	Completamente N (%)
Old_23 Até que ponto tem oportunidades para amar?	8 (2,29)	23 (6,59)	64 (18,34)	218 (62,46)	36 (10,32)
Old_24 Até que ponto tem oportunidades para ser amado?	10 (2,87)	27 (7,74)	68 (19,48)	222 (63,61)	22 (6,30)

Quando questionados até que ponto têm um sentimento de companheirismo na vida, 56,7% responderam “Muito”. Quanto ao sentimento de amor na vida, 73,93% responderam “Bastante”. Em relação à oportunidade de amar e de ser amado, houve prevalência da resposta “Muito” (62,46% e 63,61%) respectivamente.

2.3.2 Os Idosos do Porto

2.3.2.1 O perfil sociodemográficos e de saúde-doença dos idosos da cidade do Porto

i) Quanto ao sexo:

Tabela 11 – Perfil dos entrevistados segundo o sexo, Porto, 2011

Sexo	N	%
Feminino	69	69,0
Masculino	31	31,0
Total	100	100,0

A tabela 11 mostra-nos que a maioria dos entrevistados era do sexo feminino (69,0%).

j) Quanto à idade:

Tabela 12 – Faixa etária dos entrevistados, Porto, 2011

Faixa etária (anos)	N	%
60 – 69	11	11,0
70 – 79	34	34,0
80 – 89	46	46,0
90 – mais	9	9,0
Total	100	100,0

A tabela 12 mostra-nos que, com relação à idade, a maioria (46,0%) encontrava-se na faixa etária entre 80 -89 anos.

Tabela 13 – Idade média dos entrevistados, Porto, 2011

Cidade	Medida	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	IC para média (95%)	
							Inf	Sup
Porto	Idade	100	60	97	79,35	7,54	77,85	80,85

A tabela 13 mostra-nos que a idade média dos idosos entrevistados era 79,35 anos.

k) Quanto ao grau de instrução, estado civil e atividade profissional.

Tabela 14 – Perfil dos entrevistados segundo o grau de instrução, estado civil e atividade profissional, Porto, 2011

Indicadores	N	%
Grau de instrução		
Analfabeto	20	20,0
1º grau	78	78,0
2º grau	1	1,0
3º grau	1	1,0
Estado civil		
Casado	19	19,0
Divorciado	9	9,0
Separado	4	4,0
Solteiro	5	5,0
União de fato	2	2,0
Viúvo	61	61,0
Atividade profissional		
Do lar	2	2,0
Pensionista	5	5,0
Reformado	93	93,0

A tabela 14 mostra-nos que 78,0% dos idosos estudaram até o primeiro grau; 61,0% eram viúvos e 93,0% eram reformados (aposentados).

l) Quanto à doença referida

Tabela 15 – Doenças referidas pelos entrevistados, Porto, 2011

Doença referida	N	%
Asma	2	2,6
Artrose	2	2,4
Bronquite	1	1,2
Cardiopatias	7	8,4
Catarata	2	2,4
Circulatório	1	1,2
Diabetes Tipo 2	13	15,7
Dor muscular	1	1,2
Dor nas pernas	1	1,2
Dor nos ossos	3	3,6
DPOC	3	3,6

Fígado	1	1,2
Glaucoma	1	1,2
Hernia inguinal	2	2,4
Hipertensão Arterial	24	28,9
ICC	2	2,4
Memória fraca	1	1,2
Osteoporose	6	7,2
Parkison	2	2,4
Prostata	1	1,2
Renal crônico	1	1,2
Sequelas de AVC	2	2,4
Tb cerebral	1	1,2
Trombose venosa	1	1,2
Visão diminuída	2	2,4
Total	83	100,0

A tabela 15 mostra-nos que as patologias mais referidas pelos entrevistados eram Hipertensão Arterial (28,9%) e Diabetes Mellitus Tipo 2 (15,7%).

2.3.2.2 Qualidade de vida dos idosos do Porto, segundo o domínio geral do WHOQOL-BREF.

O instrumento WHOQOL-BREF mostra-nos o domínio geral de qualidade de vida dos idosos do Porto, por meio da descritiva do escore, como se vê no Quadro 18, e por meio de duas questões que avaliam a qualidade de vida global e a percepção de saúde geral, como se vê no Quadro 19.

Quadro 18 – Descritiva do escore do **domínio geral** do WHOQOL- BREF (0 a 100). Porto, Portugal, 2011

Domínio	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	IC para média (95%)	
						Inf	Sup
Geral	100	0,00	87,50	51,13	19,23	47,31	54,94

Na análise do escore do Porto, observamos o mínimo, o máximo, a média e o desvio padrão do domínio geral do WHOQOL-BREF e verificamos correlação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) para este domínio.

O escore médio do domínio geral foi 51,13 com desvio padrão de $\pm 19,23$.

O Quadro 19 mostra-nos a estatística descritiva do **domínio geral** do WHOQOL-BREF.

Quadro 19 – Estatística descritiva, **domínio geral** do WHOQOL por pontuação, Porto, Portugal, 2011

	Muito má N (%)	Má N (%)	Nem Boa, Nem má. N (%)	Boa N (%)	Muito Boa N (%)
Q1. Como avalia a sua qualidade de vida?	4 (4,00)	12 (12,00)	40 (40,00)	42 (42,00)	2 (2,00)
	Muito Insatisfeito N (%)	Insatisfeito N (%)	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito N (%)	Satisfeito N (%)	Muito Satisfeito N (%)
Q2. Até que ponto está satisfeito (a) com a sua saúde?	4 (4,00)	37 (37,00)	34 (34,00)	22 (22,00)	3 (3,00)

Quando questionamos os idosos do Porto sobre “como avalia a sua qualidade de vida?” as respostas foram “Boa” (42,00%) seguida de “Nem ruim, nem boa” (40,00%).

E quando questionamos “até que ponto está satisfeito (a) com a sua saúde”, as respostas foram “Nem satisfeito, nem insatisfeito” (34,00%) e “Satisfeitos” (22,0%).

2.3.2.3 Qualidade de vida geral dos idosos do Porto segundo os domínios do WHOQOL-BREF: físico; psicológico; relações sociais e meio ambiente.

O instrumento WHOQOL-BREF mostra-nos a qualidade de vida dos idosos do Porto por meio da descritiva dos escores por domínio como se vê no Quadro 20, e por meio de questões específicas que avaliam cada uma das facetas dos quatro domínios do WHOQOL-BREF, como se vê nos Quadros 21, 22, 23,24.

Quadros 20 – Descritiva dos escores do WHOQOL-BREF, por domínio (0 a 100).
Porto, Portugal, 2011

Domínios	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	IC para média (95%)	
						Inf	Sup
Domínio Físico	100	3,60	82,10	47,71	16,43	44,45	50,97
Domínio Psicológico	100	12,50	87,50	57,13	14,58	54,23	60,02
Domínio Relações Sociais	100	8,30	91,70	61,17	15,54	58,08	64,25
Domínio Meio Ambiente	100	28,10	81,30	60,03	12,24	57,60	62,46

Na análise dos escores do Porto, observamos o mínimo, o máximo, a média e o desvio padrão dos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente do WHOQOL-BREF e verificamos correlações estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para todos os domínios.

O escore médio dos domínios avaliados pelos idosos do Porto, em ordem decrescente, foi: Relações Sociais (61,17), Meio Ambiente (60,03), Psicológico (57,13) e Físico (47,71).

A seguir os Quadros 21, 22, 23, 24 apresentam as estatísticas descritivas dos domínios do WHOQOL-BREF.

Domínio Físico: As questões 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18 do Quadro 21 estão relacionadas com dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação e tratamento, e capacidade de trabalho.

Quadro 21 – Estatística descritiva, **domínio físico** do WHOQOL-BREF, por pontuação. Porto, 2011

	Nada N (%)	Pouco N (%)	Nem muito Nem pouco N (%)	Muito N (%)	Muitíssimo N (%)
Q3. Em que medida as suas dores (físicas) o (a) impedem de fazer o que precisa fazer?	6 (6,00)	15 (15,00)	30 (30,00)	41 (41,00)	8 (8,00)
Q4. Em que medida precisa de cuidados médicos para levar sua vida diária?	9 (9,00)	23 (23,00)	37 (37,00)	27 (27,00)	4 (4,00)
	Nada N (%)	Pouco N (%)	Moderadamente N (%)	Bastante N (%)	Completamente N (%)
Q10. Tem energia suficiente para sua vida diária?	3 (3,00)	20 (20,00)	55 (55,00)	22 (22,00)	0 (0,00)
	Muito Má N (%)	Má N (%)	Nem Boa Nem Má N (%)	Boa N (%)	Muito Boa N (%)
Q15. Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio (a)]?	2 (2,00)	36 (36,00)	35 (35,00)	22 (22,00)	5 (5,00)
	Muito Insatisfeito N (%)	Insatisfeito N (%)	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito N (%)	Satisfeito N (%)	Muito Satisfeito N (%)
Q16. Até que ponto está satisfeito (a) com o seu sono?	5 (5,00)	22 (22,00)	21 (21,00)	47 (47,00)	5 (5,00)
Q17. Até que ponto está satisfeito (a) com capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	2 (2,00)	29 (29,00)	41 (41,00)	28 (28,00)	0 (0,00)
Q18. Até que ponto está satisfeito (a) com sua capacidade de trabalho?	3 (3,00)	35 (35,00)	34 (34,00)	27 (27,00)	1 (1,00)

Quando questionados sobre em que medida a dor física os impede de fazer o que precisam, 41,00% dos idosos responderam “Muito”. Em relação à necessidade de cuidados médicos, 37,00% responderam “Nem muito nem pouco” seguidos de “Muito” (27,00%). Quando questionados sobre energia para o dia-a-dia, a resposta predominante foi “Moderadamente” (55,00%). Quanto à mobilidade, as respostas foram “Má” (36,00%) e “Nem boa nem má” (35,00%), e em relação à satisfação com o sono, a resposta predominante foi “Satisfeito” (47,00%). Com relação à capacidade de desempenhar as atividades do dia-a-dia, a maioria respondeu “Nem satisfeito nem insatisfeito” (41,00%) e “Insatisfeito” (29,00%) e quanto à capacidade para o

trabalho, 35,00% responderam que estão “Insatisfeitos”, seguidos de “Nem satisfeito nem insatisfeito” (34,00%).

Domínio Psicológico: As questões 5, 6, 7, 11, 19 e 26 do Quadro 22 estão relacionadas com sentimentos positivos, pensar e aprender, autoestima, imagem corporal, sentimentos negativos e espiritualidade.

Quadro 22 – Estatística descritiva, **domínio psicológico** do WHOQOL BREF, por pontuação. Porto, 2011

	Nada N (%)	Pouco N (%)	Nem muito Nem pouco N (%)	Muito N (%)	Muitíssimo N (%)
Q5. Até que ponto gosta a vida?	5 (5,00)	10 (10,00)	34 (34,00)	46 (46,00)	5 (5,00)
Q6. Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	6 (6,00)	16 (16,00)	32 (32,00)	45 (45,00)	1 (1,00)
Q7. Até que ponto se consegue concentrar?	3 (3,00)	15 (15,00)	30 (30,00)	51 (51,00)	1 (1,00)
	Nada N (%)	Pouco N (%)	Moderadamente N (%)	Bastante N (%)	Completamente N (%)
Q11. E capaz de aceitar a sua aparência física?	4 (4,00)	10 (10,00)	47 (47,00)	33 (33,00)	6 (6,00)
	Muito Insatisfeito N (%)	Insatisfeito N (%)	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito N (%)	Satisfeito N (%)	Muito Satisfeito N (%)
Q19. Até que ponto está satisfeito (a) consigo próprio?	0 (0,00)	10 (10,00)	32 (32,00)	53 (53,00)	5 (5,00)
	Nunca N (%)	Algumas vezes N (%)	Frequentemente N (%)	Muito Frequentemente N (%)	Sempre N (%)
Q26. Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	6 (6,00)	31 (31,00)	32 (32,00)	23 (23,00)	8 (8,00)

Quanto às questões acerca de gostar da vida e sentir que a vida tem sentido, os entrevistados responderam “Muito” (46,00% e 45,00%) respectivamente. Em relação à capacidade de se concentrar, 51,00% dos entrevistados responderam “Muito” e, em relação à capacidade de aceitar sua aparência física, 47,00%

responderam “Moderadamente”. Quanto à satisfação consigo mesmo, predominou a resposta “Satisfeito” (53,00%) e, com relação aos sentimentos negativos, como tristeza, desespero, ansiedade e depressão, 32,00% dos entrevistados responderam “Frequentemente” seguidos de “Algumas vezes” (31,00%).

Domínio Relações Sociais: As questões 20, 21 e 22 do Quadro 23 estão relacionadas com relações pessoais, apoio social e atividade sexual.

Quadro 23 – Estatística descritiva, **domínio relações sociais** do WHOQOL-BREF, por pontuação. Porto, 2011

	Muito Insatisfeito N (%)	Insatisfeito N (%)	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito N (%)	Satisfeito N (%)	Muito Satisfeito N (%)
Q20. Até que ponto está satisfeito (a) com suas relações pessoais?	3 (3,00)	8 (8,00)	23 (23,00)	63 (63,00)	3 (3,00)
Q21. Até que ponto está satisfeito (a) com a sua vida sexual?	1 (1,00)	7 (7,00)	46 (46,00)	46 (46,00)	0 (0,00)
Q22. Até que ponto está satisfeito (a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	5 (5,00)	7 (7,00)	34 (34,00)	49 (49,00)	5 (5,00)

Quando questionados quanto à satisfação com as relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas), 63,00 % responderam que estão “Satisfeitos”. E quanto à satisfação com a vida sexual, os entrevistados responderam “Bastante” (46,0%) seguidos de “Mais ou menos” (46,0%). E, com relação à satisfação com o apoio recebido dos amigos, as respostas foram “Bastante” (49,0%) e “Mais ou menos” (34,0%).

Domínio Meio Ambiente: As questões 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25 do Quadro 24 estão relacionadas com segurança física, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde, informação, recreação, lazer, ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima) e transporte.

Quadro 24 – Estatística Descritiva, **domínio meio ambiente** do WHOQOL-BREF, por pontuação. Porto, 2011

	Nada N (%)	Pouco N (%)	Nem muito Nem pouco N (%)	Muito N (%)	Muitíssimo N (%)
Q8. Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	3 (3,00)	13 (13,00)	32 (32,00)	47 (47,00)	5 (5,00)
Q9. Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1 (1,00)	9 (9,00)	31 (31,00)	56 (56,00)	3 (3,00)
	Nada N (%)	Pouco N (%)	Moderadamente N (%)	Bastante N (%)	Completamente N (%)
Q12. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	5 (5,00)	37 (37,00)	30 (30,00)	26 (26,00)	2 (2,00)
Q13. Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1 (1,00)	14 (14,00)	35 (35,00)	45 (45,00)	5 (5,00)
Q14. Em que medida tem oportunidades para realizar actividades de lazer?	3 (3,00)	21 (21,00)	44 (44,00)	32 (32,00)	0 (0,00)
	Muito Insatisfeito N (%)	Insatisfeito N (%)	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito N (%)	Satisfeito N (%)	Muito Satisfeito N (%)
Q23. Até que ponto está satisfeito (a) com as condições do lugar em que vive?	1 (1,00)	10 (10,00)	23 (23,00)	63 (63,00)	3 (3,00)
Q24. Até que ponto está satisfeito (a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	0 (0,00)	12 (12,00)	15 (15,00)	69 (69,00)	4 (4,00)
Q25. Até que ponto está satisfeito (a) com os transportes que utiliza?	0 (0,00)	1 (1,00)	21 (21,00)	72 (72,00)	6 (6,00)

Quanto à sensação de segurança e à satisfação com condições do ambiente físico em que mora, a maioria respondeu “Muito” (47,00% e 56,00%) respectivamente. Quanto à suficiência de dinheiro para satisfazer suas necessidades, 37,00% responderam “Pouco”, seguidos de “Moderadamente” (30,00%). Quando questionados sobre a disponibilidade de informações para a vida diária, 45,00% responderam “Bastante” e quanto às oportunidades para realizar atividades de lazer, a resposta predominante foi “Moderadamente” (44,00%). Quanto à satisfação com as

condições do lugar onde vive, a maioria respondeu “Satisfeito” (63,00%). E quando questionados sobre o quanto estão satisfeitos com o acesso que têm aos serviços de saúde, 69,00% responderam que estão “Satisfeitos”. Quanto aos meios de transporte, 72,00% responderam “Satisfeitos”.

2.3.3 Os Idosos Brasileiros e Portugueses

2.3.3.1 Análise comparativa entre as características sociodemográficas e de saúde-doença dos idosos brasileiros e portugueses.

Tabela 16 – Perfil dos entrevistados segundo o sexo, idade, estado civil, escolaridade, aposentadoria e patologia referida, por país, 2011

Medida	Brasil (n=349)		Portugal (n=100)		Valor de p*
	N	%	N	%	
Sexo					
Feminino	202	57,88	69	69,00	<0,059
Masculino	147	42,12	31	31,00	
Idade (anos)					
60 a 69	139	39,83	11	11,00	<0,001
70 a 79	152	43,55	34	34,00	
80 a 89	51	14,61	46	46,00	
Mais de 90	7	2,01	9	9,00	
Estado Civil					
Casado/União	199	57,00	21	21,00	<0,001
Divorciado/Separado	25	7,20	13	13,00	
Solteiro	17	4,9	5	5,00	
Viúvo	108	30,9	61	61,00	
Escolaridade					
Analfabeto	80	22,92	20	20,00	<0,031
1º grau	231	66,19	78	78,00	
2º grau	28	8,02	1	1,00	
3º grau	10	2,87	1	1,00	
Aposentados					
Não	50	14,33	2	2,00	<0,001
Sim	299	85,67	98	98,00	
Patologia referida					
Sim	316	90,54	83	83,00	<0,053
Não	33	9,46	17	17,00	

(*) Teste Qui-quadrado

Neste estudo a tabela 16 mostra-nos:

- A diferença na proporção de sexo dos entrevistados, entre Porto, Portugal e Marília, Brasil não foi significativa;
- Em média, os idosos de Portugal são mais velhos;
- A proporção de casados em Marília é maior, enquanto a de viúvos é maior em Portugal;
- Quanto à escolaridade, 23,0% dos idosos brasileiros são analfabetos e 66,2% possuem até o 1º grau, enquanto em Portugal, 20,0% e 78,0%, respectivamente, possuem essa mesma classificação;
- Quanto à aposentadoria, 98,0% dos portugueses são reformados (aposentados). Aproximadamente 86,0% dos idosos brasileiros são aposentados ou pensionistas;
- A diferença na proporção de patologias referidas, entre Porto, Portugal e Marília, Brasil não foi significativa.

2.3.3.2 Análise comparativa entre a qualidade de vida dos idosos brasileiros e a qualidade de vida dos idosos portugueses, por meio dos domínios do WHOQOL-BREF.

O instrumento WHOQOL-BREF mostra-nos os escores do domínio geral do WHOQOL-BREF dos idosos brasileiros e portugueses por meio das análises descritivas, como se vê na Tabela 17.

Tabela 17 – Análise descritiva, qualidade de vida geral do WHOQOL-BREF, por país, (0 a 100). 2011

Domínios	País	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	IC para média (95%)		p-valor
							Inf	Sup	
Geral	Brasil	349	12,5	100,0	63,32	15,15	61,73	64,92	<0,001
	Portugal	100	0,0	87,5	51,13	19,23	47,31	54,94	

Nota: Teste *t-student* para comparação entre as médias

Na análise dos escores dos dois países, observou-se o mínimo, o máximo, a média, o desvio padrão e o intervalo de confiança (95%) do domínio global de qualidade de vida do WHOQOL-BREF. Verificaram-se correlações estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para estes domínios.

Quando comparamos os dois países, observamos que o escore médio da qualidade de vida dos idosos brasileiros é maior (63,32) comparando-o com o escore médio da qualidade de vida dos idosos portugueses (51,13).

O instrumento WHOQOL-BREF mostra-nos os escores dos domínios do WHOQOL-BREF dos idosos brasileiros e portugueses por meio das análises descritivas, como se vê no Quadro 25.

Quadro 25 – Descritiva dos escores dos domínios do WHOQOL-BREF por país, (0 a 100), 2011

Domínios	País	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	IC para média (95%)		p-valor
							Inf	Sup	
Físico	Brasil	349	21,4	100,0	63,46	16,67	61,67	65,24	< 0,001
	Portugal	100	3,6	82,1	47,71	16,43	44,45	50,97	
Psicológico	Brasil	349	25,0	95,8	66,07	13,17	64,68	67,46	< 0,001
	Portugal	100	12,5	87,5	57,13	14,58	54,23	60,02	
Relações Sociais	Brasil	349	8,3	100,0	66,52	14,39	65,01	68,04	< 0,002
	Portugal	100	8,3	91,7	61,17	15,54	58,08	64,25	
Meio Ambiente	Brasil	349	21,9	96,9	56,30	9,90	55,26	57,35	< 0,006
	Portugal	100	28,1	81,3	60,03	12,24	57,60	62,46	

Nota: Teste t-student para comparação entre as médias.

Na análise dos escores dos dois países, observou-se o mínimo, o máximo, a média e o desvio padrão dos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente do WHOQOL-BREF. Verificaram-se correlações estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para todos os domínios.

Quando comparamos os dois países, podemos observar que a média do escore melhor avaliado no Brasil foi o domínio “relações sociais” (66,52) e a média do escore pior avaliado foi o domínio “meio ambiente” (56,30).

Em Portugal, a média do escore melhor avaliado foi o domínio “relações sociais” (61,17) e a média do escore pior avaliado foi o domínio “físico” (47,71).

CAPÍTULO 3

UM CAMINHO POSSÍVEL

A Velhice Pede Desculpas

*Tão velho estou como árvore no inverno,
Vulcão sufocado, pássaro sonolento.
Tão velho estou, de pálpebras baixas,
Acostumado apenas ao som das músicas,
à forma das letras.*

*Fere-me a luz das lâmpadas, o grito frenético
Dos provisórios dias do mundo:
Mas há um sol eterno, eterno e brando
E uma voz que não me canso, muito longe, de ouvir.*

*Desculpai-me esta face, que se fez resignada:
Já não é a minha, mas a do tempo,
Com seus muitos episódios.*

*Desculpai-me não ser bem eu:
Mas um fantasma de tudo.
Recebereis em mim muitos mil anos, é certo,
Com suas sombras, porém, suas intermináveis sombras.*

*Desculpai-me viver ainda:
Que os destroços, mesmo os da maior glória,
São na verdade só destroços, destroços.*

Cecília Meireles

3.1 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A) PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS IDOSOS DE MARÍLIA/ BRASIL E DO PORTO/PORTUGAL

A amostra de idosos entrevistados nesta pesquisa permitiu-nos verificar a prevalência do sexo feminino, de cor branca, de católicos, de baixa escolaridade, de casados ou vivendo como casados, de aposentados e com predomínio de idosos na faixa etária entre 70 – 79 anos.

Comparando esse perfil demográfico com os dos idosos, conforme a amostra da cidade do Porto, Portugal, observou-se também a prevalência do sexo feminino, da cor branca, da baixa escolaridade, da faixa etária entre 80-89 anos.

É interessante observar que a amostra dos selecionados de Portugal é mais idosa do que a brasileira e tem o perfil de viver sem companheiro, por mais tempo do que os idosos brasileiros estudados nesta pesquisa.

Em relação ao sexo, 57,90% dos idosos de Marília eram do sexo feminino e 42,10% do sexo masculino. Esse dado nos mostra que os idosos de Marília/SP seguem a tendência nacional da população idosa, com predomínio de mulheres em relação aos homens. Essa característica da população idosa também foi descrita em outros estudos brasileiros, e a proporção de mulheres vai aumentando quanto mais idoso for o segmento, caracterizando assim a “feminização da velhice” (Ramos et al. 1993; Veras, 1995; Camarano, 2001; Lebrão, 2005; Silva, 2008).

Referente ao sexo dos idosos, em Porto (Portugal) a pesquisa encontrou 69,00% do sexo feminino e 31,00% do sexo masculino. Essa tendência de feminização da população idosa também foi encontrada em Portugal, segundo o que nos mostram os estudos de Lucas, Pacheco (1999); Figueiredo et al. (2003) e Amado et al. (2005).

Os resultados provisórios do Censo de 2011, em Portugal, também nos mostraram que houve diminuição na relação de gênero masculino constatada pelo predomínio do número de mulheres face ao de homens. Em 2011, essa relação foi de 91,5 homens para 100 mulheres enquanto este indicador era em 2001 de 93,4 homens por 100 mulheres. A preponderância da população feminina é reforçada à medida que a idade avança. A sobremortalidade da população masculina e a menor esperança de vida, ao nascer, dos homens, relativamente às mulheres, ajudam a explicar estes resultados (INE, 2011).

Quanto à idade dos idosos de Marília, encontramos 43,60% na faixa etária entre 70-79 anos e 39,80% entre 60-69 anos. A idade média dos idosos de Marília, neste estudo, foi de $72,23 \pm 7,7$.

Podemos considerar os nossos idosos como medianamente idosos se seguirmos a classificação do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). De acordo com esse Instituto, são considerados idosos jovens aqueles que têm entre 60 e 70 anos de idade; medianamente idosos a partir de 70 até 80 anos; e muito idosos acima de 80 anos (IPEA, 2009).

Lebrão e Duarte (2003), em estudo denominado “Saúde Bem-Estar e Envelhecimento – SABE”, que caracterizou os idosos do município de São Paulo encontraram um percentual maior de idosos mais jovens, com idade média de 68 anos.

Quanto ao perfil de idade, os idosos de Marília seguem a tendência nacional, pois, de acordo com o último censo brasileiro, o crescimento da população idosa entre os mais velhos é maior. Em 1999, o Brasil registrava 6,4 milhões de pessoas com mais de 70 anos (3,9% da população total), enquanto, em 2009, a população dessa faixa etária atingiu um efetivo de 9,7 milhões de idosos, correspondendo a 5,1% dos brasileiros. Esse Instituto nos informa ainda que a expectativa de vida no nascimento para a população brasileira, em geral, é de 73,1 anos (IBGE, 2010).

Em 2002, o IBGE lançou a cartilha “Perfil dos idosos responsáveis por domicílios no Brasil” e nela podemos observar que o segmento que mais cresceu, relativamente à população idosa, foi o das pessoas de 75 anos ou mais (49,3%), alterando a composição interna do próprio grupo e revelando uma heterogeneidade de características desse segmento populacional (IBGE, 2002).

Quando observamos as diferentes faixas etárias, verificamos o crescimento relativo como segue: idade entre 60 a 64 anos (35,6 %), 65 a 69 anos (26,5%), 70 a 74 anos (45,1%) e 75 anos ou mais (49,3%) (IBGE, 2002).

Quanto à idade dos idosos portugueses estudados, 46,00% apresentaram idade entre 80-89 anos e 34,00% entre 70-79 anos. A idade média dos idosos do Porto, neste estudo, foi de $79,35 \pm 7,54$. É possível verificar que a idade média dos idosos portugueses é maior que a dos brasileiros. Os dados obtidos com esta amostra são muito semelhantes aos revelados por Lucas, Pacheco (1999); Figueiredo et al. (2003) e Amado et al. (2005).

Os recentes dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) de Portugal nos informam que a expectativa de vida no nascimento para a população portuguesa, em geral, é de 78,54 anos, e o crescimento dentro da população idosa não é homogêneo, sendo o grupo dos mais idosos (80 e mais anos) o que tem evidenciado o mais rápido crescimento (INE, 2011).

De acordo com os recentes dados da OMS, a esperança de vida ao nascer, na população total de alguns países da Europa e da América Latina, separados por sexo masculino e feminino, está assim distribuída: Grã-Bretanha: 78/82 anos, Itália: 79/84 anos, Portugal: 76/82 anos, Argentina: 72/79 anos, Brasil: 70/77 anos e Bolívia: 66/70anos (OMS, 2009).

Referente à cor da pele dos idosos de Marília, encontramos 58,20% brancos, 29,20% pardos, 11,50% negros, e 1,10% amarelos. Esses dados estão de acordo com os encontrados na composição étnica do país, revelando que 47,3% dos brasileiros

são brancos, 43,1% pardos, 7,6% negros, 2,1% amarelos e 0,3% indígenas (IBGE, 2010).

A pesquisa SABE encontrou, com relação à cor da pele, 70,2% de idosos que se disseram brancos; 12,9% mulatos; 8,2% mestiços, sendo o restante negros, asiáticos e índios, sem especificar os valores desses últimos. Segundo o SABE, o Censo de 2000 encontrou, para o Estado de São Paulo, na zona urbana e para essa mesma população de idosos, valores bem semelhantes: brancos, 78,6% e mulatos, 13,6% (Lebrão, Duarte, 2003).

No Porto, a amostra foi constituída somente de idosos brancos.

Em relação à escolaridade, no município de Marília, encontramos 22,80 % de idosos analfabetos e 56,70% com o 1º grau incompleto. Esse perfil de baixa escolaridade foi encontrado também em outros estudos sobre idosos no Brasil (Ramos et al. 1993; Lima-Costa et al., 2000).

Segundo dados do IBGE (2002), nas décadas de 1930 até pelo menos 1950, o ensino fundamental no Brasil era restrito a segmentos sociais mais elevados. Esse fato ajuda a compreender o baixo nível de escolaridade da população idosa brasileira como reflexo desse acesso desigual à educação.

Em relação à escolaridade, na população idosa de Portugal, encontramos 20,00% de analfabetos e 61,00% de idosos com o 1º grau incompleto, semelhante aos estudos de Lucas, Pacheco (1999); Figueiredo et al. (2003) e Amado et al. (2005).

Segundo o INE e conforme o último Censo de 2011, em Portugal, o nível de instrução atingido pela população em Portugal progrediu de forma muito expressiva na última década. Relativamente ao Censo de 2001, observa-se um recuo da população com níveis de instrução mais reduzidos, designadamente até ao ensino básico, 2º ciclo, e um aumento dos níveis de qualificação superiores. Porém, a população nascida nas décadas de 20/30/40, especialmente nas zonas rurais, praticamente não teve acesso à escolaridade, uma vez que o ensino era restrito a

segmentos sociais específicos, aos quais a grande maioria dos idosos atuais não pertencia. Essa população começou cedo a trabalhar nos campos, ou na pesca, tendo desempenhado trabalhos fisicamente desgastantes e com pouco acesso a escolas, moradias e cuidados de saúde adequados (Silva, 2009).

Em relação ao estado conjugal dos idosos brasileiros, percebe-se a predominância dos idosos casados ou vivendo como casados, totalizando 57,00% e uma parcela significativa de viúvos de 30,90%. Somente 7,20% são divorciados/separados e 4,90% são solteiros. Paskulin (2006) também encontrou o predomínio de idosos casados (44,4%), seguidos pelos viúvos (36,5%) em seu estudo. O estudo SABE (2003) também encontrou, em sua amostra, a maioria dos idosos casados (57,0%) seguidos de viúvos (29,5%), separados ou divorciados (8,5%) e solteiros (4,9%).

Ao observarmos o estado civil por sexo, podemos constatar que em Marília a proporção de casadas e de viúvas é a mesma (84,0% e 83,0%, respectivamente) enquanto, entre os homens, a proporção de casados é maior (89,0% e 22,0%).

Os dados mostram-nos que as mulheres vivem mais do que os homens, mas esta mortalidade diferencial entre homens e mulheres não é a única razão para a viuvez feminina. Os padrões de casamento e de divórcio também são importantes, pois as chances de as mulheres idosas viúvas tornarem a se casar são muito pequenas porque se tem observado que a disponibilidade de parceiros é muito reduzida. Ou os homens mais velhos com quem poderiam se casar já morreram ou, então, em sua maioria, já se recasaram com mulheres mais novas (Goldani, 1999).

Para essa mesma autora, as diferenças de mortalidade por estado civil mostram que as pessoas casadas vivem mais que as solteiras ou viúvas. Existem várias explicações para este fato. Entre elas podemos citar o maior suporte social que os casais teriam para combater o *stress*, e o apoio que cada cônjuge teria para apoiá-lo quando doente.

Com relação aos idosos portugueses, no que tange ao estado conjugal, percebe-se a predominância dos idosos viúvos (61,00%); 21,00% são casados ou vivendo como casados; 13,00%, divorciados ou separados e somente 5,00%, solteiros. Gonçalves (2010) também encontrou o predomínio de idosos viúvos (51,2%), seguidos pelos casados (30,2%).

Do mesmo modo que as mulheres idosas brasileiras, as chances de as mulheres idosas viúvas portuguesas tornarem a se casar são muito pequenas porque se tem observado que a disponibilidade de parceiros é muito reduzida, do mesmo modo que no Brasil, ou os homens mais velhos com quem poderiam se casar já morreram ou, então, em sua maioria, já se recasaram com mulheres mais novas.

Para Carstensen e Pasupathi (1993), a “ameaça” que a viuvez representa para as mulheres idosas, agrava essa condição em si mesma, na medida em que viver só, nas idades mais avançadas, é um fator de risco por uma série de aspectos negativos, pois as viúvas têm maior probabilidade de viverem sós que outras idosas. Entretanto não é o fato de estar só (viúva, divorciada ou solteira) que coloca a qualidade de vida da mulher idosa em risco, mas sim o complexo sistema de desigualdades estruturais acumuladas ao longo da vida dessas mulheres.

No tocante à ocupação dos idosos de Marília, 62,40% estão aposentados; sendo que dos que disseram que são pensionistas, 34,01% são mulheres e 7,59% são homens, enquanto 14,40% dos idosos relataram que ainda estavam trabalhando. No estudo de Paskulin (2006), 77,7% dos entrevistados recebiam aposentadoria e/ou pensões, enquanto 13,2% ainda exerciam algum tipo de atividade remunerada.

No estudo SABE, as autoras constataram que são diversas as fontes de renda dos idosos estudados, como, por exemplo, salários, aluguéis, aposentadorias, pensões e outros, sendo que esses rendimentos variam de acordo com a faixa etária, tipo de ocupação e escolaridade (Lebrão, Duarte, 2003).

Os recentes dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) mostram-nos que, no caso dos homens idosos, os rendimentos de aposentadorias

representavam o principal componente da renda (54,1%), enquanto o rendimento do trabalho respondia por 36,0%. Já para as idosas, quase 80,0% da renda referia-se aos rendimentos de pensão e aposentadoria. Segundo PNAD, pode-se considerar que a universalização dos benefícios da seguridade social, ocorrida na década passada, é um dos fatores primordiais para explicar a evolução positiva dos rendimentos no presente período (IBGE, 2004).

Quanto aos idosos portugueses, no tocante à ocupação, 93,00% são reformados (aposentados); 5,00% são pensionistas (todas são mulheres) e duas idosas (2,00%) se declararam do lar.

Segundo as Bases de Dados Portugal Contemporâneo (PORDATA), mais de 85,0% dos idosos portugueses recebem uma reforma (aposentadoria) igual ou inferior a 409 euros, sendo a média mensal de 387€. Se não fosse o apoio que recebem da Segurança Social, das Instituições de Solidariedade Social e das famílias, a maioria não conseguiria sobreviver com o que recebem ao fim do mês (PORDATA, 2009).

As características encontradas nesses estudos podem ser reconhecidas na realidade mais ampla tanto no Brasil quanto em Portugal. De acordo com Chaimowicz (2006), a proporção de mulheres idosas é superior à dos homens e as aposentadorias e pensões constituem sua principal fonte de renda.

Em relação à estrutura familiar, a maioria dos idosos de Marília (86,20%) reside com algum familiar e 13,80 % moram sozinhos. Estes dados estão próximos aos do Projeto SABE, que encontrou 13,1% de idosos morando sozinhos. Esse dado é interessante, pois em seis anos, não houve aumento percentual de idosos morando sozinhos (Lebrão, Duarte, 2003).

Neste estudo, não investigamos em Portugal, estrutura familiar, renda, religião, e condições de moradia, atividades em grupo e atividades físicas.

Em Portugal, segundo os dados do INE (2011) as famílias unipessoais de idosos têm crescido nos últimos anos, principalmente as famílias unipessoais de mulheres, que representam 42,4% da população de idosos.

Com relação à renda familiar, a maioria dos idosos de Marília (45,30%) recebe entre R\$ 501,00 e R\$ 1.000,00 (247,26 a 493,53 dólares). O salário mínimo atual é de R\$ 620,00 (306,97 dólares).

Chaimowicz (1998) afirma que o baixo poder aquisitivo é uma das características marcantes da população idosa no Brasil e as aposentadorias e pensões constituem sua principal fonte de rendimento.

Quanto à religião, 70,80% dos idosos de Marília são católicos, seguido de evangélicos (18,30%), espíritas (5,70%), budistas (4,30%) e muçulmanos (0,30%). Apenas dois idosos declararam-se sem religião. Esses dados vão ao encontro do último censo brasileiro (IBGE, 2010), em que a grande maioria da população declarou ter alguma religião, com predomínio da católica apostólica romana.

A religiosidade e a espiritualidade têm importância central na vida de um grande número de idosos, pois constituem uma fonte importante de suporte emocional, em que as práticas religiosas podem contribuir para a saúde física e mental e para o bem-estar na velhice (Monteiro, 2004).

Quanto às condições de moradia dos idosos de Marília, 66,50% são construídas de tijolos, 8,10% de madeira, 5,40% de madeira e tijolo. A grande maioria (99,70%) possui água encanada, luz elétrica e sistema de esgoto em sua residência. Estes dados condizem com os informados pelo IBGE, em relação aos domicílios da região urbana do município de Marília, onde aproximadamente 78,0% das casas são de tijolos e 91,5% têm abastecimento de água pela rede pública, esgoto e energia elétrica (IBGE, 2009).

Com relação à patologia referida, entre os idosos de Marília, 90,54% informaram ser portadores de alguma doença e somente 9,46% negaram algum

problema de saúde, no momento da entrevista. Dentre as patologias referidas, damos destaque para as mais citadas pelos idosos: Hipertensão arterial (29,20%), Diabetes Mellitus tipo 2 (16,00%), Cardiopatias (10,30%), Artrite/artrose (5,70%), Enfisema pulmonar (5,20%) e Osteoporose (4,30%).

Segundo o Estudo SABE as principais patologias referidas pelos idosos eram as enfermidades hipertensivas 53,3%, artrite/artrose/ reumatismo (31,7%) as cardiopatias (19,5%) e o diabetes mellitus tipo 2 (17,9%). A prevalência destas doenças foi encontrada também em nosso estudo como as três enfermidades mais citadas, com exceção da artrite/ artrose que aparece em quarto lugar (Lebrão, Duarte, 2003).

Camarano (2004) refere que as enfermidades hipertensivas e as cardiopatias são doenças características da população idosa, associadas a estilos de vida pouco saudáveis. Em pessoas com predisposição para essas enfermidades, algumas situações e hábitos, como obesidade, vida sedentária, estresse, abuso de álcool e alimentação irregular, podem colaborar tanto para o aparecimento da hipertensão quanto da diabetes e cardiopatias. Hoje, a Política Nacional de Promoção da Saúde propõe estratégias para o enfrentamento desses problemas (Brasil, 2006b).

Em relação à patologia referida pelo idoso, 83,00% dos idosos portugueses afirmaram ser portadores de alguma doença e 13,00% negaram algum problema de saúde no momento da entrevista. Dentre as patologias referidas, destacamos as mais citadas: Hipertensão Arterial (28,90%), Diabetes Mellitus tipo 2 (15,70%), Cardiopatias (8,340%) e Osteoporose (7,20%), dados esses muito semelhantes aos encontrados entre os idosos de Marília.

Botelho (2000) estudou a funcionalidade dos idosos em Lisboa (PT) e Capelo (2000) estudou a integração do paciente dependente na família, em um centro de saúde em Lisboa (PT), verificando, igualmente, que estes foram os principais diagnósticos encontrados entre os idosos.

No tocante à participação em grupos, 70,50% dos idosos de nosso estudo em Marília, informaram não participar de nenhum, e 29,50% disseram que participam de algum tipo de grupo (de convivência, de amigos, de promoção da saúde, religioso, entre outros). Dados com percentual ainda mais elevado foram encontrados no estudo de Paskulin (2006) em que 70,5% de idosos não participavam de atividades em grupos.

Os grupos de Promoção da Saúde contemplam as dimensões biopsicossociais relacionadas ao binômio saúde-doença e ao envelhecimento saudável. Fundamentados nas bases conceituais e políticas de promoção da saúde, são uma intervenção coletiva e interdisciplinar, concebida como instrumento a serviço da autonomia e do desenvolvimento contínuo do nível de saúde e condições de vida, fundamentada no conceito positivo de saúde. Em vista disso, elegem como pontos centrais, o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre profissionais de saúde e a população, tendo como foco a promoção da saúde. Pode-se dizer que as atividades em grupo atuam de forma a maximizar a melhoria da qualidade de vida das pessoas, promovendo saúde (Buss, 2000; Ramos 2003).

A participação em algum tipo de grupo, especialmente naqueles dirigidos para os idosos, proporciona a eles melhor socialização, possibilitando seu crescimento individual como membro do grupo, de sua família e da comunidade. Por outro lado, a não participação dos idosos nessas atividades reduz a oportunidade de interagirem com seus pares e aumentarem seu vínculo socioafetivo (Zimerman, 2000).

No município de Marília, as ações que envolvem a prática e o desenvolvimento de grupos de promoção da saúde ainda estão restritas a algumas Unidades de Saúde da Família, daí o fato de termos verificado, em nossos resultados, a baixa adesão dos idosos a esses grupos.

Quanto ao local procurado para o atendimento de saúde, 78,80% dos indivíduos entrevistados de Marília citaram a Unidade de Saúde da Família, seguido

de Unidade Básica de Saúde (11,70%), sendo que 4,90% procuraram consultórios particulares e 4,60% procuraram Hospital.

Devemos considerar o fato de que esses idosos residem em uma área de cobertura da Estratégia Saúde da Família ou Unidade Básica de Saúde, com acesso aos demais serviços de saúde do município, em que podem realizar o tratamento necessário, caso apresente algum problema que esteja afetando a sua saúde, evitando os agravos. Outro aspecto a se considerar é que um dos critérios do nosso estudo foi justamente avaliar a qualidade de vida dos idosos atendidos na Rede Básica de Atenção a Saúde.

O Estudo SABE mostrou-nos que quase 60,0% dos entrevistados informaram que estão vinculados ao seguro público de saúde, Sistema Único de Saúde (SUS). Quando questionados sobre quais os serviços procurados quando se sentiram doentes ou necessitando fazer uma consulta de saúde, 33,6% indicaram o Hospital Público, seguido de Clínica Pública, com 29,7%, mostrando claramente os serviços públicos como sua principal alternativa e, além disso, o acesso direto a serviços hospitalares. Não foi citado, no estudo SABE, a procura dos idosos por Unidades Básicas de Saúde ou por Unidades de Saúde da Família. (Lebrão, Duarte, 2003).

B) QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DE MARÍLIA E DO PORTO

Na presente pesquisa, a qualidade de vida dos idosos de Marília e do Porto foi avaliada por meio dos domínios do WHOQOL-BREF: “geral”, “físico”, “psicológico”, “relações sociais” e “meio ambiente”.

-Em relação à qualidade de vida avaliada por meio do **domínio geral**, os **idosos de Marília**, neste estudo, avaliaram sua qualidade de vida como “Boa” (51,58%), e 51,58% disseram que estão “Satisfeitos” com a sua saúde.

Esses dados revelaram-se muito semelhantes aos do estudo desenvolvido por Braga et al. (2011) em que se avalia a “qualidade de vida dos idosos residentes em Juiz de Fora, MG”, utilizando o WHOQOL-BREF. A maioria dos idosos considerou sua qualidade de vida “Boa” (59,0%), e 59,0% estavam “Satisfeitos” com a sua saúde.

O estudo de Gutierrez et al (2011), em que “mensuram com o uso do WHOQOL-BREF a qualidade de vida de idosos frequentadores de centros de convivência no município de São Paulo”, houve predomínio da resposta “Boa” (55,5%) relativamente à questão que avalia a qualidade de vida global, e, quanto à satisfação com a saúde, os idosos disseram que estavam “Satisfeitos” (42,1%).

Resultados diferentes foram encontrados no estudo desenvolvido por Silva (2008) que descreve a “qualidade de vida de idosos atendidos pelas equipes de saúde da família, no município de Rio Grande, RS”. Obteve-se, como resultado, a maioria dos idosos considerando sua qualidade de vida como “Nem ruim, nem boa” (56,5%), e quanto à satisfação com a saúde, 42,2% disseram que estavam “Nem satisfeitos, nem insatisfeitos”.

-Com relação aos **idosos do Porto**, para as questões do **domínio geral**, as respostas foram “Boa” (42,00%), seguidas de “Nem boa nem má” (40,00%), e disseram não estarem “Nem satisfeito nem insatisfeito” (34,0%), seguidos de “Satisfeito” (22,0%) com a sua saúde.

No estudo realizado por Silva (2009), “Qualidade de vida e bem-estar psicológico em idosos portugueses”, utilizando o WHOQOL-BREF, os idosos responderam que consideravam a sua qualidade de vida “Nem boa nem má” (63,2%) e, com relação à satisfação com a saúde, disseram “Nem satisfeitos nem insatisfeitos” (44,0%).

No estudo desenvolvido por Gonçalves (2010), “Famílias de idosos da quarta idade: dinâmicas familiares”, em que avaliou a qualidade de vida dos idosos portugueses dependentes para as atividades da vida diária, utilizando o WHOQOL-

BREF, 59,3% perceberam a sua qualidade de vida como “Nem boa nem má” e com relação à satisfação com a saúde, responderam “Nem satisfeito nem insatisfeito” (30,2%), seguidos de “Insatisfeito” (25,6%).

Chatterj e Bickenbach (2008) referem que a percepção do estado de saúde é considerada um componente da qualidade de vida, sendo que repensar a qualidade de vida é essencial para embasar o argumento de que a melhora da saúde contribui para a melhor qualidade de vida, como também o contrário é verdadeiro, a melhora da qualidade de vida melhora a saúde.

Este é um ponto crucial e chave para compreender a contribuição da OMS ao definir a qualidade de vida, durante seu projeto de desenvolvimento de um instrumento para medi-la, da seguinte forma: “a percepção do indivíduo na sua posição na vida, no contexto de sua cultura e dos sistemas de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações. É um conceito bem abrangente, afetado de maneira complexa pela saúde física, pelo estado psicológico, pelo nível de independência, pelas relações sociais da pessoa e por suas relações com características significativas com o ambiente” (The WHOQOL Group, 1995, p. 1404).

-Com relação à qualidade de vida dos **idosos de Marília**, segundo os **domínios** do WHOQOL-BREF, podemos observar os melhores avaliados em ordem crescente: Meio ambiente (56,30), Físico (63,46), Psicológico (66,07) e Relações sociais (66,52), com relevância estatística significativa de $p < 0,05$.

Silva (2008), em seu estudo “A percepção de qualidade de vida da população idosa do município do Rio Grande, RS”, obteve como resultado, em todos os domínios, pontuação inferior à do nosso estudo, como podemos observar em ordem crescente: meio ambiente (52,9 – 56,30), físico (58,2 – 63,46), relações sociais (59,7 – 66,52) e psicológico (63,1 – 66,07). De fato, em termos de avaliação, os domínios pior avaliados são os mesmos, o que muda é que os idosos de Marília avaliaram melhor o domínio relações sociais e os do Rio Grande, o domínio psicológico. Interessante notar que o perfil sociodemográfico dos idosos do estudo de Silva

(2009) é muito semelhante ao do nosso estudo, com relação a sexo, idade, escolaridade etc. Essa diferença pode ser atribuída à avaliação subjetiva que cada idoso faz sobre a sua qualidade de vida ou as características da comunidade em que o idoso se insere.

Gutierrez et al. (2011), ao se dedicarem ao estudo da “mensuração da qualidade de vida dos idosos que frequentam centros de convivência, no município de São Paulo”, encontraram escores avaliativos superiores aos do nosso estudo em quase todos os domínios, quais sejam: psicológico (71,5 - 66,07), físico (66,0 - 63,46), relações sociais (65,5 - 66,52) e meio ambiente (60,4 - 56,30). Essa diferença pode ser atribuída ao fato de que os idosos do estudo de Gutierrez frequentavam centro de convivência, onde além da socialização, podiam desenvolver atividades físicas, culturais e de lazer, de maneira a contribuir para uma melhor qualidade de vida como nos mostra a literatura.

Encontramos no estudo de Beltrame (2008), realizado com a finalidade de “avaliar a qualidade de vida de idosos diabéticos e não diabéticos, que frequentam grupos de convivência de idosos em Concórdia, SC”, utilizando os instrumentos WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, resultados avaliativos superiores aos do nosso estudo, tanto entre os idosos com diabetes, quanto entre os idosos sem diabetes. A média dos escores do estudo de Beltrame (2008) foi: relações sociais (84,1 e 84,1), psicológico (79,7 e 76,5), físico (78,2 e 64,5) e meio ambiente (77,1 e 77,7). Também aqui, a diferença encontrada pode ser atribuída ao fato de que os idosos do estudo de Beltrame (2008) frequentavam grupos de convivência que, naquele município, têm por objetivo congregar os idosos para incentivar a socialização, o lazer e a promoção da saúde, o que contribui significativamente para uma melhor percepção da qualidade de vida.

Braga et al. (2011) com o objetivo de estudar “a qualidade de vida, medida pelo WHOQOL-BREF, em idosos residentes em Juiz de Fora, MG”, obtiveram como resultado que os domínios melhor avaliados foram relações sociais (74,10) e físico (60,90), e o pior avaliado foi o meio ambiente (55,40). O resultado de Braga et al., (2011) se assemelha aos dados do nosso estudo quanto ao domínio pior avaliado e

com escore avaliativo muito próximo (55,40 e 56,30 respectivamente). Os resultados empíricos mostram que os idosos de ambos os estudos estão insatisfeitos, principalmente com os seus recursos financeiros e atividades de lazer.

-Com relação à qualidade de vida dos **idosos do Porto**, segundo os **domínios** do WHOQOL-BREF, podemos observar os melhores avaliados em ordem crescente: físico (47,71), psicológico (57,13), meio ambiente (60,03) e relações sociais (61,17) e com relevância estatística significativa de $p < 0,05$.

Silva (2009), ao estudar a “qualidade de vida e bem-estar psicológico em idosos portugueses”, utilizando o WHOQOL-BREF, obteve resultados avaliativos assemelhados aos do presente estudo, embora com escore superior em quase todos os domínios, tais como: relações sociais (68,4 - 61,17), psicológico (62,5 - 57,13), meio ambiente (59,0 - 60,03) e físico (49,4 - 47,71). Interessante notar que o perfil dos idosos do estudo de Silva (2009) é muito semelhante ao dos nossos, com relação ao sexo, idade, escolaridade e local de coleta dos dados.

O estudo de Ferreira (2009), que avaliou, em Portugal, “a qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais, sob a perspectiva do idoso e do seu cuidador”, obteve média de escores avaliativos sempre superiores à do nosso estudo, como segue: relações sociais (69,05 - 61,17), psicológico (64,95 - 57,13), meio ambiente (63,84 - 60,03) e físico (49,32 - 47,71). Independentemente do contexto habitacional em que vivem os idosos do estudo de Ferreira, perceberam a sua qualidade de vida positivamente em todos os domínios. Assim como em nosso estudo, o domínio com escore avaliativo menor foi o físico.

Em Portugal, o Centro de Dia para adultos idosos tem como objetivo básico manter, desenvolver ou melhorar as funções físicas e/ou mentais do idoso, tendo como principais áreas de intervenção a manutenção da saúde, as atividades da vida diária e a interação social (Conrad et al., 1993). O programa disponibiliza aos seus usuários serviço de transporte, refeições, cuidados médicos e de enfermagem, convívio e atividades de ocupação de tempo livre, cuidados de higiene e conforto,

tratamento e cuidado do vestuário, organização de férias entre outras atividades (Bonfim, 1996).

Considerando que cada uma das facetas de cada um dos quatro domínios do WHOQOL-BREF apresenta uma pergunta específica, neste estudo optamos por discutir também os resultados encontrados, cotejando-os com as facetas correspondentes que contribuíram mais significativamente para maior ou menor pontuação em cada um dos domínios.

O domínio **relações sociais**, o melhor avaliado entre os **idosos de Marília**, com escore médio de 66,52, investiga as relações pessoais, o apoio social e a atividade sexual. As facetas que mais contribuíram para esta pontuação foram relações pessoais e apoio social. As perguntas usadas para sua avaliação foram: “Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais?” e “Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?” As respostas para essas questões concentraram-se na opção “Bastante”. Podemos então inferir que os idosos deste estudo estão bastante satisfeitos com as suas relações pessoais e com o apoio que recebem de seus amigos.

De acordo com Pereira et. al. (2006) a inserção social minimiza os efeitos das transformações decorrentes do envelhecimento e um bom relacionamento social é um dos principais determinantes da satisfação com a qualidade de vida. Nos estudos realizados por Vecchia et al. (2005) e Joia et al. (2007), os autores fazem referência à melhoria da qualidade de vida e da longevidade em idosos que apresentaram uma rede de suporte social intensa.

Com os resultados do presente estudo, podemos pressupor a existência de uma rede social de apoio informal a esses idosos, constituída por familiares, vizinhos e amigos que garante o suporte de que necessitam e que os faça ultrapassar as dificuldades como acima descritas. A satisfação desses idosos, no domínio das relações sociais, vem reforçar os resultados obtidos por Bowling (1995) que constataram que os fatores envolvidos em um bom relacionamento social, conforme destacados pelos idosos, entre outros, são fundamentais para a qualidade de vida.

O domínio das **relações sociais** com escore médio de 61,17 foi também mais bem avaliado entre os **idosos do Porto**. As facetas que mais contribuíram para esta pontuação foram relações pessoais e apoio social. A pergunta usada para avaliação da faceta que recebeu um escore avaliativo maior foi: “Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais?”. A resposta para esta questão se concentrou na opção “Satisfeito”. Podemos então inferir que os idosos desta amostra estão satisfeitos com as suas relações pessoais e com o apoio que recebem de seus amigos.

Isso certamente se deve ao fato de que esses idosos frequentam o Centro de Dia e os Centros de Convivência da Obra Diocesana de Promoção Social do Porto, onde a amostra foi recolhida. O bom trabalho desenvolvido por estas instituições possibilita a eles, apoio social satisfatório e oportunidades para um bom relacionamento pessoal. Inferimos, desse modo, que estar em companhia de outros idosos, nos Centro de Dia e de Convívio, pode ter influência positiva na qualidade de vida deles na medida em que se evita o isolamento e aumentam-se as oportunidades de convívio social (Chamusca, 2007).

Na cidade do Porto, a “Obra Diocesana de Promoção Social” (ODPS) é uma instituição particular de solidariedade social, criada em 1964, por D. Florentino de Andrade e Silva, administrador apostólico da Diocese do Porto. O apoio que esta Instituição faculta, permanentemente, aos mais desfavorecidos, nas dimensões material, humana e social contribui substancialmente para o bem-estar da comunidade. Os Centros Sociais geridos pela ODPS estão situados em 12 bairros portuenses e atende a 2.755 pessoas, em creches, jardim de infância, atividades de tempo livres, centro de dia, centro de convivência e apoio domiciliário (Chamusca 2007).

Os idosos em Portugal, como se percebe, merecem uma especial atenção por parte da política de ação social. As respostas sociais e os programas disponíveis para este grupo de pessoas têm por objetivo, tanto quanto possível, a promoção de condições de autonomia e bem-estar, favorecendo a permanência no domicílio e no meio familiar e social, privilegiando sua inserção social e comunitária. Para tal, são

dirigidas a este grupo diversas respostas sociais, entre as quais se destacam: apoio domiciliário, centro de convívio, centro de dia, centro de noite, colônia de férias, lar, refeitório e residência, acolhimento familiar (Azevedo, Baptista, 2006).

Na cidade do Porto, o maior desafio no plano das respostas sociais, referente às pessoas idosas, situa-se no reforço de dinâmicas sociais de proximidade, desenvolvidas numa lógica de articulação entre instituições, serviços e redes de voluntariado social. Destaca-se, com esse propósito, o projeto «Humanidade», promovido em parceria pela Fundação Porto Social e pela Universidade Católica Portuguesa/Porto, visando à formação de uma rede de voluntários sociais, especificamente vocacionada para a intervenção junto a pessoas idosas e/ou dependentes, que se encontram em situação de especial vulnerabilidade e isolamento social (Azevedo, Baptista, 2006).

No domínio das relações sociais, tanto os idosos de Marília quanto os idosos do Porto apresentaram um escore avaliativo maior (66,52 e 61,17). Tal fato é importante, pois esse domínio ao referirem-se às relações pessoais com os amigos, parentes, conhecidos e colegas e o apoio que recebem dos amigos, leva-nos a concluir que se encontram satisfeitos, o que se reflete em sua percepção sobre a qualidade de vida. Sabe-se que esta etapa de vida é caracterizada por transformações dos papéis sociais, laboral, familiar e ocupacional, uma vez que é marcada decisivamente pela perda de papéis ativos, nomeadamente o profissional, implicando também a diminuição de rendimentos econômicos e contatos sociais, e maior tempo livre, o que leva o indivíduo a rever os seus valores, rotinas e objetivos, impondo o reajuste às novas situações. A participação social do idoso tende a ser circunscrita a redes sociais menores, sendo habitualmente eleitos os mais chegados, como a família e os amigos (Amado et al. 2005; Sequeira, 2007; Paschoal, 2011).

Neste estudo, os resultados obtidos parecem pressupor a existência de uma rede social de apoio informal constituída por familiares, vizinhos e amigos, principalmente para os idosos brasileiros. Para os idosos portugueses, além desse apoio informal, há também o apoio formal por meio de entidades responsáveis que

lhes garantem suporte e que os fazem ultrapassar as vivências acima descritas, dado o escore obtido.

Devemos considerar, ainda, o fato de que, pela própria característica da amostra, os idosos brasileiros e portugueses encontram-se fisicamente hígidos, autônomos e capazes de fazer o que precisam.

Em Marília, provavelmente essa rede social revela uma questão cultural, e no Porto, além do aspecto cultural, essa rede também deriva de políticas públicas voltadas para os idosos como a criação de centros de dia e centros de convivência, como já citado anteriormente.

O **domínio psicológico** foi o segundo melhor avaliado pelos **idosos de Marília**, com escore médio de 66,07, ao se investigar os sentimentos positivos, o pensar e aprender, a autoestima, a imagem corporal, os sentimentos negativos e a espiritualidade. As facetas que mais contribuíram tal pontuação foram espiritualidade, pensar e aprender, autoestima e imagem corporal. Algumas das perguntas usadas para avaliação destas facetas foram: “Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?”, “O quanto você consegue se concentrar?”, “Você é capaz de aceitar sua aparência física?”, “Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?”. As respostas para estas questões se concentraram na opção “Bastante” e “Satisfeito”, indicando que, nesta amostra, os idosos de Marília estão “bastante” ou “satisfeitos” com a sua espiritualidade, com a capacidade de pensar e aprender, com a sua autoestima e imagem corporal.

A dimensão psicológica é um dos aspectos que deve ser explorado e valorizado na adaptação ao processo de envelhecimento e, consequentemente, na qualidade de vida dos idosos pelo fato de que o bem estar psicológico tem como dimensões subjacentes a congruência entre as aspirações e realizações, frustrações, o afeto (positivo e negativo), a felicidade, o crescimento pessoal com ganhos e perdas psicológicas, e, enfim, a aceitação de si mesmo nas diferentes etapas dessa fase (Amado et al., 2005).

Acrescente-se ainda que a religiosidade têm dimensão central na vida de uma grande parte dos idosos, por se revelar fonte importante de suporte emocional com repercussões nas áreas da saúde física e mental (Amado et al., 2005).

Os estudos de Rocha (2002) e Panzini (2004) comprovaram a existência de relações entre a qualidade de vida, a saúde e a espiritualidade/religiosidade, confirmando dados de pesquisas internacionais. Os dados dos estudos de Panzini sugerem que avaliações e intervenções focalizadas nos processos e nos instrumentos que medem o uso da religião/espiritualidade para lidar (Coping) com a doença, como a Escala CRE (Coping Religioso Espiritual), podem ser úteis na saúde pública por seu potencial de baixo custo e alto impacto na saúde e na qualidade de vida das pessoas.

O **domínio psicológico**, com escore médio de 57,13, aparece em terceiro lugar para os **idosos do Porto**. As facetas que contribuíram para esta pontuação foram autoestima e pensar e aprender. As perguntas usadas para avaliação destas facetas foram: “Até que ponto está satisfeito (a) consigo próprio?”, “Até que ponto se consegue concentrar?”. As respostas para estas questões foram “Satisfeito” e “Muito”. Porém, verificou-se que a pergunta “Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?” obteve como resposta uma maior pontuação para as opções “Frequentemente” e “Algumas vezes”. Assim, podemos inferir que, neste estudo, os idosos portugueses estão satisfeitos com eles mesmos e com a sua capacidade de concentração, mas que, frequentemente ou algumas vezes, possuem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, angústia e depressão.

As alterações psicológicas e de inserção social pelas quais passam os indivíduos idosos devem ser consideradas para minimizar os efeitos dessas transformações decorrentes da idade em sua qualidade de vida. Em algumas situações, a participação familiar e social pode estar comprometida, assim como a limitação cognitiva e funcional; nesses casos, essas alterações podem acarretar a eles sentimentos de medo, inutilidade e abandono, levando-os a um comportamento de isolamento e solidão, o que tantas vezes culmina com a depressão (Amado et al., 2005).

Considerando o fato de, neste estudo, os idosos portugueses serem mais velhos e referirem a sua insatisfação com as dores físicas e com a mobilidade reduzida que os impede de fazer o que precisam nas suas atividades diárias, justifica-se o fato de referirem frequentes sentimentos de tristeza, angústia e depressão.

Para os idosos brasileiros, a autoestima, a imagem corporal positiva e a espiritualidade referida podem ter contribuído positivamente para uma melhor aceitação do processo de envelhecimento com repercussões na saúde psicológica desses idosos e, conseqüentemente, para uma melhor avaliação na qualidade de vida nesse domínio.

O **domínio físico** aparece em terceiro lugar (56,30%) para os **idosos de Marília**. Este domínio investiga a dor e o desconforto, a energia e a fadiga, o sono e o repouso, a mobilidade, as atividades da vida cotidiana, a dependência de medicação e de tratamento, e a capacidade de trabalho. As facetas que mais contribuíram para esta pontuação foram: mobilidade, atividades da vida cotidiana e capacidade de trabalho. As perguntas usadas para avaliação dessas facetas foram: “Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?”, “Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?” e “Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?”. As respostas para estas questões se concentraram na opção “Satisfeito”. Assim, podemos inferir que os idosos de Marília estão satisfeitos com o seu sono, com a sua capacidade de desempenhar as atividades diárias e com a sua capacidade para trabalhar.

À medida que a pessoa vai envelhecendo, acentuam-se perdas biológicas, alteram-se padrões metabólicos, ocorrem perdas progressivas na memória, na cognição e na comunicação, que podem ser agravados por problemas orgânicos e psicológicos (Jacob Filho, Kikuch, 2011).

Porém os idosos que têm autonomia e podem executar satisfatoriamente suas atividades do dia a dia, continuando suas relações e atividades sociais e exercitando seus direitos e deveres de cidadão, podem perceber a sua saúde como boa mesmo

sendo portadores de condições crônicas de saúde, isso por que idosos têm como parâmetros de saúde uma vida independente, sobre a qual possuam controle, sem a necessidade de serem cuidados (Paschoal, 2011).

Tinker (1997) refere a existência de várias formas para avaliar a qualidade de vida do grupo etário dos idosos, nomeadamente os fatores do ambiente físico, que se reportam às instalações e comodidade, habitação, controle sobre o ambiente, conforto, segurança e sistema de apoio a cuidados de saúde e sociais; fatores de ambiente social e fatores socioeconômicos, entre outros.

O **domínio físico** com escore médio de 47,71 foi o pior avaliado pelos **idosos do Porto**. As facetas que contribuíram para esta **menor** pontuação foram dores físicas, mobilidade e capacidade para o trabalho. As perguntas usadas para avaliação destas facetas foram: “Em que medida as suas dores (físicas) o (a) impedem de fazer o que precisa fazer?”, “Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio (a)]?” “Até que ponto está satisfeito (a) com sua capacidade de trabalho?” As respostas para essas questões foram “Muito”, “Má” e “Insatisfeito”. Podemos assim inferir que os idosos deste estudo estão insatisfeitos com os aspectos relacionados às dores físicas que os impedem de fazer o que precisam, com mobilidade reduzida e incapacidade para o trabalho.

Os idosos portugueses parecem relacionar sua qualidade de vida ao aspecto físico, na medida em que se percebem com dificuldades de locomoção e com sua incapacidade para o trabalho. Esses aspectos também podem estar relacionados à longevidade dos idosos portugueses que, neste estudo, apresentaram uma idade média de 79,35 anos.

Idosos com mobilidade reduzida tendem a ter uma piora no seu estado físico, são menos propensos a saírem sozinhos e, como tal, estão mais susceptíveis ao isolamento e à depressão, com comprometimento em sua qualidade de vida. Estudos de Browne et al. (1994), Xavier et al. (2003) e Sampaio (2006) demonstram de fato que as condições físicas são determinantes na qualidade de vida do idoso.

Ramos (2003) destaca que a capacidade funcional, atualmente, surge como um novo paradigma de saúde para os indivíduos idosos, e o envelhecimento saudável passa a ser visto como uma interação multidimensional entre saúde física e mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica.

O domínio **meio ambiente**, com escore médio de 56,30, foi o que recebeu um escore avaliativo menor entre os **idosos de Marília**. Esse domínio investiga a segurança física, o ambiente no lar, os recursos financeiros, os cuidados de saúde, a informação, a recreação e lazer, o ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima) e o transporte. As facetas que contribuíram para esta **menor** pontuação foram recursos financeiros, informação, e oportunidades de lazer. As perguntas usadas para avaliação dessas facetas foram: “Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?”, “Quão disponíveis para você estão às informações de que precisa no seu dia-a-dia?”, “Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?”. As respostas para essas questões foram “Mais ou menos” e “Muito pouco”, indicando que, neste estudo, os idosos estão insatisfeitos com seus recursos financeiros, com as informações que recebem para a sua vida diária e com as suas oportunidades de lazer e recreação.

O estudo de Ferraz e Peixoto (1997) indicou a associação entre as atividades de lazer e acesso às instituições de recreação como dados positivos de qualidade de vida dos idosos, enfatizando a importância desse fator. Portanto, considera-se fundamental incentivar e proporcionar atividades de lazer para reduzir o isolamento e aumentar a inserção do idoso no meio-social, o que se reflete na ampliação da autoestima e na condição de saúde.

Também as atividades em grupo de convivência, enquanto movimento social que busca a transformação do envelhecer possibilitam aos idosos, após se tornarem participantes desse movimento, reinventar a realidade de seu viver, incorporando novos hábitos, desenvolvendo uma autoestima positiva, fazendo novas amizades, melhorando o relacionamento no âmbito familiar e apresentando menos problemas de saúde. A atividade em grupo é uma forma de manter o indivíduo engajado

socialmente. Manter as relações sociais com outras pessoas contribui de forma significativa na qualidade de vida (Zimerman, 2000).

A insatisfação dos idosos de Marília, com as suas quase inexistentes oportunidades de lazer e recreação, se justifica quando observamos que no município, com uma população atual de 28.629 idosos, existem apenas quatro Centros de Referência em Assistência Social (CREA) que oferecem atividades voltadas para essa população (ginástica, oficina de memória, tarde cultural, grupo de leitura, grupo de artesanato, bordado e pintura) e apenas um Centro Dia que atende apenas 0,12% dessa população. Neste Centro, onde os idosos independentes para as atividades da vida diária passam o dia, além de receberem uma alimentação balanceada, eles têm oportunidade de socialização, pois desenvolvem atividades lúdicas e recreativas, evitando assim o isolamento e a depressão. Alguns Centros, como Serviço Social da Indústria (SESI) e Clubes da Terceira Idade, oferecem aos idosos atividades de lazer e “bailes”, mas constatamos que esses equipamentos sociais são insuficientes para atender às necessidades dessa população específica.

A Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP – Campus de Marília) oferece aos idosos, entre outras atividades, a oportunidade para a Inclusão Digital de Idosos por meio da Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI), possibilitando, assim, a interação entre os idosos e as tecnologias de informação e comunicação, as quais podem facilitar a realização de atividades cotidianas por esses indivíduos, porém a instituição atende apenas a uma pequena parcela da população de idosos de Marília.

O domínio **meio ambiente**, com escore médio de 60,03, foi o segundo melhor avaliado entre os **idosos do Porto**. As facetas que contribuíram para esta pontuação foram ambiente físico, cuidados de saúde e transporte. As perguntas usadas para avaliação dessas facetas foram: “Até que ponto está satisfeito (a) com as condições do lugar em que vive?”, “Até que ponto está satisfeito (a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?”, “Até que ponto está satisfeito (a) com os transportes que utiliza?”. As respostas concentram-se na opção “Satisfeito”, indicando que, nesse estudo, os idosos estão satisfeitos com o ambiente físico onde moram, com os

cuidados de saúde que recebem e com o meio de transporte que utilizam. Interessante notar que foram os mesmos resultados encontrados entre os idosos de Marília.

Quanto à satisfação dos idosos com os cuidados de saúde que recebem, justifica-se na medida em que percebemos que os idosos usuários da atenção básica, na cidade do Porto, contam com os serviços dos Centros de Saúde e Unidades de Saúde Familiar e outros serviços já descritos nas páginas 65-66, para atender às suas necessidades de saúde. Esses idosos contam ainda com uma boa rede de serviços de transporte público de qualidade.

Em síntese, podemos inferir que os idosos de Marília e do Porto, neste estudo, perceberam positivamente a sua qualidade de vida em todos os domínios e facetas do WHOQOL-BREF.

Para os **idosos de Marília**, as facetas que mais contribuíram para essa percepção positiva de qualidade de vida foram espiritualidade, capacidade de pensar e aprender, autoestima e imagem corporal, relações pessoais, apoio que recebem dos amigos, sono, capacidade de desempenhar as atividades da vida diária e capacidade para o trabalho, e as facetas que contribuíram menos na percepção de qualidade de vida foram recursos financeiros, informações que recebem para a sua vida diária e oportunidades de lazer e recreação.

Desse modo, podemos inferir que os **idosos de Marília** estão **satisfeitos** com as suas relações pessoais e com o apoio que recebem de seus amigos, com a sua espiritualidade, com a capacidade de pensar e aprender, com a sua autoestima e imagem corporal, com o seu sono, com a sua capacidade de desempenhar as atividades diárias e com a sua capacidade para trabalhar, mas estão **insatisfeitos** com seus recursos financeiros para satisfazer suas necessidades, insatisfeitos com as informações que recebem para a sua vida diária e com a falta de oportunidade para realizarem as atividades de lazer e recreação de que gostariam.

Destacamos as variáveis que interferiram nos **baixos escores de qualidade de vida** entre os **idosos de Marília** nesse estudo, tais como recursos financeiros, informações e oportunidades de lazer e recreação.

Jakobson (2004) constatou que os rendimentos são frequentemente diminuídos entre os idosos, sendo os fatores socioeconômicos importantes na vida diária e na qualidade de vida desse grupo populacional e, ainda, que uma boa situação socioeconômica mostra-se associada à melhor qualidade de vida.

Fleck et al. (2003) observaram que condições financeiras estáveis e boas condições de vida são fatores muito importantes para a avaliação de qualidade de vida dos idosos. No estudo de Celich (2008), entre os fatores que contribuem para o envelhecimento com qualidade de vida, a questão econômico-financeira, representada por uma aposentadoria adequada ou digna, entendida como uma renda mensal suficiente para suprir as necessidades do cotidiano dos idosos, foi relatada por quase a totalidade das entrevistadas (75,0%) como o principal fator.

Quando se trata de atividades de lazer, sabe-se que correspondem a um conjunto de ocupações que o indivíduo usa para repousar, para divertir-se, para desenvolver informação ou formação desinteressada. Estas atividades (de lazer) devem constituir momentos em que o indivíduo (idoso) se empenhe em algo que escolha, de livre e espontânea vontade, que lhe proporcione prazer e que contribua para desenvolvê-lo como pessoa. Nesta lógica, torna-se um dever implementar “políticas” que priorizem ações que estimulem e beneficiem os idosos, nos segmentos de cultura, lazer, desporto e educação, tendo como meta, a promoção da cidadania na terceira idade, preparando-os para um envelhecimento bem sucedido (Diaz, 2009).

A Política Nacional de Saúde do Idoso tem como principal objetivo a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças e a recuperação da saúde. Dentre os elementos das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde referentes à pessoa idosa, destacamos o oitavo item que diz respeito aos recursos sociais que devem ser direcionados aos idosos, como, por exemplo, Grupos de Convivência,

Universidades Abertas à terceira idade e o despertar para a atenção às capacidades físicas das pessoas idosas, saudáveis ou fragilizadas (Brasil, 2006b).

Para os **idosos do Porto**, as facetas que **mais contribuíram** para essa percepção positiva de qualidade de vida foram relações pessoais, apoio que recebem dos amigos, ambiente físico, cuidados de saúde, meio de transporte, satisfação com eles próprios e capacidade de concentração, enquanto as facetas que menos contribuíram na percepção de qualidade de vida foram dor e desconforto, mobilidade, capacidade para o trabalho e sentimentos negativos.

Assim, podemos inferir que os **idosos do Porto**, participantes deste estudo, estão **satisfeitos** com as suas relações pessoais e com o apoio que recebem dos seus amigos, com o ambiente físico onde moram, com os cuidados de saúde recebidos e com o meio de transporte que utilizam; estão satisfeitos com eles mesmos e com a sua capacidade de concentração, mas estão **insatisfeitos** com as dores físicas e a com a mobilidade reduzida que os impedem de fazer o que precisam em suas atividades diárias, com a incapacidade para o trabalho e com frequentes sentimentos negativos tais como, tristeza, desespero, angústia e depressão.

Destacamos as variáveis que interferiram nos **baixos escores de qualidade de vida** entre os **idosos do Porto** nesse estudo: dores físicas, mobilidade reduzida, incapacidade para o trabalho e sentimentos negativos.

Para Fonseca e Paúl (2008), a experiência da solidão, a dor e fadiga crônicas, a mobilidade reduzida, bem como a discrepância entre aquilo que a pessoa pretende e aquilo que consegue alcançar foram os aspectos mais salientados pelos idosos como susceptíveis de comprometer a qualidade de vida. Segundo Albrecht e Devlieger (1999), a perda de controle sobre as atividades físicas e mentais e a permanência de quadros dolorosos explicaria a percepção de pior qualidade de vida.

Segundo Papalia et al. (2006), os fatores que podem desencadear sintomas depressivos nos idosos são a falta ou a perda de contatos sociais, história de depressão pregressa, viuvez, eventos de vida estressantes, institucionalização em

casas asilares, baixa renda, ansiedade, falta de atividades sociais. Sabe-se ainda que a perda do estado de saúde física pode ser o desencadeador do início e da persistência da depressão (Argimon, Stein, 2005).

Por outro lado, o fato de o idoso se sentir-se incapaz para o trabalho, muitas vezes pode desencadear quadros depressivos, comprometendo a sua qualidade de vida. Sabemos que o trabalho é fundamental para o desenvolvimento pessoal e o reconhecimento social, pois representa o papel de regulador da organização da vida humana em que horários atividades e relacionamentos pessoais são determinados conforme as suas exigências, sendo fundamentais para a vida social. Para alguns idosos, fica difícil desarticular-se dessas referências (Bulla, Kaefer, 2003).

C) QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DE MARÍLIA SEGUNDO O WHOQOL - OLD

A avaliação da qualidade de vida dos idosos de Marília foi complementada por meio das facetas do WHOQOL-OLD: “funcionamento dos sentidos”, “autonomia”, “atividades passadas, presentes e futuras”, “participação social”, “morte e morrer” e “intimidade”.

O WHOQOL-OLD permitiu-nos, por meio das suas 24 perguntas, retratar a percepção do próprio idoso sobre a sua qualidade de vida.

Podemos observar que os escores médios por faceta, melhor avaliados pelos idosos de Marília, em ordem crescente, foram autonomia (58,66), participação social (59,68), atividades passadas, presentes e futuras (64,40), intimidade (67,51), funcionamento dos sentidos (73,81) e morte e morrer (75,37), com relevância significativa de $p < 0,05$.

Fleck et al. (2006), em “Desenvolvimento e validação do módulo WHOQOL-OLD”, aplicaram o mesmo instrumento e avaliaram a qualidade de vida de 424

idosos residentes em Porto Alegre, RS. Esses idosos perceberam mais positivamente a qualidade de vida do que os idosos desta pesquisa, já que os escores médios para as várias facetas são superiores aos da nossa, à exceção da faceta “morte e morrer”.

Identificamos no estudo de Torres et al. (2009), em que abordaram a “qualidade de vida e fatores associados, em idosos dependentes (em suas atividades da vida diária), em uma cidade do interior do nordeste”, a ressalva de que aqueles, na generalidade, avaliaram de forma mais negativa sua qualidade de vida, comparativamente aos idosos do presente estudo. Constatamos que a qualidade de vida se encontra comprometida em quase todas as facetas, como participação social (32,0), funcionamento dos sentidos (40,7), atividades passadas, presentes e futuras (44,7) e autonomia (45,5). As facetas intimidade (53,2) e morte e morrer (72,1) receberam um escore avaliativo maior, porém ainda inferior ao do nosso estudo. Isso nos sugere que, em idosos dependentes, a qualidade de vida fica prejudicada quando comparada à dos idosos que preservaram sua independência.

Considerando que cada uma das facetas do WHOQOL-OLD apresenta uma questão específica, optamos por discutir os resultados encontrados, cotejando-os com as questões correspondentes e que contribuíram significativamente para a maior ou a menor pontuação em cada uma das facetas.

A **faceta morte e morrer**, com escore médio de (75,37) e com melhor média avaliativa neste estudo, investiga a preocupação e medos dos idosos acerca da morte e do morrer.

As perguntas usadas para avaliar esta faceta foram: “Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?”, “O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?”, “O quanto você tem medo de morrer?”. As respostas para estas questões se concentraram na opção “Nada”, e para a questão “O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?” a resposta predominante foi “Muito”. Podemos assim inferir que os idosos deste estudo não estão preocupados com a morte ou com medo de morrer, mas temem sofrer dor antes de morrer.

A morte é uma experiência individual que faz parte do desenvolvimento de todo o ser humano. A capacidade que cada pessoa tem de reagir face à morte depende de diferentes fatores e das capacidades funcionais que preservou. A maior parte dos idosos admite que pensam na morte, mas não organizam a sua vida em função desse desenlace, podendo desenvolver atitudes positivas ou negativas quanto a ela. As pessoas que pensam na morte de maneira mais positiva são habitualmente capazes de falar livre e abertamente sobre esse assunto, sentindo-se preparados para esta fase e não a temem. Muitas vezes é mais fácil para os idosos terem uma atitude desprendida face à morte, porque já a enfrentaram anteriormente (perda de parentes, amigos, etc.), apresentando menos tendência para se revoltar ou por aderirem a sólidas crenças religiosas (Berger, 1995; Buchele et al., 2009).

Em nosso estudo, a maioria dos idosos (99,43%) referiu ter uma religião e 59,20% disseram que participam de algum grupo religioso. A literatura científica tem demonstrado que a espiritualidade e a religiosidade apresentam relações positivas com a qualidade de vida e vários estudos têm comprovado essa relação (Panzini et al., 2008).

Segundo Monteiro (2004), religiosidade e espiritualidade têm uma dimensão central na vida de um grande número de idosos, estando intimamente relacionada ao surgimento, à manutenção e às possibilidades de atenuar qualquer tipo de perturbação da saúde física e mental, constituindo uma fonte importante de suporte emocional, em que as práticas religiosas podem contribuir decisivamente para o bem-estar na velhice.

Para Zinn e Gutierrez (2008), as interpretações e os sentimentos que envolvem o tema morte e morrer variam de um ser humano para outro. A compreensão acerca da finitude é um passo importante para fomentar a reflexão, buscando uma forma positiva de lidar com as questões do envelhecimento e da morte.

Constatamos ainda que a maioria dos idosos teme muito sofrer dor antes de morrer. Uma das hipóteses é o que a própria literatura nos mostra: embora existam vários esquemas de analgesia efetiva para os pacientes que referem dor, infelizmente, ainda, a dor de muitos desses é tratada inadequadamente ou então, em alguns casos é ignorada por certos profissionais de saúde. Estudos apontaram que fatores como falta de conhecimento pelos profissionais de saúde sobre a fisiologia e a fisiopatologia da dor, descompromisso profissional, falta de treinamentos dos profissionais da saúde na avaliação da dor e o emprego de métodos analgésicos ineficazes, entre outros, têm contribuído para que a dor seja subavaliada e subtratada na maioria dos pacientes portadores de dor, seja ela aguda ou crônica (Cousins, Bridenbaugh, 1998).

A **faceta funcionamento dos sentidos**, com escore médio de 73,81, a segunda melhor média avaliativa, investiga o funcionamento dos sentidos (por ex. audição, visão, paladar, olfato e tato) e o impacto da perda do funcionamento deles na qualidade de vida do idoso.

As perguntas usadas para avaliar essa faceta foram: “Até que ponto as perdas nos seus sentidos afeta a sua vida diária?”, “Até que ponto a perda de seus sentidos afeta a sua capacidade de participar em atividades?”, “Até que ponto o funcionamento dos sentidos afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?”. As respostas para estas questões se concentraram na opção “Nada” e “Muito pouco”. E para a questão “Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos?” a resposta predominante foi “Boa”. Podemos inferir que os idosos de Marília, neste estudo, avaliam como bom o funcionamento dos seus sentidos e, segundo eles, a perda do funcionamento dos sentidos não influencia sua qualidade de vida.

O resultado desse estudo contraria o que seria esperado, pois ao se avaliar o funcionamento sensorial e o impacto das habilidades sensoriais na vida diária, era de se esperar pontuações significativamente inferiores. Sabe-se que a diminuição dos sentidos é uma característica presente em um grande número de idosos, sendo de se esperar uma redução da acuidade visual e auditiva no processo do envelhecimento. (Jacob Filho, Kikuchi, 2011).

Segundo Subasi e Hayran (2005), o bom funcionamento dos sentidos proporciona ao idoso uma melhor capacidade de participar em atividades e interagir com outras pessoas, tornando o idoso independente e autônomo.

Em nosso estudo, apesar de os idosos apresentarem determinadas alterações do ponto de vista sensorial, o impacto causado por elas parecem não interferir na qualidade de vida, pois os resultados revelaram-se satisfatórios.

A **faceta intimidade**, com escore médio de 67,51, investiga a capacidade do idoso de ter relacionamentos íntimos e pessoais.

As perguntas usadas para avaliá-la foram “Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?”, “Até que ponto você sente amor em sua vida?” “Até que ponto você tem oportunidades para amar?”, “Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?” As respostas para estas questões se concentraram nas opções “Muito” e “Bastante”. Inferimos, assim, que os idosos de Marília, nesta amostra, estão muito satisfeitos com a sua capacidade de ter relacionamentos íntimos e pessoais.

A existência de uma rede social de apoio informal, garantida por aqueles que lhes são mais próximos, como familiares vizinhos e amigos, pode proporcionar aos idosos bem-estar e consequente qualidade de vida (Figueiredo, 2007).

Esses dados são, de certo modo, concordantes com os revelados pelo WHOQOL-BREF, indicando que estes idosos perceberam de forma mais positiva a sua qualidade de vida, no domínio das relações sociais. Paúl (1999) afirma, aliás, que a existência de relações sociais é benéfica em si mesma, porque contribui para um sentido de integração social ou evita isolamento. Figueiredo (2007) refere que o número total de relações sociais (entendida como um complexo de fatores e interações interpessoais que caracterizam as trocas sociais e a capacidade de ter relacionamentos íntimos e pessoais) pode diminuir com a idade, porém defende igualmente que o número de relações sociais próximas, e a quantidade de suporte

emocional são relativamente estáveis até uma idade avançada e os relacionamentos mais próximos são os que mais fortemente se associam a uma qualidade de vida satisfatória.

A **faceta atividades passadas, presentes e futuras**, com escore médio de 64,40, investiga a satisfação do idoso com as realizações na vida e com os objetivos a serem alcançados.

As perguntas usadas para avaliá-la foram “Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?” e “O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?”, obtiveram como respostas predominantes as opções “Muito” e “Médio”. A questão “Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?” obteve como resposta predominante a opção “Satisfeito”, e para a questão “Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?”, as respostas se concentraram nas opções “Nem feliz nem infeliz” e “Feliz”. Podemos então inferir que os idosos desta amostra estão muito ou medianamente satisfeitos com aquilo que realizaram nas suas vidas e com os objetivos a serem alcançados daqui para frente.

A velhice pode ser permeada por momentos de reflexão, referentes ao passado, que, quando não satisfatórios, podem levar por vezes ao aparecimento de sentimentos de inadequação e culpa responsáveis por vários comprometimentos essenciais no idoso, e nomeadamente na sua qualidade de vida. Contudo, apesar de alguns experimentarem tais vivências, os resultados demonstraram ser ainda satisfatórios neste domínio (Aranha, 2007).

Compreendem-se esses resultados, uma vez que, ao defrontarem-se com esta temática tão intrínseca ao processo de envelhecimento, certamente surgiu nestes idosos um confronto entre as três dimensões temporais: passado, presente e futuro. Ante as dificuldades do presente, evoca-se o passado em busca de sentido. E ao futuro, restariam as possibilidades de reparação, mas se o futuro já não é mais tão possível, é arrancado do campo do desejo e desinvestido. Porém, sentir que ainda possui certo controle da sua vida gera aos idosos a possibilidade de fazer projeções

para o futuro, o que o torna mais esperançoso e feliz, melhorando assim a sua qualidade de vida (Aranha, 2007).

A **faceta participação social**, com escore médio de 59,68, investiga a participação do idoso em atividades da vida diária, especialmente na comunidade.

As questões que contribuíram para essa menor pontuação foram: “Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?” e “Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?”. As respostas foram “Médio” e “Muito pouco” e “Nem satisfeito nem insatisfeito” e “Insatisfeito”. Podemos inferir que os idosos deste estudo estão medianamente satisfeitos ou insatisfeitos com aquilo que possuem para fazer em cada dia e com as oportunidades disponíveis para participarem das atividades da comunidade.

Quanto a esse propósito, Paúl (1999) refere que o estímulo à participação social com atividades sociais, voluntárias e comunitárias constitui a abertura para o estabelecimento de novos canais de comunicação entre os idosos, com as demais gerações e com todo o contexto da sociedade da qual fazem parte, de forma a encarar o idoso como um membro ativo na sociedade e não um fardo econômico, num sentido de desenvolvimento pessoal com vista à integração e reintegração do idoso como ser social, dotado de direito à escolha e exercício da liberdade de opção.

Algumas oportunidades de contato e interação social devem ser encontradas em ações coletivas para esse grupo etário, em parceria com outros atores sociais, o que as associa à redução da morbidade e mortalidade. A exclusão social, todavia, tende a ocorrer e pode ser atribuída a uma questão cultural e econômica, em decorrência de algumas sociedades considerarem os idosos antiquados, pouco hábeis, diminuindo o seu valor por se encontrarem fora do mercado de trabalho, julgando-os incapazes de desfrutar dos prazeres da vida. O fato de alguns idosos apresentarem certo grau de comprometimento na sua autonomia e independência pode reduzir a participação social e conduzir eventualmente ao isolamento, comprometendo a sua qualidade de vida (Cascaes et al., 2009).

Os resultados deste estudo demonstraram que os idosos de Marília estão medianamente satisfeitos ou insatisfeitos com as atividades que realizam e com as oportunidades de participarem das atividades na comunidade em que estão inseridos. Estes dados também são de certo modo concordantes com os revelados pelo WHOQOL-BREF, que nos indicam que foi no domínio meio ambiente (que avalia entre outros, as informações que recebem para a sua vida diária e as suas oportunidades de lazer e recreação) que os idosos de Marília perceberam de forma menos positiva a sua qualidade de vida.

A **faceta autonomia**, com escore médio de 58,66 e com escore avaliativo menor neste estudo, investiga a independência do idoso, e o quanto ele é capaz e livre para viver de modo autônomo e de tomar suas próprias decisões.

Para avaliar essa faceta, as perguntas que contribuíram para esta **menor** pontuação foram “Até que ponto você sente que controla o seu futuro?” e “Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?”. As respostas foram “Muito pouco”, “Mais ou menos” e “Médio”. Podemos inferir que os idosos de Marília, neste estudo, sentem-se incapazes de controlar o seu futuro e estão medianamente satisfeitos ou insatisfeitos com as coisas que gostariam de fazer, comprometendo desse modo a sua autonomia e a capacidade de tomarem suas próprias decisões.

Segundo Bulla e Kaefer (2003), grande número de idosos não se sentem plenamente satisfeitos com relação à possibilidade de fazer as coisas que gostariam de fazer porque apresentam impossibilidade física, financeira ou de qualquer outra natureza.

A saúde, para os idosos, está relacionada diretamente com a independência e a autonomia, capacidade para fazer coisas e trabalhar, apesar de muitas vezes serem portadores de certas doenças crônicas. Mantendo-se independentes e autônomos, as dificuldades serão menores quer para eles, quer para seus familiares e até para a própria sociedade. Deste modo, grande número de idosos não se sentem plenamente

satisfeitos com relação à possibilidade de fazer as coisas que gostariam. Isso ocorre porque apresentam impossibilidade física, financeira ou de outra natureza. Para eles é muito importante ter independência e autonomia em suas ações, tomar as suas próprias decisões e, sobretudo, serem respeitados pelas pessoas a seu redor (Paschoal, 2011).

Os resultados deste estudo demonstraram que os idosos de Marília estão medianamente satisfeitos ou insatisfeitos com as coisas que gostariam de fazer, comprometendo a sua autonomia e a capacidade de tomar decisões. Tais dados são também concordantes com os revelados pelo WHOQOL-BREF, que nos mostrou mais uma vez que foi no domínio meio ambiente (principalmente no que tange à insatisfação com os seus recursos financeiros, com as informações que recebem para a sua vida diária e com as suas oportunidades de lazer e recreação) que os idosos de Marília perceberam de forma menos positiva a sua qualidade de vida.

Em síntese, podemos inferir que os **idosos de Marília**, neste estudo e por meio do WHOQOL-OLD, perceberam positivamente a sua qualidade de vida.

As facetas que **mais** influenciaram para essa percepção foram morte e morrer, funcionamento dos sentidos, intimidade e atividades passadas, presentes e futuras.

Assim, podemos inferir que esses idosos de Marília não estão preocupados com a morte ou com medo de morrer, avaliando como bom o funcionamento dos seus sentidos e sentindo que essa perda não influencia na sua qualidade de vida. Demonstraram, ainda, estarem satisfeitos com aquilo que realizaram nas suas vidas e com os objetivos a serem alcançados daqui para frente e estão muito satisfeitos com a sua capacidade de terem relacionamentos íntimos e pessoais.

As facetas que **menos** influenciaram na percepção de qualidade de vida foram participação social e autonomia, demonstrando assim, que esses idosos de Marília estão medianamente satisfeitos ou **insatisfeitos** com aquilo que possuem para fazer em cada dia e com as oportunidades disponíveis para participarem das atividades da comunidade. Sentem-se incapazes de controlar o seu futuro e estão medianamente

satisfeitos com as coisas que gostariam de fazer, comprometendo desse modo a sua autonomia e sua capacidade de tomarem suas próprias decisões.

D) COMPARAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DE MARÍLIA E DO PORTO

Quando comparamos o domínio geral da qualidade de vida entre os idosos de Marília e do Porto, observamos que ambos os grupos perceberam positivamente a sua qualidade de vida, com escore médio avaliativo de 63,32 para os idosos brasileiros e de 51,13, para os idosos portugueses.

Os idosos de Marília perceberam a sua qualidade de vida como “Boa” e os idosos do Porto como “Boa”, seguida de “Nem ruim nem boa”. E quanto à satisfação com a saúde, os idosos de Marília disseram que estão “Satisfeitos” e os do Porto “Nem satisfeitos nem insatisfeitos,” seguida de “Satisfeitos”.

Quanto aos escores dos domínios do WHOQOL-BREF, é possível observar que os idosos de Marília obtiveram maiores médias em quase todos os domínios, sendo o domínio meio ambiente o único com pontuação maior entre os idosos portugueses, como demonstramos a seguir: físico: (63,46 Brasil - 47,71Portugal); psicológico: (66,07 - 57,13); relações pessoais: (66,52 - 61,17) e meio ambiente: (56,30 - 60,03).

Paskulin e Molzahn, (2007) compararam a qualidade de vida de idosos canadenses e brasileiros e utilizaram o instrumento WHOQOL-BREF. Encontraram os seguintes resultados: entre os idosos brasileiros o domínio com maior pontuação foi o das relações sociais (75,10). Os domínios psicológico (69,69) e físico (68,61) obtiveram resultados muito próximos e o meio ambiente (65,09) foi o que recebeu a menor pontuação. Os idosos canadenses, por sua vez, obtiveram o maior escore em quase todos os domínios: meio ambiente (80,18); físico (75,57) e psicológico

(75,40). O domínio relações sociais foi o que recebeu menor pontuação (72,96), sendo que foi o único domínio com pontuação inferior à dos idosos brasileiros.

Segundo as autoras, as variáveis que mais contribuíram para a avaliação da qualidade de vida entre os idosos canadenses e brasileiros foram a satisfação com a saúde, o fato de ter dinheiro suficiente, ter um propósito na vida e oportunidades para atividades de lazer, o que possibilitou concluir-se que, comparativamente, a qualidade de vida foi avaliada mais positivamente pelos idosos canadenses do que pelos brasileiros.

Quando comparamos as variáveis que **mais** contribuíram para a **avaliação positiva** da qualidade de vida entre os idosos brasileiros e portugueses, constatamos que foram - as relações pessoais (relações com os amigos, parentes, conhecidos e colegas), o apoio que recebem dos amigos, o ambiente físico onde moram, os cuidados de saúde que recebem e meio de transporte que utilizam - os fatores que influenciaram positivamente na percepção de qualidade de vida desses idosos.

Ao compararmos as variáveis com **maior** pontuação entre os idosos **brasileiros e portugueses**, na presente investigação, com as identificadas em outros estudos brasileiros e internacionais, também encontramos semelhanças nos resultados, conforme descrevemos a seguir.

Xavier et al. (2003) analisaram a prevalência da avaliação positiva da qualidade de vida e os aspectos considerados determinantes para essa avaliação em uma comunidade de octogenários do Rio Grande do Sul. Para esses idosos, as avaliações positivas estavam relacionadas a múltiplas categorias, como atividade, renda, vida social e relação com a família.

Fleck et al. (2003) investigaram por meio do instrumento WHOQOL-OLD o conceito de qualidade de vida e seus determinantes entre os idosos de Porto Alegre, RS. Obtiveram como resultados que a qualidade de vida pode ser influenciada pelo fato de sentir-se bem, ter saúde, sociabilidade, suporte social, atividade física,

possibilidade de dar suporte e apoio, sentimento de utilidade, condições financeiras estáveis e boas condições de vida.

Para Power et al. (2005), em artigo sobre o desenvolvimento do Módulo WHOQOL-OLD, numa reanálise dos dados obtidos com os idosos, reportam grande satisfação com as facetas relacionadas ao suporte social, relações sociais, finanças e aspectos relacionados ao ambiente doméstico.

No estudo de Paskulin et al. (2010), investigou-se a percepção de pessoas idosas residentes em um distrito de Porto Alegre sobre qualidade de vida. Para aqueles idosos, qualidade de vida implica ter saúde, viver bem, conviver bem com a família e amigos, ter o que comer, dispondo de uma alimentação saudável, além de poder realizar atividades de lazer e ter recursos para manter suas necessidades.

No contexto internacional, destacamos os estudos de Farquhar (1995), Bowling (1995) e Bowling et al. (2003) nos quais os pesquisadores analisam as definições de qualidade de vida a partir da perspectiva dos sujeitos.

Farquhar (1995) avaliou, na Inglaterra, as dimensões de qualidade de vida mais mencionadas pelas pessoas idosas. Encontrou que as mais citadas foram: família, contatos sociais, saúde, mobilidade, circunstâncias materiais, atividades, felicidade, juventude e ambiente domiciliar.

Bowling (1995), com a finalidade de apoiar o desenvolvimento de escalas de qualidade de vida, realizou um estudo na Grã-Bretanha e investigou quais seriam as cinco coisas mais importantes na vida dos idosos. As mais citadas foram as relações com a família e parentes, seguidas por sua própria saúde, saúde de outras pessoas próximas, questões financeiras e padrões de moradia.

No estudo realizado por Bowling et al. (2003) também com idosos ingleses, investigou-se quais as variáveis que contribuem para uma boa qualidade de vida. Os autores identificaram as mais citadas: possuir boas relações sociais, participar de

atividades sociais, ter uma boa saúde e bem-estar psicológico, dispor de segurança financeira e ter independência.

Podemos notar que, tanto entre os estudos nacionais quanto entre os estudos internacionais, as variáveis que reportam às relações pessoais e ao apoio que recebem dos amigos são relatadas com frequência em todos os estudos, e essas variáveis são as mesmas encontradas na presente investigação entre os idosos brasileiros e portugueses.

Como já observamos e outros estudos também comprovaram, o instrumento WHOQOL-BREF é uma opção de ferramenta auxiliar para captação das dimensões de promoção da saúde, quando a cotejamos com as dimensões de saúde e bem-estar do modelo de Labonté, que extrapola a abordagem biomédica (centrada na doença) e comportamental (com ênfase nos fatores de risco e estilos de vida) das ações em saúde, agregando a positividade dos modelos antecessores às perspectivas socioambientais e emocionais, intrínsecas ao processo saúde-doença.

Nesse sentido, pode contribuir para a ampliação do olhar do profissional de saúde na prática clínica, na medida em que mantém as relações com todas as dimensões que direcionam as ações de promoção da saúde de Labonté, tais como energia vital, projeto de vida e vida comunitária.

Quando cotejamos os domínios do WHOQOL-BREF: “físico”, “psicológico”, “relações sociais” e “meio-ambiente,” com as “dimensões de saúde e bem-estar” das esferas de promoção da saúde de Labonté, podemos observar que há um consenso entre as facetas do “domínio físico” com “Energia Vital”; do “domínio psicológico” com “Projeto de Vida”, “Energia Vital” e “Vida comunitária”; do “domínio relações sociais” com “Vida Comunitária” e do “domínio meio ambiente” com e “Vida Comunitária” e “Projeto de Vida”.

A dimensão Energia Vital está relacionada ao grau de vitalidade que o corpo biológico dispõe para realizar a vida diária. Segundo Labonté, esta dimensão está inserida no campo físico, com sua ampliação nas interfaces “Habilidades para fazer o

que precisa”, “Bem estar” e “Relações sociais”. As questões do WHOQOL-BREF que se enquadram nesta dimensão estão intimamente relacionadas com a presença de morbidades e a saúde no seu aspecto biológico. No entanto colaboram para a visão ampliada do biológico, pois se preocupam em analisar o quanto as comorbidades interferem no cotidiano do indivíduo, o que pode elevar o escore de qualidade de vida dos idosos, porquanto se relaciona com a capacidade dos idosos de colocarem em prática um projeto de vida ligado ao trabalho e à vida cotidiana.

A dimensão “Projeto de Vida” representa as emoções, aspirações e desejos, que incidem sobre o significado e o sentido de viver projetado pelo indivíduo. Para Labonté, esta dimensão está inserida no campo emocional, com sua ampliação nas interfaces “Habilidades”, “Bem estar” e “Ter controle sobre a vida”. Dessa forma, podemos fazer um paralelo dessas interfaces as facetas do domínio psicológico do WHOQOL-BREF com uma visão ampliada, considerando as dimensões de saúde e bem-estar de Labonté e a percepção do próprio indivíduo quanto ao seu bem-estar para o sucesso terapêutico, incorporando a clínica ampliada que se direciona ao projeto terapêutico singular.

A dimensão “Vida Comunitária” expressa os relacionamentos e as interações do indivíduo em seu entorno, por meio das representações e demais instituições sociais. Segundo Labonté, esta dimensão está inserida no campo social e relaciona-se com as demais dimensões formando as interfaces “Relações sociais”, “Bem estar” e “Ter controle sobre a vida”. As questões referentes à dimensão da “Vida Comunitária” remetem à satisfação com o meio ambiente, portanto a relação com a comunidade pode proporcionar um melhor qualidade de vida. O meio social interfere na saúde da população, na medida em que incorporam hábitos, costumes e também propicia a relação de apoio entre os membros da comunidade e, nesse sentido, é importante que o profissional de saúde trabalhe com a noção de cidadania nas relações.

Consideramos, então, necessário verificar as variáveis que contribuíram para os baixos escores em qualidade de vida neste estudo e propor ações voltadas para essas necessidades.

Para os idosos de Marília as facetas que contribuíram para um escore avaliativo menor, na percepção de qualidade de vida, foram “recursos financeiros”, “informações que recebem para a vida diária”, “oportunidades de lazer e recreação”, “participação social” e “autonomia”.

As interfaces da dimensão “Vida Comunitária” evidenciam a intersecção entre as dimensões da saúde, controle sobre a vida, habilidades para fazer o desejado e relações sociais e destacam a relação entre elas, como campos de ação da promoção da saúde em conjunto com indivíduos e grupos. Na medida em que a dimensão relações sociais de Labonté contempla o potencial individual e/ou grupal para construir redes sociais, ter e manter relações participativas e solidárias com familiares, amigos, vizinhos, representantes comunitários e governamentais e esse potencial surge da intersecção das dimensões de energia vital e vida comunitária, podemos identificar a necessidade dos idosos de precisarem de certo grau de vitalidade física, aliada à necessidade de participação junto a um grupo ou associações comunitárias para usufruir de boas relações sociais. Trata-se do potencial de conectividade dos indivíduos e/ou grupos.

A dimensão “Vida Comunitária” remete à satisfação com o meio-ambiente, portanto a relação com a comunidade pode proporcionar uma melhor qualidade de vida. Infere-se ainda, que, o meio social interfere na saúde da população, na medida em que incorporam hábitos, costumes e também propicia a relação de apoio entre os membros da comunidade.

Neste estudo, para os idosos do Porto, foram as facetas “dor e desconforto”, “mobilidade reduzida” e “incapacidade para o trabalho” que interferiram na percepção de sua qualidade de vida, quando comparadas com as outras facetas dos instrumentos WHOQOL-BREF.

De igual modo, sugerimos para esses idosos, o modelo de Labonté com as interfaces da Energia Vital relacionada ao grau de vitalidade que o corpo biológico dispõe para realizar a vida diária. As questões que se enquadram nessa dimensão

estão intimamente relacionadas com a presença de morbididades e a saúde no seu aspecto biológico, no entanto, colaboram para a visão ampliada do biológico, pois se preocupam em analisar o quanto as comorbidades interferem no cotidiano do indivíduo e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida. Isso pode elevar o escore de qualidade de vida dos idosos, porquanto se relaciona com a capacidade dos idosos de colocarem em prática um projeto de vida ligado ao trabalho e à vida cotidiana.

Os instrumentos WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD demonstraram, ainda, contribuir para a ampliação do olhar do profissional de saúde na prática clínica, pois evidenciaram ter relação com todas as dimensões que direcionam as ações de promoção da saúde proposta por Labonté, tais como Energia Vital, Projeto de Vida e Vida Comunitária.

A avaliação da qualidade de vida, segundo o WHOQOL-BREF e o WHOQOL-OLD, é um atributo valorativo. Daí advém sua importância nas ações de saúde, pois permite explicitar as divergências na avaliação entre usuários e profissional/equipe de saúde. Em uma abordagem ampliada da clínica, tais divergências abrem espaço para o diálogo compreensivo dos valores, das crenças e das preferências que levaram às diferentes avaliações.

Estudos sobre as condições e os determinantes de saúde são fundamentais para subsidiar políticas de saúde voltadas a essa população. Portanto, hão de se encontrar meios para incorporar os idosos à sociedade, mudar conceitos já enraizados e utilizar novas tecnologias a fim de se alcançar, de forma justa e democrática, a equidade na distribuição dos serviços e facilidades para o grupo populacional que mais cresce tanto no Brasil quanto em Portugal.

3.2 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial e, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento, representa um dos fenômenos demográficos mais preocupantes nas sociedades modernas do século XXI.

Com base nos dados encontrados na presente investigação e apresentados nos capítulos anteriores, respeitando-se as limitações, chegamos às seguintes conclusões:

Os idosos de Marília, participantes deste estudo, em sua maioria, são mulheres, com idade entre 70 e 79 anos, de cor branca, com baixa escolaridade, casados, aposentados, católicos, que moram com outras pessoas, com baixa renda, residindo em casas de alvenaria e com água encanada, energia elétrica e sistema de esgoto pela rede pública. Apresentam problemas de saúde, com destaque para a Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus Tipo II e Cardiopatias; são não participantes de grupos para terceira idade ou de atividades físicas e usuários do sistema público de saúde.

Com relação à qualidade de vida dos idosos avaliados, conclui-se, de uma maneira generalizada, que os idosos brasileiros, usuários da Atenção Básica neste estudo, consideraram como boa a sua qualidade de vida e estão satisfeitos com a sua saúde. Percepcionaram positivamente sua qualidade de vida em todos os domínios, com destaque para os domínios “relações sociais”, “psicológico” e “físico” e para as facetas “morte e morrer”, “funcionamento dos sentidos”, “intimidade”, e “atividades passadas, presentes e futuras”.

As variáveis que mais contribuíram para a percepção positiva de qualidade de vida por parte dos idosos brasileiros foram espiritualidade, capacidade de pensar e aprender, autoestima e imagem corporal, relações pessoais, apoio que recebem dos amigos, sono, capacidade de desempenhar as atividades da vida diária e capacidade para o trabalho, assim como morte e morrer, funcionamento dos sentidos, intimidade e atividades passadas, presentes e futuras.

As variáveis que contribuíram para uma avaliação negativa da sua qualidade de vida foram recursos financeiros, informações que recebem para a vida diária, oportunidades de lazer e recreação, participação social e autonomia.

Observou-se, neste estudo, que os idosos de Marília estão satisfeitos com as suas relações pessoais e com o apoio que recebem de seus amigos, com a sua espiritualidade, com a capacidade de pensar e aprender, com a sua autoestima e imagem corporal, com o seu sono, com a sua capacidade de desempenhar as atividades diárias e com a sua capacidade para trabalhar e não estão preocupados com a morte ou com medo de morrer. Avaliaram como bom o funcionamento dos seus sentidos e sentem que a perda do funcionamento deles não influencia a sua qualidade de vida. Estão satisfeitos com aquilo que realizaram nas suas vidas e com os objetivos a serem alcançados futuramente e com a sua capacidade de ter relacionamentos íntimos e pessoais.

Por outro lado, encontram-se insatisfeitos com os poucos recursos financeiros para satisfazer as suas necessidades, insatisfeitos com as poucas informações que recebem para a sua vida diária e com a falta de oportunidades para realizarem as atividades de lazer e recreação de que gostariam. Encontram-se ainda insatisfeitos com aquilo que possuem para fazer em cada dia e com a falta de oportunidades para participarem das atividades da comunidade. Sentem-se incapazes de controlar o seu futuro e estão medianamente satisfeitos com as coisas que gostariam de fazer, comprometendo desse modo, sua autonomia e sua capacidade de tomar as próprias decisões.

Do mesmo modo, descrevemos o perfil dos idosos residentes no Concelho do Porto. Este estudo, constituído em sua maioria por mulheres, com idade entre 80 e 89 anos, de cor branca, com baixa escolaridade, viúvos e reformados, mostrou que os idosos portugueses avaliados apresentaram problemas de saúde, com destaque para a Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus Tipo 2 e Cardiopatias, sendo também usuários do sistema público de saúde.

Com relação à qualidade de vida dos idosos portugueses usuários da Atenção Básica avaliados neste estudo, conclui-se, de uma maneira generalizada, que consideraram como boa a sua qualidade de vida e estão medianamente satisfeitos com a saúde. Percepcionaram positivamente sua qualidade de vida em todos os domínios, com destaque para os domínios “relações sociais”, “meio ambiente” e “psicológico”.

As variáveis que mais contribuíram para essa percepção positiva de qualidade de vida foram relações pessoais, apoio social, ambiente físico, cuidados de saúde, meio de transporte, satisfação com eles próprios e capacidade de concentração.

As variáveis que contribuíram para uma percepção negativa de sua qualidade de vida foram dor e desconforto, mobilidade e capacidade para o trabalho.

Assim podemos concluir que os idosos portugueses, avaliados neste estudo, estão satisfeitos com suas relações pessoais, com o ambiente físico onde moram, com os cuidados de saúde que recebem e com o meio de transporte que utilizam, demonstrando satisfação com eles próprios e com a sua capacidade de concentração.

No entanto dizem-se insatisfeitos com as suas dores físicas e com a sua mobilidade reduzida, o que os impede de fazer o que precisam em suas atividades diárias, com a incapacidade para o trabalho e com frequentes sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, angústia e depressão.

A diferença proporcional ao sexo dos entrevistados, entre Porto e Marília, não foi estatisticamente significativa. Os idosos do Porto são mais velhos, com idade média de 79,35 anos, enquanto em Marília a média de idade é de 72,23 anos. Quanto à escolaridade, em Porto, os idosos são mais escolarizados, 78,0% possuem até o primeiro grau, enquanto em Marília 66,0%. Aproximadamente 98,0% dos idosos do Porto são reformados (aposentados) e em Marília 86,0% são aposentados ou pensionistas. As principais patologias referidas entre os idosos brasileiros e portugueses foram as mesmas: Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus Tipo 2 e Cardiopatias.

As variáveis que mais contribuíram para a avaliação positiva da qualidade de vida entre os idosos dos dois países foram relações pessoais, apoio que recebem dos amigos, ambiente físico onde moram, os cuidados de saúde que recebem e o meio de transporte que utilizam.

Interessante notar que as variáveis que menos contribuíram para a avaliação de boa qualidade de vida entre os idosos brasileiros, relacionam-se com o domínio meio ambiente, tais como, recursos financeiros, informações e oportunidades de lazer e recreação. Dentre os idosos portugueses, relacionam-se com o domínio físico, tais como, dor e desconforto, mobilidade reduzida, incapacidade para o trabalho.

Comparativamente, neste estudo, a qualidade de vida foi mais bem avaliada pelos idosos de Marília do que pelos idosos do Porto. No Porto os idosos são mais velhos. É de se esperar que quanto mais velhos sejam, mais aposentados e mais dependentes, logo, apesar de avaliarem de forma semelhante a qualidade de vida (boa), no Porto, os idosos estão menos satisfeitos.

Por meio deste estudo, percebeu-se a importância de se estudar a percepção de qualidade de vida do idoso do ponto de vista deles próprios e dentro do contexto da Atenção Básica de Saúde, a fim de que os conhecimentos gerados possam transformar-se em subsídios reais para a implantação de programas, para o planejamento de estratégias de atendimento e intervenção adequados à realidade local, contribuindo assim para um propósito muito maior, a adequação da Atenção Básica à saúde desses idosos, possibilitando-lhes um envelhecimento ativo e bem sucedido.

A Atenção Básica é reconhecidamente um *locus* privilegiado para a prática do cuidado em saúde, na medida em que representa o primeiro contato do usuário com a rede de serviços de assistência à saúde e se configura como o espaço de acompanhamento longitudinal e de vínculo, em que a dimensão processual da saúde-doença fica mais evidente.

Nessa perspectiva, o WHOQOL-BREF e também o WHOQOL-OLD, podem funcionar como indicadores ou sentinelas de situações de desgaste, uma vez que a análise de suas dimensões pode apontar o âmbito da vida das pessoas que está mais comprometido.

A Atenção Básica dirige suas ações tanto para indivíduos quanto para a comunidade e, ao fazer isso, exige das equipes uma reflexão acerca da necessidade de humanizar a assistência à saúde do idoso e incorporar a perspectiva de promoção da saúde. Para isso, é necessário planejar e executar ações direcionadas ao idoso, considerando suas necessidades e especificidades. Ações que atendam à multidimensionalidade do ser humano e que devem integrar todas as áreas de conhecimento, nomeadamente as das ciências sociais e da educação, além das biológicas.

Pensar saúde como promoção e qualidade de vida pressupõe pensar não só na recuperação da saúde, quando esta já foi comprometida por uma doença, mas pensar em atividades de integração e intersecção com outras políticas públicas.

Quanto à saúde dos idosos, consideramos a importância da capacitação dos profissionais que atuam na Atenção Básica, nas áreas de geriatria e gerontologia. É imprescindível conhecer as características do processo de envelhecimento para poder atender aos idosos em relação às suas peculiaridades, fornecendo-lhes uma melhor acolhida e escuta.

A Política Nacional de Saúde do Idoso tem como principal objetivo a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças e a recuperação da saúde.

Nesse sentido, as atividades em grupos de convivência devem ser um indicativo para as políticas públicas de saúde para que contemplem as peculiaridades dos idosos, adentrando ao mundo deles, isto é, estando atentos às suas reais necessidades e observando os espaços onde o idoso se faz presente. Embora muitas das medidas que afetam a saúde das pessoas idosas transcendam o setor saúde, os

profissionais do setor social e de saúde estão em condições de propiciar essa atenção, promovendo ações oportunas para a manutenção da qualidade de vida dessa parcela da população.

A participação em grupos pode ser estimulada na própria comunidade, com a cooperação de outros setores, com a realização de várias atividades e de oficinas para os idosos. As atividades físicas ou mentais são extremamente importantes para o equilíbrio emocional do indivíduo, independente da idade, mas principalmente na senescência, eliminando o tédio, evitando a solidão, o isolamento e proporcionando uma renovação em sua rotina, um estímulo, uma mudança e a possibilidade de contato com outras pessoas.

Essas atividades em grupos, espaços com ênfase no desenvolvimento pessoal, no restabelecimento e reforço dos laços familiares, assim como das relações entre parceiros articulados na rede local, consistem um conjunto de práticas, com atividades socioeducativas e culturais, nas quais a aprendizagem segue o ritmo, as condições e o interesse de cada um, visando sempre à melhoria da qualidade de vida desses idosos participantes.

Acredita-se que o desenvolvimento de políticas sociais que facilitem a inclusão dos idosos em atividades de lazer e cultura, disponibilidade de espaços de convivência e socialização, formas de participação na comunidade, além do acesso aos serviços de saúde para seguimento e controle de doenças crônicas, poderiam contribuir para seu maior bem-estar e qualidade de vida.

Sabe-se que o envelhecimento faz parte do nosso ciclo de vida, constituindo um processo natural e dinâmico, inevitável e irreversível. As condições crônicas e incapacitantes, que costumam acompanhar este processo, necessitam ser prevenidas ou, pelo menos, retardadas. Entretanto esse cuidado não está vinculado somente à assistência médica, mas também a intervenções, com medidas de amparo na área social, econômica e ambiental.

Neste estudo, encontramos muitos resultados semelhantes aos apresentados em outras pesquisas e, com relação aos dados descritivos, observamos a possibilidade de vários cruzamentos que poderiam ter sido realizados, mas que no momento não responderiam aos nossos objetivos. Temos, contudo, o propósito de utilizar esse banco de dados para produzir alguns artigos, utilizando suas possíveis associações.

Conforme os resultados desta investigação, para os idosos que participaram deste estudo tanto no Brasil quanto em Portugal, qualidade de vida é, principalmente, ter saúde, manter boas relações pessoais, conviver bem com a família e amigos, poder realizar atividades de lazer e recreação, ter recursos para manter suas necessidades físicas e sociais, ter acesso aos cuidados de saúde e aos meios de transporte, e ter autonomia para levar a sua vida adiante. Os resultados referidos reforçam que qualidade de vida constitui um construto multidimensional e que as percepções sobre qualidade de vida de pessoas idosas têm significados específicos para esse grupo etário.

Entender como os idosos percebem o processo de envelhecimento, atrelado à noção de qualidade de vida, permite aos enfermeiros e demais profissionais de saúde pensar em estratégias de ações de saúde para além do enfoque na doença. Compreender o que os idosos valorizam e como vivenciam as suas questões de saúde, relações sociais, convívio familiar, lazer, trabalho e, ainda, o acesso às suas necessidades básicas, remete-nos ao oportuno momento de trabalhar na perspectiva da promoção da saúde, auxiliando os atuais e futuros idosos a viver esta etapa, e de implantar ações que concretizem a mudança do modelo de assistência à saúde, tanto em Marília quanto no Porto.

Não podemos deixar de esclarecer que uma das limitações do nosso estudo diz respeito ao processo de amostragem junto aos idosos portugueses, visto que quando se utiliza amostras não probabilísticas, como foi o caso, corre-se o risco de se desconhecer quão representativas elas sejam de uma população ou universo em estudo. Contudo questões de ordem temporal, assim como de conveniência pessoal, levaram-nos a optar por este tipo de amostra, devendo-se, entretanto, levar em

consideração que os resultados apresentados se referem em particular aos idosos da nossa amostra, não sendo, portanto, generalizáveis para a população portuguesa em geral, apesar de muitos deles irem ao encontro de vários estudos realizados com idosos em outros contextos e circunstâncias.

A outra limitação foi a não aplicação do instrumento WHOQOL-OLD junto à população portuguesa, pois infelizmente esse não se encontrava validado até o momento da nossa recolha de dados, caso contrário, também o teríamos aplicado, como fizemos com os idosos brasileiros.

Posteriormente à nossa coleta de dados, encontramos um estudo desenvolvido por Gonçalves em 2010, em que aplicou o instrumento WHOQOL-OLD adaptado de Power et al. (2005), não sendo validado para a população portuguesa europeia, como o WHOQOL-BREF, que utilizamos em nossa pesquisa.

Consideramos a possibilidade de realização de outros estudos a fim de complementar e comparar os resultados de qualidade de vida, obtidos no presente estudo, com outros grupos de idosos: institucionalizados e dependentes de cuidados para as atividades da vida diária, em outras regiões sociodemográficas e culturais. E ainda imaginamos que estudos de natureza qualitativa possam contribuir com mais informações acerca dessa população específica assim como das variáveis em estudo.

Apesar de considerarmos que os objetivos da nossa investigação foram atingidos, não pretendemos generalizações para fora do universo em que se desenvolveu o estudo.

Por meio deste, percebeu-se a importância de se estudar a qualidade de vida dos idosos dentro de um contexto da Atenção Básica, a fim de que os conhecimentos gerados possam transformar-se em subsídios reais para a implantação de programas, para o planejamento de estratégias de atendimento e intervenção adequados à realidade de cada país.

Tendo em vista que o WHOQOL é um instrumento cuja avaliação é feita segundo a percepção do participante sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, ou seja, a partir da sua subjetividade, o fator subjetivo presente nesta avaliação exige que se considerem os fatores sociais, culturais e econômicos que caracterizam cada população e, conseqüentemente, influenciam a percepção sobre a qualidade de vida.

Desse modo, podemos concluir que as diferenças culturais, sociais e demográficas encontradas aqui, podem ajudar a compreender as distintas avaliações de qualidade de vida entre os idosos destes dois países. Entende-se que o intercâmbio de conhecimentos e práticas de saúde, desenvolvido em diferentes países e voltado para os idosos, pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida dessa população específica, que demanda tanta atenção nos dias de hoje.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Remorso

*Às vezes, uma dor me desespera...
Nestas ânsias e dúvidas em que ando.
Cismo e padeço, neste outono, quando
Calculo o que perdi na primavera.*

*Versos e amores sufoquei calando,
Sem os gozar numa explosão sincera...
Ah! Mais cem vidas! Com que ardor quisera
Mais viver, mais penar e amar cantando!*

*Sinto o que desperdicei na juventude;
Choro, neste começo de velhice,
Mártir da hipocrisia ou da virtude,*

*Os beijos que não tive por tolice,
Por timidez o que sofrer não pude,
E por pudor os versos que não disse!*

Olavo Bilac

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albrecht GL, Devlieger PJ. The disability paradox: high quality of life against all odds. *Soc Sci and Med*. 1999; 48:977-88.

Amado J, et al. Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In: Fonseca AM, Paúl C. *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores; 2005. p. 97-108.

Aranha VC. Aspectos psicológicos do envelhecimento. In: Netto MP. *Tratado de gerontologia*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2007. Cap. 21.

Argimon I L, Stein LM. Habilidades cognitivas indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005; 21 (1):64-72.

Azevedo JB, Baptista I, coordenadores. *Porto solidário: diagnóstico social do porto*. Universidade Católica Portuguesa; Centro Regional do Porto; Pólo da Foz. Faculdade de Educação e Psicologia. [Livro na Internet]. 2006. [citado 2012 ago. 15]. Disponível em: <https://cmpexternos.cm-porto.pt/rsocial/>.

Barros D G. Potencialidades do ‘WHOQOL-BREF’ para a identificação das esferas de promoção da saúde: opinião de especialistas [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

Beltrame V. *Qualidade de vida de idosos diabéticos* [tese]. Porto alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2008.

Berger L. Agir de acordo com as suas crenças e valores. In: Berger L, Mailloux-Porier D. *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta; 1995. Cap. 21.

Bonfim CJ, Saraiva, ME. *Centro de Dia (Condições de localização, instalação e funcionamento)*. Lisboa: Direcção Geral de Acção Social; 1996.

Botelho A. A funcionalidade dos idosos. In: Fonseca AM, Paúl C, coordenador. *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores; 2000. p. 115-135.

Bowling A. Health Related Quality of Life: a discussion of the concept, its use and measurement. In: Bowling, A., ed. *Measuring Disease. A review of disease-specific quality of life measurement scales*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press; 1995. p. 1-19.

Bowling A. What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Soc Sci Med*. 1995; 41(10):1447-62.

Bowling A, Gabriel Z, Dykes J, Dowding LM, Evans O, Fleissig A, et al. Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *Int J Aging Hum Dev*. 2003; 56(4):269-306.

Braga, et al. Qualidade de vida medida pelo whoqol-bref: estudo com idosos residentes em Juiz de Fora/MG. *Rev APS*. 2011;14(1):93-100.

Brasil. Congresso Nacional. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília; 1988. Art. 196.

Brasil. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Política Nacional do Idoso. [Internet] > [citado 2010 jan.10]. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br/ccivil/Leis/8.42.htm>.

Brasil. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras Providências. Brasília; 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Idoso. Portaria nº 1.395 de 10 de dezembro de 1999. Brasília, DF; 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. Redes Estaduais de Assistência à Saúde do idoso. Portaria nº 702 de 12 de abril de 2002. Brasília, DF; 2002a.

Brasil. Ministério da Saúde. Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. Portaria nº 249 de 16 de abril de 2002. Brasília, DF; 2002b.

Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. Ministério da Saúde. – 2ª reimpr. – Brasília, DF; 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Pacto pela Saúde. Brasília, DF; 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF; 2006b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Browne JP, et al. Individual quality of life in the health elderly. *Quality of Life Research*. 1994;3:235-44.

Buchele F, et al. Qualidade de vida na terceira idade: um instrumento na atenção primária em saúde. *Revista Cogitare Enfermagem*. 2009; 14 (30): 428-439.

Bulla LC, Kaefer CO. Trabalho e aposentadoria: as repercussões sociais na vida do idoso aposentado. *Revista Texto & Contexto*. 2003; 2 (1): 34-46.

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000; 5: 163-77.

Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 15-38.

Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. *Texto para Discussão*. Rio de Janeiro: IPEA, 2001.

Camarano A, Kanso S, Melo JLE. Quão além dos 60 poderão viver os idosos brasileiros? In: Camarano AA, organizador. *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA; 2004. p. 77-106.

Canavarro MC, et al. Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL –100; WHOQOL-BREF) para português de Portugal: apresentação de um projecto. In: *Unidade de*

Investigação em Saúde e Qualidade de Vida – Livro de Actas do II Congresso Saúde e Qualidade de Vida. Porto: Escola Superior de Enfermagem São João; 2005. 119p.

Capelo FM. A integração do paciente dependente na família: um estudo de caso num centro de saúde da área da Grande Lisboa. [monografia]. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada; 2000.

Carstensen LL, Pasupathi M. Women of a certain age. American women in the nineties: today's critical issues. Boston: Northeastern, University Press; 1993.

Cascaes AM, et al. Qualidade de vida na Terceira Idade: um estudo na atenção primária em saúde. Revista Cogitare Enfermagem. 2009; 14 (3): 428-434.

Celich KLS. Domínios de Qualidade de vida e capacidade para a tomada de decisão em idosos participantes de grupos da terceira idade [tese]. Porto Alegre: Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2008.

Chaimowicz F. Os idosos brasileiros no século XXI- demografia, saúde e sociedade. Belo Horizonte: Postgraduate Brasil, 1998.

Chaimowicz F. Epidemiologia e o envelhecimento no Brasil. In: Freitas, EV et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 106-130 p.

Chamusca B. Obra diocesana: 40 anos de promoção social. Porto: Obra Diocesana de Promoção Social; 2007. 269 p.

Chatterji S, Bickenbach J. Considerações sobre a qualidade de vida. In: Fleck MPA, et al. Avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 40-46.

Chiesa AM. A promoção da saúde como eixo estruturante do trabalho de enfermagem no programa saúde da família. Rev. Nursing. 2003; 64(6):40-6.

Chiesa AM, Fracolli LA, Zoboli ELP. (org.) Promoção da saúde da criança: a experiência do projeto nossas crianças janelas de oportunidades. São Paulo: NACE-AENSC, 2009.

Conrad KJ, et al. Classification of Adult Day Care: a cluster analysis of services and activities. *Journal of Gerontology: Social Sciences*. 1993; (48) 3: 112-122.

Core TR. A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2012. ISBN 3-900051-07-0. [Internet]. [citado 2012 set. 20]. Disponível em URL <http://www.R-project.org/>

Cousins MJ, Bridenbaugh PO. *Neural Blockade*. Lippincott-Raven; 1998.

Diaz V. Lazer em idosos. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 23 (6):1329-1338.

Ermel RC, Rego ACC, Fracolli LA, Vieira M. Instrumentos utilizados para avaliar a qualidade de vida de idosos portugueses. *Cadernos de Saúde*. Universidade Católica Portuguesa. Portugal, 2010. (encaminhado).

Ermel RC, Rego ACC, Fracolli LA, Vieira M. Instrumentos utilizados para avaliar a qualidade de vida de idosos brasileiros. *Revista In Focus*. Universidade de Marília. 2010. (encaminhado).

Farquhar M. Elderly people's definitions of quality of life. *Soc Sci Med*. 1995; 41 (10):1439-46.

Ferraz AF, Peixoto MRB. Qualidade de vida na velhice: estudo em uma instituição pública de recreação para idosos. *Rev Esc Enferm USP*. 1997; 31: 316-38.

Ferreira ALCBMF. A qualidade de Vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: a perspectiva do próximo e do cuidador [dissertação]. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação, Universidade de Lisboa; 2009.

Figueiredo L, et al. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo. 2003; 7(3): 364-371.

Figueiredo D. *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi; 2007.

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev Saúde Pública*. 1999; 33 (2): 198-205.

Fleck MPA, LEAL OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr.* 1999; 21 (1): 19-28.

Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-BREF): características e perspectivas. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2000; 5 (1):33-38.

Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2003; 37(6):793-9.

Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saúde Pública.* 2006; 40 (5):785-91.

Fleck MPA et. al. Avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Fonseca A M, Paúl C, Martin I, Amado J. Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal. In: Fonseca A, Paúl C, editores. *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados.* Lisboa: Climepsi; 2005. p. 97-108.

Fonseca AM, Paúl, C. Saúde e qualidade de vida ao envelhecer: perdas, ganhos e um paradoxo. *Geriatrics & Gerontologia.* 2008; 2 (1): 32-37.

Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 1999.

Goldani AM. Mulheres e envelhecimento: desafios para novos contratos intergeracionais e de gênero. In: Camarano AA, organizador. *Muito além dos sessenta: os novos idosos brasileiros.* Rio de Janeiro: IPEA- Instituto de Pesquisa Aplicada; 1999. p. 75-114.

Gonçalves RL. Famílias de idosos da quarta idade: dinâmicas familiares [dissertação]. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2010.

Gutierrez BAO, Auricchio AM, Medina NVJ. Mensuração da qualidade de vida de idosos em centros de convivência. J Health Sci Inst. 2011; 29 (3): 186-90.

Heidmann ITSB, Almeida MCP, Eggert AB, Wosny AM, Monticelli M. Promoção à saúde: uma trajetória histórica de suas concepções. Texto contexto-enferm. 2006; 15 (2): 352-8.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000. Rio de Janeiro: IBGE; c2002.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD. Rio de Janeiro: Suplemento Saúde; 2004.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. [Internet]. Brasília; c2010. [citado 2012 ago. 8]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo>

Instituto Nacional de Estatística. O Envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socioeconômica recente das pessoas. Lisboa; 2009. [Recuperado 2012 abril 12]. <http://censos.ine.pt/xportal/>

Instituto Nacional de Estatística. INE, I. P. Censos 2011 – Resultados Provisórios. [Internet] Lisboa; 2011. [citado 2012 ago 8]. Disponível em: <http://censos.ine.pt/xportal/>

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Ipeadata, 2009. [Internet]. [citado 2010 jan. 10]. Disponível em: <http://www.ipeadata.gov.br>.

Irigaray TQ, Schneider RH. Impacto na qualidade de vida e no estado depressivo de idosos participantes de uma universidade da terceira idade. Estudos de Psicologia. 2008; 25 (4): 517-525.

Jacob Filho W, Kikuchi EL, editores. Geriatria e gerontologia básicas. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011. 492 p.

Jakobson U, Hallberg I, Westergren A. Overall and health related quality of life among oldest old in pain. Quality of Life Research. 2004; 13(1):125-136.

Joia CL, Ruiz T, Donalisio MR. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. Revista Saúde Pública. 2007; 41: 131-8.

Labonté R. Health Promotion and empowerment: practice frameworks. Toronto: Centre for Health Promotion, University of Toronto; 1996.

Lasmar MMO, Ronzani TM. Qualidade de vida e Resiliência: uma interface com a promoção da saúde. Rev. APS. 2009;12(3):339-50.

Lebrão ML, Duarte YAO, organizador. SABE (Saúde, Bem Estar e Envelhecimento)- O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. 255p.

Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. Rev. Bras. Epidemiol. 2005; 8(2):127-141.

Lima-Costa FL, et al. The Bambuí health and ageing study. Revista de Saúde Pública. 2000; 34 (2): 126-35.

Lucas JC, Pacheco A. Avaliação da qualidade de vida e dependência funcional – idosos com 80 e mais anos – nascidos até 31/12/1998. Revista Geriatria. 1999; 12 (12): 17-20.

Marília. Origem: Wikipédia, a enciclopédia livre. (s.d.) [Internet]. Consultado em: 15 de setembro de 2012. No site: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Marilia>

Minayo MCS, Hartz MA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciências e Saúde Coletiva. 2000; 5 (1): 23-46.

Monteiro DMR. Espiritualidade e envelhecimento. In: Py L, et al. Tempo de Envelhecer: Percursos e dimensões psicossociais. Rio de Janeiro: NAU; 2004.

Neri AL, organizador. Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas: Papirus; 2001.

Neri AL. Velhice e qualidade de vida na velhice. In: Neri AL, organizador. Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas: Papirus; 2001. p. 161-200.

Organização Mundial da Saúde. (OMS). 7ª conferencia internacional de Promoção da Saúde. Boletim Informativo. 2009; (1): 2.

Organização Mundial da Saúde. (OMS) [Internet]. 2009. [citado 2012 ago. 8]. Disponível em: <http://www.who.int/research/>

Organização das Nações Unidas. (ONU). Relatório da I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, Plano de Ação Internacional. Viena (AT): ONU; 1982.

Organização das Nações Unidas. (ONU). Plano de ação internacional para o envelhecimento; 2002. Trad. de Arlene Santos. Brasília (DF): Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2003.

Panzini RG. Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações entre saúde e qualidade de vida [dissertação]. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do sul; 2004.

Panzini RG, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MPA. Espiritualidade/religiosidade e qualidade de vida. In: Fleck MPA, organizador. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 177-96.

Papalia DE, Olds SW, Feldman RD. Desenvolvimento humano. Porto Alegre: Artmed; 2006.

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.

Paschoal SMP. Independência e autonomia. In: Jacob Filho W, Kikuchi EL, editores. Geriatria e gerontologia básicas. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011. p.417-31.

Paskulin LMG. Fatores associados à qualidade de vida de idosos de um distrito sanitário de Porto Alegre/RS [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2006.

Paskulin LM, Molzahn A. Quality of life of older adults in Canada and Brazil. West J Nurs Res. 2007; 29 (1):10-26.

Paskulin LMG, Córdova FP, Costa FM, Vianna LAC. Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. Acta paul. enferm. 2010; 23 (1): 101-107.

Paúl C, Fonseca AM. A saúde e qualidade de vida dos idosos. Psicologia, Educação e Cultura. 1999; 3: 345-62.

Pereira RJA, Cotta RMM, Franceschini SCC, et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. Rev Psiquiatr. RS. 2006; 28 (1): 27-38.

Pordata. Bases de Dados Portugal Contemporâneo. Retrato de Portugal. Indicadores [Internet] 2009. [Citado 2012 ago.15]. Disponível em: <http://www.retrato-de-portugal.com/>

Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Porto. Origem: Wikipédia, a enciclopédia livre. (s.d.) Consultado em: 15 de setembro de 2012. No site: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Porto>

Portugal. Decreto-Lei nº464/80. D.R nº237-P Série de 13/10/1980 - Dá início á reformulação dos comandos normativos da pensão social; 1980.

Portugal. Decreto-Lei nº28/84. D.R nº188-P Série de 14/08/1984 – Estabelece objetivo e princípios orientadores da ação social; 1984.

Portugal. Decreto-Lei nº30/89. D. R nº20-P Série de 12/01/1989 - Define lares para idosos, centros de dia e serviços de apoio domiciliário; 1989a.

Portugal. Decreto-Lei nº141/89. D. R. nº98-P Série de 28/04/1989 - Define as condições de exercício desenvolvidas por ajudantes familiares; 1989b.

Portugal. Decreto-Lei nº259/89. D. R. nº186-P Série de 14/08/1989 - Cria o Fundo de Estabilização Financeira da Segurança Social; 1989c.

Portugal. Decreto-Lei nº391/91. D. R. nº233-P Série de 10/10/1991- Cria e regulamenta o acolhimento familiar; 1991.

Portugal. Decreto-Lei nº102/97. D. R. /1997 - Cria a fundação do cartão do idoso; 1997.

Portugal. Despacho Normativo nº75/92. D.R nº116-P Série-B de 20/05/1992 - Consagra o direito da livre constituição de instituições particulares de solidariedade social não lucrativa; 1992.

Portugal. Direção-Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2006. 24 p.

Portugal. Ministério da Saúde; Relatório de 2001 do Diretor-Geral e Alto Comissário da Saúde; Ganhos de Saúde em Portugal. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2002.

Portugal. Programa de Apoio Integrado a Idosos - PAII. Criado pelo Despacho Conjunto do Ministro da Saúde e do Ministro do Emprego e da Segurança Social, de 1-7-1994. Diário da República n.º 166, II Série, de 20-7-1994.

Portugal. Resolução do Conselho de Ministros nº15/88. D. R. nº95-Ia Série de 23/04/1988 - Cria a Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade; 1988.

Power M, Quinn K, Schmidt S; WHOQOL-OLD Group. Development of the WHOQOL-OLD module. Qual Life Res. 2005;14(10):2197-214.

Ramos LR et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. Revista Saúde Pública. 1993; 27 (2): 87-94.

Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto Epidoso São Paulo. Cad. Saúde Pública. 2003; 19 (3): 793-8.

Ramos LR, Perracini M, Rosa T E, Kalache A. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. Journal of Cross-Cultural Gerontology. 1993; 8: 313-323.

Revelle W Psych: procedures for personality and psychological research. Northwestern University, Evanston. R package version 1.2.4. 2012.

Rocha NS. Associação entre estado de saúde, espiritualidade/religiosidade /crenças pessoais e qualidade de vida [dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do sul, Porto Alegre, 2002.

Rodrigues NC. Política Nacional do Idoso: retrospectiva histórica. Estudos Interdiscipl. Envelhec. 2001; 3: 149-58.

Rosner BA. Fundamentals of biostatistics. Canadá: Cengage learning; 2006. 868p.

Sampaio C. M. C. Idosos de Cedofeita: que qualidade de vida? [dissertação]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; 2006.

Seidl EM F, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad. Saúde Pública. 2004; 20 (2): 580-88.

Sequeira C. Cuidar de idosos dependentes. 1ª ed.. Coimbra: Quarteto Editora; 2007. 310 p.

Silva CBDCA. Qualidade de vida de idosos atendidos pelas equipes de saúde da família no Rio Grande/RS [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande; 2008.

Silva GMRNS. Qualidade de vida e bem-estar psicológico em idosos [dissertação]. Porto: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa; 2009.

Souza RA, Carvalho AM. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. Estudos de Psicologia, Natal. 2003; 8: 515-523.

Subasi F, Hayran O: Evaluation of life satisfaction index of elderly people living in nursing home. Arch Gerontol Geriatr. 2005, 41: 23-29.

The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med 1995; 41:1403-10.

Tinker A. Older People in modern society. 4ª ed. New York: Addison Wesley Longman Publishing Company; 1997.

Torres GT, et al . Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. J Bras Psiquiatr. 2009;58(1): 39-44.

Vecchia RD, Ruiz T, Pocchi SCM, Corrente JE. Quality of life in the elderly: subjective concept. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8:246-52.

Veras RP, organizador. Terceira Idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. Rio de Janeiro: UnATI. Relume/Dumará; 1995. 95 p.

World Health Organization. (WHO). Carta de Ottawa. In: Fundação Oswaldo Cruz. Promoção da saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde/IEC; 1986.

World Health Organization. (WHO). Declaração de Adelaide sobre Cuidados Primários. In: Fundação Oswaldo Cruz. Promoção da saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde/IEC; 1988.

World Health Organization. (WHO). Declaração de Sundsvall sobre Promoção da Saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz. Promoção da saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde/IEC; 1991.

World Health Organization. (WHO). Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde. In: Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde/IEC; 1997.

World Health Organization. (WHO). Active Ageing: a policy framework. World Health Report. Geneva: World Health Organization, 2002.

World Health Organization. (WHO). Bangkok charter for health promotion in the a globalized world. Genève: WHO; 2005 [cited 2011 Sept 2]. Available from: <http://www.worldhealthorganization/html>

Xavier FMF, Ferraz MPT, Marc N, Escosteguy NU, Moriguchi EH. Elderly people's definition of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003;25(1):31-9.

Zimerman G I. Velhice: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed; 2000.

ZINN G, GUTIERREZ B. Processo de envelhecimento e sua relação com a morte: percepção de idosos hospitalizados em unidade de cuidados semi-intensivos. *Estud Interdiscip Envelhec*. 2008; 13:79-93.

APÊNDICES

Prescrição

Deixa passar as horas

Sem as contar.

Alheia a cada instante,

Vive, a viver a vida, a eternidade.

Feliz é quem não sabe

A própria idade

E em nenhum ano pode envelhecer.

Dura encantada na realidade.

Negar o tempo é o modo de o vencer.

Miguel Torga

APÊNDICE 1

Formulário de dados socioeconômico-demográficos e de saúde/doença.

Ficha de Informações sobre o Respondente a ser preenchida pelo Entrevistador.

SEXO: Masculino (1) Feminino (2)

IDADE: _____(em anos)

COR DA PELE: Branco (01) Negro (02) Pardo (03) Amarelo (04)

GRAU DE INSTRUÇÃO:

Analfabeto (01) I grau incompleto (02) I grau completo (03) II grau incompleto (04)

II grau completo (05) Curso superior incompleto (06) Curso superior completo (07)

ESTADO CIVIL: Solteiro (01) Casado (02) Separado (03) Divorciado (04)

União de fato (05) Viúvo (06)

RELIGIÃO: Católica (01) Espírita (02) Evangélica (03) Budista (04) Muçulmana

Nenhuma (05)

ATIVIDADE PROFISSIONAL

Aposentado (01) Desempregado (02) Pensionista (03)

Outra (especificar)_____

ESTRUTURA FAMILIAR (Total de pessoas que moram na casa)

Sozinho (1) 2 pessoas (2) 3 pessoas (3) 4 pessoas (4) 5 ou mais pessoas (5)

QUAL A RENDA TOTAL DAS PESSOAS QUE RESIDEM NA SUA CASA?

Até R\$ 500,00 (1) R\$ 501,00 a R\$1000,00 (2) R\$ 1001,00 a R\$ 1500,00 (3)

Acima de R\$1500,00 (4)

COMO É A SUA CASA?

Tijolo (01) Madeira (02) Madeira e tijolo (03)

Outra (04) especificar _____

SUA CASA TEM ÁGUA ENCANADA? Sim (01) Não (02)

SUA CASA TEM LUZ ELETRICA? Sim (01) Não (02)

SUA CASA TEM ESGOTO? Sim (01) Não (02)

PROBLEMAS DE SAÚDE ATUAL/CONDIÇÃO PRESENTE (marcar somente uma que é a mais relevante quando procura um serviço de saúde)

Nenhum problema (00) Problema de coração (01) Pressão Alta (02)

Artrite ou reumatismo (03) Câncer (04) Enfisema ou bronquite (05)

Diabetes tipo 2 (06) Catarata (07) Derrame (08) Osso quebrado ou fraturado (09)

Problema nervoso crônico ou emocional (10) Hemorróidas (11)

Depressão (12) Doença de pele (13) Problema com álcool ou drogas (14)

Outros (15) especificar _____

PARTICIPA DE GRUPO? Sim (1) Não (2)

VOCÊ FAZ ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA? Sim (01) Não (02)

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I. Dados de identificação do sujeito da pesquisa

Nome: _____

Documento de Identidade N.º _____ Sexo: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: ____ CEP _____

Telefone: _____

II. Dados sobre a pesquisa científica/pesquisador

Título do Projeto: Qualidade de vida da pessoa idosa: comparação Brasil - Portugal

Pesquisador: Regina Célia Ermel.

Inscrição no Conselho Regional: COREn –SP-64660.

Cargo/função: Docente do Curso de Enfermagem e Medicina.

Instituição: Universidade de Marília – UNIMAR

Endereço do pesquisador: Rua José de Anchieta, 424 - Marília-SP.

CEP 17.504.085 – Alto Cafezal

Telefone: (14) 3413-8592 E-mail: rcermel@terra.com.br

III. Avaliação do risco da pesquisa

(x) Sem risco: aquela em que não se realiza nenhuma intervenção ou modificação nas variáveis fisiológicas, psicológicas e sociais do indivíduo, tais como entrevistas e questionários.

() Com risco mínimo: aquela em que se empregam registros de dados por meio de procedimentos propedêuticos ou terapêuticos de rotina.

() Com risco maior que o mínimo: aquela em que há probabilidade de afetar o indivíduo de forma significativa seja por danos físicos ou morais, tais como uso de medicamentos não reconhecidos, procedimentos invasivos, placebos, dentre outros.

Explicar: A pesquisa será sem risco, pois não haverá nenhuma intervenção, será aplicado apenas um questionário a uma população adulta.

IV. TEXTO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Regina Célia Ermel, enfermeira (COREn 64660) estou realizando a pesquisa “Qualidade de vida da pessoa idosa: comparação Brasil – Portugal”. Esta pesquisa será muito importante, pois contribuirá para o conhecimento da Qualidade de Vida da Pessoa Idosa na Estratégia Saúde da Família. Para tanto solicitamos sua autorização para participar desta pesquisa respondendo aos questionários.

Tendo recebido as informações acima e ciente dos meus direitos abaixo relacionados:

1. A segurança de que não serei identificado em nenhuma fase desta pesquisa e que será mantido o caráter confidencial da informação, cujos resultados serão divulgados em eventos científicos de nossa área profissional.
2. A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e/ou outros relacionados com a pesquisa.
3. A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que me traga qualquer prejuízo.
4. A segurança de que a minha participação não trará qualquer prejuízo a mim.
5. As informações sobre os resultados do estudo quando solicitado.

Consentimento pós-esclarecido

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido pelo pesquisador, consinto em participar na amostragem do projeto de pesquisa em questão, por livre vontade sem que tenha sido submetido a qualquer tipo de pressão.

Tenho consciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

Marília, _____ de _____ de 2010.

Nome e assinatura do entrevistado.

Nome e assinatura da pesquisadora

Enfermeira Regina Célia Ermel

Maturidade da Velhice

Como acharás na velhice

Aquilo que não tiveres acumulado na juventude?

Quão belo é para a velhice o saber julgar,

E para os anciãos o saber aconselhar!

Quão bela é a sabedoria nas pessoas de idade avançada,

E a inteligência com a prudência nas pessoas honradas!

A experiência consumada é a coroa dos anciãos,

O temor a Deus é a sua glória.

Eclesiástico 25:5-8

ANEXO1**Aprovação – Comitê de Ética - Unimar** *Universidade de Marília***COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE DE MARÍLIA - SP
CEP - UNIMAR****RESOLUÇÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Marília (CEP – UNIMAR) que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS/MS), registro n.º 25000007064/2007-47 de 18/01/2007 analisou o Projeto de Pesquisa com protocolo n.º 234, intitulado:

**“QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA: PARÂMETRO PARA
AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE COLETIVA”**

**Projeto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva**

**Pesquisadora Responsável: Ms. Regina Célia Ermel
Orientadora: Profª. Dra. Lislaine Aparecida Fracolli**

Este Projeto de Pesquisa foi **APROVADO**, seguindo as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções n.º 196/96 e Complementares do Conselho Nacional de Saúde. O Projeto de Pesquisa poderá ser iniciado, e toda e qualquer alteração no projeto deverá ser comunicada ao CEP - UNIMAR.

Marília, 09 de Junho de 2010.

Dr. Wanderley Bergamo – CREMESP 11.860

Coordenador do CEP – UNIMAR

ANEXO 2

Autorização Secretaria Municipal de Saúde de Marília

Prefeitura Municipal de Marília

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Ofício SS.10 nº 062

Marília, 12 de julho de 2010.

Prezada Senhora,

Em atenção ao contido na solicitação datada de 30/03/2010, Protocolada sob nº 134/10-SS, vimos pelo presente autorizar a realização da pesquisa intitulada: **“Qualidade de vida da pessoa idosa: parâmetro para avaliação das ações de saúde coletiva”**, junto às Unidades de Saúde da Família.

Na oportunidade, esclarecemos que só será permitida a pesquisa na Unidade de Saúde mediante a apresentação deste ofício de autorização, bem como a Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da instituição de origem.

Solicitamos ainda, que após a coleta de dados, sejam encaminhados a este Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa – COMAP, os resultados obtidos.

Atenciosamente,

Dr. MARCOS ANTONIO GIROTTO
Coordenador do COMAP

DR. JÚLIO CEZAR ZORZETTO
Secretário Municipal da Saúde

À Sra. Regina Célia Ermel
Rua José de Anchieta, 424
MARÍLIA

JLR/al

ANEXO 3

Autorização para Coleta de Dados em Portugal

De: Margarida Vieira [mailto: mmvieira@porto.ucp.pt]

Para: monica.taipa@odps.org.pt

Assunto: pedido de colaboração

Cara Dr^a Mônica

Na qualidade de responsável por alguns projectos de investigação no âmbito da qualidade de vida de pessoas idosas assistidas por instituições com que habitualmente trabalhamos, venho solicitar a vossa autorização para que seja lançado o questionário WHOQOL-BREF, versão portuguesa, que anexo, aos utentes dos Centros de Dia e de Convívio da vossa obra.

Caso possam sugerir-nos os centros actualmente com mais utentes ou que, em vosso entender possam responder melhor a esta solicitação, agradeceremos muito, para começar por esses.

Considerando a disponibilidade dos colaboradores na investigação, pretendemos aproveitar os próximos dias para fazer esta colheita de dados, pelo que a agradecemos a brevidade possível na resposta. Agradecemos também a indicação da pessoa ou pessoas a quem os investigadores se devem dirigir no primeiro contacto.

Obviamente, será explicado a cada uma das pessoas a questionar, os objectivos do questionário e só responderão os que aceitarem participar, como exigem das regras éticas de investigação com seres humanos.

Desde já nos comprometemos a informar sobre os resultados obtidos nesta investigação e o plano de acção que lhe sucederá.

Agradecendo desde já a colaboração dispensada

Apresento nos nossos melhores cumprimentos

mv

Margarida Maria S Vieira, PhD

Instituto de Ciências da Saúde - Porto

Universidade Católica Portuguesa

Rua Dr António Bernardino de Almeida s/n

4200-072 PORTO | PORTUGAL

From: Mónica Taipa de Carvalho [mailto:monica.taipa@odps.org.pt]

To: Margarida Vieira

Cc: m.anjos.pacheco@odps.org.pt

Subject: FW: pedido de colaboração

Exma. Senhora Professora Margarida Vieira,

Está autorizada a aplicação dos questionários aos idosos dos Centros de Dia e Convívio da Obra Diocesana de Promoção Social.

O acolhimento e acompanhamento por parte da nossa Instituição será realizado pela Senhora Enfermeira Maria dos Anjos Pacheco cujo contacto é o numero 925763872.

Os Centros de arranque serão:

- Centro Social de S. Tomé - (30 centro de dia e 10centro de convivência)
- Centro Social Fonte da Moura - 40 centro de dia e 27 centro de convivência
- Centro Social da Pasteleira – 30 centro de dia 43 centro de convivência
- Centro Social Rainha D.^a Leonor - 30 centro de dia e 34 centro de convivência
- Centro Social Pinheiro Torres – 40 centro de dia e 44 centro de convivência
- Centro Social Machado Vaz. - 31 centro de dia e 33 centro de convivência

Se desejarem poderão desde já contactar a Senhora Enfermeira Maria Pacheco.

Esperando que tudo corra pelo melhor, estamos ao total dispor.

Com os melhores cumprimentos,

Mónica Taipa de Carvalho

ANEXO 4

WHOQOL – ABREVIADO (BREF)

Versão em Português

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	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	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(G1)	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2(G4)	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	Bastante	Extremamente
3 (F1.4)	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	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 (F2.1)	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

11 (F7.1)	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	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 (F9.1)	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Quão satisfeito					

	(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	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	Frequen-temente	Muito Frequen-temente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mal humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....
 Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO 5

WHOQOL-OLD

Instruções

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor, escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor, tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser:

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro “Bastante”, ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado “Nada” com o futuro.

Por favor, leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

Muito obrigado (a) pela sua colaboração!

ESTE INSTRUMENTO NAO DEVE SER APLICADO INDIVIDUALMENTE, MAS SIM EM CONJUNTO COM O INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas **últimas duas semanas**.

old_01 – Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_02 – Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_03 – Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_04 – Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_05 – O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_06 – Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_07 – O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_08 – O quanto você tem medo de morrer?

Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_09 – O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre quão completamente você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

old_10 – Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_11 – Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_12 – Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_13 – O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_14 – Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu satisfeito, feliz ou bem sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

old_15 – Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

old.16 – Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

old_17 – Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

old_18 – Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

old_19 – Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito Infeliz	Infeliz	Nem Feliz Nem Infeliz	Feliz	Muito Feliz
1	2	3	4	5

old_20 – Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

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

As seguintes questões se referem a qualquer relacionamento íntimo que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

old_21 – Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_22 – Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_23 – Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_24 – Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO (A) PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO 6

WHOQOL-BREF - PORTUGAL

WHOQOL-BREF

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ ☐ + ☐ + ☐ + ☐ + ☐ + ☐ + ☐			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ ☐ + ☐ + ☐ + ☐ + ☐ + ☐			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ ☐ + ☐ + ☐			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ ☐ + ☐ + ☐ + ☐ + ☐ + ☐ + ☐ + ☐			

DADOS PESSOAIS

A1	Idade	anos	A2	Data de Nascimento	____ / ____ / ____
A3	Sexo	Masculino Feminino	A4	Escolaridade	Não sabe ler nem escrever Sabe ler e/ou escrever 1º-4º anos 5º-6º anos 7º-9º anos 10º-12º anos Estudos Universitários Formação pós-graduada
A5	Profissão				
A6.1	Freguesia				
A6.2	Concelho				
A6.3	Distrito				
A7	Estado Civil	Solteiro(a) Casado(a) União de facto Separado(a) Divorciado(a) Viúvo(a)			

B1a Está actualmente doente? Sim ☐ Não ☐

B1b Que doença é que tem? _____

B2 Há quanto tempo? _____

B3 Regime de tratamento? Internamento ☐ Consulta Externa ☐ Sem tratamento ☐

C. Forma de administração do questionário

- 1. Auto-administrado ☐
- 2. Assistido pelo entrevistador ☐
- 3. Administrado pelo entrevistador ☐

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5
		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5