PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

Maria Elisa Gonzalez Manso

E a vida, como vai?

Avaliação da qualidade de vida de um grupo de idosos portadores de doenças crônicas não transmissíveis vinculados a um programa de promoção da saúde

MESTRADO EM GERONTOLOGIA SOCIAL

SÃO PAULO

2009

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

Maria Elisa Gonzalez Manso

E a vida, como vai?

Avaliação da qualidade de vida de um grupo de idosos portadores de doenças crônicas não transmissíveis vinculados a um programa de promoção da saúde

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Gerontologia, sob orientação da Profª Drª Ruth Gelehrter da Costa Lopes.

SÃO PAULO

2009

Banca Examinadora

_____

_____

_____

Aos meus pais, ao meu marido, aos meus filhos,

Pelo amor e ensinamentos, aconchego e compreensão, carinho e repreensões, distâncias e aproximações,

Pela paciência...

Pelo simples fato de existirem e de poder estar em sua companhia nesta caminhada.

In memoriam: à amiga Kika pelos dezoito anos de convivência.

AGRADECIMENTOS

Aos meus amados pais, pelo amor, carinho e apoio.

Ao meu marido e amor, Dirceu, sem o qual nada disto faria sentido.

Aos meus filhos, meus amores, Renato e Isabella, pela paciência, compreensão e felicidade.

À Arturo, Emilia, Dirceu, Renato e Isabella pela família maravilhosa que me apóia e perdoa os finais de semana "comprometidos".

À Profª Drª Ruth G. da Costa Lopes, minha orientadora, pela compreensão, dedicação e incentivo.

À Profª Úrsula Simon Karsh e ao Prof. Dr. Paulo Fortes, membros da minha banca de qualificação, pela "consultoria" e ensinamentos.

Aos professores e colegas do Programa de Estudos pós-graduados em Gerontologia da PUC São Paulo pelo aprendizado, amizade e apoio.

Às "meninas" do NAS, Dilma, Elizângela, Joseli, Márcia e Mônica (em ordem alfabética) pelo profissionalismo, ajuda e incentivo.

À Jânia e Rejane, estatísticas, pela imensa ajuda com os números.

À Diretoria da FESP, especialmente ao Dr. Luiz Roberto Dib Mathias Duarte, por concederem a realização desta pesquisa.

Ao Dr. Eudes de Freitas de Aquino, pelo desafio.

Aos idosos do Programa de Promoção da Saúde da FESP pela oportunidade de realização da pesquisa e pelas lições de vida.

O ser humano é um ser em construção, assim também é sua velhice. A cada dia estamos construindo nossa velhice e as aprendizagens são determinantes para uma melhoria na qualidade de vida nesta etapa da vida.

Educar para a velhice significa percorrer caminhos desconhecidos, promovendo entendimentos e perspectivas sociais e existenciais.

Há falta de informação e de conhecimentos que resultem em aprendizagem acerca do viver e ser saudável na velhice.

Alexandre Kalache

Envelhecimento no contexto internacional: a perspectiva da Organização Mundial de Saúde. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL "ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: UMA AGENDA PARA O FINAL DO SÉCULO", 1996, Brasília. (Anais. Brasília. Ministério da Previdência e Assistência Social, 1996.)

RESUMO

O sistema de saúde suplementar brasileiro, em virtude de obrigação normativa e com vistas tanto à busca de um novo modelo de atenção à saúde, mais cuidador, quanto à redução de custos, vem implantando programas de promoção da saúde e prevenção de doenças e riscos. Estes programas são apoiados em dados demográficos e epidemiológicos que demonstram que as doenças crônicas não transmissíveis estão diretamente relacionadas à mortalidade e morbidade da população idosa e ao aumento da utilização de serviços de saúde por este segmento populacional. A promoção da saúde, baseada nos princípios da integralidade da atenção, intersetorialidade, equidade, participação, emponderamento e sustentabilidade, busca a autonomia da gestão da saúde pelos indivíduos, estando inter-relacionada com os princípios propostos pela Organização Mundial da Saúde ao abordar o envelhecimento ativo. Neste sentido, o termo qualidade de vida, enquanto processo social e histórico, ganha corpo. Com o objetivo geral de avaliar a qualidade de vida de um grupo de idosos, todos portadores de doenças crônico-degenerativas e vinculados a um programa de promoção da saúde patrocinado por uma operadora de planos de saúde, propõe-se esta pesquisa. Como objetivos específicos pretende-se estabelecer um perfil sócio-demográfico e de morbidade deste grupo, testar um instrumento que permita a mensuração do construto qualidade de vida, apreender a interpretação que os idosos participantes dão ao conceito qualidade de vida, verificar se estes idosos avaliam que as DCNT que os acometem interferem em sua qualidade de vida e como vêm a contribuição do programa que freqüentam para esta última. A metodologia escolhida visa atender ao marco metodológico proposto, para tanto, utiliza-se da combinação de métodos quantitativos e qualitativo. Por métodos quantitativos entende-se a aplicação de três questionários: aspectos sócio-demográficos, WHOQOL-OLD e WHOQOL-BREF. Já a etapa qualitativa realizou-se mediante entrevistas semi-estruturadas. Participaram do estudo quantitativo, 24 idosos vinculados a um programa de promoção da saúde realizado por uma operadora de planos de saúde, modalidade cooperativa de trabalho médico e pertencente ao sistema UNIMED, localizada na cidade de São Paulo, no ano de 2009. Na etapa qualitativa, 13 idosos foram entrevistados. Contatou-se que a maioria do grupo é composta por idosas do sexo feminino, com média de idade 73 anos, porém os homens que participam são mais velhos e mais doentes. A maioria é aposentada, de elevado grau de instrução, casados e portadores de mais de uma doença crônica não transmissível. O grupo avalia sua qualidade de vida como boa e muito boa, estando satisfeitos com sua saúde. As menores pontuações obtidas nos diferentes domínios que compõem os módulos WHOQOL foram relacionadas à idade abaixo de 70 anos, ser viúvo, morar sozinho, ter alto grau de instrução, ser fumante e já ter sido internado. O grupo relaciona qualidade de vida principalmente com bem-estar e convívio social, destacando que as doenças crônicas a afetam por imporem restrições à suas atividades, estas, porém, são superáveis. A participação no programa é avaliada como proporcionando bem-estar, oportunidade de convívio social e aprendizado. Nota-se a importância que o grupo atribui à autonomia. Acredita-se que a pesquisa atingiu os objetivos propostos, existindo, entretanto, pontos que necessitam de maior aprofundamento.

Palavras chaves: idosos, qualidade de vida, promoção da saúde, planos de saúde.

ABSTRACT

The Brazilian Supplemental Health System, due to its compulsory legislation, aiming for an improved innovative health service, as well as cost cutting, has been implementing programs of health improvement, disease, and risk prevention. These programs were based on demographic and epidemiological data that show that non transmissible chronic diseases are thoroughly related to elderly mortality and morbidity and the increasing use of health services by this specific group. The health improvement program – based on principles of attention integrality, department cooperation, equality, participation, group-work and sustainability – seeks health management people autonomy, being intrinsically related to WHO principles concerning active aging. By this approach, the term *quality-of-life*, as a social and historic process, gets shaped. This research is presented aiming to appraise quality-of-life of a group of elders, all chronic degenerative disease bearers associated to a health improvement program sponsored by a health insurance company. With specific goals, we intend to establish a social-demographic and morbidity profile to test an instrument that allows us to measure quality-of-life concept understanding, to learn the interpretation the elders attribute to the quality-of-life concept, to verify if these elders acknowledge the NTCD they suffer from to affect their quality-of-life and how they see the program's contribution to the last. The chosen methodology aims to be faithful to the proposed methodological base, and in doing so, it employs a combination of quantity and quality methods. For the quantity methods, we understand the use through three surveys: social-demographic aspects, WHOQOL-OLD and WHOQOL-BREF. On the other hand, the quality stage was based on semi-structured interviews. Twenty-four elders took part in the quantity research. These elders are associated with a health improvement program created in 2009 by a health insurance company, which is based on cooperative medical work, belongs to UNIMED system, and is located in the city of Sao Paulo. In the quality stage, 13 elders were interviewed. It was established that most of the group was composed of female elders with an average age of 73; however, men who participated were older and sicker. Most are retired, well educated, married and have more than one non transmissible chronic disease. The group sees their quality-of-life as good or very good, being physically satisfied with their health. The lowest scores in the different fields that compose the WHOQOL modules were associated with factors as age below 70, being a widower, living alone, being highly educated, being a smoker and being hospitalized. The group associates quality-of-life mainly with well being and social integration highlighting that the chronic diseases affect it by restricting their activities, these, however, are able to overcome. The program participation is evaluated as providing well being, social integration opportunity and learning. It is noticed the importance the group asserts to autonomy. It is believed that this research has achieved its proposed goals; however, there are areas that require a deeper study yet.

Key-words: elders, quality-of-life, health improvement, health insurance.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE ABREVIATURAS

INTRODUÇÃO

1.REVISÃO DA LITERATURA 22

1.1. O SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL E OS DESAFIOS DAS TRANSIÇÕES DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA 22

1.2. O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E AS DCNT: ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS 34

1.3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS: CONCEITOS 51

1.4. CONCEITO DE ENVELHECIMENTO ATIVO 60

1.5. QUALIDADE DE VIDA E SEUS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO 68

2.OBJETIVOS GERAIS 82

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 82

3.METODOLOGIA 84

3.1. A OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE 84

3.2. O PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE IDOSOS DA OPS 88

3.3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 91

3.3.1. Etapa Quantitativa-Coleta de Dados 92

3.3.2. Etapa Qualitativa- Coleta de Dados 93

3.3.3. Etapa Quantitativa- Análise dos Dados 93

3.3.4. Etapa Qualitativa-Análise de Conteúdo 94

4.RESULTADOS 96

4.1. ETAPA QUANTITATIVA 96

4.2. ETAPA QUALITATIVA 107

4.2.1. Categoria Geral Qualidade de Vida 108

4.2.2. Categoria Geral Saúde 110

4.2.3. Categoria Geral Influência das DCNT na Qualidade de Vida 111

4.2.4. Categoria Geral Influência da Participação no Grupo de Promoção da Saúde na Qualidade de Vida 113

5.DISCUSSÃO 116

6.CONCLUSÃO 135

7.REFERÊNCIAS 141

ANEXO I 160

ANEXO II 162

ANEXO III 168

ANEXO IV 172

ANEXO V 174

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	Crescimento do número de beneficiários atendidos pelas operadoras de planos de saúde e cobertura populacional, Brasil, 2005-2007	24
Figura 2:	Crescimento do número de beneficiários atendidos pelas operadoras de planos de saúde, Brasil, 2005 - 2007	25
Figura 3:	Transição Demográfica, Brasil, 1900-2050	34
Figura 4:	População de 80 anos ou mais de idade, segundo sexo, Brasil, 1990-2050	38
Figura 5:	Pirâmides Etárias, Brasil, 1980, 2005 e 2050	39
Figura 6:	Os determinantes do envelhecimento ativo	65
Figura 7:	Distribuição das UNIMEDs no território brasileiro, 2008	86
Figura 8:	Participação do sistema UNIMED no sistema de saúde suplementar brasileiro, 2005- 2007	87
Figura 9:	Constituição gráfica do Sistema UNIMED no Brasil	87

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Proporção de internações, média de permanência e custo médio de internações do SUS, segundo faixa etária, Brasil, 1997	30
Tabela 2:	Proporção da população acima de 60 anos, segundo sexo e faixa etária, Brasil, 2000, 2010, 2020	40
Tabela 3:	Número e proporção dos idosos do grupo, segundo faixa etária, São Paulo, 2009	96
Tabela 4:	Número e proporção dos idosos do grupo, segundo categorias de idade, São Paulo, 2009	96
Tabela 5:	Número e proporção dos idosos do grupo, segundo sexo, São Paulo, 2009	97
Tabela 6:	Número e proporção dos idosos do grupo, segundo sexo e faixa etária, São Paulo, 2009	97
Tabela 7:	Número e proporção dos idosos do grupo, segundo sexo e estado civil, São Paulo, 2009	98
Tabela 8:	Número e proporção dos idosos do grupo, segundo sexo e grau de instrução, São Paulo, 2009	98
Tabela 9:	Número e proporção dos idosos do grupo, segundo sexo e situação ocupacional, São Paulo, 2009	98
Tabela 10:	Número e proporção dos idosos do grupo, segundo sexo e número de DCNT referidas, São Paulo, 2009	100
Tabela 11:	Número e proporção dos idosos do grupo, segundo a presença ou não de internações, São Paulo, 2009	101
Tabela 12:	Média, mediana, desvio padrão, valores mínimo e máximo obtidos para cada domínio do instrumento WHOQOL-BREF em escala de	102

0 a 100%, idosos do grupo, São Paulo, 2009

Tabela 13: Média, mediana, desvio padrão, valores mínimo e máximo obtidos para cada domínio do instrumento WHOQOL-OLD em escala de 0 a 100%, idosos do grupo, São Paulo, 2009 103

Tabela 14: Número, média, mediana, desvio padrão, valores mínimo e máximo obtidos para o Domínio Relações Sociais WHOQOL-BREF, segundo categorias de idade, idosos do grupo, São Paulo, 2009 104

Tabela 15: Número, média, mediana, desvio padrão, valores mínimo e máximo obtidos para o Domínio Físico WHOQOL-BREF, segundo estado civil, idosos do grupo, São Paulo, 2009 104

Tabela 16: Número, média, mediana, desvio padrão, valores mínimo e máximo obtidos para o Domínio Participação Social WHOQOL-OLD, segundo grau de instrução, idosos do grupo, São Paulo, 2009 105

Tabela 17: Número, média, mediana, desvio padrão, valores mínimo e máximo obtidos para o Domínios Morte e Morrer e Intimidade WHOQOL-OLD, segundo a presença de internações, idosos do grupo, São Paulo,2009 106

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1:	Distribuição dos gastos com cuidados curativos, segundo faixa etária, Países da Europa, 2005	29
Gráfico 2:	Distribuição dos gastos com cuidados de longo prazo, segundo a faixa etária, Países da Europa, 2005	29
Gráfico 3:	Distribuição da despesa per-capita de uma OPS, segundo faixa etária, São Paulo, 2005	30
Gráfico 4:	Distribuição do tempo médio de permanência, internações da OPS FESP, segundo faixa etária, São Paulo, 2008	31
Gráfico 5:	Distribuição do custo médio, internações OPS FESP, segundo faixa etária, São Paulo, 2008	31
Gráfico 6:	Distribuição das Taxas de Fecundidade, Brasil, anos 1960, 1970, 1980, 1991, 2000, 2005, 2008	36
Gráfico 7:	Distribuição da Taxa de Mortalidade, Brasil, 1940 a 2005	37
Gráfico 8:	Distribuição da Esperança de Vida ao Nascer, Brasil, anos 1980,1991 e 2000	37
Gráfico 9:	Mortalidade Proporcional segundo categoria de Causa de Óbito, Brasil, 2002 a 2004	44
Gráfico 10	Proporção da população idosa que tem dificuldade para alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro, segundo sexo e faixa etária, Brasil, 1998	47
Gráfico 11	Número de doenças referidas pelos idosos do grupo, São Paulo, 2009	99
Gráfico 12	Motivos de internações por descompensações de DCNT referidos pelos idosos do grupo, São Paulo-2009	101

LISTA DE ABREVIATURAS

ANS: AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DCNT: DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

FESP: FEDERAÇÃO DAS UNIMEDS DO ESTADO DE SÃO PAULO

IBGE: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

IBM: INSTITUTE FOR BUSSINES VALUE

IESS: INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR

OECD: ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO- OPERATION AND DEVELOPMENT HEALTH

OMS: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

ONU: ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS

OPAS: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE

OPS: OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE

PAHO: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION

PNAD: PESQUISA NACIONAL DE AMOSTRAS DE DOMICÍLIOS

SUS: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

UNIMED: SISTEMA DE COOPERATIVAS DE TRABALHO MÉDICO

WHO: WORLD HEALTH ORGANIZATION

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

A Constituição Brasileira de 1998 destaca que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, sendo o Sistema Único de Saúde (SUS) a forma como o Poder Público cumpre seu dever. A Carta Magna explicita o direito da coletividade à promoção e à proteção da saúde e admite a participação da iniciativa privada como suplementar ao sistema.

Santos, Ugá e Porto (2008) resslavam que a Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico (OECD) classifica um sistema de saúde como suplementar quando a oferta de serviços na área ocorre de forma duplicada: há um sistema público cujo acesso é universal e de adesão compulsória e um sistema privado com a mesma cobertura, porém de acessibilidade restrita diretamente relacionada à renda.

Serviços privados de saúde podem ser definidos como formas de produção e gestão da assistência médico-hospitalar com o objetivo de atender demanda ou clientela restrita mediante pagamento pelos serviços prestados. No Brasil, este segmento privado é representado pelo serviço privado contratado pelo setor público, pelo segmento beneficente filantrópico e pelas operadoras de plano de saúde (OPS) pertencentes ao sistema de saúde suplementar.

A Lei 9656 de 1998 define plano privado de assistência à saúde como a prestação continuada ou cobertura de custos assistenciais com preço pré ou pós estabelecido e por prazo indeterminado com a finalidade de garantir ao consumidor a assistência à saúde, na área médica, hospitalar ou odontológica. Sobre o conceito de OPS:

> "Art. 1º (...) II-Operadora de Planos de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa ou entidade de auto-gestão que opere produto, serviço, ou contrato de que trata o inciso I deste artigo." (CUNHA, 2003, pg. 349).

O mercado de saúde suplementar brasileiro é regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada pela Lei 9.961 de 2000, cuja finalidade é a de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras, inclusive quanto às suas relações com prestadores de serviços e consumidores. (CONASS, 2007a; IESS, 2008a)

A agência desde o ano de 2005 vem estimulando a mudança do modelo assistencial das OPS fomentando a implantação de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e riscos. Estas ações fazem parte do Programa de Qualificação de Saúde Suplementar, mediante o qual a ANS pretende que as operadoras sejam gestoras do cuidado em todas as fases de atenção, articulando assim todos os atores envolvidos no processo de atendimento aos beneficiários por estas empresas. Destarte foi publicada em 23 de março de 2005 a Resolução Normativa nº 94 propondo diretrizes para a implantação das ações citadas.

A reflexão sobre a mudança do modelo de assistência à saúde que a agência propõe baseia-se não só no perfil de morbi-mortalidade da população, mas na transição demográfica, epidemiológica e nutricional por que passa a população brasileira; no aumento dos custos na assistência à saúde e no potencial impacto das ações de promoção e prevenção. A ANS busca ao regulamentar o tema não só a melhoria da gestão do sistema de saúde suplementar brasileiro, mas, como destaca a melhoria da qualidade de vida dos consumidores dos planos de saúde. (ANS, 2007c; ANS, 2008)

Em dezembro de 2008, segundo dados da ANS, 40,9 milhões de pessoas eram beneficiários de planos de saúde no Brasil. Destes, 4.513.429 tinham acima de 59 anos, sendo em sua maioria mulheres. (ANS, 2009)

Albuquerque e col. (2008), em análise dos dados publicados pela agência destacam o crescimento do número de idosos beneficiários de planos de saúde: de 3,2 milhões em dezembro de 2000 para 4 milhões em dezembro de 2006. Bahia (2008b) menciona pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo em 2007 que encontrou 28% dos idosos pesquisados como utilizadores de serviços de saúde de planos, seguros e convênios de empresas e sindicatos.

Veras e Parahyba (2007), analisando os dados da PNAD de 1998 e de 2003, destacam que em torno de 5 milhões de idosos brasileiros têm planos de saúde vinculados ao sistema de saúde suplementar, sendo que este número vem aumentando. A maior cobertura é observada nas faixas etárias de 70 a 79 anos, 26,7%, e 80 anos e mais, 30,2%, e está diretamente relacionada com o incremento da renda.

Os autores destacam que em torno de 30% da população, em 2003, declarou ter pelo menos uma doença crônica. A proporção destas doenças aumenta com a idade: 75,5% entre os idosos em contraste com 9,3% na faixa etária de 0 a 14 anos. Os idosos também apresentam um número maior de doenças associadas.

Esta pesquisa também evidencia que com a idade ampliam-se as necessidades de consultas, medicamentos, exames complementares e hospitalização, tendo estas um padrão de distribuição em J, isto é, tanto no início quanto no final da vida as pessoas apresentam mais problemas de saúde. Na infância há predomínio das doenças agudas e na velhice de doenças crônicas.

Concluem os autores ressalvando a necessidade de o setor privado ter modelos assistenciais mais modernos, mais resolutivos e com custo mais adequado voltados para os idosos, já que a maioria destes não se encontra fragilizados. Os modelos deveriam privilegiar a manutenção da capacidade funcional, programas de prevenção e monitoramento de doenças crônicas, sistema médico personalizado, entre outros.

Hoje em dia a maioria das OPS no Brasil já trabalha com programas voltados para a educação em saúde, promoção da saúde e/ou prevenção de doenças, principalmente com ênfase para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Este fato é atribuível não só a regulamentação do setor realizada pela ANS como ao custo elevado causado por estas últimas entidades nosológicas, como será posteriormente detalhado.

Em uma OPS localizada na cidade de São Paulo há um ano vem sendo desenvolvido um programa de promoção à saúde para idosos portadores de DCNT. Este programa volta-se para o segmento populacional citado posto este representar, aproximadamente, 25% do total de beneficiários da operadora e parte da premissa que as ações de promoção da saúde buscam não só atender exigências normativas e redução dos custos assistenciais, mas a melhora da qualidade de vida dos idosos que delas participam.

A implantação deste programa teve como pressuposto que a melhora da qualidade de vida dos participantes decorre da sua inserção social, seu emponderamento, do respeito à diversidade e autonomia, bem como das especificidades da velhice enquanto fase do processo de envelhecimento.

Entretanto, algumas indagações surgiram. O que é qualidade de vida para estes idosos? É possível avaliá-la? Há um instrumento específico para tal? Os idosos participantes do programa relacionam sua participação no grupo com sua qualidade de vida? Com a finalidade de responder a estas perguntas, propõe-se esta pesquisa.

O objetivo geral do trabalho é avaliar a qualidade de vida de um grupo de idosos portadores de DCNT e vinculados a um programa de promoção à saúde de uma OPS. Como objetivos específicos pretendem-se estabelecer um perfil sócio-demográfico e de

morbidade do grupo, testar um instrumento que permita a mensuração do construto qualidade de vida para fins comparativos posteriores, apreender a interpretação que os idosos participantes do grupo dão ao conceito qualidade de vida, se estes idosos avaliam que as DCNT que os acometem interferem em sua qualidade de vida e como vêm a contribuição do programa que freqüentam para a sua qualidade de vida.

Do levantamento realizado pretende-se obter informações que possam ser utilizadas na criação de novos programas, melhoria dos já existentes adequando-os ao perfil e às demandas do grupo e melhorar a interação entre a equipe que os desenvolve com os idosos participantes.

Deve-se destacar a escassez de dados e pesquisas relacionados aos programas de promoção da saúde no âmbito do setor de saúde suplementar. Nota-se que não há divulgação dos resultados dos trabalhos realizados e, quando os há, o foco principal é a redução de custos ou a análise das internações e procedimentos.

Bahia (2008a) ressalta que são imprescindíveis ações para reduzir a assimetria de informações existentes entre o sistema público de saúde brasileiro e o suplementar, destacando que a maioria da produção acadêmica referente ao sistema de saúde privado no Brasil versa sobre acessibilidade, cobertura e análises econômicas, corroborando o acima exposto.

Não foi observado nenhum trabalho realizado no setor de saúde suplementar especificamente com idosos portadores de DCNT participantes de programas de promoção da saúde e que versassem sobre a avaliação e/ou melhoria da qualidade de vida destes. Assim, a presente pesquisa pretende contribuir para estudos nesta linha de pesquisa.

Para tanto, inicia-se com uma breve explanação sobre o sistema de saúde suplementar brasileiro e o porquê deste estar investindo atualmente em programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, especialmente no que tange às DCNT, embasados tanto na obrigação normativa quanto na elevação dos custos de assistência à saúde.

A seguir, abordam-se dados demográficos e epidemiológicos que justificam a preocupação não só com a faixa etária pesquisada, mas, também com as DCNT e fatores de risco associados a tais doenças, destacando-se o papel que os programas de promoção à saúde e prevenção de doenças e riscos exercem sobre os mesmos.

No tópico seguinte discute-se a saúde enquanto processo socialmente produzido, com múltiplos determinantes, sua relação com os conceitos de promoção da saúde e

prevenção de doenças, destacando-se os princípios que regem estes programas e sua inter-relação com a equidade, emponderamento e autonomia.

Após aborda-se o conceito de envelhecimento ativo e sua relação com os tópicos anteriormente discutidos. Na seqüência, reflete-se sobre o construto qualidade de vida na velhice e os respectivos instrumentos de avaliação existentes.

Na metodologia, contextualizam-se os instrumentos escolhidos quanto ao tipo de pesquisa, bem como a OPS, seus programas e os idosos junto aos quais se pretende realizar a investigação. Apresentam-se, a seguir, os resultados obtidos neste estudo, discutindo-os, e as conclusões finais advindas.

Esta pesquisa não pretende esgotar o tema, mas sim possibilitar que se conheça mais sobre a velhice e sobre como o setor de saúde suplementar pode lidar com esta, contribuindo assim para o debate das possibilidades de mudança do modelo de assistência à saúde aos idosos.

REVISÃO DA LITERATURA

1. REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo serão abordados tópicos que fundamentam do ponto de vista teórico o tema estudado, contextualizando-o. Assim, serão realizadas reflexões sobre o sistema de saúde suplementar brasileiro; as transições demográfica, epidemiológica e de risco; os conceitos de promoção à saúde, envelhecimento ativo e qualidade de vida na velhice, bem como os instrumentos para mensuração deste último.

1.1. O SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL E O DESAFIO DAS TRANSIÇÕES DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA.

O sistema de saúde suplementar no Brasil organiza-se em paralelo à urbanização e industrialização, iniciando na década de 40 do século XX com a criação da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) e da atual GEAP: a primeira com a finalidade de complementar o atendimento médico realizado pelo então Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários e a segunda com a assistência patronal para os servidores do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários. (ANS, 2002; ALBUQUERQUE e col., 2008)

Nas décadas que se seguiram, com a implementação do setor industrial privado multinacional nas cidades de São Bernardo do Campo, Santo André e São Caetano, no estado de São Paulo, e como fruto da reivindicação sindical, passou-se a incluir a complementação da assistência médica como complemento à política salarial dos trabalhadores. (ANS, 2002)

Bahia (ANS, 2002) ressalta que a partir dos anos 50, século XX, os funcionários públicos estaduais, que não estavam incluídos na previdência social, começaram a ter serviços de saúde próprios com regimes exclusivos de previdência que reembolsavam a utilização de serviços médico-hospitalares. Com a criação das empresas estatais, tem início a inclusão de assistência médica e hospitalar como benefício aos seus empregados.

Na década de 60 do século XX, a organização empresarial da medicina ganhou forças. Surgem medicinas de grupo criadas por acionistas e/ou proprietários de hospitais

com foco no atendimento hospitalar e, como contraponto a estas, as cooperativas de trabalho médico pautadas no exercício liberal da medicina.

Nesta época, ainda, algumas empresas multinacionais ou estatais passaram a constituir seus próprios planos de saúde, organizando redes de atendimento e remunerando prestadores de serviços.

Destarte, aparecem diferentes formas de organização das OPS segundo a sua forma de administração e organização institucional: cooperativas médicas, medicinas de grupo, planos próprios de empresa e seguro saúde.

Sob a modalidade medicina de grupo se entende uma série de empresas intermediadoras de serviços de saúde às quais o consumidor, seja empresa, indivíduo ou família, paga um valor pré-fixado mensal definido conforme cálculos atuariais de risco, cobertura e tipo de plano, e independente da utilização. O atendimento tanto é fornecido através da contratação de hospitais, clínicas, consultórios pagos pelos serviços prestados quanto é oferecido em unidades próprias nas quais os profissionais de saúde são contratados. (CONASS, 2007a)

Cooperativas médicas são instituições formadas por um conjunto de médicos que são simultaneamente sócios e prestadores de serviços e que recebem pagamento tanto pelos atos médicos que realizam quanto, por ocasião de cada encerramento de exercício, por participação nos resultados.

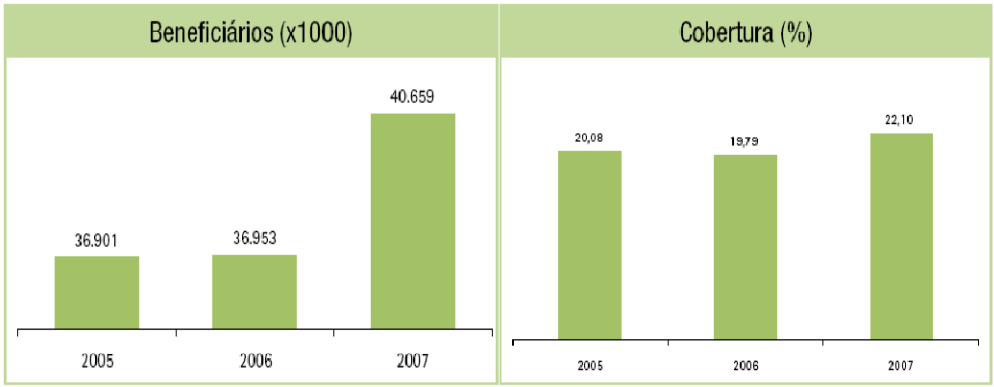
Planos próprios de empresas se organizam de diferentes formas. Há o Condomínio ou Associação de Empresas, os Planos de Administração e a Autogestão ou Autoprograma, sendo que, seja qual for o modelo adotado, esta modalidade caracteriza-se por estar vinculada a um grupo pré-estabelecido de pessoas e por não comercializar planos. (CONASS, 2007a)

Quanto ao Seguro Saúde, é caracterizado pela intermediação financeira de uma entidade seguradora, com livre escolha de serviços e reembolso ao consumidor pela utilização.

As décadas de 70 e 80 do século passado representaram os anos de maior crescimento para o setor suplementar. Este crescimento dá-se pela adesão de trabalhadores de empresas privadas, posto que a assistência médica oferecida pelas empresas aos seus empregados via operadoras de plano de saúde é tida como importante benefício e incorporada às reivindicações sindicais. Também foram responsáveis por este crescimento a adesão de funcionários públicos e de autarquias, como já mencionado.

Em 1980 existiam 15 milhões de clientes de planos de saúde sendo que em 2007 este número ultrapassou os 40 milhões de clientes. Na figura 1 abaixo pode ser observado o crescimento de beneficiários e cobertura do setor segundo dados da ANS, nos anos de 2005, 2006 e 2007.

Figura 1: Crescimento do número de beneficiários atendidos pelas operadoras de planos de saúde e cobertura populacional, Brasil, 2005-2007



Fonte: ANS, 2007b, pg. 16.

O mercado de saúde privado brasileiro era considerado um mercado falho, com assimetria de informação entre clientes, operadoras e prestadores de serviços. As OPS queriam oferecer cada vez mais cobertura para riscos menores enquanto que os clientes desejavam adquirir planos de saúde apenas quando já apresentavam um problema importante ou, já que podiam utilizar um plano privado, consumir serviços o máximo possível.

Em virtude desta situação é promulgada a Lei 9656 em 12 de maio de 1998 conhecida como a Lei dos Planos de Saúde. (CUNHA, 2003; IESS, 2008a) Nas palavras do Ministério da Saúde:

> "A regulação de planos e seguros de saúde é uma atividade governamental destinada a corrigir as falhas de mercado e condições contratuais que afetam consumidores e empresas e repercutem negativamente na opinião pública.
> Os principais problemas desse mercado são claramente identificáveis,considerando as demandas e as queixas dos consumidores sobre a natureza dos contratos e as imposições unilaterais das empresas:
> _ falhas na cobertura e exclusão de procedimento;
> _ cobrança ou cobertura irregular para portadores de doença preexistente;

> _ exigências indevidas para a admissão do paciente;
> _ erro nas condições de validade e de rescisão do contrato;
> _ prazos de carência irregulares;
> _ indefinição nas regras de relacionamento entre operadora e consumidor;
> _ descumprimento nas normas de atendimentos de urgência e emergência;
> _ insuficiência na abrangência geográfica do plano de saúde;
> _ falta de cobertura para doenças crônicas e degenerativas;
> _ negação de transferência dos contratos de uma operadora a outra, entre outros itens." (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, pg. 29 e 30)

Vale ressaltar que o mercado suplementar já vinha tendo sua atuação questionada junto ao Poder Judiciário desde a promulgação do Código de Defesa do Consumidor (CDC). Juntos, o CDC, a Lei 9656/98 e as normas emanadas da agência reguladora constituem o principal arcabouço regulatório do setor.

Na figura 2 a seguir, observa-se como o mercado respondeu à regulamentação. Houve diminuição do número de operadoras, fato atribuível às exigências normativas, de solvência financeira e às coberturas obrigatórias, o que fez com que o mercado se profissionalizasse. Pode-se observar também que, apesar da diminuição do número de operadoras, ocorreu aumento da cobertura populacional.

Figura 2: Crescimento do número de beneficiários atendidos pelas operadoras de planos de saúde, Brasil, 2005 - 2007

	2005	2006	2007	Var.% 2007/05
Número de Operadoras	1.522	1.487	1.376	-9,59
Beneficiários (x1000)	36.901	36.953	40.659	10,18
População (x1000)	183.798	186.771	183.990	0,10
Cobertura (%)	20,08	19,79	22,10	10,07

Fonte: ANS, 2007b, pg. 16.

A Medida Provisória 1.928 de 25 de novembro de 1999, posteriormente convertida na Lei 9.961 de 2000, como já citado, cria a ANS com a finalidade de promover a defesa do interesse público e regular as operadoras. Entre as diversas atribuições da agência está a fixação de normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de planos de saúde, incluindo os conteúdos e modelos de atenção à saúde. (CONASS, 2007a; IESS, 2008a)

Por modelos de atenção à saúde se entende a maneira como são organizados e combinados os recursos físicos, tecnológicos e humanos a fim de enfrentar e resolver os problemas de saúde vigentes em uma coletividade. (ANS, 2007a)

CARVALHO e col. (2001) referem que o modelo depende da forma de financiamento do setor saúde; das suas práticas; de como a demanda é atendida; da organização, relação e acessibilidade dos serviços disponíveis; do perfil dos profissionais e de suas funções no sistema e que, portanto, apresenta condicionantes políticos, econômicos, técnicos e culturais. Construídos historicamente, não existem modelos perfeitos, devendo estes ser adaptados ao processo saúde e doença da população.

Os autores reconhecem dois modelos assistenciais vigentes no Brasil até o surgimento do SUS com a Constituição de 1988:

a- sanitarismo campanhista: surge no início do século pela necessidade de manutenção da circulação de mercadorias. Voltado para as grandes endemias através do controle de vetores e do meio- ambiente, com ações executadas à revelia da demanda, sem preocupação com os cuidados individuais. É a partir desta lógica que se consolida a saúde pública no país. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais têm sua origem influenciadas por este modelo;

b- médico assistencialista: se inicia com a urbanização e industrialização aceleradas nos anos 20 e 30 e visa manter a reprodução física da força de trabalho. Centrado na assistência médica individual é voltado para a demanda. Desenvolve-se a partir do sistema previdenciário. É mais abrangente, caro e complexo.

As OPS, desde seu surgimento e até hoje, pautam-se no modelo assistencialista, caracterizado por ser centrado no médico e na atenção hospitalar e atendendo apenas à demanda espontânea. Há incorporação acrítica de novas tecnologias e consumo excessivo de procedimentos de alto custo, principalmente reparadores; o cuidado é fragmentado e a atuação desarticulada, desintegrada e pouco cuidadora, sem avaliação sistemática de seus resultados.

Devido ao panorama até aqui apresentado, a ANS editou a Resolução Normativa 94 de 24 de março de 2005 que institui a obrigatoriedade das OPS oferecerem programas de promoção da saúde e prevenção de doenças.

A proposta da agência é que as operadoras atuem com base em linhas de cuidado, organizando tecnologias e recursos utilizados na produção da atenção à saúde a fim de articular o funcionamento dos serviços contratados com o objetivo de promover a saúde, prevenir doenças, realizar diagnósticos e tratamento e dispor de reabilitação.

A agência também definiu em quais linhas de cuidado as operadoras devem organizar seus modelos de atenção à saúde: saúde materno-infantil e cuidados aos portadores de DCNT e neoplasias. As operadoras devem atender à saúde da criança; do adolescente; do adulto; do idoso; da mulher e saúde mental. Caso comercialize planos odontológicos, os programas devem ser voltados para a saúde bucal. (MALTA e col., 2004; ANS, 2005)

Segundo a ANS (2008), a adoção de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças e riscos é não só uma oportunidade para readequar o modelo assistencial vigente nas OPS, mas também para qualificar a gestão das mesmas, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida de seus clientes.

Analisando os programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças desenvolvidos pelas OPS, a agência destaca os seguintes dados:

a- as operadoras que desenvolvem os programas exigidos concentram 80% do total de beneficiários de planos de saúde no Brasil; sendo que 68,3% destas obtêm o perfil dos beneficiados por freqüência de internação, exames e consultas realizadas;

b- os programas são oferecidos a todos os tipos de plano, sendo que 34% das OPS o fazem com equipe própria;

c- 70,4% realizam avaliação dos programas por pesquisa de satisfação dos beneficiários, 52,9% mediante indicadores de saúde e 40,4% por indicadores econômico-financeiros;

d- 61,9% têm programas voltados para o público adulto e idoso, sendo que as faixas etárias predominantes cobertas por estes são 40-49 anos (17,1%) e 50-59 anos (17,4%);

e- para a faixa etária acima de 60 anos, foram referidos 32,6% dos programas realizados para os adultos e idosos, sendo 16,4% para os indivíduos entre 60-69 anos, 15% para entre 70 e 79 anos e 1,2% acima de 80 anos;

f- os programas concentram-se em doenças como diabetes (82,7%), hipertensão arterial (81,6%), sobrepeso e obesidade (67%) e em fatores de risco como alimentação, sedentarismo, tabagismo e alcoolismo.

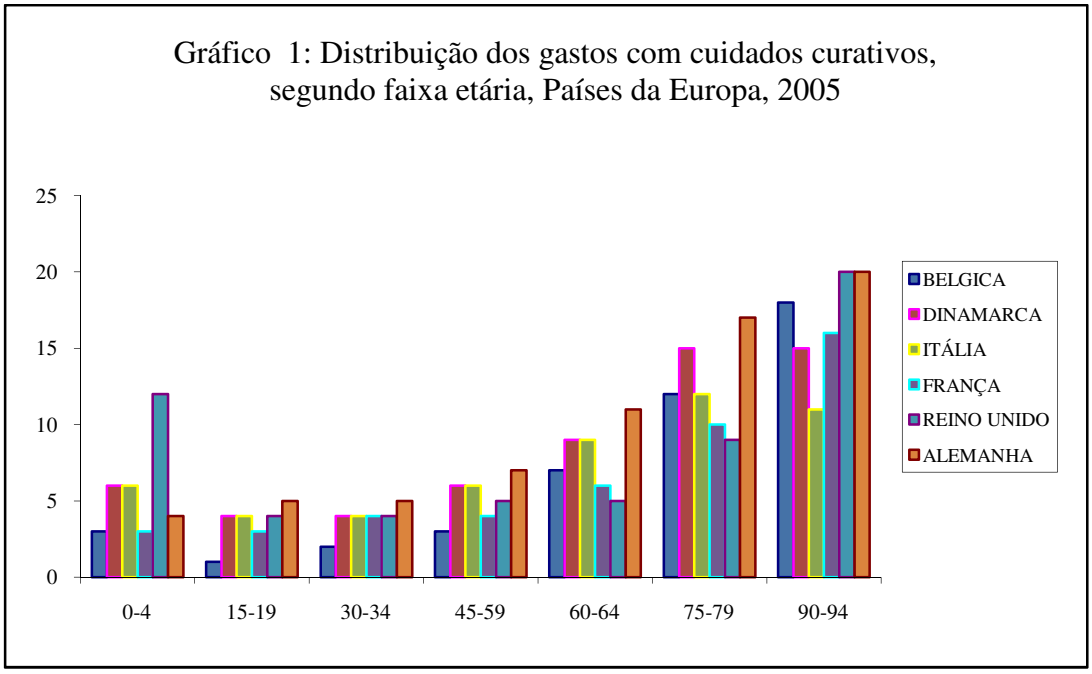
Ressalte-se, porém, que a tendência dos planos de saúde a atuarem na área de promoção e prevenção não decorre apenas de obrigação legal. Os gastos com saúde vêm aumentando em todo o mundo e, segundo a OECD nota-se um incremento progressivo e considerável destes custos tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos.

Como exemplo, cita-se que em 1960 a porcentagem do Produto Interno Bruto (PIB) que a Noruega gastava em saúde era 5,1% e que esta, em 2003, já havia aumentado para 10,1%; no Reino Unido a elevação foi de 11,9% em 1990 para 15,2% em 2003. O Brasil investe em saúde 7,6% do PIB e em 2025 deverá alocar 12% deste, considerando-se tanto o sistema público quanto o suplementar. Outrossim, destaca-se que o país gasta em saúde menos que os países que apresentam renda média semelhante. (IESS,2006; IESS 2008d)

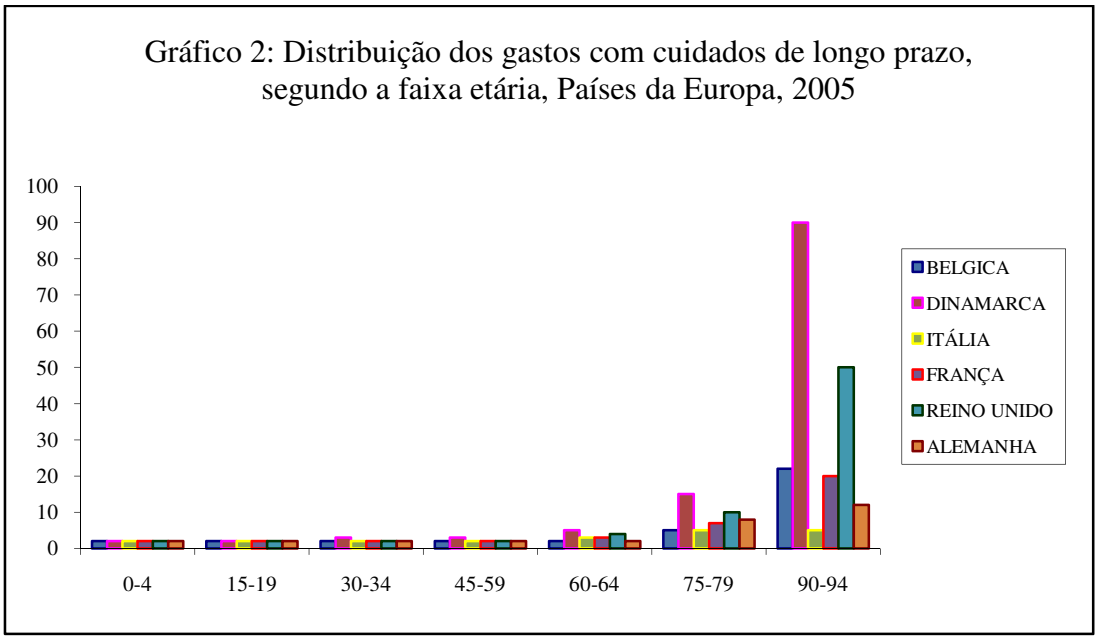
Dados do Banco Mundial demonstram que, eram gastos com saúde 9% do PIB mundial em 1998 e que em 2002 a aplicação já representava, em média, 10% do PIB. O Institute for Business Value (IBM), analisando as tendências do mercado de saúde para 2015, menciona a crise pela qual passam os sistemas de saúde em todo o mundo decorrente do aumento excessivo de gastos com o setor, porém insuficiente para atender as necessidades populacionais. Este aumento depende de vários fatores, mas a literatura destaca dentre os principais o envelhecimento populacional e a evolução tecnológica. (IBM, 2006; IESS, 2006)

Em um estudo realizado com países da Europa os custos em saúde foram analisados por faixa etária e por grupo de cuidados. Os grupos de cuidados considerados foram os cuidados curativos relativos aos custos associados ao tratamento propriamente dito e os cuidados de longo prazo relacionados às atividades requeridas para ajudar pessoas a realizar tarefas básicas da vida por terem alguma incapacidade. (IESS, 2006)

Os resultados podem ser observados nos gráficos de números 1 e 2, onde se nota a tendência de aumento dos gastos em saúde curativa já a partir dos 45 anos, porém com maior incremento a partir dos 75 anos. Quanto aos cuidados de longo prazo, o aumento ocorre a partir dos 70 anos, aproximadamente.



Fonte: IESS, 2006, pg. 11.



Fonte: IESS, 2006, pg. 11.

Veras (2002) ressalta que, quaisquer que sejam os indicadores analisados, os custos e a utilização dos serviços de saúde são maiores entre os idosos, já que estes não só têm mais internações, como também permanecem mais tempo internados.

Analisando dados do sistema público de saúde brasileiro referentes ao ano de 1997, o autor demonstra que somente 16,3% do total de internações daquele ano foram

de indivíduos acima dos 60 anos. Ressalta que estas tiveram, porém, maior média de permanência e custo médio mais elevado em relação às demais faixas etárias, como se observa na Tabela 1.

Tabela 1: Proporção de internações, média de permanência e custo médio de internações do SUS, segundo faixa etária, Brasil, 1997

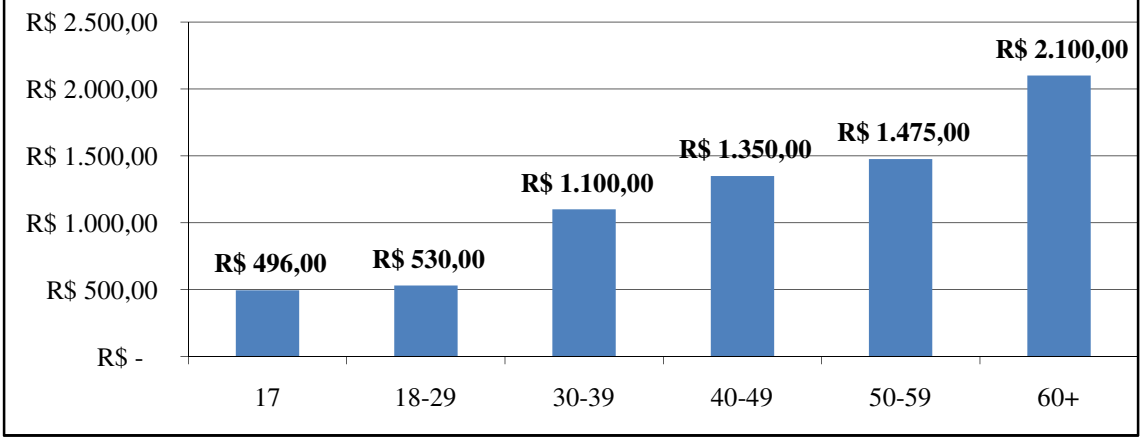
Faixa etária	% total de internações	Média de permanência	Custo médio
0-14	16,30%	5,1	R$238,67
15-59	57,60%	5,1	R$233,87
60+	16,30%	6,8	R$334,73

Fonte: Veras *e col.*, 2002, pg. 15.

Em estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz no ano de 2001 sobre o custo das internações hospitalares no Brasil, constatou-se que 38% dos gastos com internações na rede pública brasileira decorreram de internações de idosos com DCNT, sendo que as doenças do aparelho circulatório e respiratório foram responsáveis por, aproximadamente, metade destes custos. Também foi observado que o custo médio de internação foi maior entre os idosos. (PEIXOTO e GIATTI, 2004)

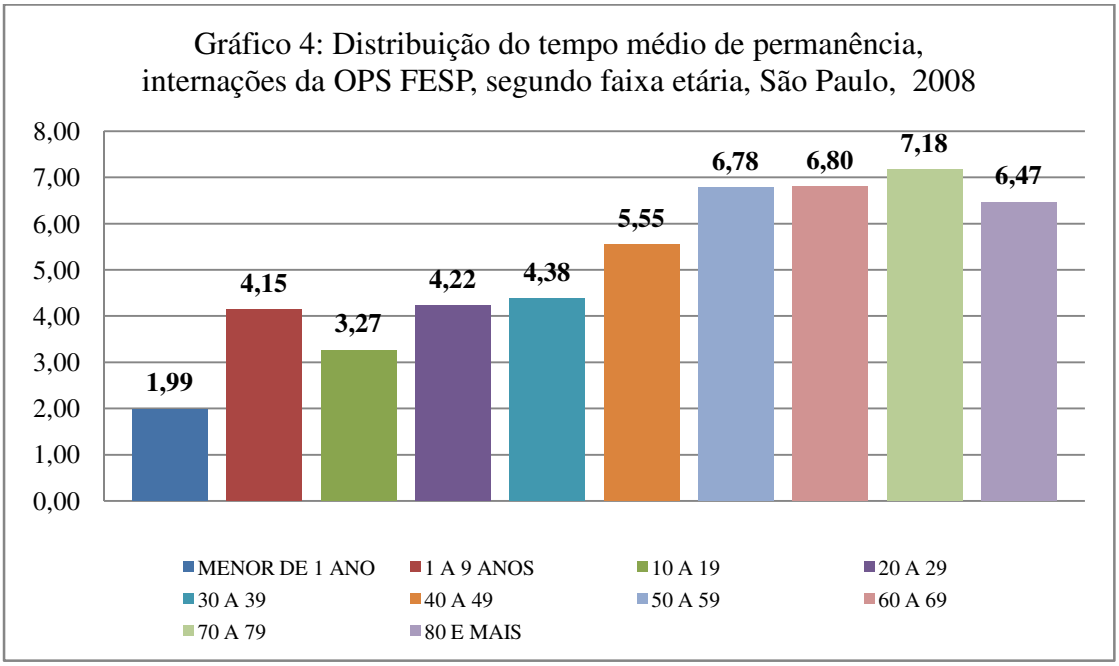
No setor de saúde suplementar também se observa a elevação dos custos assistenciais conforme aumenta a idade, como pode ser observado no Gráfico 3 abaixo, relativo às despesas *per-capita* de uma OPS, modalidade auto-gestão.

Gráfico 3: Distribuição da despesa *per-capita* de uma OPS, segundo faixa etária, São Paulo, 2005

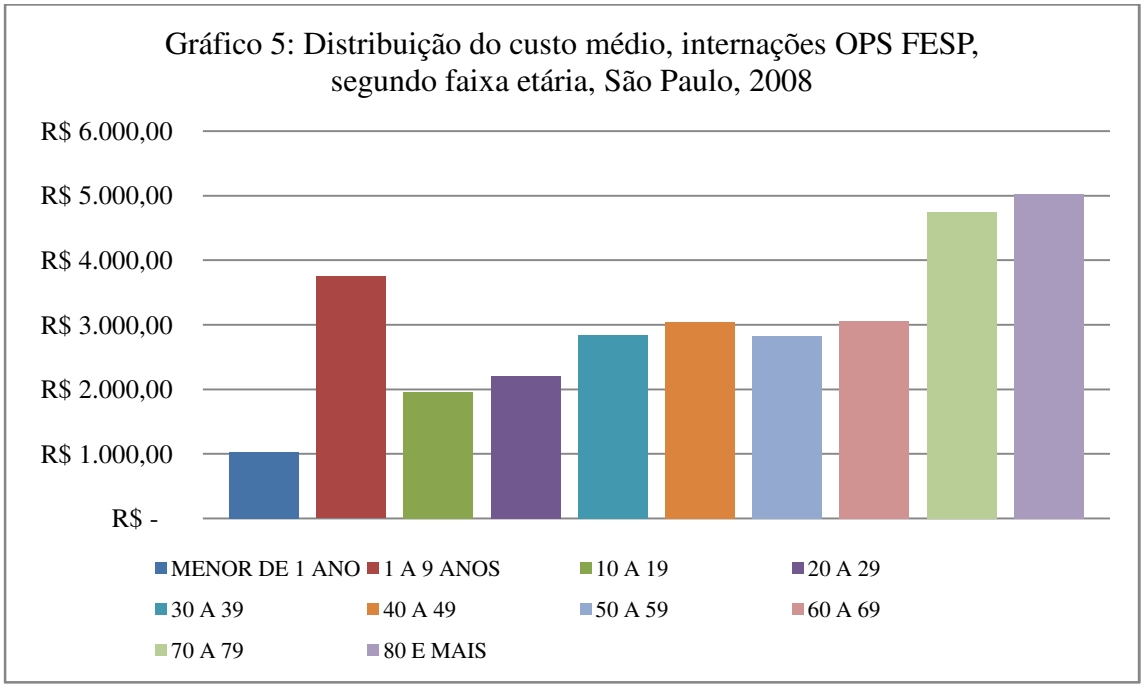


Fonte: UNIDAS, 2007

Observando-se os dados apurados pela OPS FESP relativos ao ano de 2008, demonstrados nos gráficos 4 e 5 abaixo, nota-se que quanto maior a faixa etária dos indivíduos atendidos maior é o tempo médio de permanência das internações e o custo médio das mesmas, corroborando os dados apresentados.



Fonte: UNIMED Federação São Paulo, 2009.



Fonte: UNIMED Federação São Paulo, 2009.

Nunes (2004), estudando as despesas do SUS no ano de 2003, verificou que ocorre aumento da utilização de serviços de saúde já a partir dos 45 anos, predominantemente no sexo masculino. Este diferencial eleva-se com a idade, entretanto, não foi observada elevação dos custos médios dos procedimentos e sim aumento na utilização, isto é, consumo mais elevado. Também se destaca o papel das doenças do aparelho circulatório como causa mais freqüente de internação, seguidas pelas doenças pulmonares.

Lima-Costa e col. (2007a) analisando os dados obtidos pelas PNAD de 1998 e 2003 apontam para a ocorrência de elevação no número de consultas entre os idosos de ambos os sexos comparando-se os dois anos de pesquisa. Os autores atribuem este aumento tanto à presença de DCNT e suas conseqüências que acometem, principalmente, esta faixa etária quanto à melhoria da acessibilidade a serviços.

Veras e col. (2008) ressaltam que, pelo fato do idoso ser frequentemente acometido por mais de uma DCNT, o número de exames complementares, tanto laboratoriais quanto radiológicos, e a utilização de medicamentos são maiores. Em decorrência da maior utilização de serviços de saúde há custos mais elevados.

A literatura associa este aumento de custos e/ou utilização de serviços de saúde relacionados à idade diretamente com a ocorrência das DCNT, principais causas de mortalidade, morbidade e incapacidades entre os idosos, apesar de poderem ser evitadas ou controladas. (BRITO e RAMOS, 2002; SIMÕES, 2002; VERAS, 2002; VERAS e col., 2002; WHO, 2002; ONU, 2003; BRITO e LITVOC, 2004; CAMARANO e col., 2004b; NUNES, 2004; PEIXOTO e GIATTI, 2004; OPAS 2005a; OPAS, 2005b; OPAS, 2005c; AUSTIN ASSIS, 2006; IBM, 2006; IESS 2006; MAIA e col., 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b; VALOR ECONÔMICO, 2006; LIMA-COSTA e col.,2007a; UNIDAS, 2007; VERAS, 2007; VERAS e PARAHYBA, 2007; IESS 2008b; OECD, 2008; VERAS e col., 2008)

As DCNT são apontadas como causadoras de alto custo médico posto ser necessária mão-de-obra e infra-estrutura especializadas e caras para seu tratamento, pois as mesmas apresentam um longo período de evolução e ocasionam repercussões em vários órgãos do corpo humano, em sua maioria irreversíveis, levando à incapacidade e à morte.

A OECD destaca que, em um contexto atual de aumento da prevalência de DCNT, a promoção da saúde e a prevenção de riscos e doenças oferecem oportunidade

para melhorar o bem estar social e promover equidade na saúde. Estima que entre 1970 e 2000, 14 milhões de mortes por doenças cardio-vasculares foram evitadas nos Estados Unidos mediante a implantação de medidas preventivas. (OECD, 2008)

O instituto IBM destaca que é necessário modificar o foco dos cuidados médicos a fim de melhorar o desempenho do setor saúde, ressaltando a necessidade de trabalhar com outro modelo assistencial que priorize a prevenção das DCNT, apontadas como causadoras de alto custo médico. (IBM, 2006)

A OPAS (2005a, 2005c) ressalta o custo social das DCNT, comprometendo os orçamentos familiares e dos países, destacando que países como a Rússia e a China podem vir a perder entre 200 e 550 milhões de renda nacional em 10 anos apenas com o custo social atribuível às doenças do coração, acidente vascular encefálico e diabetes.

Destarte, as operadoras de planos de saúde no Brasil, além de terem a obrigação normativa de implementarem programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, também têm nestes uma oportunidade para reduzir gastos e melhorar a saúde de seus clientes, principalmente os idosos. Estes programas já se tornaram diferenciais competitivos neste mercado. (AUSTIN ASSIS, 2006; VALOR ECONÔMICO, 2006)

Assim, pensar no envelhecimento ativo como base para a implantação de um novo modelo assistencial, pautado na promoção da saúde e prevenção de doenças e que atenda aos clientes idosos, principalmente aos portadores de DCNT, pode representar a sobrevivência no mercado para uma OPS. Como ressalta Veras: “este é o paradigma do novo milênio.” (VERAS e col., 2002)

A seguir aprofunda-se a discussão com dados demográficos e epidemiológicos que corroboram não só a necessidade de se considerar o envelhecimento populacional, tanto no Brasil quanto no mundo, como a importância que adquiriram as DCNT e o impacto destas na saúde dos idosos e para os sistemas de saúde, tanto público quanto suplementar.

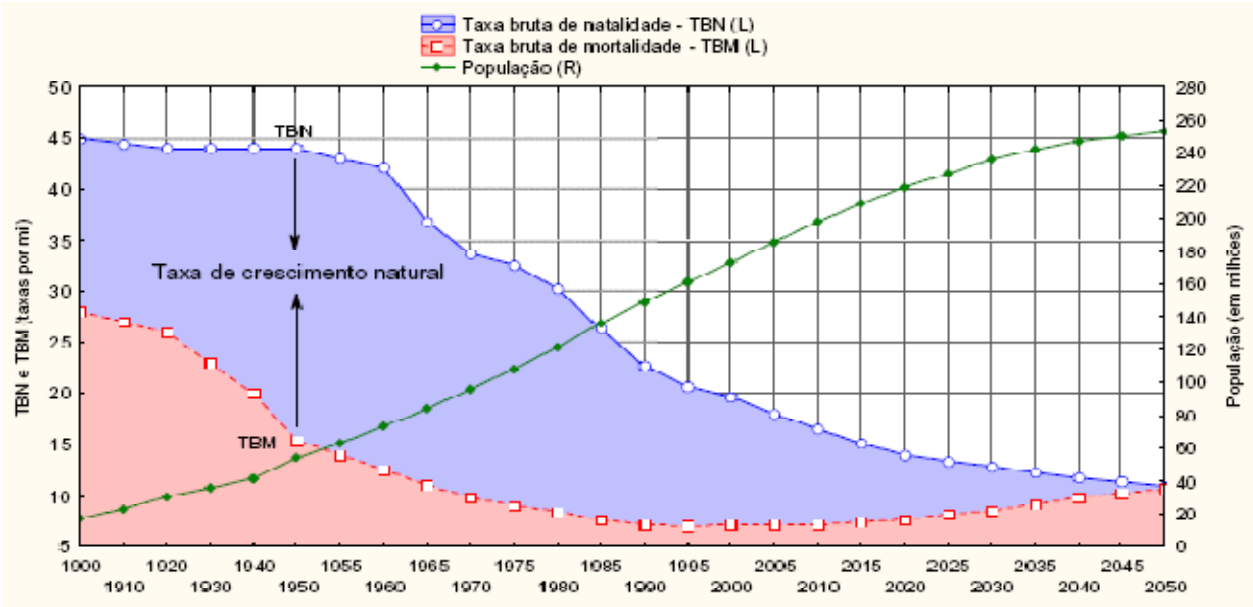
1.2. O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E AS DCNT: ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

O número de idosos brasileiros tem aumentado significativamente: de 1,7 milhões em 1940, já para 14,5 milhões no ano 2000 e, projeta-se, 30,8 milhões de idosos em 2020.

Dados da Organização Mundial da Saúde indicam que a população de idosos brasileiros crescerá 16 vezes entre os anos de 1950 e 2025, o que levará o país a ter a sexta população de idosos no mundo. (SANT'ANNA e col., 2003)

Este crescimento da população de idosos é atribuído tanto à queda da taxa bruta de natalidade (TBN) quanto à queda da taxa bruta de mortalidade (TBM), fenômeno conhecido como transição demográfica e demonstrado na figura 3 abaixo. Como conseqüência, ocorre um aumento proporcionalmente maior de pessoas acima de 60 anos em relação ao restante da população. (OPAS, 2005a)

Figura 3: Transição Demográfica, Brasil, 1900-2050



Fonte: ONU - http://esa.un.org/unpp - visitado em 18 de janeiro de 2006

Por taxa bruta de natalidade, TBN, entende-se a relação entre o número de nascidos vivos e a população de uma dada área em certo período de tempo. Através

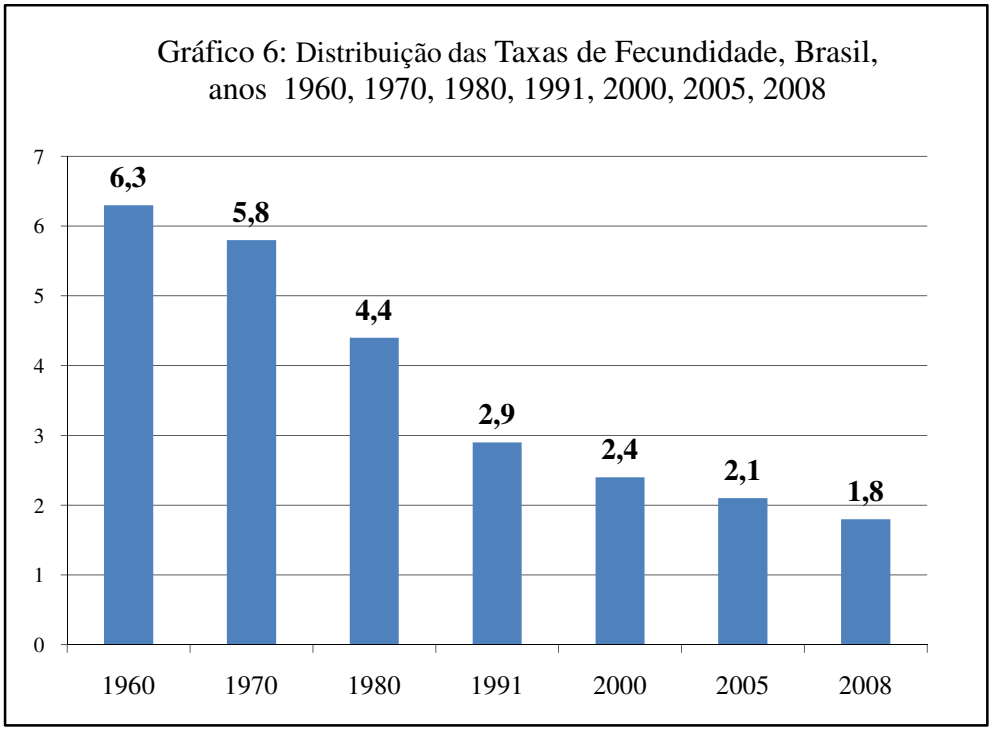
desta taxa mede-se o número de crianças que nascem anualmente por cada mil habitantes em uma determinada área, segundo a fórmula:

$$\frac{\text{Nº de nascidos vivos na área A, período t}}{\text{População da área A no meio do período t}} \text{ X } 1000$$

No Brasil, a TBN vem diminuindo gradualmente, sendo que esta queda pode ser melhor avaliada pela Taxa de Fecundidade. Esta é definida como a relação entre o número de nascidos vivos e a população de mulheres em idade fértil de uma dada área em certo período de tempo (LAURENTI e col., 1987):

$$\frac{\text{Nº de nascidos vivos na área A, período t}}{\text{População feminina de 15 a 49 anos da área A no meio do período t}} \text{ X1000}$$

A taxa de fecundidade no Brasil, que era, em média, 6,3 filhos em 1960, já é de 1,8 filhos em 2008 como pode ser observado no Gráfico 6. A diminuição da fecundidade das mulheres pode ser atribuída à sua inserção no mercado de trabalho; migração da população das áreas rurais para as áreas urbanas influenciando o número de filhos; aumento da idade média de casamento; melhoria do nível educacional e ampliação do acesso a campanhas de planejamento familiar e a métodos contraceptivos. (MEDEIROS, 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b; IESS, 2008c; NEIVA e LIMA, 2008)



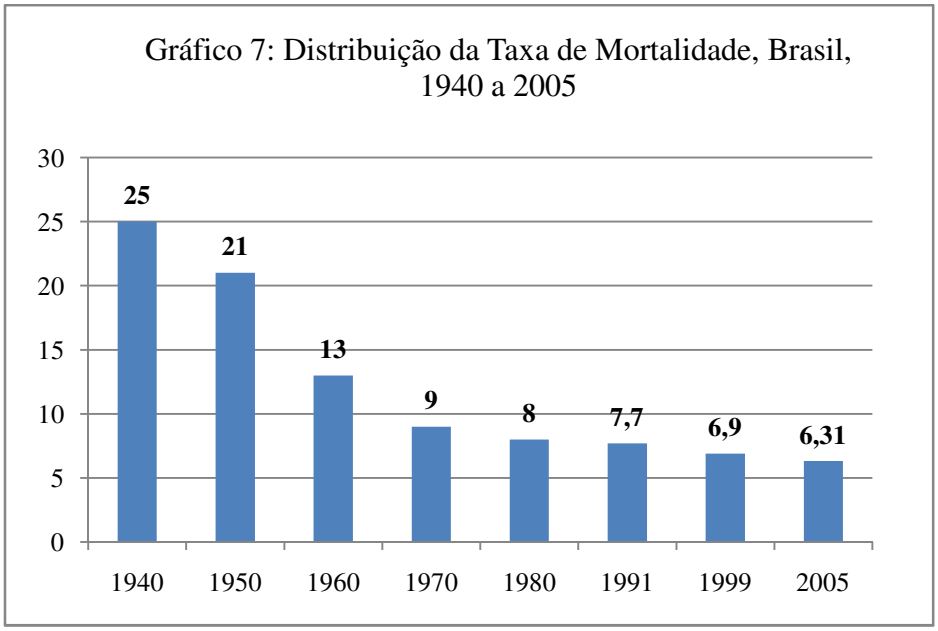
Fonte: IBGE, 2008.

A taxa de fecundidade brasileira já se encontra abaixo do nível de reposição que possibilita manter a população constante ao longo do tempo e é considerado como de 2,1 filhos por mulher em idade fértil. Caso haja manutenção desta taxa ou queda abaixo dos níveis atuais esperam os demógrafos que, em 30 anos, a população brasileira comece a diminuir. (IESS, 2008c; NEIVA e LIMA, 2008)

Taxa de mortalidade, por seu lado, é a relação entre o número de óbitos e a população de uma dada área em certo período de tempo: (LAURENTI e col., 1987)

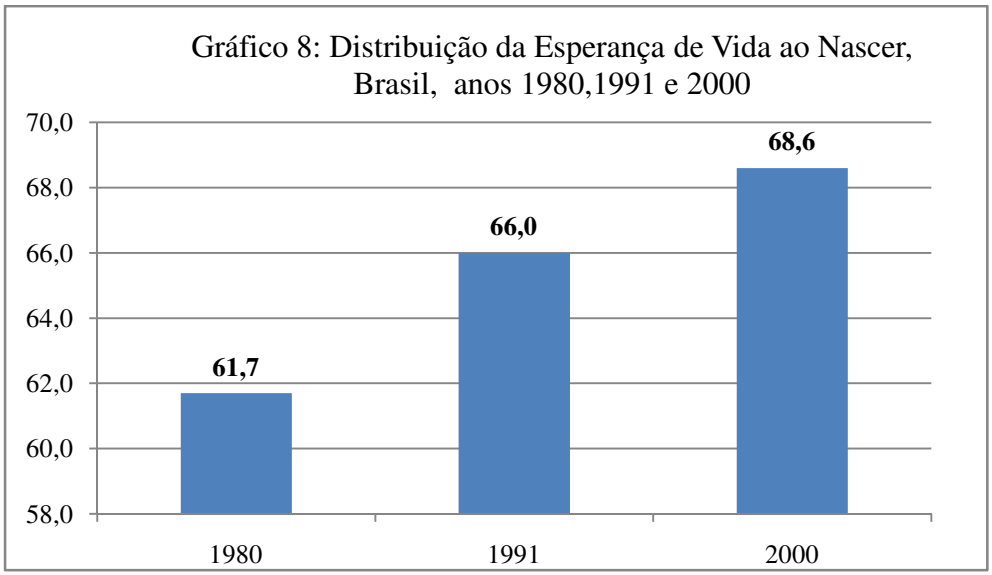
$$\frac{\text{Nº. de óbitos na área A, período t}}{\text{População da área A no meio do período t}} \text{ X1000}$$

Nota-se ao observar o Gráfico 7 que, no Brasil, a taxa de mortalidade vem diminuindo acentuadamente. Esta queda está, principalmente, relacionada à diminuição da mortalidade infanto-juvenil, porém, destaca-se que a mortalidade vem sendo reduzida em todas as faixas etárias, acentuadamente a partir dos 60 anos de idade e a partir do ano de 1990 em diante. (CAMARANO, 2002; CAMARANO e col., 2004b)



Fonte: RAMOS, 2006.

A queda da taxa de mortalidade determina um aumento da esperança de vida ao nascer. Esta passou de 61,7 anos em 1980 para 68,6 anos no ano de 2000, no Brasil, sendo atualmente, de 72,7 anos, como pode ser visto no Gráfico 8. (CAMARANO, 2002; SIMÕES, 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b; IESS, 2008c).



Fonte: IBGE, 2008.

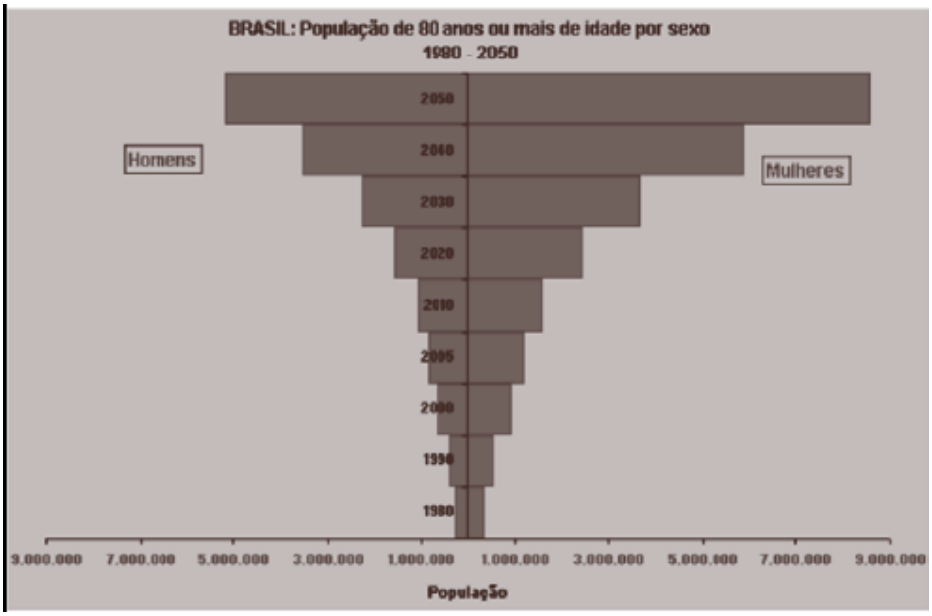
Este aumento da expectativa de vida, ressalta-se, é um fenômeno que acomete o mundo como um todo. A Organização das Nações Unidas refere que a esperança de

vida ao nascer passou de 47 anos em 1950-1955 para 65 anos em 2000-2005, estando projetada para 75 anos em 2045-2050.

Na América Latina e Caribe, a esperança de vida ao nascer que era, em média, de 52,1 anos em 1950-1955, passou para 70 anos, em 1995-2000 e projeta-se seja de 78,9 anos em 2045-2050. (ONU, 2003; ONU, 2007)

Na população idosa brasileira, além do aumento da esperança de vida, ocorreu um ganho no número de anos vividos pelos idosos; portanto, além de haver mais idosos, estes vivem mais anos, como se nota na Figura 4.

Figura 4: População de 80 anos ou mais de idade, segundo sexo, Brasil, 1990-2050



Fonte: Ministério da Saúde, 2006a, pg.9.

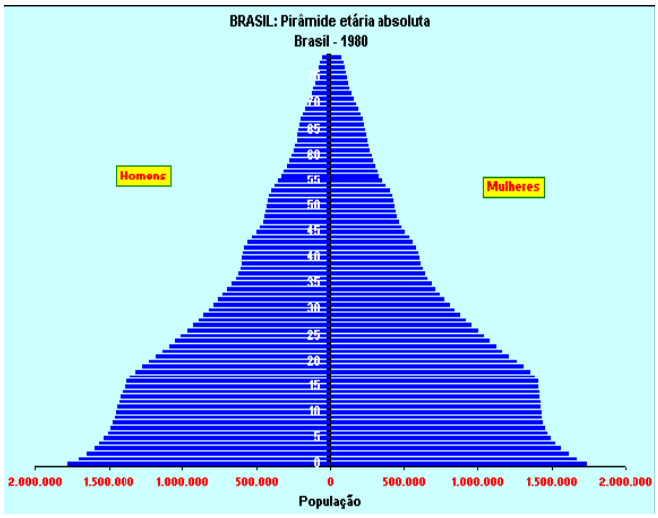
Segundo o censo de 2000, 12,6% da população idosa brasileira já possuía 80 anos ou mais, sendo este o segmento populacional que mais cresce: de 166 mil pessoas em 1940, passou-se a 1,5 milhões em 1996. (CAMARANO, 2002; CAMARANO e col., 2004a; NEGRI e col., 2004; OPAS, 2005b; MINISTÉRIO DA SAÚDE 2006a; IESS, 2008d)

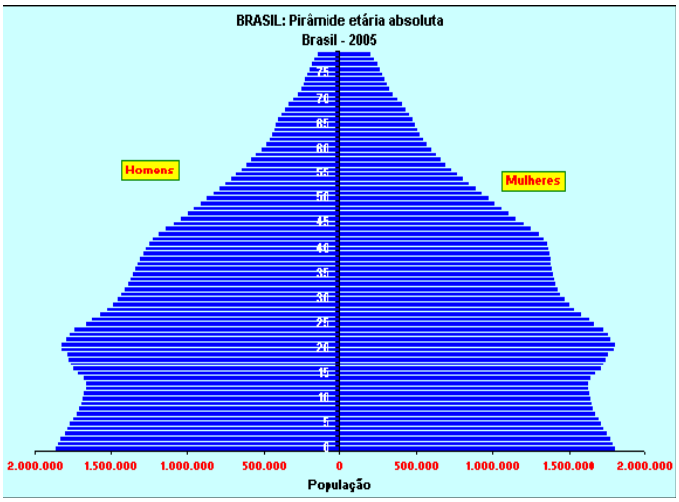
Vários autores atribuem este aumento da proporção de idosos na população brasileira tanto à adoção de políticas públicas quanto à mudanças sociais, como a universalização da seguridade social, melhora na acessibilidade aos serviços de saúde e ao crescente avanço tecnológico na área da medicina aprimorando diagnósticos e

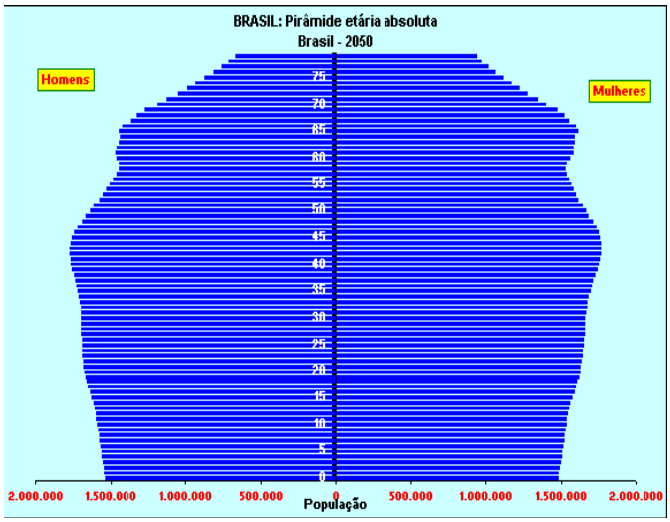
tratamentos de doenças. (CAMARANO, 2002; SIMÕES, 2002; VERAS, 2002; CAMARANO e col., 2004b; NEIVA e LIMA, 2008).

A transição demográfica pode ser mais bem observada nas pirâmides populacionais brasileiras, onde a diminuição progressiva da base expressa a diminuição das faixas etárias mais jovens e o alargamento do topo representa o aumento da população idosa. Na Figura 5 nota-se que, comparando os diferentes censos, ocorre uma progressiva mudança nos gráficos: de um padrão triangular em 1980 para o formato de sino, característico de populações envelhecidas, em 2050. (LAURENTI e col., 1987; SIMÕES, 2002; OPAS, 2005b; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b).

Figura 5: Pirâmides Etárias, Brasil, 1980, 2005 e 2050







Fonte: IBGE, 2008.

O envelhecimento populacional, entretanto, possui um recorte de gênero importante. Entre os idosos brasileiros a maioria, 55%, é do sexo feminino. Estima-se que em 2020, de cada 10 pessoas idosas, 6 serão mulheres. Na Tabela 2 observa-se o aumento da proporção de mulheres idosas conforme avança a idade. (CAMARANO e col., 2004a)

Tabela 2: Proporção da população acima de 60 anos, segundo sexo e faixa etária, Brasil, 2000, 2010,2020

Faixa etária	**2000**		**2010**		**2020**	
	Masculina %	**Feminina %**	**Masculina %**	**Feminina %**	**Masculina %**	**Feminina %**
60-64	46,8	53,2	46,4	53,6	45,6	54,4
65-69	45,8	54,2	45,2	54,8	44,5	55,5
70-74	44,8	55,2	43,2	56,8	42,8	57,2
75-79	43,9	56,1	40,2	59,8	39,9	60,1
80 e mais	39,9	60,1	34,7	65,3	33,8	66,2

Fonte: Ministério da Previdência Social, 2000.

A ONU destaca que, em 2005, as mulheres idosas acima de 65 anos no mundo superavam os homens em uma proporção de 4 para 3 e nas idades acima de 80 anos esta proporção chegava a 2 para 1. (ONU, 2007)

As mulheres brasileiras têm como esperança de vida ao nascer 76,5 anos, enquanto que para os homens esta é de 69 anos segundo dados da PNAD 2007 (IESS, 2008c) Simões (2002) ressalta que esta diferença na esperança de vida entre os sexos é

mais acentuada na região Sudeste: 9,2 anos, diferencial este que pode ser atribuído à maior mortalidade masculina por causas externas relacionadas à violência.

Veras, Ramos e Kalache (1987), ao analisarem o fenômeno da feminização da velhice destacam que, ao lado de diferenças biológicas, como as hormonais, que ocorrem entre os sexos e que conferem maior proteção ao sexo feminino, há outras explicações: diferenças na exposição entre sexos aos riscos decorrentes do trabalho; diferenças no consumo de tabaco e álcool; diferenças na atitude em relação às doenças e incapacidades, sendo que as mulheres preocupam-se mais com a prevenção das doenças e utilizam mais os serviços de saúde. Estes fatores, entretanto, vêm se modificando já que hoje a mulher incorpora uma série de hábitos que antes eram restritos aos homens e participa ativamente do mercado de trabalho.

Costa (2002) e Simões (2002) ressaltam a importância que assumem as mortes violentas entre os homens mais jovens e a queda da mortalidade materna devido aos avanços no atendimento obstétrico como determinantes da feminização da velhice.

Quanto ao estado conjugal, a diferença de gênero entre os idosos é mais acentuada. As mulheres idosas são predominantemente viúvas e as taxas de casamento e re-casamento entre os idosos são significativamente mais comuns em homens, fato atribuível não só à maior longevidade feminina, mas a uma construção sócio-cultural que leva os idosos homens a se casarem com mulheres mais jovens. (VERAS e col., 1987; CAMARANO, 2002; COSTA, 2002)

A viuvez tem sido associada à solidão, mas também pode estar associada à liberdade e autonomia. Berquó denominou inicialmente este maior contingente de mulheres idosas sós como “Pirâmide da Solidão”, tendo, entretanto, modificado a nomenclatura em trabalho posterior para “Pirâmide dos Não-Casados”, já que a solidão pode ser uma opção. Destaca-se que é crescente a proporção de idosos vivendo sós, independentemente de gênero. (CAMARANO,2002; COSTA, 2002)

Paralelamente à transição demográfica vem ocorrendo no mundo a denominada transição epidemiológica: mudança do perfil de morbidade e mortalidade da população. As estatísticas de morbidade referem-se à incidência e prevalência de doenças, incapacidades e traumatismos que ocorrem em uma população. Por incidência entende-se o número de casos novos de uma dada doença que surgem em uma determinada população em um determinado período de tempo e por prevalência, o número total de casos. (LAURENTI e col., 1987)

O perfil de morbi-mortalidade mundial atual demonstra o predomínio das DCNT ou doenças crônico-degenerativas. Estas se caracterizam como um grupo de doenças que apresentam longa evolução; multiplicidade de fatores de risco; etiologia não totalmente elucidada; longo período de latência; longo curso assintomático; manifestações clínicas com períodos de remissão e exacerbação e que são acompanhadas de alterações degenerativas em tecidos do corpo humano, causando lesões irreversíveis e complicações que determinam variáveis graus de incapacidade, até o óbito. (VERAS, 2002; BARBOSA, 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; OPAS, 2005a; ONU, 2007).

A ONU (2003) trata as transições demográficas e epidemiológicas de forma estreitamente relacionadas. Na medida em que há redução das causas de morte por doenças infecciosas, aumenta-se a idade da população e quanto mais idosos, mais doenças crônicas ocorrerão. Conforme os indivíduos envelhecem, estas últimas transformam-se nas principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade. Portanto o envelhecimento acelera a transição epidemiológica.

Estas transições ocorrem nos países desenvolvidos acompanhadas de compressão na morbidade: ainda que as pessoas vivam mais tempo não passam anos sofrendo com doenças ou outros agravos à saúde. Nos países em desenvolvimento, entretanto, as referidas transições vêm ocorrendo em uma velocidade alta, sem que ocorra o respectivo suporte de bem estar social. Assim, nestes países não ocorre o fenômeno da compressão da morbidade, o que significa que há maior probabilidade das pessoas idosas passarem mais tempo de sua vida vitimadas pelas DCNT. (ONU, 2003; NEGRI e col., 2004; VERAS, 2007)

Friés, em 1980, tratou da compressão da morbidade destacando que o envelhecimento populacional é acompanhado, proporcionalmente, por um aumento da incidência de incapacidades e redução funcional. Se ações efetivas forem tomadas, pode-se retardar esta morbidade de tal forma que o idoso mantenha sua independência, só advindo a incapacidade em período curto antes de sua morte. (CHAIMOWICZ, 1997; VERAS, 2007; SMETHURST, 2008)

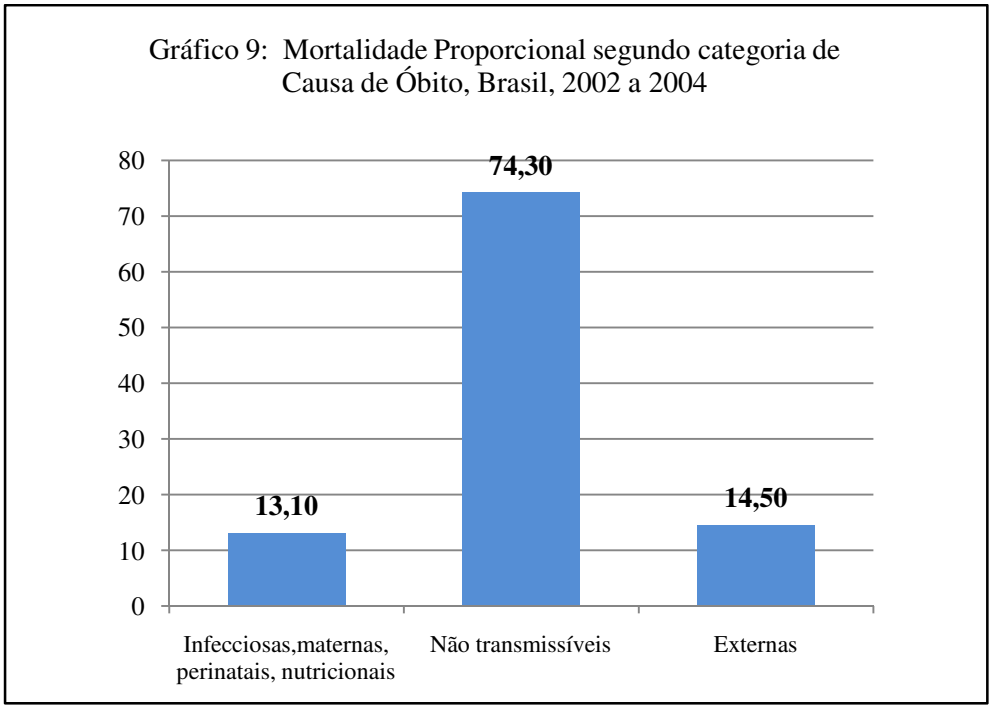
As DCNT representam 60% de todas as mortes ocorridas no mundo no ano 2000, sendo que, contrário senso, 80% destas não ocorrem em países de alta renda e sim nos de renda baixa e média. Por afetarem a qualidade de vida dos indivíduos, causarem morte prematura e gerarem efeitos econômico-sociais adversos e subestimados, possuem alto impacto na saúde das populações (OPAS, 2005c; PAHO, 2006).

Destaca-se que 80% de todas as doenças do coração, derrames e diabetes tipo 2 e 40% dos cânceres poderiam ser evitados caso se eliminem os fatores de risco que contribuem para o aparecimento destas doenças. (WHO, 2002; OPAS, 2005a; OPAS 2005c; PAHO, 2006)

Em 2003, o Suplemento de Saúde da PNAD perguntou aos pesquisados sobre a presença ou não de DCNT. Encontrou-se que 30% dos pesquisados possuía alguma doença crônica, sendo que a proporção de portadores destas aumentou com a idade: 9,1% na faixa etária de 1 até 4 anos em contraste com 77,6% na faixa etária de 65 anos ou mais. Das pessoas entrevistadas nesta ocasião, 18,5% declararam ter três ou mais DCNT, sendo que estes agravos à saúde incidiam em maior número nas mulheres. (NEGRI e col.,2004; BARROS e col., 2006; VERAS e PARAHYBA, 2007; IBGE, 2008)

Lebrão e Duarte (2007) analisando pesquisa realizada com idosos em grandes capitais brasileiras, destacam que 81% dos entrevistados admitiram ter alguma doença, sinal, sintoma ou agravo, sendo todos relacionados à DCNT. Destas, as doenças mais citadas foram a hipertensão arterial e diabetes, ambas consideradas como fatores de risco associados às doenças cardiovasculares.

Segundo Camarano e col. (2004a), a transição epidemiológica caracteriza-se não só pela redução acentuada nas taxas de mortalidade atribuíveis às doenças infecto-contagiosas e parasitárias, mas ao predomínio dos óbitos por DCNT. Estes últimos já representavam 74% do total de óbitos ocorridos no Brasil, segundo levantamento realizado no ano de 2004 pelo Ministério da Saúde, com base em dados extraídos do SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade-DATASUS), como se observa no Gráfico 9. Destes, as doenças do aparelho circulatório apareciam como a principal causa de óbitos, independentemente de sexo, faixa etária e região geográfica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b).



Fonte: Ministério da Saúde, 2006b, pg.52.

Estes dados são corroborados pelos censos de 1980, 1991 e 2000, onde as doenças do aparelho circulatório aparecem como a primeira causa de morte entre os idosos.

Em estudo coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde e denominado Estudo SABE – Saúde, Bem Estar e Envelhecimento - envolvendo sete países da América Latina e Caribe, dentre estes o Brasil, e conduzido no município de São Paulo, em 2000, encontrou-se 47% de óbitos devidos às doenças do aparelho circulatório. (MAIA e col., 2006)

Apesar da principal causa de óbitos na população idosa brasileira, em ambos os sexos, estar relacionada às doenças crônicas do aparelho circulatório, representando 26,5% do total de óbitos registrados no ano 2000, a transição epidemiológica que ocorre no Brasil apresenta importante relação com as regiões geográficas. Nas regiões Norte e Nordeste ainda ocorrem altos índices de mortalidade infantil, com destaque para os óbitos por doenças infecto-parasitárias, fenômeno conhecido como dupla carga de doenças. (SIMÕES, 2002; CAMARANO e col., 2004b; BRITO e LITVOC, 2004)

Simões (2002) destaca que as diferenças regionais relacionadas às causas de mortalidade refletem as diferenças sócio-econômicas entre as regiões brasileiras: as regiões Norte e Nordeste dispõem de menos equipamentos e serviços de saúde, menor

infra-estrutura tecnológica e as populações têm menor acessibilidade aos serviços e planos de saúde.

Comparando-se os censos de 1980, 1991 e 2000, nota-se, entretanto, uma progressiva diminuição das mortes relacionadas às doenças do aparelho circulatório, tendência esta que também é registrada pelas estatísticas mundiais. (SIMÕES, 2002; CAMARANO e col., 2004b)

Em levantamento realizado pela ONU para a América Latina e Caribe, 2003, notou-se redução das taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório de 21% em homens e 29% em mulheres de 60 anos e mais, durante as últimas décadas do século XX. As reduções mais significativas ocorreram nas taxas de mortalidade associadas à doença isquêmica do coração e doenças cerebrovasculares. Observou-se, entretanto, aumento de mortes causadas por doença hipertensiva em homens idosos. (ONU, 2003)

Camarano (2002) destaca que esta queda da mortalidade por doenças do aparelho circulatório parece ser responsável pela grande diminuição de mortalidade na população idosa brasileira e mundial, sendo que, no Brasil este fato pode estar relacionado com a melhoria do atendimento médico, e, principalmente aos esforços relacionados a medidas preventivas. Apesar de estarem diminuindo os óbitos por doenças do aparelho circulatório, estes ainda representam um problema de saúde pública importante.

Ainda no tocante às causas de mortalidade em idosos, nota-se, pelos censos, um aumento da proporção de neoplasias: 8,8% em 1980 para 12,3% do total de óbitos em 2000. (CAMARANO e col., 2004b) Em levantamento realizado pelo Ministério da Saúde em 2004, observa-se que as neoplasias e as causas externas são, respectivamente, a segunda e terceira causas de óbitos nas idades acima de 50 anos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b)

Por causas externas entendem-se os acidentes de trânsito, de transporte público, quedas, homicídios, afogamentos e envenenamentos. O aumento da mortalidade por estas causas preocupa, pois estão diretamente relacionadas à acessibilidade do idoso e sua circulação pelos espaços públicos, bem como à segurança doméstica. A falta desta última afeta, principalmente, idosos em situação de fragilidade física. (SIMÕES, 2002; CAMARANO e col., 2004b; OPAS, 2005b)

Dentre as causas externas, chama a atenção o número de óbitos atribuíveis aos acidentes de trânsito e as quedas na população idosa que, segundo pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz em 2002, foram responsáveis, respectivamente, pelos

primeiro e segundo lugares dentre as causas de óbitos em idosos. (SANT'ANNA e col., 2003)

Queda é a primeira causa de acidentes em pessoas acima de 60 anos, sendo responsável por 12% dos óbitos em idosos e 70% das mortes acidentais em pessoas com 75 anos ou mais, sendo que, à medida que o idoso se torna mais idoso, a queda se torna mais freqüente. (DELL'ARINGA, 2008; MANSO e col., 2008)

As quedas em idosos já são consideradas um problema de saúde pública, não só pelos custos consideráveis para o sistema de saúde, mas, principalmente, por afetarem a independência destes indivíduos.

Entre as causas externas, merecem ainda destaque os maus tratos e a violência ao idoso. A OMS considera abuso ao idoso qualquer ato isolado ou repetido ou a ausência de ação apropriada ocorrendo em qualquer relacionamento do qual advenha uma relação de confiança que cause dano ou incômodo a uma pessoa idosa. (SANT'ANNA e col., 2003)

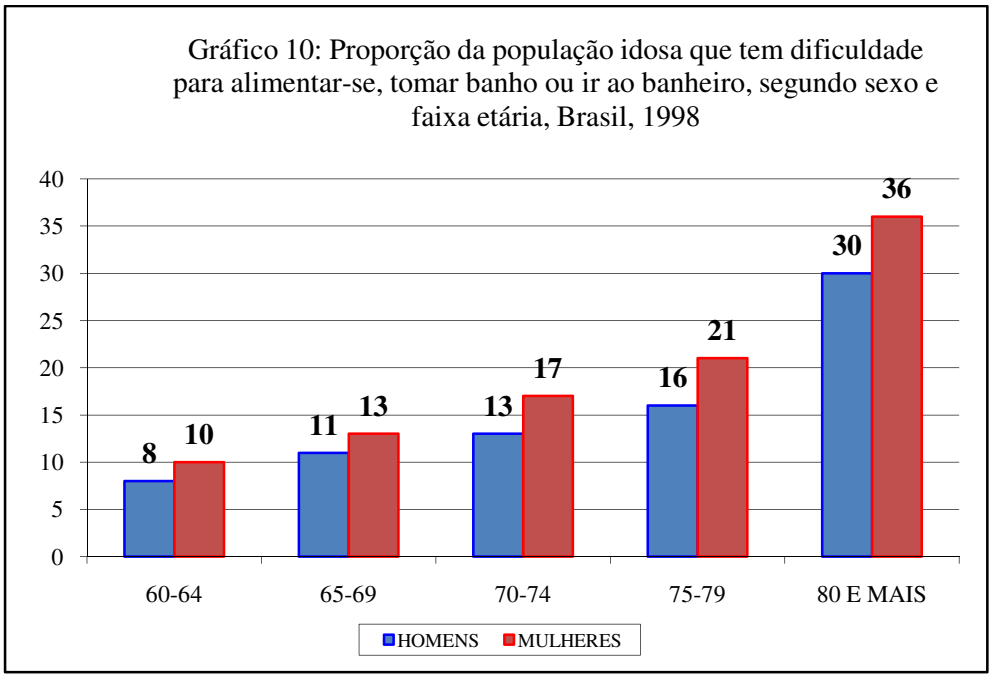
Em estudo realizado na cidade de Aracaju com idosos que freqüentavam quatro unidades básicas de saúde da cidade, em 2003, foram identificadas situações de negligência e descaso na família, como falta de atenção e carinho, exploração financeira, agressão verbal e omissões em relação aos cuidados com a saúde. (CRUZ e col., 2003) Ressalta-se que, devido a subnotificação de maus tratos em idosos, muitas das mortes atribuídas a outras causas externas poderiam advir dos mesmos.

Fato relevante consiste na desigualdade das taxas de mortalidade entre os sexos: os homens morrem mais precocemente que as mulheres. Ressalta-se que as mulheres vivem, em média, mais anos do que os homens, como já exposto, porém envelhecem com mais debilidade física. (VERAS e col., 1987; SIMÕES, 2002; CAMARANO e col., 2004a; MAIA e col., 2006)

Em São Paulo, o estudo SABE obteve em todas as faixas etárias da população idosa pesquisada maior mortalidade em homens do que em mulheres, porém encontrou maior índice de incapacidade nestas últimas, o que parece demonstrar que o envelhecimento feminino ocorre com maior sofrimento. No consolidado da pesquisa para a América Latina e Caribe, estes dados repetem-se. (ONU, 2003; MAIA e col., 2006)

Na PNAD de 1998 foi acrescentado um Suplemento Especial sobre Saúde, onde se questionava sobre dificuldades no desempenho de atividades básicas do cotidiano, como: tomar banho, ir ao banheiro, alimentar-se sozinho. Reproduz-se no gráfico 10 os

resultados encontrados onde se observa que as proporções de dificuldades referidas aumentam com a idade e são mais elevadas no sexo feminino. (CAMARANO e col., 2004b)



Fonte: CAMARANO e col., 2004a, pg 52.

Pode-se depreender, portanto, que a velhice feminina ocorre com prejuízo à independência das idosas. O Censo de 2000 introduziu um quesito sobre independência das pessoas e obteve que 26,8% dos idosos brasileiros têm dificuldades em caminhar e descer escadas, sendo que 29,1% destes são mulheres idosas. Ainda, os resultados demonstram que estas dificuldades aumentam com a idade, principalmente no sexo feminino: 10% das mulheres idosas com mais de 80 anos eram incapazes de andar e/ou subir escadas contra 5% dos homens da mesma faixa etária. Dos idosos pesquisados, 31,8% dos homens e 33,9% das mulheres referiram dificuldade de ouvir ou enxergar. (CAMARANO e col., 2004b)

Estima-se que 25% dos idosos entre 65 e 74 anos já sejam portadores de alguma incapacidade física, sendo que esta proporção aumenta para 40% para os idosos entre 75 e 84 anos e para mais da metade quando acima de 85 anos e mais (SMETHURST, 2008)

A OMS caracteriza independência como a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária, isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros. (OPAS, 2005b)

Costa e col. (2006) estudando idosos de uma comunidade em Goiânia, Goiás, notaram que 42% destes eram dependentes totalmente, necessitando de ajuda, antes dos 70 anos de idade, o que denotaria envelhecimento mal sucedido atribuível às adversidades das condições sócio-econômicas.

O estudo SABE também analisou a influência que as DCNT exercem sobre a capacidade funcional do idoso. A capacidade funcional foi analisada quanto às variáveis: (i) atividades de vida diária, AVD, pela qual se entendem as funções de sobrevivência que correspondem aos níveis mais graves de deficiência na aptidão física em indivíduos institucionalizados e/ou fragilizados, tais como tomar banho, alimentar-se, vestir-se, entre outras e (ii) atividades instrumentais de vida diárias, AIVD, que ampliam o conceito das AVD, incluindo problemas um pouco mais complexos, que tornam o indivíduo menos dependente: fazer compras, sair sozinho, gerir o seu próprio orçamento. (PAIXÃO JR e REICHENHEIM, 2005; ALVES e col., 2007)

O estudo analisou as doenças isoladamente, demonstrando que a hipertensão arterial aumenta em 39% a chance de o idoso ser dependente nas AIVD, a doença cardíaca aumenta em 82%, a artropatia em 59% e a doença pulmonar em 50%. Para a dependência nas AIVD e AVD, a chance dobra com a presença de uma das doenças citadas. Concluem os autores que a prevenção e controle das DCNT podem melhorar as atividades e, portanto, a qualidade de vida dos idosos portadores destas. (ALVES e col., 2007)

Cabe ressaltar que a mortalidade por DCNT no Brasil apresenta desigualdades econômicas. Como já citado, os planos de saúde estão relacionados com a renda e acessibilidade ao mercado de trabalho. Em estudo realizado pelo Ministério da Saúde em 2006, os dados mostraram menor mortalidade entre os beneficiários de planos de saúde do que na população em geral, o mesmo acontecendo com as taxas de óbitos por doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas, chegando as diferenças a serem 32% menores. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b; IESS, 2007).

Em estudo recente publicado na Folha de São Paulo, os médicos do InCor do Hospital das Clínicas de São Paulo observaram que indivíduos que sofreram infarto e foram acompanhados pelo SUS tiveram 36% mais chance de morrer do que os que o foram por planos de saúde. (BASSETTE, 2009).

Bahia e col. (2006) destacam que os usuários de planos de saúde referem ter maior acesso à atividades preventivas e utilizarem mais serviços de saúde do que a população em geral, o que poderia explicar estas diferenças.

Kalache (2008) ressalta que os avanços tecnológicos e a acessibilidade à tratamentos ainda não se encontram disponíveis para a maioria da população idosa, contribuindo para as disparidades, inclusive nos países desenvolvidos.

Em 2002, na série *The World Health Report,* a ONU publica o título *Reducing Risks, Promoting Healthy Life*, onde externa sua preocupação com riscos à saúde que se relacionam com doenças, incapacidades e mortes no mundo hoje. Risco à saúde é definido ou como a probabilidade de um efeito adverso ocorrer ou um fator que aumente esta probabilidade (WHO, 2002)

O relatório concentra-se nos dez riscos à saúde que estão diretamente relacionados a um terço de todas as mortes preveníveis sendo que cinco destes relacionam-se diretamente com o desencadeamento de DCNT: a pressão alta; o consumo de tabaco; o consumo de álcool; o colesterol alto e a obesidade.

Cita que, paralelamente, alterações nos padrões de vida e padrões de trabalho têm levado a diminuição da atividade física. A inatividade física é, também, um fator de risco importante e se relaciona com alguns cânceres, diabetes e doença cardíaca.

A ONU ressalta que as origens dos riscos começam na infância ou até antes, sendo que são posteriormente definidos e modificados por fatores socioeconômicos e experiências ao longo da vida.

Destaca que até recentemente pensava-se que estes riscos à saúde e as doenças a estes relacionadas eram mais comuns nos países industrializados, porém, observa-se que estão se tornando cada vez mais prevalentes nas nações em desenvolvimento, tornando a situação destas últimas mais aflitiva pela existência de dupla carga com as doenças infecciosas que ainda persistem. Há evidências de que estes fatores representem parte da denominada transição de risco, mostrando alterações no padrão de vida de muitas partes do mundo.

Conclui enfatizando que, além das transições demográfica e epidemiológica, o mundo também passa simultaneamente por uma transição de risco, o que poderá agravar as condições de saúde da população mundial e que estes riscos à saúde são todos passíveis de prevenção.

O Ministério da Saúde do Brasil, que realiza a vigilância dos fatores de risco para DCNT através de inquérito telefônico, VIGITEL, observou que no período compreendido entre os anos de 2006-2008 foram registradas variações temporais uniformes e significativas do ponto de vista estatístico de alguns destes riscos. Assim ocorreu elevação da freqüência de obesidade, do consumo abusivo de bebida alcoólica e

de hipertensão arterial diagnosticada por médico, em ambos os sexos. Ocorreu ainda aumento na freqüência de indivíduos suficientemente ativos no lazer. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

Segundo a OPAS (2005c), a utilização dos conhecimentos atualmente existentes e a implantação de ações voltadas para a prevenção dos riscos à saúde e prevenção das DCNT, em especial suas complicações, já conseguiram a redução em 70% das taxas de mortalidade por doenças do coração em países ricos e de média renda, melhorando a qualidade de vida das pessoas de meia idade e idosas.

Ressaltando o custo social das DCNT, que comprometem os orçamentos familiares e dos países, destaca que Países como a Rússia e a China podem vir a perder entre 200 e 550 milhões de renda nacional em 10 anos com o custo social atribuível às doenças do coração, acidente vascular encefálico e diabetes.

Daí a importância dos países assumirem o desafio de investir na prevenção das DCNT. Sem estas ações, estima-se que 388 milhões de pessoas morrerão de DCNT nos próximos 10 anos, sendo a maioria destas mortes prematuras e com elevado custo para as famílias, comunidades e países. A não utilização do conhecimento disponível para evitá-las e as incapacidades trazidas por estas doenças comprometerá as gerações futuras com um risco desnecessário. (OPAS, 2005c; PAHO, 2006)

Os dados apresentados corroboram o discutido no tópico anterior, enfatizando a necessidade de ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças e riscos, mudando-se o foco do modelo assistencial atualmente desenvolvido pelas OPS voltadas, principalmente, para os cuidados médicos.

As transições demográfica, epidemiológica e de risco e os custos sociais decorrentes destas impõe a necessidade de repensar este modelo para toda a população, porém com ênfase para o público idoso.

Depreende-se, portanto, que mais do que se constituírem em obrigação legal para as OPS brasileiras, a implantação destas ações são de relevância para a sociedade como um todo. Porém, o que se entende por ações de promoção da saúde e prevenção de doenças?

A fim de explicitar estes conceitos, bem como sua relação com o envelhecimento e qualidade de vida, segue-se a discussão.

1.3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS: CONCEITOS

Segundo a mitologia grega, Esculápio, deus da medicina, tinha duas filhas: Panacéia e Higéia. A primeira, deusa da cura, dos medicamentos e procedimentos terapêuticos; a segunda, deusa da saúde, que representava a moderação ao viver. As duas viviam em tensão constante. (WESTPHAL, 2006)

Até os dias de hoje a luta mitológica continua. A tecnologia e os progressos científicos fizeram da medicina o privilégio do curativo: não se pensa em saúde e sim na cura das doenças. Mas, afinal, o que é a saúde?

A humanidade sempre reconheceu a saúde como necessidade fundamental, entretanto, durante um longo período, preocupou-se apenas com a doença. Inicialmente pensava-se que esta era causada por demônios ou forças sobrenaturais com poder sobre o corpo humano. Identificada como manifestação da divindade e associada ao castigo ocasionado pela desobediência à vontade desta, podia ser desencadeada ou impedida pelos sacerdotes.

Foucault, em "O Nascimento da Clínica" (2001), destaca que a racionalidade do século XIX leva ao abandono dessas teorias, deixando a doença de ser vista como um sinal do pecado para aparecer como um objeto positivo próprio da ciência. A doença torna-se passível de classificação segundo uma ordem natural, permitindo sua descrição e observação.

A medicina passa a se preocupar com o normal e é em relação a este conceito de normalidade que as doenças são estudadas, importando apenas a bipolaridade normal, ausência de doenças, e patológico, presença destas. O foco deixa de ser o doente e torna-se a doença, permitindo assim o controle desta. A morte é então vista como um fracasso.

O autor ressalta que a idéia de saúde gera a expectativa de poder prolongar o tempo de sobrevivência do corpo tido como uma máquina e não mais como um organismo vivo. A figura do paciente passa a ser institucionalizada e este não mais detém nenhum controle sobre sua doença, não mais podendo interferir sobre o processo saúde-doença. A medicina torna-se um saber altamente especializado, sendo que o médico detém controle sobre o paciente, transformando-se na "medicina dos órgãos, do foco e das causas".

Esta visão propicia o modelo biomédico vigente que privilegia a cura das doenças em detrimento à saúde. Bydlowsli e col. (2004) destacam que a medicalização ganha força a partir de 1945 mediante a ação das grandes indústrias farmacêuticas e de tecnologia médica voltadas para parcelas privilegiadas da população. Assim, mediante a influência do *marketing* e do setor financeiro sobre a vida dos indivíduos e da sociedade, associa-se consumo à saúde que passa a ser considerada como mais uma mercadoria.

Assume-se nesta pesquisa o conceito de saúde como além da mera ausência de doenças. A saúde é vista como um todo interpenetrado pelas condições sócio-econômicas, culturais, psíquicas e físicas dos indivíduos e dos grupos sociais; como um processo social e historicamente produzido com múltiplos fatores determinantes.

Paim (2006) explicita como determinantes da saúde os relacionados às condições de vida e ao estilo de vida. Os primeiros, de abrangência coletiva, são dependentes das condições políticas, econômicas, sociais, culturais, ambientais e biológicas, tais como condições materiais necessárias à subsistência e relacionadas à nutrição, à habitação, ao saneamento básico e às condições do meio ambiente. Já os relacionados ao estilo de vida estão sob maior controle individual, como certas condutas pessoais relativas às formas social e culturalmente determinadas de vida, que se expressam no padrão alimentar, no dispêndio energético cotidiano no trabalho e no esporte, hábitos como fumo, álcool e lazer.

Sobre o termo promoção da saúde, este foi primeiramente utilizado por Henry Sigerist no início do século XX relacionado tanto a ações de educação em saúde quanto a ações estruturais do Estado para melhorar as condições de vida da população. (BUSS, 2000; WESTPHAL; 2006)

Leavell e Clark, em meados do século XX, ao descreverem a denominada "História Natural da Doença", conjunto de inter-relações que ocorrem entre o organismo suscetível, o agente e o meio-ambiente, propuseram medidas de intervenção nas diferentes etapas desta. Assim, haveria três níveis de prevenção de doenças: primária, secundária e terciária; sendo que em cada um destes níveis existiriam medidas a serem tomadas.

No nível da prevenção primária, as ações de promoção da saúde e proteção específica seriam indicadas. Na prevenção secundária, seriam utilizados métodos de diagnóstico e tratamento precoces e limitação da invalidez, cabendo ao nível terciário as ações de reabilitação. (ROUQUAYROL e GOLDBAUM, 2003; WESTPHAL; 2006)

Este modelo de níveis de prevenção representou um grande avanço para a época ao incorporar o meio ambiente e estilos de vida enquanto fatores desencadeantes das doenças e por propor medidas educativas, sendo que é utilizado por profissionais da saúde até os dias atuais. Tem recebido críticas pelo fato de não considerar a determinação social da saúde e da doença. (WESTPHAL; 2006)

Assumindo a determinação sócio-econômica da saúde e como contraponto à medicalização, vários documentos internacionais foram lançados a partir da década de 60 do século XX. Em 1974, surge o Relatório Lalonde- Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses com destaque aos determinantes da saúde, enfatizando que não basta apenas ter assistência médica, é necessário considerar o ambiente e hábitos de vida. A crítica a este documento é a atitude comportamentalista, com excessiva ênfase no indivíduo, culpabilizando o doente e os grupos sociais por sua enfermidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; HEIDMANN e col., 2006)

A Conferência de Alma-Ata, 1978, na antiga União Soviética, com a proposta "Saúde para Todos no Ano 2000", foi outro passo fundamental. Destacando que a saúde tem dimensão intersetorial e necessita do envolvimento da própria população, esta conferência em muito contribuiu para a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde de 1986, onde foi promulgada a Carta de Ottawa, marco conceitual importante no que tange à promoção da saúde:

> "Promoção da Saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo para viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global." (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, 19)

Portanto, segundo a Carta de Ottawa, a promoção da saúde é um amplo processo social e político, englobando tanto ações para aumentar os conhecimentos e capacidades dos indivíduos quanto para mudança das condições sociais, ambientais e econômicas com vistas ao alívio do impacto destas últimas na saúde pública e individual. A

participação é fundamental para sustentar uma ação de promoção da saúde. (BUSS, 2000; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A partir dos anos 80 pode-se observar uma mudança no discurso sobre a saúde, com reforço para a noção da determinação social da mesma. Este movimento culmina com a Conferência "Beyond Health Care" , 1984, Toronto, Canadá, que desencadeia o movimento das cidades saudáveis recomendando o fortalecimento dos serviços comunitários, políticas públicas saudáveis e participação popular com vistas ao desenvolvimento comunitário. *(*HEIDMANN e col., 2006)

Outras iniciativas de caráter global/internacional/regional seguiram-se. Em 1998 ocorre na Austrália a Conferência de Adelaide tendo como tema central as políticas públicas saudáveis caracterizadas pelo interesse e preocupação com a eqüidade de acesso a bens e serviços. Nesta conferência ocorre um alerta os governos de todo o mundo sobre o número de mortes evitáveis atribuíveis ao consumo de tabaco e álcool e dado ênfase ao trabalho intersetorial como de fundamental importância para a saúde e para redução das desigualdades sócio-econômicas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; MUNK,2005; HEIDMANN e col., 2006)

A III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1991, em Sundsvall, Suécia, foi a primeira conferência global a focar a interdependência entre ambiente e saúde, servindo de base para a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, Rio 92. Ressaltou quatro aspectos básicos para um ambiente favorável e promotor da saúde: dimensão social, dimensão política, dimensão econômica, utilização do conhecimento e capacitação das mulheres em todos os setores. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; MUNK,2005; HEIDMANN e col., 2006)

Quanto à América Latina, a promoção da saúde foi inicialmente abordada pela Declaração de Bogotá que frizou a relação de mútua determinação entre saúde e desenvolvimento, destacando que o grande desafio dos países desta região é transformar as relações excludentes, conciliando interesses econômicos e propósitos sociais de bem estar para todos, trabalhando para a solidariedade e eqüidade sociais. Estabeleceu cinco princípios: superação das complexas e profundas desigualdades econômicas, ambientais, sócio-políticas e culturais na cobertura e acesso aos serviços de saúde; necessidade de novas alternativas no setor de saúde pública; reafirmação da democracia; conquista da eqüidade e desenvolvimento integral e recíproco dos seres humanos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; MUNK,2005; HEIDMANN e col., 2006)

Em Jacarta, Indonésia, 1997, foi reforçada a importância da ação comunitária e estabelecidas cinco prioridades: promover a responsabilidade social; aumentar os investimentos no desenvolvimento da saúde; consolidar e expandir parcerias para a saúde em diferentes setores do governo e sociedade; aumentar a capacidade da comunidade e indivíduos para influir nos fatores determinantes da saúde e definir cenários preferenciais de atuação. Inclui o setor privado como importante no apoio à promoção da saúde e aborda o aumento do número de pessoas idosas e a prevalência das DCNT. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; MUNK,2005; HEIDMANN e col., 2006)

Em 1998 ocorre em Genebra, Suíça, a Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde, reunindo países que, juntos, representam 60% da população mundial: Bangladesh, Brasil, China, Índia, Indonésia, Japão, México, Nigéria, Paquistão, Federação Russa e Estados Unidos da América do Norte. Destacou-se a importância da dupla carga de doenças sobre os custos no setor saúde e o impacto que as mudanças demográficas, a degradação do meio ambiente, a globalização, a urbanização, as iniqüidades e as desigualdades de gênero e renda trazem para o desenvolvimento da saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; HEIDMANN e col., 2006)

Cada uma destas conferências vem desempenhando importante papel na manutenção da visão de saúde no enfoque inicialmente dado em Ottawa, aprofundando questões relacionadas aos determinantes sócio-econômicos da saúde. (BUSS, 2000; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; HEIDMANN e col., 2006)

Alguns autores criticam a visão que as cartas originadas das conferências têm da promoção da saúde, ressaltando seu aspecto prescritivo. Destacam que possuem uma ótica neoliberal, posto que reforçam práticas individuais em detrimento do papel do Estado, impondo estilos de vida considerados saudáveis. Outros, porém, ressaltam que as mesmas não têm este viés que lhes é atribuído, propagando uma visão holística da saúde, sem autoritarismo. (WESTPHAL, 2006)

O Ministério da Saúde do Brasil destaca que as conexões estabelecidas pelos documentos apresentados entre saúde e cuidado de saúde são fundamentais para a manutenção de um enfoque não-médico. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Destarte, chega-se ao conceito atual de promoção da saúde enquanto um processo de capacitação das pessoas para uma gestão mais autônoma da saúde, mediante ações exercidas sobre os determinantes desta e dirigidas a obter impacto

positivo na qualidade de vida dos indivíduos ampliando a consciência dos direitos e deveres e, conseqüentemente, a cidadania. (CONASS, 2007b)

Promoção da saúde, segundo Buss (2000), é termo associado a um conjunto de valores, tais como qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Estes, por sua vez, dependentes de uma combinação de ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), dos indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais. Visa, portanto, responsabilização múltipla tanto pelos problemas quanto pelas soluções propostas.

Tanto as Cartas quanto a literatura explicitam cinco princípios que fundamentam as práticas de promoção da saúde. O primeiro refere-se à concepção de saúde enquanto multiplamente determinada por fatores biológicos, psíquicos, sociais, econômicos e políticos, como já abordado. (WESTPHAL, 2006)

O segundo refere-se à equidade, conceito ligado à justiça social. Siqueira (1998) destaca que em 1971, John Rawls em *A Theory of Justice*, partindo do imperativo categórico kantiano de que o homem é um fim e não um meio e buscando integrar as liberdades civis e políticas com os direitos econômicos, sociais e culturais, propôs uma teoria denominada de Justiça com Equidade.

Para Rawls uma sociedade somente será justa se todos os valores sociais forem igualmente distribuídos, a menos que uma distribuição desigual favoreça a todos e, em especial, aos mais necessitados. Desta forma, seria reconhecido o direito de cada um a partir de suas diferenças, isto é, reconhecer que existem diferenças e necessidades diversas dos sujeitos sociais a fim de que se possam atingir direitos iguais para todos. Assim, justifica-se a necessidade da existência de políticas compensatórias mediante ações afirmativas. (KUNTZ, 2002)

Westphal (2006) destaca que a equidade na promoção da saúde visa eliminação das diferenças que são ao mesmo tempo desnecessárias, evitáveis e injustas socialmente e que restringem a oportunidade dos indivíduos alcançarem seus direitos. Assim, trabalhar com equidade significa criar oportunidades iguais para que todos tenham saúde, o que está intimamente interligado à distribuição dos determinantes da saúde, buscando detectar grupos em situação de exclusão e dirigir as políticas públicas de forma a discriminá-los positivamente.

Sen (2001) ressalta que tanto Rawls quanto outros teóricos da justiça atuais enfatizam que cada pessoa só pode ser responsabilizada por coisas sobre as quais tem controle e não por algo que ela não poderia ter mudado.

Bydlowski e col. (2004) mencionam que a exposição de pessoas a situações de vida e trabalho consideradas insalubres ocorrem, na maioria das vezes, por falta de opção. O indivíduo sem oportunidade de escolha e, portanto, sem controle sobre a situação em que se encontra, é colocado em situações de iniqüidade.

A equidade requer a cooperação e integração de diferentes setores da sociedade, daí decorrendo o terceiro princípio da promoção da saúde: a intersetorialidade. (WESTPHAL,2006) Esta implica em diferentes saberes interligados e atuando sinergicamente a fim de superar a lógica fragmentada das ações e propiciar a inclusão social. Significa admitir que a saúde não é apenas uma questão das áreas das ciências biológicas e sim um processo socialmente produzido.

Como quarto princípio da promoção da saúde tem-se a participação social, entendida como o envolvimento dos diferentes atores sociais tanto no planejamento quanto na execução e avaliação dos projetos. (WESTPHAL, 2006) O princípio da participação está diretamente relacionado com o emponderamento tanto dos indivíduos quanto das comunidades.

Por emponderamento entende-se o processo de capacitação que habilita a população a controlar seu destino, reconhecendo-se que os indivíduos e comunidades têm o direito e são capazes de assumir o poder de interferir para a melhoria de suas condições de vida e saúde. Esta capacitação deve ser preferencialmente realizada em grupos, buscando-se a conscientização sobre determinados problemas e a formação do pensamento crítico. (BYDLOWSKI e col., 2004; CASAS e KLIJN, 2006; WESTPHAL, 2006)

Ferreira e Castiel (2009) destacam que múltiplos sentidos têm sido dados ao emponderamento. Em uma abordagem conservadora trata-se de fenômeno individual onde a pessoa recebe poder, baseado em informação, que lhe é transferido externamente em nome do bem comum.

Numa outra abordagem, citada pelos autores como crítica, o emponderamento é um fenômeno relacional fruto da interação dialética nascida do conflito de interesses entre os diferentes atores sociais. Dentro desta última abordagem, o emponderamento pode ser considerado como psicológico (individual) e comunitário (coletivo) dependendo do foco de análise.

Ressaltam os autores a importância da diferenciação, posto que o uso do termo sem reflexões críticas e sem relação com participação iria contra o conceito de promoção da saúde até aqui discutido.

Bydlowski e col. (2004) e Heidmann e col. (2006) destacam que a visão da promoção da saúde busca romper com o modelo biomédico vigente enquanto alternativa que entende a saúde como resultante das condições sociais, buscando autonomia e equidade mediante ações intersetoriais e tendo como resultado a melhoria da qualidade de vida da população.

Esta seria conseguida através do *empowerment* (emponderamento) e fortalecimento da população enfatizando que não se devem permitir nem desvios e atitudes reducionistas que tratem problemas sanitários complexos como resultado apenas de comportamentos individuais, nem atitudes paternalistas e assistencialistas, posto que ferem a autonomia dos indivíduos.

Carvalho e col. (2007), citam que há evidências que o enfoque da promoção da saúde é efetivo em propiciar emponderamento e que este ocasiona melhoria nas condições de saúde.

O quinto e último princípio da promoção da saúde é a sustentabilidade, entendida enquanto uma nova ordem governativa que permita não só o desenvolvimento da saúde, mas também o desenvolvimento econômico e social de maneira duradoura. (WESTPHAL, 2006)

Todos estes princípios relacionam-se com a autonomia, palavra de origem grega composta pelo sufixo *auto* que significa próprio, eu e *nomos:* lei, regra, norma. Refere-se às decisões tomadas pela própria pessoa. Esta decide o que lhe é bom, sobre seu bem-estar, sem coações internas ou externas. Relaciona-se à liberdade de pensamento, mas implica em alternativas, pois sem estas não há sobre o que decidir. (MUÑOZ e FORTES 1998; COHEN e MARCOLINO, 1999)

Implica ainda em liberdade de ação. Muñoz e Fortes (1998) ressaltam que uma vez que a pessoa tome uma decisão, esta deve ter a liberdade de agir conforme a decisão tomada, não bastando, portanto, apenas decidir.

Portanto, ao se falar em ações e programas de promoção da saúde, deve-se não só pautar pelos princípios anteriormente expostos, mas respeitar os indivíduos como seres autônomos, capazes de decidir frente a alternativas e agir conforme sua própria decisão.

Cohen e Marcolino (1999) destacam que respeito a um agente autônomo implica no reconhecimento de que existem capacidades e perspectivas individuais e no direito deste indivíduo em examinar e fazer escolhas. Este respeito envolve não só considerá-lo, mas capacitá-lo a agir autonomamente.

Destarte trabalhar ações de promoção da saúde com base na capacitação e no emponderamento, enquanto processo que habilita o indivíduo a controlar seu destino, reconhecendo-se que este tem o direito e é capaz de assumir o poder de interferir para a melhoria de suas condições de vida e saúde, implica no respeito à sua autonomia.

Discutido o conceito de promoção da saúde, vale ressaltar o que se entende por prevenção de riscos e doenças. O termo prevenção, em saúde pública, significa ação antecipada com o objetivo de evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Estas intervenções baseiam-se no conhecimento epidemiológico das doenças e de outros agravos e englobam ações que visam inibir o desenvolvimento da doença, buscar o diagnóstico precoce, limitar a incapacidade e recuperar, total ou parcialmente, as funções normais. (BARBOSA, 2003; ANS, 2007a)

Paim (2006) refere que as ações de prevenção impedem que se realize a doença e exigem ações antecipadas baseadas no conhecimento da história natural desta a fim de tornar seu progresso improvável, implicando no conhecimento epidemiológico para o controle e redução do risco de doenças.

A prevenção é um processo que habilita o indivíduo a auto cuidar-se no sentido de aumentar o controle e melhorar sua saúde e baseia-se em projetos de prevenção, educação, informação científica e em recomendações normativas. (BARBOSA, 2003; PAIM, 2006)

Resumindo, portanto, pensar em promoção da saúde é pensar em um processo amplo de participação e emponderamento com vistas à gestão autônoma do indivíduo sobre sua saúde e sua doença. Envolve a noção de equidade no sentido da discriminação positiva com o objetivo do alcance da justiça social. Implica em visualizar a saúde como multiplamente determinada, socialmente produzida, dependente de ações intersetoriais, rompendo com a visão medicalizada da doença.

Já pensar na prevenção de riscos e doenças é trabalhar ações específicas voltadas para determinados grupos populacionais que já apresentam ou podem vir a apresentar maior probabilidade de ter agravos à sua saúde. Não se pode, entretanto, tratar

separadamente estas duas ações, pois ambas fazem parte da integralidade com que deve ser pensada a atenção à saúde.

Como já abordado, as OPS têm não só a obrigação legal de implementar programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, como estes podem representar sua sobrevivência enquanto empresas inseridas no setor saúde, posto que ocorre um aumento dos custos relacionados, entre outros, às transições demográfica e epidemiológica.

Também foi destacada a intenção da ANS ao obrigar as OPS a implantarem estes programas, qual seja a de que o setor de saúde suplementar passe a se pautar por um novo modelo de gestão e assistência. Ressaltou-se que outros órgãos e agências nacionais e internacionais tem preconizado a adoção dos referidos programas pelo setor, inclusive com justificativas relacionadas ao aumento dos custos.

A seguir foram demonstrados dados demográficos e epidemiológicos que corroboram o acima exposto. Apresentou-se então o que se entende por saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças e riscos, dando-se ênfase à múltipla determinação da saúde e da doença e como a visão de promoção à saúde permite pensar estes determinantes e a qualidade de vida dos indivíduos e das comunidades.

A importância desta discussão relaciona-se com mudança do modelo assistencial vigente, já que pensar em programas de promoção da saúde significa romper com o modelo biomédico que se mostra ineficaz para lidar com o quadro até aqui exposto.

Passa-se agora a discutir o envelhecimento ativo e sua relação com o até aqui apresentado.

.

1.4. CONCEITO DE ENVELHECIMENTO ATIVO

Envelhecer é um processo que se inicia com o nascimento e termina com a morte, sendo a velhice apenas uma etapa neste processo.

A OPAS define o envelhecimento como:

> "...um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz

> de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte." (TELLES, 2006)

O conceito de velhice, entretanto, é um conceito em permanente mudança, posto que culturalmente produzido. Estudos antropológicos evidenciam a diversidade da abordagem de diferentes sociedades humanas em relação aos idosos, ressaltando que, enquanto há sociedades que os valorizam e respeitam enquanto detentores de conhecimento e saberes, há outras que os têm como um fardo, posto não representarem mais força de trabalho. (BEAUVOIR, 1990; FERRAZ e PEIXOTO, 1997; MERCADANTE, 2005)

Debert (2004) destaca que as sociedades modernas, passaram a tratar a velhice como um processo contínuo de dependência e perdas, associando-a a uma série de imagens negativas, identificando o grupo idoso como homogêneo e detentor de características comuns.

A velhice enquanto categoria de idade é uma construção cultural recente, surgida na Idade Moderna, e tal como a infância, a juventude e a adolescência, com a finalidade de institucionalizar o curso da vida. Assim, passa-se a ter idades culturalmente estabelecidas para iniciar a escolarização, o trabalho e a aposentadoria, entre outros. (FEATHERSTONE, 1998; PRADO, 2002; CONCONE, 2005)

Nas sociedades industriais a juventude é considerada o apogeu da vida, associada ao trabalho e produtividade e detentora de todas as possibilidades sociais. O velho é visto como o inverso: improdutivo, construindo-se sua identidade em contraste à do jovem idealizado, sem considerar que juventude e velhice são duas etapas do mesmo processo. (FERRAZ e PEIXOTO, 1997; FEATHERSTONE, 1998; MEDEIROS, 2003; MERCADANTE, 2005)

A visão negativa da velhice, segundo Arcuri (2005) seria decorrente não só do afastamento do idoso da força produtiva, mas do medo que a humanidade tem da morte. Para Morin, o ser humano rejeita a morte, recusando-a com todas as suas forças. Desta rejeição surge o medo da velhice, já que esta fase da vida torna a morte muito mais próxima. Daí a velhice ser encarada como um peso. (SANTOS, 2003)

Gusmão (2007) ressalta que não se admite ser velho e que somente se toma consciência da velhice quando ela nos é dita. O processo de envelhecer é contraditório, de resistência ao inexorável: a finitude. Daí a busca do rejuvenescimento, do consumo e a ideologia da velhice como um velho sempre e obrigatoriamente dinâmico.

Só que, vale destacar, não é apenas na velhice que se morre. Em várias fases da vida, todo o dia, se é confrontado com o inusitado, com a morte, mas esta sempre está associada à velhice. Daí se aceitar a morte de um idoso como natural e a de um jovem com revolta.

Ressalta-se que cada indivíduo envelhece de maneira singular, sendo que as experiências que acumula ao longo dos anos o levarão a um tipo diferenciado de velhice. Destarte, não se pode tratar a velhice como um fenômeno padronizado, mas como um todo influenciado pela sociedade, pela cultura e por experiências psíquicas individuais e múltiplas, diferenciando-se de idoso para idoso, de país para país e ao longo da história.

Lopes (2007) ao analisar aspectos de pesquisa realizada sobre saúde, inserção social, qualidade de vida percebida e atitudes em relação à velhice e juventude, destaca a importância do respeito à diversidade na velhice. Ressalta que a representação social do velho vem sendo questionada e que, apesar de ainda existirem preconceitos, já ocorrem sentimentos positivos relacionados aos idosos.

Forte (2002) cita que atualmente está ocorrendo um processo de redefinição da velhice, deixando-se de lado uma abordagem centrada nos aspectos biológicos e individuais para outra que identifica este grupo populacional como um setor social de importância crescente. Portanto, passa-se de um estereótipo dominante em que o idoso é tido como um peso social e econômico para outro em que este é tido como capaz de participar do processo produtivo da sociedade.

A velhice é um conceito aberto, multifacetado. Não devemos idealizar o velho, mas devemos considerá-lo como ser humano em uma etapa do seu processo de viver e entendê-lo como tal. (MEDEIROS, 2003)

No que tange à discussão internacional a respeito do tema envelhecimento, o primeiro documento que especificamente o aborda origina-se da I Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, ocorrida em Viena, Áustria, no ano de 1982. Trata-se do denominado Plano de Viena que possui o mérito de colocar a questão da velhice como importante apresentando diretrizes e princípios gerais. A crítica a este documento decorre da visão medicalizada com que trata o assunto. (FORTE, 2002; CAMARANO e PASINATO, 2004)

Ainda do ponto de vista internacional, em 1991, a Assembléia Geral da ONU adota cinco grandes temas relacionados ao idoso: dignidade, participação, cuidados, independência e auto-realização. Em 1999 ocorre o Ano Internacional do Idoso

culminando com a realização em 2002 da Segunda Assembléia Mundial sobre Envelhecimento.

Desta se origina o Plano de Ação de Madrid que incorpora a discussão sobre envelhecimento no debate internacional. O plano prioriza a promoção da saúde e o bem-estar da velhice e um entorno propício e de apoio para os idosos. (CAMARANO e PASINATO, 2004; ONU, 2007)

Como contribuição ao debate desta assembléia, foi elaborado o documento "Envelhecimento Ativo - uma política de saúde", cuja abordagem baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos dos idosos e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização estabelecidos pela Assembléia Geral da ONU e já citados. (OPAS, 2005b)

Trata-se de documento de grande importância para o enfoque da saúde do idoso. Esta é tida como multiplamente determinada, como um processo de otimização de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança, a fim de melhorar a qualidade de vida conforme as pessoas se tornam mais velhas.

Assim os indivíduos devem perceber seu potencial físico, mental e social ao longo do curso da vida, participando continuamente nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, mantendo autonomia e independência.

Tendo como pressupostos que há especificidades no envelhecimento, que os idosos não constituem um grupo homogêneo e que a diversidade aumenta com a idade, o documento destaca a intersetorialidade enquanto importante premissa para o planejamento das ações voltadas para os idosos e ressalta que estas não devem considerar apenas suas necessidades, mas principalmente seus direitos, apoiando sua responsabilização.

Citando a importância que as DCNT assumem com o avançar da idade como causas de morbi-mortalidade e de incapacidade em todo o mundo, ressalta que estas são evitáveis, senão adiáveis e que pensar no envelhecimento ativo enquanto política de saúde é procurar evitar mortes prematuras, deficiências e incapacidades resultantes de seqüelas advindas de complicações das DCNT não controladas.

O idoso com qualidade de vida pode participar mais ativamente da sociedade e /ou comunidade, de forma remunerada ou não, com menos gastos com tratamentos e serviços médicos.

Aborda as diferenças do envelhecer em países desenvolvidos dotados de estrutura de bem-estar social e em países em desenvolvimento, sem estrutura e com

dupla carga de doenças, como já mencionado anteriormente. Reforça que, além das questões econômicas e sociais, as diferenças entre os países também se relacionam à estrutura familiar, condições de urbanização, condições de empregabilidade, todas influenciando o processo de envelhecimento.

Destarte, cita a importância dos programas baseados no conceito de envelhecimento ativo buscarem não só incentivar o autocuidado, estimulando a adoção de práticas saudáveis, mas também a inserção social do idoso e a solidariedade intergeracional,.

Como fatores determinantes do envelhecimento ativo considerados pelo documento e demonstrados esquematicamente na Figura 6 a seguir, tem-se:

a- determinantes transversais, isto é, que permeiam todo o processo de envelhecimento: a cultura e o gênero. O envelhecer é um processo culturalmente condicionado que difere entre o homem e a mulher e estas diferenças determinam como o indivíduo envelhece, como se expõe ou não a fatores de risco à sua saúde, como adoece e como morre.

b- sistemas de saúde e serviços sociais: acesso a ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, aos serviços curativos, aos medicamentos, à assistência em longo prazo, à rede de serviços formais e informais que apóiem o idoso (cuidadores, familiares, vizinhos, serviços sociais, serviços comunitários) e que incluam instituições de longa permanência e serviços de saúde mental.

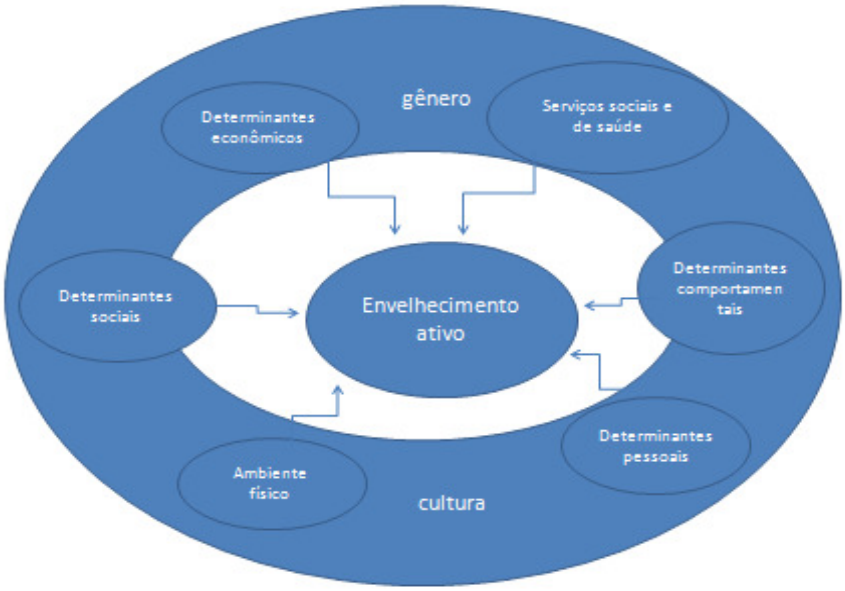
c- fatores comportamentais: o tabagismo, a inatividade física, o consumo de álcool e a alimentação saudável. A saúde oral precária, a polifarmácia e a iatrogenia também são importantes para a saúde do idoso, interferindo em sua qualidade de vida e socialização, sendo os dois últimos diretamente relacionados à maior ocorrência de quedas entre os idosos.

d- aspectos pessoais: considerados a herança genética (também relacionada à predisposição individual para determinadas DCNT), os processos fisiológicos de desgaste dos vários órgãos e sistemas e os fatores psicológicos. Destes, a cognição tem importância fundamental.

e- ambiente físico: destaca a moradia segura como importante fator na prevenção de quedas em idosos, a ocorrência de violência e maus tratos contra o idoso, a alfabetização e a educação.

f- determinantes econômicos: renda, a proteção social e o trabalho, sendo ressalvada a participação do idoso no mercado de trabalho doméstico não remunerado e no mercado informal de trabalho.

Figura 6: Os determinantes do envelhecimento ativo



Fonte: OPAS, 2005b, pg. 19.

Quanto ao Brasil, a Constituição de 1988, com base nas orientações do Plano de Viena, incorpora avanços para o grupo populacional idoso como a seguridade social, com irredutibilidade dos vencimentos, universalização, seletividade e equidade e o benefício mínimo de um salário aos idosos que necessitarem. Com dispositivos específicos voltados para este segmento, destaca-se o artigo 230 que dispõe que, em conjunto, a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na sociedade e comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida. (CDH, 2005)

Com base nas normas e diretrizes da Constituição foram estabelecidos os programas especiais para atendimento ao idoso: a Política Nacional do Idoso ou Lei 8.842 de 1994, e a Lei 10.741, de 2003, conhecida como Estatuto do Idoso. Ambas as leis regulamentam os direitos do idoso, sendo a lei 8.842/94 mais abrangente do que o Estatuto. Nestas, é considerado idoso o indivíduo acima de 60 anos de idade. Seus objetivos são assegurar os direitos deste segmento da população, promovendo sua

autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003; CAMARANO e PASINATO, 2004; CDH, 2005)

Na área da saúde, em 1999, é lançada a Política Nacional de Saúde do Idoso com dois eixos norteadores: incentivo à promoção da saúde e às ações preventivas em saúde e atendimento multidisciplinar. Tem como objetivos promover a autonomia e independência, atingir o grau máximo das capacidades funcionais, evitar a hospitalização prolongada, evitar a institucionalização e promover e facilitar os cuidados familiares.

A fim de alcançar estes objetivos traz como diretrizes: a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção da capacidade funcional; a assistência às necessidades de saúde do idoso; a reabilitação da capacidade funcional comprometida; a capacitação de recursos humanos especializados; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos e pesquisas relacionadas ao envelhecer. (DERNTL e WATANABE, 2004)

Em todos os documentos até aqui citados, destaca-se a complexidade da velhice enquanto etapa do processo de envelhecer, como um processo singular, multideterminado, caracterizado pela maior ocorrência de agravos à saúde e da necessidade de ações voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças.

Brigeiro (2009) destaca que há de se tomar cuidado, ao tratar do envelhecimento ativo, em não superestimar as perdas funcionais, bem como em não disseminar a noção de que cem por cento das doenças que acometem o idoso podem ser evitadas ou recuperadas. Ressalva que se deve discutir o envelhecimento sob seus múltiplos determinantes a fim de não estigmatizar o idoso como incapaz. Daí a necessidade de emponderamento.

Duarte (2007) ressalta que a OMS, ao substituir a expressão envelhecimento saudável por envelhecimento ativo, buscou otimizar a participação, buscando a melhoria da qualidade de vida. Destaca que programas pautados no envelhecimento ativo buscam favorecer o equilíbrio da responsabilidade pessoal com a responsabilidade familiar e da comunidade, como segue:

> "Quando os fatores de risco (comportamentais e ambientais) de doenças crônicas e de declínio funcional são mantidos baixos, e os fatores de proteção elevados, as pessoas desfrutam maior quantidade e maior qualidade de vida, permanecem sadias e capazes de cuidar de sua própria vida à medida que envelhecem, e

> poucos idosos precisam constantemente de tratamentos médicos e serviços sociais onerosos. Aqueles que realmente precisam de assistência devem ter acesso a toda uma gama de serviços sociais e de saúde que atendam às necessidades e aos direitos de homens e mulheres em processo de envelhecimento." (OPAS, 2005b, pg. 45)

Quanto ao envelhecimento ativo, critica-se ainda que não se pode simplesmente deslocar a visão da velhice como improdutiva para outra em que haja vitalidade e saúde, não considerando as singularidades. Ao serem prescritos comportamentos adequados, seriam reproduzidas as formas de pensamento dominantes na sociedade. A reprodução do pensamento apenas transportaria o idoso de uma ideologia predominante que o visualiza como decadente para outra que o visualiza como um ser obrigatoriamente saudável e produtivo, não respeitando as fragilidades próprias a este grupo, nem sua condição sócio-econômica. Assim, haveria uma visão homogeneizada do idoso. (FORTE, 2002)

Outros autores destacam, entretanto, que quando se consideram as premissas do envelhecimento ativo nota-se que há preocupação evidente em não homogeneizar. (DUARTE, 2007; SMETHURST, 2008).

Em síntese, ao pensar em envelhecimento deve-se não só pensar em perdas ou doenças, mas também não se pode simplesmente negá-las. Pensar no envelhecimento significa assumir que há múltiplos determinantes que permeiam tanto o processo de envelhecer quanto o processo saúde e doença e que se influenciam mutuamente.

Pensar em envelhecimento ativo significa tratar tanto a saúde do idoso quanto o próprio envelhecimento como processos socialmente produzidos, multiplamente determinados, que variam ao longo do tempo, existindo paralelismo entre os determinantes da saúde, discutidos no tópico anterior, e os citados como determinantes de uma velhice saudável.

Este paralelismo também se observa em relação aos princípios que norteiam as ações de promoção da saúde e os princípios dos documentos sobre envelhecimento ativo apresentados, tais como a visão de saúde, a intersetorialidade, a participação e o emponderamento.

Ao assumir a diferenciação do grupo populacional idoso enquanto portador de necessidades diferenciadas em relação à população como um todo, permite-se a inclusão

social, mediante discriminação positiva e formulação de políticas específicas, assumindo-se o princípio da equidade.

Smethurst (2008) destaca que o construto envelhecimento ativo casa com o conceito de sociedade inclusiva, que acolhe a diversidade, oferecendo oportunidades para que todos possam realizar os seus potenciais.

Portanto estabelecer programas de promoção da saúde para os idosos com base no envelhecimento ativo é respeitar a autonomia deste grupo populacional. Como o conceito atual de promoção da saúde implica não só na capacitação das pessoas para uma gestão mais autônoma da sua saúde, mediante ações sobre os determinantes, mas em obter um impacto positivo na qualidade de vida destas e o envelhecimento ativo busca a melhoria da qualidade de vida nos idosos, passa-se agora a discutir o que se entende por qualidade de vida.

1.5. QUALIDADE DE VIDA E SEUS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Qualidade de vida na área da saúde é um termo genérico, indistintamente relacionado a condições de vida e saúde, capacidade funcional e ausência de sintomas. Gaíva (1998), mediante revisão de literatura, destaca a dificuldade de definição do conceito, ressaltando que a maioria dos artigos que tratam do tema não o define.

Minayo e col. (2000), revisando a literatura a respeito do construto, ressaltam o caráter genérico do mesmo, associado na área da saúde à uma visão medicalizada, com sentido totalmente funcional.

Os autores discutem o conceito como uma noção polissêmica, socialmente construída, marcado pela relatividade cultural e que remete ao plano individual. De um lado relaciona-se a condições e estilo de vida, de outro ao desenvolvimento sustentável e ecologia humana e, por fim, ao campo da democracia e dos direitos humanos e sociais. Possui três fóruns de referência:

a- histórico: o parâmetro de qualidade de vida apresenta variações consoante o período histórico em que é examinado, dentro de uma mesma sociedade.

b- cultural: cada povo constrói sua própria hierarquia de necessidades e valores, revelando suas tradições.

c- estratificação ou classes sociais: o padrão de qualidade de vida de uma sociedade é definido em relação ao bem-estar da camada superior e este torna-se o objetivo das demais classes.

Seguem ressaltando que as diferentes noções se unem em um padrão de tolerância e conforto que determinada sociedade estabelece como parâmetro para si. Outrossim, ressalvam que, apesar do relativismo cultural, um modelo hegemônico do construto vem adquirindo significado planetário. Este modelo é o preconizado pelos países ocidentais mais ricos e permeado por valores como conforto, prazer, boa mesa, moda, utilidades domésticas, viagens, carros, televisão, telefone, computador, uso de tecnologias, entre outros.

Westphal (2008) destaca que, frente a este modelo que vem se impondo como hegemônico, as pessoas se mobilizam para adquirir esses bens de consumo considerados essenciais para sua existência e cuja posse as torna socialmente incluídas.

Paschoal (2005; 2006) define qualidade de vida como a percepção do bem-estar de uma pessoa que deriva da avaliação do quanto realizou daquilo que considera importante para uma boa vida contrapondo-se ao grau de satisfação com o que foi possível concretizar até o momento. Ressalta a abstração do termo, o qual varia não só de país para país, mas conforme os períodos históricos analisados, a cultura, classe social e até durante a própria vida do indivíduo, daí a ausência de consenso entre os pesquisadores.

Ressalva que, apesar de não haver consenso na definição do construto, há concordância entre os pesquisadores com algumas características comuns, quais sejam: subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade. A primeira refere-se às percepções individuais, sendo que não há subjetividade total, posto que os indivíduos sofrem influências externas. A segunda trata de três dimensões: física, psicológica, social e a terceira aos aspectos negativos e positivos. Destaca o autor que devem ser consideradas ainda a complexidade e a mutabilidade: a avaliação da qualidade de vida é complexa e muda com o tempo, pessoa, lugar e contexto cultural, além de variar para a mesma pessoa conforme seu estado de humor.

Segue o autor ressaltando que se trata de um conceito em moda, utilizado indistintamente por múltiplas disciplinas e que representa um movimento originado nas áreas das ciências humanas e biológicas. Citado a primeira vez em um livro sobre

economia e bem-estar no ano de 1920, caiu no esquecimento, sendo retomado após a Segunda Guerra Mundial inserido no conceito de saúde da OMS, bem-estar. O construto foi utilizado como contraponto às desigualdades sociais advindas do crescimento econômico desenfreado, sendo incorporado às políticas sociais.

Minayo e col. (2000) menciona que a relação entre saúde e qualidade de vida remonta ao nascimento da Medicina Social, vinculada ao conceito de promoção da saúde e à formulação de políticas públicas, sempre com vínculo com os conceitos de desenvolvimento, democracia, modo, condições e estilo de vida.

A OMS define qualidade de vida como a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e o sistema de valores com os quais convive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Ressalta que à medida que o indivíduo envelhece a qualidade de vida é fortemente determinada por sua habilidade de manter sua autonomia e independência. (OPAS, 2005b; FLECK, 2008)

Farquhar (1995), em revisão do conceito de qualidade de vida na velhice, ressalva que as definições de qualidade de vida são numerosas e inconsistentes, principalmente no que tange ao envelhecimento. Assim, neste grupo populacional, o estado funcional é normalmente julgado como dimensão importante, principalmente relacionado às DCNT. Critica o conceito da OMS, salientando a ênfase na saúde, sendo que esta não é a única dimensão do construto.

Teixeira e Neri (2008) em revisão sobre o tema envelhecimento bem-sucedido e qualidade de vida, destacam que muitos idosos portadores de DCNT e limitações referem estar envelhecendo bem apesar de testes clinicamente objetivos demonstrarem condição desfavorável. Ressaltam que considerar o envelhecer apenas pelo lado da longevidade o restringe, devendo-se considerar múltiplos outros fatores: individuais, sociais, ambientais, determinantes e modificadores da saúde.

Concluem que as pesquisas sobre o tema não devem se restringir a aspectos objetivos, mas também considerar percepções pessoais. Destacam que ao implementar programas que elevem o nível de qualidade de vida dos idosos os profissionais devem considerar a promoção da saúde e o bem-estar.

Esta pesquisa assume o conceito de qualidade de vida como produzido cultural e socialmente, historicamente condicionado, influenciado por várias dimensões: políticas, sociais, econômicas, culturais, psíquicas, biológicas e ecológicas. Dotado de alto grau de subjetividade, é individualmente modificável ao longo do curso da vida conforme a

influência das dimensões citadas, incorporando a visão que a pessoa adquire de sua inserção no mundo. Traz em si um debate ético, relacionado não só a equidade, mas também à autonomia. Daí a importância do construto ao se tratar da promoção da saúde, mas, principalmente, quando relacionado ao envelhecimento.

Como anteriormente exposto, a promoção da saúde busca a melhoria da qualidade de vida. As ações e promoção da saúde devem, após sua implementação, ser avaliadas. Westphal (2008) ressalta que o monitoramento e avaliação dos resultados devem ocorrer ao longo de todo o processo a fim de que as práticas possam ser repensadas até a obtenção dos resultados. Destaca a necessidade de indicadores objetivos, mas sem deixar de lado os aspectos subjetivos que envolvem a questão.

Como também já mencionado, esta pesquisa volta-se para idosos portadores de DCNT que participam de um programa de promoção à saúde que tem por base o envelhecimento ativo, buscando avaliar a qualidade de vida destes. Assim, passou-se a pesquisar um instrumento de avaliação que permitisse considerar este construto dentro dos conceitos até aqui explicitados.

Inicialmente pensou-se em desenvolver um instrumento próprio de avaliação, porém como ensina Karsh (2004) o pesquisador, antes de se lançar na aventura de elaborar um instrumento de pesquisa, deve focar seu tempo na procura de um instrumento já elaborado, testado e com bom padrão de confiabilidade e precisão. Com este mote, passou-se a verificar na literatura os instrumentos existentes.

A necessidade de avaliar qualidade de vida no campo médico tem início nas áreas que pesquisam drogas para tratamento de câncer, já que estas pesquisas possuem como característico o dilema de não apenas acrescentar "anos de vida" ao tratar a doença, mas que "tipo de vida". (FLECK e col., 1999).

Chachamovich (2007) destaca que a partir das décadas de 70 e 80, século XX, as pesquisas na área médica passaram a se preocupar com o ponto de vista dos pacientes. Esta mudança foi decorrente da reivindicação de movimentos sociais, principalmente americanos, insatisfeitos com a visão mercantilista da medicina sem nenhuma preocupação com o bem-estar, autonomia e satisfação das pessoas. Esta mudança levou à incorporação da subjetividade como importante fator na avaliação da qualidade de vida.

Albuquerque (2005) destaca que a avaliação da qualidade de vida vem substituindo outros indicadores de saúde tais como índices de morbi-mortalidade e acessibilidade, entre outros e ressalta que a discussão teórica sobre qualidade de vida

tem aumentado diretamente relacionada ao prolongamento da sobrevida humana, principalmente sobre duas possibilidades que considera antagônicas: uma visão otimista que acredita que a compressão da morbidade é possível e outra, pessimista, que destaca que a explosão das DCNT levará a um futuro de dependência e incapacidade.

Paschoal (2005; 2006) cita a dificuldade de se aferir qualidade de vida na velhice. Ressalta que, apesar da importância e necessidade da avaliação do construto nos idosos, os instrumentos devem ser multidimensionais, altamente sensíveis para captar a variabilidade dos diferentes grupos de idosos, específicos para esta faixa etária, permitindo avaliação da saúde e das diversas condições sociais, posto que haja várias dimensões a considerar.

Westphal (2008) observa que, ao revisar na literatura as diferentes abordagens sobre qualidade de vida, ocorre uma tensão constante entre os autores que pendem para fatores objetivos, relacionados às condições materiais básicas necessárias à sobrevivência, e os que supervalorizam os fatores subjetivos como relacionamento com outras pessoas, integração social, harmonia com a natureza. A autora ressalta a importância do conceito subjacente ao Índice de Desenvolvimento Humano, IDH, como potencial questionamento ao conceito de qualidade de vida ligada ao consumo.

Minayo e col. (2000) destacam que a maioria dos indicadores utilizados para aferir qualidade de vida são de natureza bioestatística, psicométrica e econômica, dentro de uma perspectiva de custo-benefício, não considerando o contexto cultural, social, a história de vida nem o percurso dos indivíduos. Ressaltam a importância do IDH já que este desloca o debate de qualidade de vida do terreno econômico por incorporar a concepção de que renda, saúde e educação são fundamentais para o construto.

O IDH é um indicador sintético que, de forma simplificada, soma e divide por três os níveis de renda, avaliada pelo PIB *per capita*; educação, avaliada pelas taxas de alfabetização de adultos e taxas de matrículas nos níveis primário, secundário e terciário combinados, e saúde, avaliada pela esperança de vida ao nascer. Baseia-se em dois conceitos: capacidades e funcionalidades. (MINAYO e col., 2000)

Por capacidades entendem-se as possíveis combinações de situações e potencialidades que uma pessoa está apta a ser ou fazer, portanto o desenvolvimento humano estaria relacionado não somente com a expansão da riqueza, mas sim com a expansão das potencialidades do indivíduo de ser responsável por processos e atividades cada vez mais valiosos e valorizados. Daí a importância da avaliação da saúde e da educação. (MINAYO e col.,2000; SEN, 2001)

Funcionalidades representam as várias coisas que o indivíduo pode efetivamente fazer. São elementares como comida, abrigo, saúde, ou as que envolvem auto-respeito e integração social como participação social. (SEN, 2001; WESTPHAL, 2008)

O IDH tem sido amplamente utilizado para comparação entre países, apesar de apresentar limitações quando se comparam países semelhantes ou em diferentes períodos históricos. Outros índices têm sido propostos com o mesmo fim: Índice de Desenvolvimento Social, Índice de Condições de Vida e Índice de Pobreza Humana. Todos estes indicadores são de natureza coletiva, não se prestando para avaliar individualmente a qualidade de vida.

Observa-se na literatura que há três correntes principais que fundamentam instrumentos individuais de avaliação de qualidade de vida. (MINAYO e col.,2000; CHACHAMOVICH e col.,2007; FLECK ,2008)

A primeira corrente é denominada de funcionalista e tem como pressuposto o entendimento de que qualidade de vida depende preferencialmente do desempenho de habilidades adequadas, valorizadas pelo indivíduo. Destarte, caso este esteja doente e não possa desempenhar o que considera importante, não terá qualidade de vida. Eminentemente biológica e funcional, avaliam-se incapacidade, deficiência, *status* de saúde e *status* funcional.

Fundamenta instrumentos de mensuração de qualidade de vida ligada à saúde, QVLS. Estes estabelecem um padrão considerado normal para certa idade e função social e estudam seu desvio em relação a este. Este modelo é criticado devido ao fato de que nem sempre o indivíduo associa diminuição de habilidades com perda de qualidade de vida, fato conhecido como "paradoxo da deficiência". (CHACHAMOVICH e col.,2007)

A segunda corrente denominada modelo de satisfação ou bem-estar, baseia-se na reação subjetiva das experiências de vida, avaliando competências do indivíduo e grau de satisfação pessoal. Parte de investigações sociológicas e psicológicas sobre felicidade e bem-estar considerando que a qualidade de vida depende do indivíduo, sua personalidade, seu contexto cultural.

Felicidade é um conceito próximo à qualidade de vida e definido como ausência de sentimentos negativos e presença de positivos, sendo experiência fundamentalmente afetiva. Já o construto satisfação possui base teórica maior, considerado quando ocorre percepção da diferença entre o aspirado e o realizado, implicando em um juízo de valor

e tendo como seu contrário a frustração. Bem-estar subjetivo combina presença de emoções positivas, ausência de negativas e um senso geral de satisfação com a vida.

Estas proposições fundamentam instrumentos de auto-avaliação de qualidade de vida e são criticadas pela natureza muito subjetiva dos termos, bem como à ausência de contextualização social e cultural. (NERI, 2007b; FLECK, 2008)

O terceiro modelo tem base econômica baseando-se na preferência, *utility* e pressupõe a escolha dos indivíduos ao compararem um determinado estado de saúde a outro. Destes vem o conceito de QALY ,*quality-adjusted life years*, como uma tentativa de combinar estimativa da duração da vida com a qualidade desta. Pergunta-se sobre o quanto a pessoa estaria disposta a se arriscar para se livrar da doença sabendo que só há dois desfechos: morte e cura, em uma análise de probabilidade. Pode ser realizada ainda uma análise do tempo: quantos anos o indivíduo abriria mão de viver para viver sem doença. São medidas de valor: custo-utilidade e custo-oportunidade e não de estados de saúde. (MINAYO e col.,2000; FLECK, 2008; FERRAZ, 2008)

Minayo e col. (2000) ressalvam que o indicador QALY embute preconceito contra os idosos, posto que associam diminuição da expectativa de vida com diminuição da qualidade de vida, e contra os portadores de deficiência. Ressaltam que o Banco Mundial substituiu o uso do QALY pelo DALY, *disability adjusted life years*. Este último avalia os anos de vida corrigidos pela incapacidade, sendo retirado todo o valor subjetivo dos indivíduos e observando a mortalidade e incapacidade que a doença causa.

Ainda dentro desta perspectiva econômica, há mais duas variações do QALY: a GBD, *global burden disease* ou carga global de doenças, e HeaLY , *healthy life years* ou anos de vida perdidos pela morbidade e mortalidade.

Na literatura observa-se predomínio das avaliações de qualidade de vida em idosos relacionadas à corrente funcionalista baseada na tipologia da OMS de *impairment*, deficiência, *disability,* incapacidade, e *handicap,* desvantagem. Deficiência refere-se à perda ou anormalidade fisiológica, psicológica ou anatômica de uma estrutura ou função. Incapacidade, por sua vez, é qualquer restrição ou dificuldade de desempenhar uma função em conseqüência de uma deficiência. Desvantagem é uma medida de conseqüência social decorrente de uma deficiência ou incapacidade. (LITVOC e BRITO, 2004; FLECK, 2008)

Paixão Jr e Reichenheim (2005), em revisão da literatura sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso, destacam que há vários instrumentos que podem ser utilizados como medidas de saúde, de triagem, de avaliação clínica, de pesquisa, de

dependência ou de incapacidade considerando-se as Atividades de Vida Diária, AVD, Atividades Instrumentais de Vida Diária, AIVD, e Atividades Avançadas de Vida Diária, AAVD, quanto à capacidade funcional do idoso nestas três dimensões em conjunto ou isoladamente.

Por AVD entendem funções de sobrevivência que correspondem aos níveis mais graves de deficiência nas aptidões físicas presentes em indivíduos institucionalizados e/ou fragilizados, tais como tomar banho, alimentar-se, vestir-se, entre outras. As AIVD ampliam o conceito das AVD, incluindo problemas um pouco mais complexos e que tornam o indivíduo menos dependente, como fazer compras, sair sozinho, gerir o seu próprio orçamento. As AAVD ampliam ainda mais o espectro, incluindo recreação e atividades sociais, que podem não indicar perdas atuais, mas perdas futuras.

Os autores incluem na revisão instrumentos que tratam de uma quarta dimensão: Estado Geral de Saúde e Qualidade de Vida ou Medidas de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, EGS-QUAL, que engloba itens relacionados a aspectos sociais e interpretativos da saúde do indivíduo.

Nesta revisão os autores preocupam-se com uma Avaliação Geriátrica Ampla, AGA ou *Comprehensive Geriatric Assessment,* eficiente e com custos razoáveis, buscando a detecção precoce de problemas de saúde como as DCNT. A AGA é um conjunto de técnicas, procedimentos e ambientes operacionais que aborda, tendo em vista um atendimento interdisciplinar, dimensões como estado funcional, saúde mental e funcionamento social.

Com estas premissas, os autores revisaram instrumentos de avaliação funcional existentes na literatura quanto aos itens: (i) serem de uso amplo e que avaliem os distúrbios funcionais em geral; (ii) necessariamente publicados em revistas indexadas até o ano 2000; (iii) já terem sido validados no idioma original; (iv) serem de fácil compreensão e treinamento, além de curtos (menos de 100 itens e/ou com duração ou aplicação igual ou menor que uma hora) e (v) serem de domínio público ou com direito a cópia sem ônus, disponibilizados mediante autorização prévia do autor. Após esta seleção, os autores avaliaram a validade, confiabilidade, utilização internacional e no Brasil e adaptação para uso no Brasil.

Foram revistos 482 estudos no que tange à dimensão AVD. Os instrumentos mais utilizados são: Barthel e IADL, *Index of Independence in Activities of Daily Living,* correspondentes a 90% dos artigos revistos, ambos desenvolvidos em inglês e não adaptados ao Brasil.

Instrumentos de AIVD perfizeram um total de 572 artigos, sendo que 80% se referem ao HAQ, *Health Assessment Questionnaire*, e FIM, *Functional Independence Measure*, ambos em língua inglesa. O primeiro tem adaptação ao Brasil apenas no aspecto incapacidade física ou habilidade física.

Na dimensão EGS-QUAL 13 instrumentos foram selecionados, perfazendo um total de 1556 estudos relacionados. Destes há dois instrumentos em língua portuguesa, concebidos para uso no Brasil: BOAS, *Brazil Old Age Schedule*, desenvolvido por Veras, e o C.I.C.Ac., Instrumento para a Classificação de Idosos quanto à Capacidade para o Autocuidado em Atividades Cotidianas. O último ainda não havia sido validado na época do estudo e o primeiro, por ser utilizado apenas em inquéritos epidemiológicos populacionais, não se encaixa no âmbito da AGA.

Ressaltam os autores que os instrumentos EGS-QUAL são, em sua maioria, os de melhor validade e confiabilidade, sendo os mais recentes. Os mais completos são os instrumentos SF-36, COOP, DUKE, SF-20, QLI e NHP. 80% dos artigos referem-se aos instrumentos NPH, *Nottingham Health Profile*, e SF-36, *Short-Form- 36 Health Survey*, sendo os dois traduzidos. O último apresenta estudo de adaptação transcultural e pode ser utilizado em ambiente fora do clínico.

Destacam que em uma investigação a qualidade da informação colhida é de suma importância, sendo que para garanti-la é necessário adequação no processo de coleta e ao instrumento utilizado. Assim, não basta que o instrumento seja validado, ele deve ser adaptado ao contexto no qual será utilizado o que diminui vieses e torna as informações mais acuradas e reprodutíveis.

A Federação das Unimeds do Estado de Minas Gerais, em seu livro "Desenvolver a Saúde", sugere como instrumento de avaliação de qualidade de vida o SF-36, já traduzido e adaptado, e que, segundo a revisão acima, possui boa confiabilidade, portanto, poderia ser uma boa escolha para esta pesquisa. (UNIMED FEDERAÇÃO MINAS, 2008)

Ao analisar a adaptação transcultural do mesmo nota-se, contudo, que o modelo de adaptação parte do princípio de que a cultura possui um impacto mínimo no construto medido, não havendo variações relacionadas a esta de um contexto para o outro. (PAIXÃO JR e REICHENHEIM, 2005) Chachamovich e col. (2007) ressaltam ainda que há poucos estudos com idosos utilizando este instrumento e que o mesmo não é específico para este grupo etário. Desta forma, optou-se por não utilizá-lo.

Ramos (2003) menciona que inúmeros instrumentos foram desenvolvidos tendo como base a avaliação global da capacidade do idoso. Ressalta que manter a autonomia do idoso é prioritário, que as incapacidades levam à perda da independência e que o bem-estar na velhice é o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso.

O autor utilizou um instrumento traduzido para o português denominado BOMFAQ, *Brazilian Version of Multidimensional Functional Assessment Questionnaire*, questionário fechado que fornece dados sócio-demográficos e avalia a percepção subjetiva do idoso quanto à sua saúde física, mental, independência, suporte social e familiar e à utilização de serviços.

Jacob Filho (2005) salienta que ao avaliar o idoso corre-se o risco de sub ou superestimar determinadas informações em detrimento de outras, daí a importância de uma Avaliação Global do Idoso padronizada como a utilizada em serviço de referência para atendimento em idosos na cidade de São Paulo. Destaca o autor que os pontos importantes a serem avaliados incluem componentes físicos, psíquicos, sociais e ambientais que afetam a saúde do idoso, ressalvando que aspectos tidos como incapacitantes podem ser preveníveis e que a avaliação deve ser incorporada a pratica clínica diária da equipe interdisciplinar.

Veras (2003), analisando a forma como se estruturam os serviços de saúde brasileiros na atualidade e considerando a carência de profissionais que atendam à velhice, propõe um instrumento de avaliação, triagem e hierarquização de risco em idosos. O referido instrumento permite racionalizar o atendimento a esta faixa etária, aumentando a resolutividade dos serviços de saúde. Negri e col. (2004) testaram-no em 103 idosos que freqüentavam duas unidades de saúde do município de João Neiva, Espírito Santo, ressaltando a eficácia do mesmo, bem como a facilidade de seu uso.

A Avaliação Global do Idoso tem sido utilizada, com modificações, por vários autores. (VERAS, 2002; VERAS, 2003; NEGRI e col., 2004; PACHECO e SANTOS, 2004; JACOB FILHO, 2005; GUERRA e RAMOS-CERQUEIRA, 2007). Destaca-se, entretanto, que se trata de instrumentos e rotinas voltados para serviços de saúde que atendem o idoso em toda a linha de cuidado, o que não se aplica ao grupo estudado nesta pesquisa, já que o programa a que se encontram vinculados não prevê atendimento ambulatorial ou hospitalar, apenas ações de promoção da saúde.

Alves, Leite e Machado (2008) destacam, em revisão de literatura sobre o conceito e a mensuração da incapacidade funcional no idoso, que, apesar dos autores

ressaltarem a importância das várias dimensões físicas, cognitivas e emocionais, predominam as pesquisas que utilizam somente medidas físicas e instrumentais.

Scattolin e col. (2007) em artigo sobre a correlação entre instrumentos de qualidade de vida relacionada à saúde e independência funcional em idosos com insuficiência cardíaca, ressaltam que qualidade de vida relacionada à saúde e capacidade funcional são conceitos correlacionados, mas representam componentes de saúde individuais diferentes. Enquanto avaliação funcional mede habilidades para realizar tarefas específicas sem significante limitação física, qualidade de vida relacionada à saúde é um conceito que reflete a discrepância entre a percepção do idoso sobre a sua saúde no momento atual e a esperada, sendo a qualidade de vida melhor avaliada quando tanto a percepção quanto o desejado coincidem.

Chachamovich, Trentini e Fleck (2007) ressaltam que, apesar de haver um crescimento considerável de instrumentos de avaliação de qualidade de vida em idosos, há escassez de questionários testados e adequadamente delineados voltados para estes e sem descrições das escalas psicométricas que os balizam conceitualmente, diminuindo, portanto, a credibilidade dos mesmos.

Neri (2007a) destaca que conhecer os idosos do ponto de vista das pesquisas sociológicas, econômicas e epidemiológicas em suas variáveis como nível de renda, classe social, escolaridade, etnia, nacionalidade, gênero, idade e saúde são preditores fracos da qualidade de vida, devendo esta avaliação considerar aspectos subjetivos, posto que seja a interação de todos os aspectos citados que permite entender atividade, envolvimento social, produtividade e manutenção da saúde física e funcionalidade, mesmo sob condições objetivas adversas. Ressalta que não há como não considerar que a pessoa vive em constante mudança e em interação com uma sociedade em constantes mudanças.

Fleck (2008) destaca que há três aspectos fundamentais sobre qualidade de vida: subjetividade, multidimensionalidade e presenças de dimensões positivas e negativas. Assim, é importante a perspectiva do sujeito em questão, as várias dimensões envolvidas no conceito (sociais, físicas, mentais, etc.) e a presença ou ausência de elementos positivos ou negativos. Paschoal (2006), como já citado, reforça as considerações.

Destarte, o instrumento WHOQOL, *World Health Organization Quality of Life Group* (WHO,1997), foi considerado, posto que, dos instrumentos pesquisados, é o que

melhor atende aos pressupostos teóricos da pesquisa e ao conceito de qualidade de vida na velhice já expostos.

É um instrumento que, segundo Néri (2007a), por ter natureza transcultural permite:

> "(...) para adultos de todas as idades, a avaliação da qualidade de vida está relacionada a estar bem nos domínios físico, psicológico, de renda, das relações sociais, do ambiente físico e social, e dos aspectos espirituais, religiosos e das crenças pessoais..."(pg. 49)

A OMS (WHO, 1997; OMS, 2009) destaca que os instrumentos WHOQOL foram desenvolvidos de maneira transcultural, pensando em uma nova perspectiva, isto é, tendo como base os efeitos que a doença pode trazer no indivíduo no que corresponde a suas relações sociais, capacidade laborativa e estado financeiro.

São vários instrumentos que se combinam ou complementam (módulos) voltados para grupo populacionais como pacientes com câncer, refugiados, idosos e portadores de certas doenças como HIV/AIDS. A versão em português e validação dos instrumentos WHOQOL-100, WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD foi realizada pelo Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. (FLECK e col., 1999; FLECK e col., 2006)

É um instrumento que pode servir para vários estudos epidemiológicos, desenvolvimento e avaliação de serviços de saúde, monitoração do estado de saúde e estudos de intervenção clínica pautados na medição da qualidade de vida. Permite avaliar o impacto de programas de cuidados sobre a população idosa e auxiliar no planejamento de ações, sendo auto-aplicável. (FLECK e col., 1999; MINAYO e col. 2000; FLECK e col., 2006)

Dentro dos instrumentos que compõem o Grupo WHOQOL, há o módulo WHOQOL-OLD, instrumento específico para idosos e que considera o conceito de qualidade de vida como bem-estar, sentimentos positivos e saúde. Este instrumento, entretanto, se aplicado isoladamente não permite ter uma visão suficiente para apreensão do conceito que considera, pois apesar de amplo, não é completo, daí a utilização do instrumento WHOQOL-BREF como complementar. Este último permite avaliar aspectos relevantes não exclusivos para a população idosa, tratando-se de conjunto de itens adicionais para avaliação da qualidade de vida em idosos. (FLECK e col., 2003; FLECK e col., 2006; TRENTINI e col., 2008; OMS, 2009)

O processo de validação do instrumento considerou, segundo os pesquisadores, a importância de conhecer como os idosos percebem seu próprio envelhecimento e que há questões que podem ser generalizadas, porém diferem do grupo de adultos. (FLECK e col., 2006; OMS, 2009)

Destarte, optou-se por utilizar o instrumento WHOQOL-OLD associado ao WHOQOL-BREF. Dos instrumentos analisados é o que mais atende aos objetivos e marcos conceituais desta pesquisa.

Alguns autores optam por utilizar mais de um instrumento de avaliação somados aos relacionados ao grupo WHOQOL. Jóia e col. (2007) em estudo das condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos na cidade de Botucatu, estado de São Paulo, Brasil, utilizaram uma composição de questionários: WHOQOL-100, Escala de Qualidade de Vida de Flanagan e Perfil de Estilo de Vida Individual de Nahas, além de complementar com questões sobre atividade física por meio da aplicação do Questionário Internacional de Atividade Física, perguntas sobre morbidade referida e estado emocional, situação sócio demográfica e uma pergunta aberta: "O que é qualidade de vida para o Senhor?".

Trentini e col. (2006) em estudo sobre a percepção de qualidade de vida do idoso avaliada por si próprio e pelo cuidador, utilizaram questões sócio demográficas, WHOQOL-100 e Inventário de Depressão de Beck (BDI).

Farquhar (1995) observa que avaliar qualidade de vida na velhice deve levar em conta tanto instrumentos objetivos quanto análise subjetiva. A vantagem dos primeiros refere-se à reprodutibilidade e comparabilidade. A análise subjetiva, por sua vez, introduz julgamentos pessoais, validando as medidas obtidas por escalas ou questionários.

Destarte, se optou por utilizar nesta pesquisa um questionário próprio, desenvolvido para a pesquisa e composto por variáveis sócio-demográficas, epidemiológicas e de utilização de serviços de saúde associado aos instrumentos WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD para avaliação da qualidade de vida além de questões abertas, a fim de caracterizar o que representa qualidade de vida para um grupo de idosos portadores de DCNT vinculados a um programa de promoção da saúde voltado para este segmento populacional e desenvolvido em uma OPS, dentro das premissas conceituais anteriormente apresentadas.

OBJETIVOS

2. OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade de vida de um grupo de idosos portadores de DCNT e vinculados a um programa de promoção à saúde de uma OPS.

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Estabelecer um perfil sócio-demográfico e de morbidade do grupo de idosos.

Testar um instrumento que permita a mensuração do construto qualidade de vida deste grupo.

Apreender a interpretação que os idosos participantes do grupo dão ao conceito qualidade de vida.

Verificar se estes idosos avaliam que as DCNT que os acometem interferem em sua qualidade de vida.

Verificar como estes idosos vêm a contribuição do programa que freqüentam para a sua qualidade de vida.

METODOLOGIA

3. METODOLOGIA

Inicialmente será caracterizada a OPS na qual a pesquisa ocorre. A seguir descreve-se o programa de promoção da saúde ao quais os idosos que participam da pesquisa estão vinculados e, após, apresenta-se a opção metodológica tomada para a pesquisa e seus respectivos procedimentos.

3.1. A OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE

Esta pesquisa desenvolve-se em uma OPS modalidade cooperativa de trabalho médico, pertencente ao sistema UNIMED.

O cooperativismo surgiu na Inglaterra no final do século XVIII como uma reação às más condições de vida decorrentes da Revolução Industrial: falta de moradia, condições insalubres de trabalho, excesso de jornada, desemprego.

A desigualdade de renda gerada pelas condições expostas levaram pensadores a formular bases teóricas para sociedades cujas estruturação deveriam privilegiar princípios de solidariedade e justiça social. Nasce assim o socialismo utópico, base teórica que origina o cooperativismo.

Em 1844 foi fundada a *Rochdale Society of Equitable Pioneers* por vinte e oito tecelões que acreditavam que quem contribuísse para criar a riqueza deveria participar da sua distribuição. Estes pioneiros lançaram princípios que até hoje norteiam o cooperativismo mundial. (UNIMED FEDERAÇÃO SÃO PAULO, 2008b)

A cooperativa é uma associação autônoma de pessoas que se unem voluntariamente para satisfazer suas aspirações e necessidades econômicas, sociais ou culturais comuns. Trata-se de uma empresa de natureza coletiva, gerida democraticamente segundo sete princípios:

a- adesão livre e voluntária de pessoas com interesses e objetivos comuns, sem discriminação. Para aderir basta a pessoa querer utilizar seus serviços e assumir responsabilidades como membro;

b- gestão democrática pelos cooperados, que participam ativamente da formulação de políticas e da tomada de decisões mediante representantes eleitos;

c- participação econômica de seus membros que contribuem equitativamente para o capital das cooperativas e o controlam. Parte deste capital é de propriedade comum à cooperativa, sendo que os cooperados recebem os excedentes;

d- autonomia e independência das cooperativas;

e- educação, treinamento e formação de seus associados e dos trabalhadores com vistas ao desenvolvimento da cooperativa. A informação para o público sobre a natureza e vantagens do cooperativismo faz parte deste princípio;

f- intercooperação entre as cooperativas;

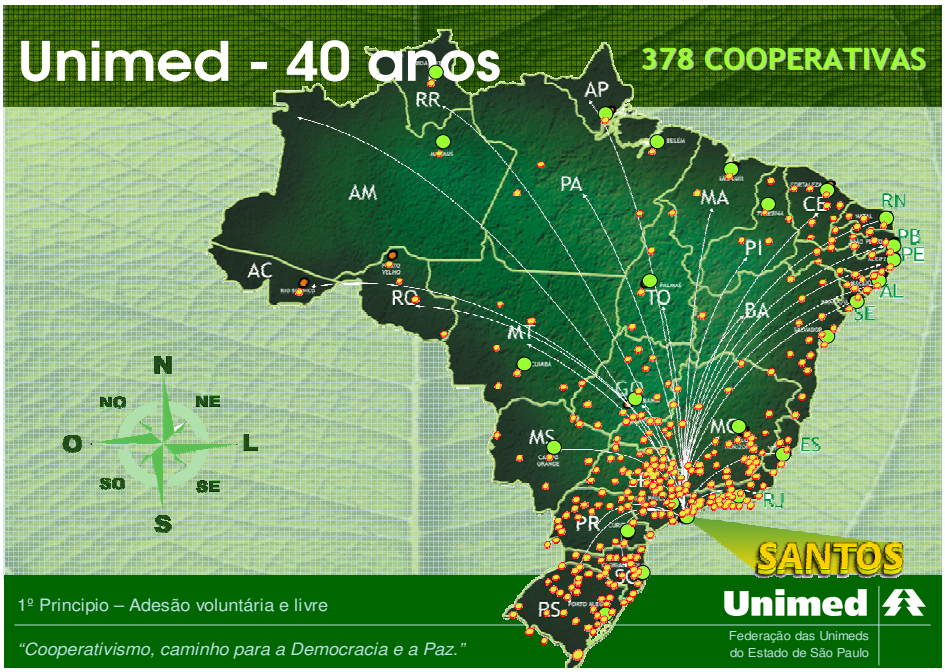
g- interesse pela comunidade, trabalhando pelo desenvolvimento sustentado das comunidades na qual se inserem.

A Aliança Cooperativa Internacional no Congresso de Manchester, 1985, além da definição e dos princípios acima expostos, também ressaltou os valores cooperativos que embasam os princípios cooperativos: auto-ajuda, auto-responsabilidade, democracia, igualdade, equidade, solidariedade, honestidade, responsabilidade social. (RIBEIRO JUNIOR, 2007)

No Brasil, o cooperativismo teve início no ano de 1889 em Minas Gerais, com a criação da Sociedade Cooperativa Econômica dos Funcionários Públicos de Ouro Preto, cooperativa de crédito. A estas se seguiram cooperativas de consumo e, em 1902, a primeira cooperativa na área rural. A Lei que rege as cooperativas brasileiras data de 1971 (Lei 5764). (UNIMED FEDERAÇÃO SÃO PAULO, 2008b)

Na área médica, surge em Santos, São Paulo, a primeira cooperativa UNIMED no ano de 1967 como resultado da mobilização de dirigentes do sindicato dos médicos da cidade.. A partir desta cidade, o movimento cooperativista médico expandiu-se por todo o Brasil. Hoje UNIMED é a marca de um grupo de 378 cooperativas de trabalho médico organizadas em um sistema conforme pode ser observado na figura 7 abaixo.

Figura 7: Distribuição das UNIMEDs no território brasileiro, 2008.



Fonte: Unimed Federação São Paulo, 2008a

O sistema UNIMED atua em 4.125 municípios, com 3.596 hospitais credenciados, 80 hospitais próprios, 89 postos de pronto atendimento, 9.678 clínicas, 4.460 laboratórios, 70.000 empresas clientes, 32.000 funcionários diretos, 290.000 empregos indiretos, 106.000 médicos cooperados e 14.600.000 usuários. (UNIMED FEDERAÇÃO SÃO PAULO, 2008a)

A sua representação máxima é realizada pela UNIMED do Brasil, Confederação Nacional de Cooperativas Médicas, cuja função principal é de natureza institucional, política e de defesa da marca, que é hoje é considerado o principal ativo da organização. Na figura 8 pode ser observada a participação do sistema UNIMED dentre as operadoras de planos de saúde, segundo dados da ANS.

Figura 8: Participação do sistema UNIMED no sistema de saúde suplementar brasileiro, 2005- 2007

	2005	2006	2007	Var.% 2007/05
Número de Operadoras	367	358	349	-4,90
Beneficiários (x1000)	11.248	11.979	13.101	16,48
População (x1000)	183.798	186.771	183.990	0,10
Cobertura (%)	6,12	6,41	7,12	16,36

Fonte: ANS, 2007b, pg.18.

O sistema UNIMED é o que mais se desenvolve em comparação às demais operadoras de planos de saúde, representando, em março de 2009, em torno de 35% do mercado de saúde suplementar brasileiro. Cada UNIMED é uma cooperativa autônoma (cooperativa singular), representadas nos estados brasileiros por uma Federação (cooperativa de segundo grau). Na Figura 9 pode se observar a estrutura do sistema UNIMED.

Figura 9: Constituição gráfica do Sistema UNIMED no Brasil

Fonte: Unimed Federação São Paulo, 2008a

Esta pesquisa é realizada na OPS Federação das UNIMED's do Estado de São Paulo, cooperativa de segundo grau. Os planos comercializados por esta OPS têm como característica comum o fato de serem coletivos empresariais ou por adesão, não havendo planos individuais. Os primeiros referem-se a planos nos quais a fonte

pagadora e contratante é uma empresa e o plano de saúde somente é extensivo aos seus empregados e dependentes. A segunda modalidade refere-se a planos fornecidos por sindicatos ou associações a seus associados e a adesão é opcional. A forma individual é aquela na qual o plano é contratado por uma pessoa ou família que por ele paga.

A OPS FESP tinha, em março de 2009, 350.000 beneficiários em sua carteira de clientes. Destes, 86.809 (24, 80%) tem acima de 60 anos, sendo que 32.485 (37,42%) são do sexo masculino e 54.324 (62,58%) do sexo feminino. (UNIMED FEDERAÇÃO SÃO PAULO, 2009)

3.2. O PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE IDOSOS DA OPS.

Como já mencionado, esta OPS vem desenvolvendo desde junho de 2008 atividades de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças em sua sede situada na cidade de São Paulo. Trata-se de um programa voltado para idosos, desenvolvido por uma equipe multidisciplinar composta por médico, assistentes sociais, psicólogo, nutricionistas, enfermeiro e educador físico e cujos objetivos são a melhoria da qualidade de vida dos idosos participantes, a reinserção social dos mesmos e a racionalização dos custos com a assistência a saúde.

Destaca-se que esta é a composição da equipe atual, pois, em seu início, apenas participavam do projeto, médico e assistente social, dando-se a incorporação dos demais profissionais conforme o andamento do trabalho. O primeiro desafio encontrado quando da implantação do programa foi o estabelecimento do marco metodológico que o nortearia.

Partindo-se dos conceitos de promoção da saúde e envelhecimento ativo e pensando iniciar com ações de educação em saúde com vistas ao emponderamento dos participantes, concluiu-se que não seria possível trabalhar com uma metodologia entendida como uma “educação bancária” no sentido que Paulo Freire atribui ao termo e sim com uma visão de educação crítica, problematizadora da realidade, como um processo compartilhado e reflexivo construído a partir de ações conjuntas tais como planejamento participativo, trabalho em grupo, pesquisas e que estimulasse as potencialidades humanas.

A educação é imprescindível para a formação de pessoas críticas e inovadoras que questionem, com autonomia, a realidade na qual estão inseridas, problematizando fatos e criando conhecimentos e práticas. Freire (2004) complementa essa concepção ao acrescentar que o respeito à autonomia e à dignidade dos indivíduos é um imperativo ético e não um favor que pode ou não ser concedido aos outros.

Silveira (2008) destaca que a pedagogia freiriana favorece a construção do pensamento crítico, da conscientização e criatividade, podendo ser utilizada em qualquer grupo etário sempre partindo de sua realidade. No trabalho com os idosos, permite reagir e ultrapassar a visão ingênua sobre a sociedade e o momento histórico em que se vive transformando o idoso de oprimido em sujeito que enfrenta as adversidades da realidade excludente.

Segue a autora ressaltando que as ações sócio-educativas devem incorporar a importância da formulação de novos projetos de vida, perspectiva esta assumida pelos idosos, visando o exercício da cidadania e a defesa de seus direitos. Neste sentido, a pessoa idosa é entendida como agente de intervenção que deve se envolver em processos de transformação para que a velhice seja vivida com dignidade e plenitude, constituindo-se em agente responsável pela construção de condições de vida com qualidade.

Destarte, desmistifica-se a imagem da velhice e o paternalismo com que o idoso muitas vezes é tratado, promovendo uma prática pedagógica fundamentada na concepção do idoso como sujeito histórico que, ao mesmo tempo em que está inserido na cultura, pode reconstruir continuamente sua velhice.

Constrói-se, portanto, um espaço pedagógico baseado em relações interpessoais, para que o aprender seja um processo de trocas, um espaço de convivência onde os atores sociais, facilitadores e idosos, marquem sua presença e modifiquem o ambiente físico e visual numa construção coletiva.

Ressalta Stano (2007) que, desta forma, o aprendizado ocorre no sentido da compreensão do outro, de suas reações, suas dificuldades, seus interesses. Estas idéias se relacionam com a posição do Ministério da Saúde (2006a) que, ao tratar do envelhecimento e saúde da pessoa idosa, afirma que trabalhar o idoso em grupos possibilita a ampliação do vínculo entre a equipe e a pessoa idosa, complementando a consulta individual com informações, orientações e educação em saúde.

Este procedimento permite a intensificação da socialização podendo representar novas perspectivas para o idoso, além de maior aceitação pela e na sociedade. Cabe

observar que o Ministério defende que o grupo constituído a partir de interesses e temas em comum, deve ser visto como um espaço privilegiado de rede de apoio, meio para discussão das situações comuns. Desta forma, permite descobrir potencialidades, trabalhando a vulnerabilidade e elevando a auto-estima.

Os grupos de idosos proporcionam convívio social, sendo que o idoso consegue se redescobrir, trocar experiências de vida e viver em uma estrutura fortalecida dentro da sua própria comunidade.

Santos e col. (2006) destacam que a metodologia dos grupos de promoção da saúde em idosos, enquanto estrutura de intervenção coletiva e interdisciplinar, leva à transformação contínua do nível de saúde e condições de vida dos participantes, contribuindo assim para a superação do modelo biomédico de atenção à saúde.

Tendo como pressupostos teóricos os acima expostos bem como os conceitos e premissas já debatidos nos capítulos anteriores, a OPS iniciou um trabalho em grupo com idosos beneficiários portadores de DCNT.

O grupo de idosos do qual participam os sujeitos desta pesquisa é conduzido por meio do desenvolvimento de atividades práticas e de reflexão, tendo como instrumentos deste trabalho: dinâmicas, rodas de conversas, discussões de temas, oficinas, prática de atividade física e participação em cursos e palestras. A trajetória do grupo foi marcada desde o início por diversas ações coletivas participativas estabelecidas a partir de uma identidade grupal, onde objetivos, metas e resultados são construídos, estabelecidos e percebidos pelo próprio grupo.

A freqüência dos encontros, inicialmente mensal, vem sendo aumentada a pedido do grupo e hoje já ocorrem reuniões até três vezes por semana. Alguns dos temas abordados nas reuniões: Estatuto do Idoso, Família e o Idoso, Identidade do Grupo, Identidade Pessoal, Memória.

O grupo elaborou, após discussão ao longo dos onze meses de interação, seu próprio "Contrato de Convivência", atividade contínua que tem como intuito a reflexão do grupo para o cuidado no trato com os colegas, com os materiais utilizados durante todas as atividades desenvolvidas, com os espaços utilizados para estas atividades, entre outros, já que fazem parte do contexto grupal. Trata-se de espécie de contrato grupal, cuja manutenção é realizada pelo próprio grupo, que assim estabelece suas próprias regras. (MENDIZÁBAL e CABORNERO, 2004)

Em todos os encontros do Grupo de Idosos, a equipe coordenadora realiza uma breve apresentação que contempla objetivos, apresentação da equipe atuante, atividades

desenvolvidas, parcerias, entre outros. Em seguida é realizado um breve resgate da trajetória do grupo, a fim de situar os novos participantes no espaço e nas atividades, garantido o entendimento da proposta e dando oportunidade para a integração e esclarecimento de dúvidas.

Isto posto, passa-se a explicitar os procedimentos metodológicos.

3.3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de pesquisa exploratória, prospectiva, com abordagens quantitativa e qualitativa sobre a avaliação da qualidade de vida de um grupo de idosos portadores de DCNT e vinculados a um programa de promoção da saúde de uma OPS na cidade de São Paulo, já anteriormente descritos.

Minayo (2008) destaca que, apesar dos problemas epistemológicos decorrentes da relação entre os métodos quantitativos e qualitativos, os dois termos podem se encontrar. Uchoa e Vidal (1994) destacam que as abordagens são complementares, sendo fases seqüenciais de um mesmo processo, sendo que a primeira permite testar hipóteses e a segunda estudar um dado contexto sócio-cultural, identificando variáveis e formulando hipóteses.

Optou-se nesta pesquisa, portanto, pela combinação dos métodos partindo-se do pressuposto que desta forma obter-se-ia uma visão ampla do problema posto, atingindo-se os objetivos propostos.

A pesquisa foi realizada durante os meses de abril a maio de 2009, na sede da OPS descrita, na cidade de São Paulo, São Paulo. Foram selecionados inicialmente 24 idosos, assim definidos pelo critério cronológico constante do Estatuto do Idoso (acima de 60 anos), que participaram assiduamente das atividades do programa, citado anteriormente, desde seu início e que possuíam capacidade de comunicação preservada.

Estes foram convidados, esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, sua metodologia, a confidencialidade dos dados e, após aceitação, assinaram o Termo de Consentimento Esclarecido (Anexo V) e responderam aos questionários que compõem a fase quantitativa da pesquisa. Os questionários foram preenchidos pelos próprios idosos durante a realização dos encontros do grupo.

Dentre estes 24 idosos e tendo em vista a composição da amostra referente à abordagem qualitativa, foram selecionados treze participantes que também se dispuseram à realização de entrevista. A seleção desta amostra deu-se por consenso entre a equipe que coordena o programa, caracterizando-se por ser composta pelos indivíduos mais assíduos e que, mediante observação da própria equipe, representariam o grupo como um todo. As entrevistas também ocorreram na sede da OPS durante a realização das atividades do grupo.

A pesquisa obteve aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC SP, Campus Monte Alegre, em reunião ordinária de 27/04/2009 sob o número 034/2009. Os entrevistados foram caracterizados pelas iniciais de seus nomes a fim de garantir a confidencialidade e anonimato.

3.3.1. Etapa Quantitativa- Coleta de Dados

Entende-se por abordagem quantitativa a utilização dos questionários estruturados: (i) Questionário Sócio-demográfico composto por perguntas relacionadas à idade, sexo, estado civil, grau de instrução, situação ocupacional, presença ou não de cuidador, morbidade referida e fatores de risco à saúde presentes, utilização de serviços de saúde e internações; (ii) Questionário WHOQOL-OLD e (iii) Questionário WHOQOL-BREF, estes dois últimos complementares e voltados para a avaliação da qualidade de vida, como já explicitado. (Anexos I, II eIII)

Estes últimos instrumentos são divididos em domínios. O módulo WHOQOL-OLD é composto por 24 itens com resposta em escala tipo Likert de 1 a 5, divididos em seis domínios, cada qual composto por 4 itens com escores que variam de 4 a 20 pontos. A combinação dos seis domínios com as respostas aos 24 itens geram também um escore total. Já o WHOQOL-BREF é composto por 26 questões e cinco domínios. (FLECK, 2008)

Foi realizado pré-teste com idosos não participantes da pesquisa a fim de verificar dificuldades no auto-preenchimento, tempo médio gasto e outras dificuldades que porventura ocorressem com a utilização dos instrumentos. Não houve dificuldades no preenchimento, com tempo médio de resposta de 30 minutos.

3.3.2.Etapa Qualitativa-Coleta de Dados

Para realização da pesquisa qualitativa, optou-se pela utilização de entrevista semi-estruturada apoiada por um roteiro previamente estabelecido. (Anexo IV)

Minayo (2008) destaca que a entrevista é a estratégia mais utilizada no trabalho de campo e que permite a construção de informações sobre o objeto a ser pesquisado. Por entrevista semi-estruturada a autora entende aquela que combina perguntas fechadas e abertas, baseada em roteiro que serve de apoio ao entrevistador.

Ressalta a autora que o roteiro para entrevista difere do questionário, pois este último é composto por questões fechadas cuja referência é o ponto de vista do pesquisador; no roteiro há apenas uma orientação e guia para o andamento de uma conversa, devendo considerar que as perguntas não devem induzir respostas dicotômicas do tipo sim ou não, mas contemplar a possibilidade de narrativas e vivências por parte do entrevistado, permitindo aprofundamento da comunicação, sempre se pensando no delineamento do objeto. Destarte, o roteiro permite que tanto o ponto de vista do pesquisador quanto do pesquisado sejam considerados.

Ressalva ainda a autora que o pesquisador que utiliza abordagem qualitativa não estuda apenas um somatório de depoimentos, mas sim se utiliza de uma *práxis* compreensiva, o que torna o número de entrevistas irrelevante, já que os significados podem ser apreendidos de apenas um ou poucos interlocutores.

As entrevistas foram realizadas durante as atividades do programa, gravadas e transcritas.

3.3.3. Etapa Quantitativa-Análise dos Dados

Para a analise descritiva de todas as variáveis dos questionários, foram observadas tanto as freqüências absolutas, N, quanto freqüências relativas, porcentagem, e, quando necessário,calculadas medidas de tendência central, dispersão e variabilidade.

Os instrumentos WHOQOL foram tratados estatisticamente segundo sugerido em referência (http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol84.html). Devido ao pequeno número de idosos que compõem a amostra foram utilizados testes não paramétricos, sendo que para

variáveis com duas categorias de resposta e comparação entre dois grupos de interesse o teste utilizado foi o teste não paramétrico de Mann-Whuitney, com um nível de significância de 5%, sendo foram consideradas diferenças entre os grupos quando p-valor foi menor do que 0,05.

Para variáveis com mais de duas categorias de resposta, o teste utilizado foi o não-paramétrico de Kruskal-Wallis, também considerado um nível de significância de 5%. Quando havia mais de duas categorias de comparação foram realizadas comparações múltiplas, de dois a dois grupos, através do teste de Dunn.

3.3.4. Etapa Qualitativa-Análise de Conteúdo

Após a transcrição das entrevistas, o conteúdo foi analisado, partindo-se da premissa que há influência dos universos social e cultural sobre os conceitos analisados e que a cultura é um universo de símbolos e significados que permite aos indivíduos de um grupo interpretar suas experiências e guiar suas ações. (GEERTZ, 2008)

Do ponto de vista antropológico, a doença não é apenas a dimensão biológica, daí a existência de um conjunto de símbolos que são base para sua interpretação. Estes símbolos intervêm na construção do significado da doença.

A abordagem de Geertz fundamenta a diferenciação interpretativa entre doença-experiência, *ilness,* e doença-processo, *disease*. A primeira refere-se à experiência subjetiva do mal estar vivido pelo doente, incluindo elementos psíquicos, culturais e sociais da doença, enquanto a segunda é ordem biomédica, relacionada às anormalidades do funcionamento do organismo. Nesta perspectiva considera-se que a doença conjuga uma série de normas, valores e expectativas individuais e coletivas que se expressam em formas específicas de agir e pensar. (UCHOA e VIDAL, 1994; UCHOA, 2003; FIRMO e col., 2004; CANESQUI, 2007)

RESULTADOS

4.RESULTADOS

4.1.ETAPA QUANTITATIVA

Serão apresentados inicialmente os dados obtidos mediante aplicação do Questionário sócio-demográfico. As idades dos participantes variaram entre 60 e 88 anos, com média de 73 anos. A distribuição por faixa etária pode ser observada na Tabela 3.

Tabela 3: Número e proporção dos idosos do grupo, segundo faixa etária, São Paulo, 2009

Faixa etária	N	%
60-64	5	20,8
65-69	3	12,5
70-74	6	25,0
75-79	5	20,8
80-84	2	8,3
85 e mais	3	12,5
Total	**24**	**100,0**

A fim de facilitar a análise estatística e tendo em vista o tamanho da amostra e distribuição etária encontrada, optou-se por agrupar as idades em três categorias: menos de 70 anos, de 70 a 75 anos e acima de 70 anos como apresentadas na Tabela 4, onde se observa que 58,3% dos entrevistados apresentam idade superior a 70 anos.

Tabela 4: Número e proporção dos idosos do grupo, segundo categorias de idade, São Paulo, 2009.

Idade	N	%
Menos de 70 anos	8	33,3
de 70 a 75 anos	7	29,2
Acima de 75 anos	9	37,5
Total	**24**	**100,0**

A distribuição por sexo dos participantes pode ser observada na Tabela 5 onde se nota que, aproximadamente, 67% dos idosos do grupo pertencem ao sexo feminino.

Tabela 5: Número e proporção dos idosos do grupo, segundo sexo, São Paulo, 2009

Sexo	**N**	**%**
Feminino	16	66,7
Masculino	8	33,3
Total	**24**	**100,0**

Demonstra-se na Tabela 6 a distribuição por sexo e faixa etária. Os idosos do grupo pertencentes ao sexo masculino, apesar de em menor número, estão concentrados nas faixas etárias acima de 75 anos, enquanto que as mulheres são idosas mais jovens.

Tabela 6: Número e proporção dos idosos do grupo, segundo sexo e faixa etária, São Paulo, 2009

Faixa etária	**N**		**%**	
	F	**M**	**F**	**M**
60-64	4	1	25,0	12,5
65-69	2	1	12,5	12,5
70-74	5	1	31,2	12,5
75-79	3	2	18,7	25,0
80-84	1	1	6,2	12,5
85 e mais	1	2	6,2	25,0
Total	**16**	**8**	**100,0**	**100,0**

Quanto ao estado civil, 37,5% dos idosos informaram ser casados, 33,3% viúvos, 12,5% solteiros e 16,7% em outras situações conjugais, quais sejam: divorciados, separados judicialmente e em união estável. Não foi observada diferenciação do estado civil por faixa etária, entretanto a maioria das mulheres ou são casadas ou viúvas. Dos solteiros, todas são mulheres. Já quanto aos homens, a maioria ou são casados ou estão em outra situação conjugal, como se vê na Tabela 7.

Tabela 7: Número e proporção dos idosos do grupo, segundo sexo e estado civil, São Paulo, 2009.

Estado civil	**N**		**%**	
	F	**M**	**F**	**M**
Casado	6	3	37,5	37,5
Solteiro	3	-	18,7	-
Viúvo	6	2	37,5	25,0
Outros	1	3	6,2	37,5
Total	**16**	**8**	**100,0**	**100,0**

Sobre o grau de instrução do grupo, 9 idosos (37,5%) têm ensino superior, 9 (37,5%) ensino médio, 5 (20,8%) ensino fundamental e 1 (4,2%) declarou-se analfabeto. Na Tabela 8 é apresentada a distribuição segundo sexo e grau de instrução, podendo ser observado que há mais idosos homens do que mulheres com ensino médio e superior.

Tabela 8: Número e proporção dos idosos do grupo, segundo sexo e grau de instrução, São Paulo, 2009

Grau de instrução	**N**		**%**	
	F	**M**	**F**	**M**
Analfabeto	1	-	6,2	-
Fundamental	4	1	25,0	12,5
Médio	5	4	31,2	50,0
Superior	6	3	37,5	37,5
Total	**16**	**8**	**100,0**	**100,0**

No que tange à situação ocupacional destes idosos, 21 (87,5%) são aposentados, 2 (8,3%) dependentes econômicos e 1 (4,2%) permanece trabalhando. Na Tabela 9 é apresentada a distribuição da situação ocupacional do grupo de idosos segundo sexo.

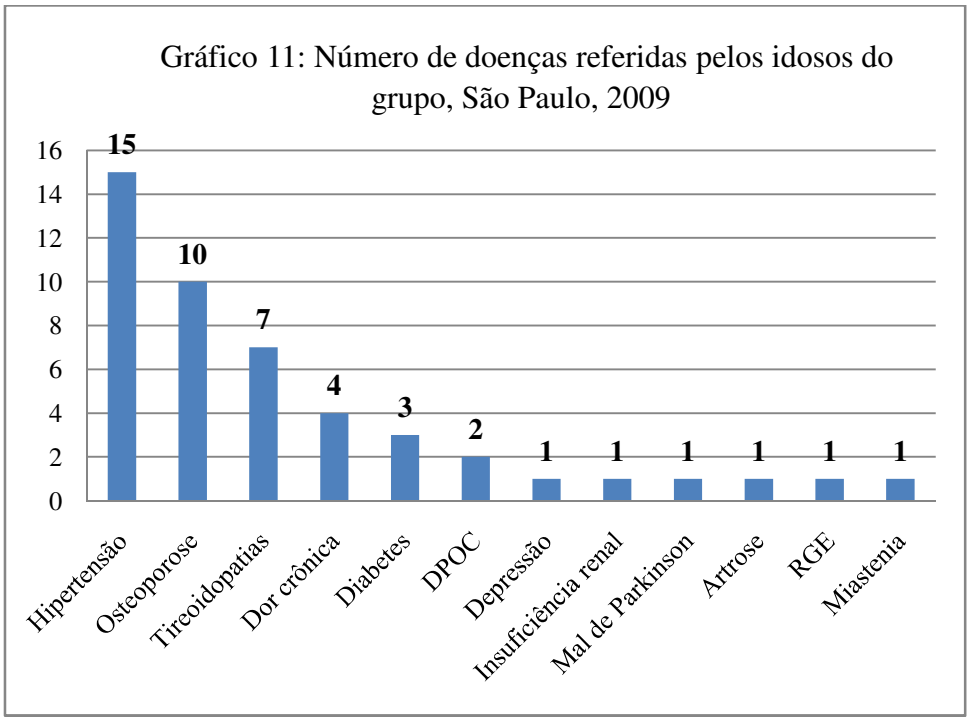
Tabela 9: Número e proporção dos idosos do grupo, segundo sexo e situação ocupacional, São Paulo, 2009.

Situação ocupacional	**N**		**%**	
	F	**M**	**F**	**M**
Ativo	1	-	6,2	-
Aposentado	13	8	81,2	100,0

Dependente	2	-	12,5	-
Total	**16**	**8**	**100,0**	**100,0**

Dos idosos pesquisados, 66,7% moram com o cônjuge ou com familiares e 33,3% moram sós. Apenas 4 idosos (16,7%) tem cuidador.

As DCNT referidas pelos idosos do grupo são apresentadas no Gráfico 11. Observa-se a maior freqüência de hipertensão arterial, seguida por osteoporose, doenças da tireóide, dor crônica, diabetes e doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC. Depressão, insuficiência renal, Mal de Parkinson, miastenia, refluxo esôfago-gástrico (RGE) e artrose tiveram uma referência cada.



Destaca-se que 62,5% dos idosos do grupo são portadores de mais de uma DCNT, sendo que dos idosos que possuem mais de uma doença crônica, a maioria é do sexo masculino como demonstrado na Tabela 10. Não foi verificada relação entre o número de DCNT e idade, porém vale ressaltar que a maioria dos homens do grupo tem idade superior a 75 anos e referiram maior número de doenças.

Tabela 10: Número e proporção dos idosos do grupo, segundo sexo e número de DCNT referidas, São Paulo, 2009.

N° de DCNT	**N**		**%**	
	F	**M**	**F**	**M**
Até 1 doença	7	2	43,7	37,5
Duas ou mais	9	6	56,2	62,5
Total	**16**	**8**	**100,0**	**100,0**

Das co-morbidades encontradas, a mais freqüente associação referida foi a de hipertensão arterial com doenças da tireóide, seguida por hipertensão arterial e osteoporose e hipertensão arterial e diabetes. A hipertensão arterial também foi ligada à insuficiência renal.

Já entre os idosos que referiram diabetes, as doenças da tireóide tiveram maior freqüência conjunta. Vale ressaltar que dos idosos que referiram dor crônica, 4 apresentam osteoporose associada.

Quanto aos fatores de risco, 45,8% do grupo referiu colesterol elevado, 16,7% excesso de peso e 8,3% obesidade. A hipercolesterolemia aparece com maior freqüência associada à hipertensão arterial e diabetes, ao passo que o excesso de peso e a obesidade foram referidas em conjunto à dor crônica, osteoporose e hipertensão.

Há fatores de risco que se sobrepõem, destacando-se o excesso de peso com a hipercolesterolemia. Não foram observadas diferenças em relação ao sexo ou idade.

Dos idosos participantes, 22 (91,7%) declararam não ter o hábito de fumar e 21 (87,5%) referiram não ter o hábito de consumir alcool. A prática de atividade física foi mencionada por 70,8% (17) dos idosos.

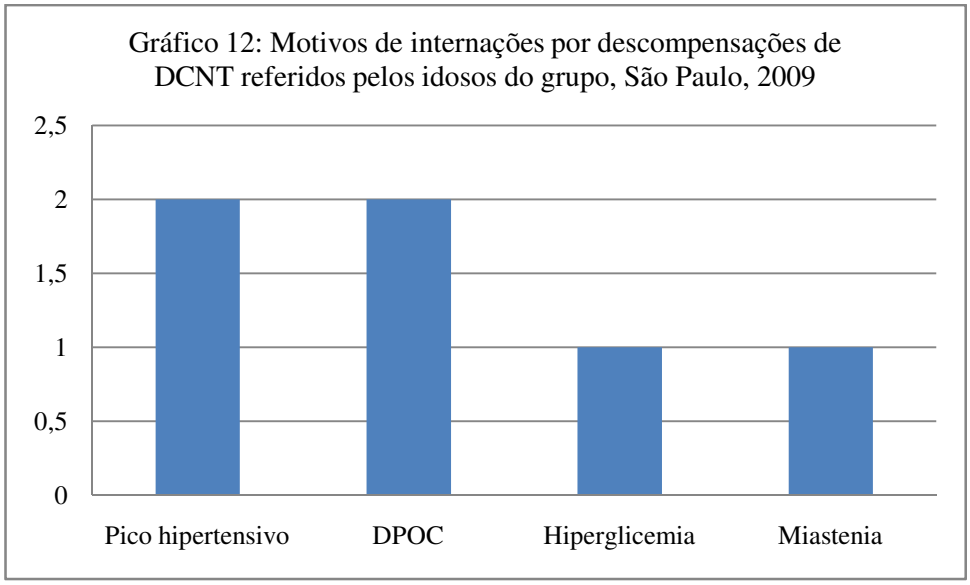
No que se refere à utilização de serviços, somente 54,2% dos participantes têm médico específico que os acompanha, entretanto 75% realizaram consulta médica nos últimos seis meses. A freqüência de internações é apresentada na Tabela 11 abaixo, onde se observa que 42,9% dos idosos do grupo já estiveram internados pelo menos uma vez.

Tabela 11: Número e proporção dos idosos do grupo, segundo a presença ou não de internações, São Paulo, 2009.

Internações	N	%
Sim	14	58,3
Não	10	41,7
Total	**24**	**100,0**

Das internações citadas, 66,7% ocorreram entre os seis meses e um ano anteriores à pesquisa e 78,6% tiveram duração menor que 10 dias. Quanto aos motivos que as ocasionaram, 42,9% foram relacionadas à descompensação das DCNT que acometem estes idosos, 42,9% foram decorrentes de cirurgias e 14,2% ocorreram por outros motivos.

Das DCNT descompensadas que geraram internações, destaca-se a hipertensão arterial e DPOC, seguidas pelo diabetes, como se observa no Gráfico 12.



No que tange à distribuição das internações em relação ao sexo dos idosos, nota-se que 64% destas ocorreram em mulheres, tendo como motivos as cirurgias. Já entre os idosos do sexo masculino, apesar do menor número de internações, estas tiveram como causas mais freqüentes as descompensões das DCNT e duração maior em número de dias.

Passa-se agora a apresentar os resultados obtidos mediante a aplicação dos instrumentos WHOQOL-OLD e WHOQOL-BREF. A questão de número 1 do WHOQOL-BREF se refere à avaliação da qualidade de vida do indivíduo, sendo que 62,5% dos idosos do grupo a avaliaram como boa, 16,7% como muito boa, 16,7% como nem boa nem ruim e 4,2% como ruim.

Ainda neste instrumento a questão de número 2 refere-se à satisfação do indivíduo com sua saúde, sendo que 50% dos idosos do grupo a consideram como boa.

A seguir apresenta-se nas Tabelas 12 e 13 os itens de escala e domínios dos instrumentos WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, passando-se a analisá-los em relação as variáveis obtidas pelo questionário sócio-demográfico conforme tratamento estatístico já descrito. Destaca-se que se trata de escalas positivas, portanto quanto maior pontuação alcançada, maior será a qualidade de vida. (PEREIRA et. al, 2006)

Tabela 12: Média, mediana, desvio padrão, valores mínimo e máximo obtidos para cada domínio do instrumento WHOQOL-BREF em escala de 0 a 100%, idosos do grupo, São Paulo, 2009.

Domínios WHOQOL-BREF	**Média**	**Mediana**	**Desvio padrão**	**Mínimo**	**Máximo**
Físico	61,7	61,6	10,4	32,1	82,1
Psicológico	62,4	66,7	10,8	33,3	79,2
Relações sociais	69,3	75,0	19,8	33,3	100,0
Meio ambiente	65,9	70,3	15,6	40,6	95,0
P1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	72,9	75,0	17,9	25,0	100,0
P2. Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?	66,7	75,0	24,1	25,0	100,0
Escala total	64,6	66,3	11,3	44,2	82,7

Tabela 13: Média, mediana, desvio padrão, valores mínimo e máximo obtidos para cada domínio do instrumento WHOQOL-OLD em escala de 0 a 100%, idosos do grupo, São Paulo, 2009.

Domínios WHOQOL-OLD	**Média**	**Mediana**	**Desvio padrão**	**Mínimo**	**Máximo**
Funcionamento do Sensório	70,8	75,0	22,7	25,0	100,0
Autonomia	60,3	65,6	20,8	25,0	93,8
Atividades Passadas, presentes e futuras	65,6	65,6	13,5	37,5	87,5
Participação Social	71,1	75,0	17,1	31,3	93,8
Morte e Morrer	69,8	68,8	19,0	25,0	100,0
Intimidade	61,7	68,8	29,5	-	100,0
Escala Old - total	66,6	65,1	9,6	51,0	86,5

No que tange às variáveis idade e sexo não foram encontrados resultados estatisticamente significativos nem para as escalas totais nem para os domínios com $p>0,05$ para nenhum dos dois instrumentos. Vale ressaltar que este resultado pode ser devido ao pequeno número de participantes em cada um dos grupos.

Para o domínio Relações Sociais do WHOQOL-BREF há indicações de que quanto maior a faixa etária maior pontuação média na escala. Destarte observam-se médias de 59,4% para idade abaixo de 70 anos, 70,2% para 70 a 75 anos e 77,31% para acima de 75 anos como se observa na Tabela 14. Se fosse adotado um nível de significância de 10% este diferença seria evidenciada.

Tabela 14: Número, média, mediana, desvio padrão, valores mínimo e máximo obtidos para o Domínio Relações Sociais WHOQOL-BREF, segundo categorias de idade, idosos do grupo, São Paulo, 2009

	Idade		
Relações Sociais	**Menos de 70 anos**	**De 70 a 75 anos**	**Acima de 75 anos**
N	8	7	9
Média	59,4	70,2	77,31
Mediana	58,3	83,3	75,0
Desvio padrão	12,9	25,3	18,29
Mínimo	41,7	33,3	41,67
Máximo	75,0	91,7	100,0

Analisando-se em separado a questão 1 do instrumento WHOQOL-BREF que versa sobre avaliação de qualidade de vida, nota-se que os piores escores relacionados à qualidade de vida ocorreram em idades inferiores a 75 anos.

Em relação ao estado civil, apesar de não haver diferença estatisticamente significativa com $p>0,05$, também se observa tendência de diferenciação com $p<0,10$ no domínio Físico do WHOQOL-BREF. Na Tabela 15 pode ser observado que a média dos idosos casados apresenta maior valor em relação às outras situações.

Tabela 15: Número, média, mediana, desvio padrão, valores mínimo e máximo obtidos para o Domínio Físico WHOQOL-BREF, segundo estado civil, idosos do grupo, São Paulo, 2009

	Estado Civil		
Físico	**Casado(a)**	**Viúvo (a)**	**Solteiro/ Outros**
N	9	8	7
Média	66,5	56,7	61,2
Mediana	64,3	57,1	64,3
Desvio padrão	7,7	7,5	14,2
Mínimo	57,1	46,4	32,1
Máximo	82,1	71,4	75,0

Ressalta-se que os idosos casados obtiveram os maiores escores em todos os domínios de ambos os instrumentos quando comparados aos demais estados e que os piores escores atribuídos às questões 1 e 2 do WHOQOL-BREF o foram por idosos viúvos.

No que tange ao grau de instrução foi encontrada diferença estatisticamente significativa para o domínio Participação Social da escala WHOQOL-OLD, $p<0,05$, para os idosos com nível superior. Estes apresentam, em média, menor pontuação no domínio como se observa na Tabela 16.

Tabela 16: Número, média, mediana, desvio padrão, valores mínimo e máximo obtidos para o Domínio Participação Social WHOQOL-OLD, segundo grau de instrução, idosos do grupo, São Paulo, 2009

	Grau de Instrução		
Participação Social	**Analfabeto/ fundamental**	**Ensino médio**	**Ensino superior**
N	6	9	9
Média	81,3	77,1	58,3
Mediana	78,1	75,0	68,8
Desvio padrão	10,5	14,3	16,2
Mínimo	68,8	56,3	31,3
Máximo	93,8	93,8	75,0

Os idosos com grau de instrução ensino superior também apresentaram menor média que os demais no domínio Relações Sociais do WHOQOL-BREF e atribuíram os menores escores às questões 1 e 2 deste instrumento.

Não foi encontrada diferença estatisticamente significante para as variáveis situação ocupacional, idosos que moram ou não sozinhos e ter ou não cuidador para as escalas totais ou domínios de ambos os instrumentos WHOQOL.

Entretanto vale ressaltar que os menores escores atribuídos à questão 2 WHOQOL-BREF relacionada à satisfação com a saúde o foram por idosos que moram sozinhos, os quais também obtiveram os menores escores em todos os domínios quando comparados com os que moram acompanhados.

Quanto às DCNT, só foi possível realizar comparações em relação à hipertensão, diabetes, doenças da tireóide, osteoporose e dor crônica, pois as demais doenças avaliadas apresentaram poucos casos, não sendo encontradas diferenças estatisticamente significativas tanto para as escalas totais quanto para os domínios dos instrumentos. Também não foram observadas diferenças relacionadas ao número de DCNT que acometem estes entre idosos.

As maiores diferenças estatisticamente significativas foram encontradas na análise dos fatores de risco: colesterol elevado, excesso de peso, obesidade e tabagismo. Os três primeiros foram associados à maior pontuação nos domínios Físico e Relações Sociais do WHOQOL-BREF e Intimidade e Morte e Morrer da escala WHOQOL-OLD.

Para os três fatores de risco para DCNT acima citados, não se observa diferenças nos escores atribuídos às questões 1 e 2 do WHOQOL-BREF.

Em relação ao tabagismo pode-se observar que há diferença estatisticamente significativa entre idosos tabagistas no domínio Meio Ambiente da escala WHOQOL-BREF, onde estes idosos obtêm a menor pontuação. Ao ser analisada a questão 2 sobre satisfação com a saúde, os idosos que fumam atribuem a esta os menores escores.

Ainda quanto aos fatores de risco, para o consumo de álcool e atividade física não ocorreram diferenças estatisticamente significativas, tanto para as escalas totais, quanto para seus domínios nos instrumentos testados.

Quanto à utilização de serviços, ter ou não ter médico específico ou tempo da última consulta não acarretaram diferenças estatisticamente significativas. Já em relação às internações, há diferença estatisticamente significativa para os domínios Morte e Morrer e Intimidade do WHOQOL-OLD para os idosos que já tiveram internações, sendo que estes apresentam, em média, maior pontuação no primeiro domínio citado e menor pontuação no segundo, como se observa na Tabela 17.

Tabela 17: Número, média, mediana, desvio padrão, valores mínimo e máximo obtidos para o Domínios Morte e Morrer e Intimidade WHOQOL-OLD, segundo a presença de internações, idosos do grupo, São Paulo,2009

Domínios WHOQOL-OLD		**Já esteve internado**	
		Sim	**Não**
Morte e Morrer	N	14	10
	Média	78,57	57,5

	Mediana	81,25	62,5
	Desvio padrão	15,25	17,38
	Mínimo	50,0	25,0
	Máximo	100,0	87,5
Intimidade	N	14	9
	Média	51,79	77,08
	Mediana	59,38	81,25
	Desvio padrão	29,56	23,18
	Mínimo	0	31,25
	Máximo	93,75	100,0

Destaca-se ainda que os idosos que tiveram internações por motivos relacionados às descompensações de DCNT atribuem os menores escores à pergunta 2 do WHOQOL-BREF sobre satisfação com a saúde.

4.2.ETAPA QUALITATIVA

Foram entrevistados 13 idosos cujas características são descritas a seguir:

a- J.R.L., masculino, 69 anos, casado. Portador de diabetes e doença da tireóide.

b- N.G.S., feminino, 70 anos, viúva. Portadora de hipertensão arterial.

c- J.C.A., masculino, 81 anos, casado. Portador de hipertensão arterial, doença da tireóide e hipercolesterolemia.

d- E.E.D., masculino, 77 anos, divorciado. Portador de hipertensão arterial.

e- J.B., masculino, 88 anos, viúvo. Portador de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), hipercolesterolemia e osteoporose.

f- J.G., masculino, 60 anos, divorciado. Portador de miastenia.

g- N.C.V., feminino, 63 anos, viúva. Portadora de hipertensão arterial, doença da tireóide, osteoporose, dor crônica e depressão.

h- A.N., feminino, 86 anos, solteira. Portadora de hipertensão arterial e osteoporose.

i- C.R.L., feminino, 66 anos, casada. Portadora de hipertensão arterial, doença da tireóide e hipercolesterolemia.

j- I.D., feminino, 64 anos, solteira. Portadora de hipertensão arterial, hipercolesterolemia e obesidade.

k- A.F., feminino, 89 anos, viúva. Portadora de hipertensão arterial e refluxo gastro-esofágico.

l- C.R.S., feminino, 60 anos, casada. Portadora de hipertensão arterial e excesso de peso.

m- D.O.F., feminino, 74 anos, viúva. Portadora de osteoporose, artrose, dor crônica e hipertensão arterial.

Os depoimentos foram classificados segundo as perguntas norteadoras e nas seguintes categorias gerais: Qualidade de Vida, Saúde, Influência das DCNT na Qualidade de Vida e Influência da Participação no Grupo de Promoção da Saúde na Qualidade de Vida.

As falas relacionadas a estas categorias foram interpretadas segundo seu significado encontrando-se os resultados a seguir demonstrados.

4.2.1. Categoria Geral Qualidade de Vida

Quando perguntados sobre como explicariam o que é qualidade de vida, a maioria associou-a ao bem-estar como segue:

J.G.: "Qualidade de vida é você fazer aquilo que você tem prazer, né. E aquilo que vai te ajudar no seu dia-a-dia, é melhorar as condições,(...) Tudo que dá prazer a gente deve fazer, dentro dos limites de cada um."

J.C.A.: "Qualidade de vida eu entendo que são os meios que nós usamos para que nossa vida seja agradável, e nós tenhamos o prazer de utilizar todos os momentos que nos são dados."

J.R.L.: "Qualidade de vida para mim é estar bem comigo mesmo, e com o meu espírito né principalmente e aliado a isso a boa saúde né e a condição financeira para poder usufruir dos benefícios, que hoje a ciência oferece. Acho que é isso."

A.F.:" É aquilo que a gente sente no coração. Um sentimento que eu não sei explicar (...)"

I.D.: "É bem estar geral (...) E a pessoa se sentir bem."

O conceito de qualidade de vida para estes idosos, também está relacionado ao convívio social, como se observa:

N.C.V: "Em primeiro lugar é o relacionamento que nós temos no grupo. Eu faltei na terça feira e quando eu cheguei... Eu quase me emociono: mas você faltou, não sei quê... A gente se sente fazendo parte de um todo e isso faz muito bem."

E.E.D.: "Para mim a qualidade de vida é (...) ter bom relacionamento com as pessoas, com a sociedade. Diversão, bons passeios..."

J.G.: ".Então participar de um grupo de terceira idade é bom ajuda, natação e mesmo o que é feito aqui hoje, o convívio entre as pessoas, conhecendo gente diferente, com idéias diferentes e acaba uma coisa complementando a outra."

D.O.F.:"Eu acho que a gente se dando bem com as pessoas, mas, assim, ter amizade, eu acho disso."

Outros idosos do grupo ressaltam o aprendizado como parte do conceito de qualidade de vida:

A.F.:"Bem, que é gostoso, que a pessoa gosta de aprender,(...)".

C.R.S.:" (...) Eu tenho que estar envolvida com coisas que me acrescentem, me enriqueçam de alguma coisa. Não vejo assim qualidade de vida só como um foco."

J.B.:"É tudo que os profissionais estão ensinando a alimentação o exercício que nós fazemos, e as coisas que vocês são formados para isso, (...)".

A qualidade de vida também foi associada à saúde:

J.R.L: "Qualidade de vida para mim é (..). boa saúde né!"

N.G.S.: "Eu explicaria para o grupo assim, ter qualidade de vida é procurar um tratamento, se tratar né, (...)eu acho procurar assim um, por exemplo, se a pessoa tiver alguma enfermidade, ela tem que procurar aquele médico que cuide dela, para que ela fique boa e se ... e tenha uma boa vontade de se distrair né? Eu acho assim."

E.E.D.:"Para mim a qualidade de vida é ter saúde, (...)"

Destaca-se que alguns destes idosos interpretam qualidade de via relacionada à alimentação e prática de atividade física:

N.G.S:"Eu explicaria para o grupo assim, ter qualidade de vida é procurar um tratamento, ter uma boa alimentação (...)"

E.E.D.: "Para mim a qualidade de vida é (...) boa alimentação (...)"

J.B.: "É tudo que os profissionais estão ensinando: a alimentação o exercício que nós fazemos (...)"

C.R.L.: " Penso que é alimentação, exercício. Para mim é isso aí: primeiro a alimentação, depois o exercício (...) e paz de espírito. É a gente ficar mais devagar, não ficar muito afobada, nervosa, que faz mal para a gente. Faz mal ficar presa nas coisas, tem que ter paciência com as coisas, ver o que dá para fazer. Se distrair, ter um tempo para a pessoa."

A qualidade de vida aparece ainda como associada à situação financeira:

J.R.L.:"(...) e a condição financeira para poder usufruir dos benefícios, que hoje a ciência oferece. Acho que é isso."

E referida como à distração, passeios, viagens:

N.G.S.: "Eu explicaria para o grupo assim (...)eu acho que passeios né, passeios distrações, ficar em grupo né, fazer viagens né, (...)e tenha uma boa vontade de se distrair né? Eu acho assim."

E.E.D.:"Para mim a qualidade de vida é (...)Diversão, bons passeios,(...)"

Foi destacado ainda o convívio familiar:

A.F.:"É aquilo que a gente sente no coração. Um sentimento que eu não sei explicar. Bem, que é gostoso, (...)ter família. Se a gente tiver família bem, a gente também fica bem."

4.2.2. Categoria Geral Saúde

Já quando questionados sobre como explicariam o que entendem por saúde, a maioria relacionou-a à ausência de incapacidade ou doença, entendida tanto como aquela que afeta o corpo físico quanto a que afeta o aspecto psicológico, como segue:

J.R.L.: "Se eu tivesse que explicar o que é saúde ? Saúde é ... não ter sintomas, dores, sofrimento tanto o físico seja o material quanto o imaterial que é o psicológico né o espiritual. Porque você às vezes está bem fisicamente e psicologicamente você não está. Então é essa que ela não aparece aos olhos. Que a material aparece, e a espiritual você têm, você sente a dor e ninguém sente. Essa é a pior."

E.E.D.:"Bom o que é saúde ao meu modo de ver é não sofrer de nenhum mal, de nenhuma doença, nenhuma doença infecto contagiosa, nenhuma doença que a pessoa é... obrigada a ficar escravo de determinado medicamento, dependente de medicação."

C.R.L: "Penso que saúde é a pessoa não ter doença. A doença faz a pessoa ter horário para comer, para dormir, para passear, se distrair."

A saúde foi ainda relacionada com o convívio social e familiar, outros afazeres, oportunidade de distração:

N.G.S.: "Eu explicaria que saúde é estar de bem com a vida,(...) ter boas amizades, freqüentar grupos, e ter passeios para distrair a vida, porque o que resta para gente desta idade tem mais é que divertir e curtir a vida, eu acho que é isso aí..."

I.D.: "Não é ausência de doença. Saúde acho que os outros fatores que fazem a pessoa se sentir bem, estar integrada com a comunidade dela, com a família, isto tudo faz parte da saúde."

C.R.S.: "Na realidade para mim saúde (...) na realidade quando você começa a perceber, você convive com as pessoas, você vê algum motivo, você tem um foco na sua vida, você melhora sua qualidade de vida e, consequentemente, sua saúde. (...)"

N.G.S.: "Eu explicaria que saúde é (...) ter boas amizades, freqüentar grupos, e ter passeios para distrair a vida, porque o que resta para gente desta idade tem mais é que divertir e curtir a vida, eu acho que é isso aí..."

Estes idosos associam a saúde à alimentação, como se observa:

A.F.: "Não sei bem... A gente se sente assim bem disposta, come e dorme bem, que a gente tenha disposição para trabalhar, para estudar, para aquilo que seja gostoso para a gente."

D.O.F.: "A saúde? A gente ter saúde, é isso? A gente saber viver, não comer muitas coisas que não pode e que a gente come, né?(...)"

E ao cuidar de si:

N.G.S.: "Eu explicaria que saúde é (...)se cuidar, (...)"

Ainda à independência e autonomia:

J.C.A.:" Saúde é aquela condição que nós temos para aproveitar totalmente a nossa liberdade, porque no momento em que nós perdemos a nossa saúde, a nossa liberdade fica demasiadamente limitada. Então o prazer de viver praticamente vai desaparecendo, e é desagradável."

A saúde também é vista como acompanhamento médico e uso de medicação adequada e correta:

D.O.F.: A saúde (...)Tomar remédio que a gente não deveria tomar, não é verdade? A gente as vezes vai atrás dos outros: ah!! é bom para isso, é bom para aquilo, eu faço, me fala eu faço. Ah! Esse é bom para o joelho, né! E eu vou, não é bom, faz mal (...)

4.2.3. Categoria Geral Influência das DCNT na Qualidade de Vida

Quanto à influência que as DCNT tem sobre a qualidade de vida destes idosos, a maioria refere que as doenças afetam esta última ao imporem restrições à atividades desempenhadas no dia a dia, como na alimentação:

J.R.L.: "Afeta né como qualquer outra doença, porque começa com a alimentação porque você não pode comer o que quer, não pode comer a quantidade que quer, para onde for tem que levar alguma coisa para comer ou dinheiro ou alguma coisa, então é mais uma preocupação que você não precisava ter, porque quem não tem não tem.Quem não tem a doença não tem essa preocupação. A diabetes eu tenho, se eu for fazer uma viagem eu tenho que levar alguma coisa, não só a insulina mas o alimento né? Então me preocupa sim."

C.R.L.: "Sim, pela alimentação(...)tenho que ver a comida por causa da gordura e do salgado, aí controlo, tomo remédio."

Em relação à outra restrição citada, está relacionada à atividade física:

J.G.: " Bastante,(...) Além do problema de andar, fazer exercício hoje, por exemplo, tive grandes dificuldades com os exercícios, então afeta sim e muito."

A.N.: "Sim, eu me sinto cansada, preciso voltar para a hidroginástica."

As DCNT são ainda vistas como causadoras de constrangimentos e, portanto, afetando o convívio social desta idosa:

A.F.: "Interfere muito, muito, muito! Porque a gente que tem refluxo não tem hora para ter crise, também arroto sem querer e então me afeta, porque se eu estou em uma companhia, conversando, e aí vem, afeta muito, me atrapalha até para estudar ,não tenho disposição."

E associadas à internações freqüentes:

J.B.: "O colesterol sim e a doença do pulmão também, se eu não tratar eu tenho crise prolongada preciso ficar internado, quando eu não tinha plano de saúde eu ficava internado até 15 dias para passar a crise. Eu tomava tanto corticóide que o meu rosto ficava redondo."

Um dos idosos, entretanto, apesar de admitir que as DCNT limitam suas atividades, não vê isso como um problema:

J.C.A.:"Interfere, mas conforme eu disse, se nós estivermos atentos as nossas limitações, nós superamos com relativa facilidade."

Quanto aos idosos que não vem interferência na relação entre as DCNT de que são portadores e sua qualidade de vida, ressalta-se o fato do controle de suas doenças, associado, nestas entrevistas, à utilização de medicação:

N.C.V.: "Olha o hipoteireoidismo me atrapalhou enquanto eu não controlava (...)"

C.R.S.: "Não. Eu me medico e, para mim assim, eu não posso esquecer do remédio, tenho que estar atenta a isto e acompanhar se eu tenho (...)"

D.O.F.: "Não, para mim não. (...) Para mim não atrapalha em nada essas dor ,não! Ás vezes eu ponho uma joelheira, passo alguma pomada e tomo algum remédio para dor e venho,para mim não tem nenhum problema isso."

N.G.S.: "Não (...) aí que eu passei a tomar essa medicação e controlou a minha doença, eu quis parar de tomar o medicamento, que eu tomo desde 2000, aí o médico do hospital alemão falou assim dona N. a senhora concorda que se a senhora parar vai voltar tudo, então eu tenho que tomar para o resto da vida. E todas as vezes que eu vou fazer o controle elas não sabem nem como me elogiar, não sabe como elogiar tanto a ginecologista como a cardiologista. (...)"

4.2.4. Categoria Geral Influência da Participação do Grupo de Promoção à Saúde na Qualidade de Vida

A última questão da entrevista refere-se à existência ou não de influência exercida pela participação no grupo de promoção da saúde na qualidade de vida destes idosos. Nas falas da maioria nota-se que o grupo contribui positivamente ao estimular o convívio social entre os participantes:

I.D.: "Porque eu estou mais aberta. Eu era mais fechada, mais introspectiva, agora não! Agora eu vou para o grupo, tem pessoas para conversar, tem um assunto que interessa, eu acho que isto é minha qualidade de vida. "

A.N.: "Acho que sim, melhorou, porque, por exemplo, pessoas que tem terceira idade precisa se reunir em grupos, não podem se isolar. O isolamento é a pior coisa que tem! Precisa se reunir em grupos, ter amizades, essas reuniões aqui, excelente, é e o que eu posso falar, sabe?"

J.C.A.:"E como influência, porque a vida deve ser vivida com alegria e esperança, quando nós nos comunicamos com todos aqueles exercícios com essa alegria esfuziante que eles demonstram, isso então nos dá uma vida muito suave e agradável."

J.R.L.:" (...)a pessoa chega a uma certa idade e não tem para onde ir, não está mais trabalhando, se não tem uma atividade que tome o tempo dele, ele vai ficar o dia todo cochilando, assistindo televisão a mesma coisa todo dia. E como ele tem a atividade, ele sai a atividade como se diz... Ela motiva né, faz com que ele saída de casa, principalmente para as mulheres, tanto que aqui no grupo tem mais mulheres do que homens. (risos...)"

E.E.D.: "A minha participação no grupo (...) porque depois a pessoa adquiri uma certa idade, aposentado ficar sediado ou ficar como uma ostra, no seu ambiente

domiciliar, ele vai com o tempo se recalcando se enferrujando. Aqui além de ter atividade física, tem atividade é.. comunicativa e social. Um bom relacionamento,(...)"

O idosos também vem o grupo como uma oportunidade de aprendizagem:

D.O.F.:" Estou adorando participar, estou feliz! Melhorou a qualidade de vida cem por cento. (...)estou aprendendo muito coisa!"

A.F.:"Muito, maravilhosamente. Eu gosto de gente, de aprender, de ensinar, então isso aqui está demais para mim. Nos tratam muito bem, fazem esforço para que todos compreendam. Eu quero saber porque tenho que fazer deste jeito e não daquele e isso aqui acontece, eu sei o porquê, eu aprendo."

C.R.L.: "Eu cheguei muito ruim, eu estava com as pernas muito doloridas, não podia nem dar um passo. Aqui, alem do professor dar as aulas, eu estar melhorando porquê ele explica, eu estou aprendendo e isto é muito importante, muito, muito. (...)O mais importante é a física e as palestras porque eu estou aprendendo, eu acho muito bom aprender."

E.E.D.:"Ah influência bastante, influencia como eu acabei de dizer para um bom relacionamento que a gente tem com as pessoas, é e de um modo geral adquirindo conhecimento, e que não era do meu conhecimento, vamos dizer assim nas reuniões, com pessoas especializadas, palestras, dando abertura para tirar dúvida. Eu não faltei nenhuma vez, por gostar muito."

DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

Os idosos que participam do grupo de promoção à saúde da OPS citada são predominantemente do sexo feminino, achado que segue a distribuição encontrada entre a população de idosos e já mencionada quando da exposição sobre feminização da velhice, quando se destacou que 55% da população de idosos são mulheres. (CAMARANO e col., 2004a) Esta distribuição é semelhante a da própria carteira de clientes da OPS já apresentada, onde 62,58% dos idosos são do sexo feminino.

Veras e colaboradores (2008b) destacam que, em análise das características demográficas dos idosos vinculados ao sistema de saúde suplementar brasileiro, as maiores coberturas pelos planos de saúde concentram-se entre as idosas do sexo feminino, principalmente na região Sudeste, o que reflete a distribuição por sexo encontrada para o grupo de idosos.

Ressalva-se que a amostra é composta por idosos participantes de um programa de promoção da saúde e a literatura menciona maior participação de idosas mulheres em todas as atividades relacionadas à estes grupos. (ROSA, 2004; ALBUQUERQUE, 2005; NERI, 2007)

Ao ser comparada a distribuição por faixa etária encontrada para o grupo de idosos em relação à obtida para a região metropolitana de São Paulo em 2005, chama a atenção a maior porcentagem de participantes do grupo acima dos 70 anos de idade, principalmente acima dos 75 anos. (IBGE, 2008) Foi utilizada como comparação a região metropolitana citada por ser o local de moradia de todos os participantes da pesquisa.

Néri (2009), estudando 900 idosos em cidade do interior do estado de São Paulo, encontrou que, em torno de 13% destes, apresentam idade superior a 80 anos. Como já citado quando da explanação sobre envelhecimento e dados demográficos, a população de idosos acima de 80 anos é a que mais cresce proporcionalmente ao restante da população. (CAMARANO, 2002; CAMARANO *et al.*, 2004a; NEGRI *et al.*, 2004; OPAS, 2005b; MINISTÉRIO DA SAÚDE 2006a; IESS, 2008d)

A literatura destaca que entre os usuários de planos de saúde, as maiores coberturas encontram-se nas faixas etárias acima de 70 anos, principalmente, e 80 e

mais anos. (VERAS E PARAHYBA, 2007; VERAS e col., 2008b). Estes dados corroboram os encontrados nesta pesquisa.

Entretanto ressalta-se que os homens do grupo são os mais velhos, dado que difere em relação à distribuição proporcional de idosos no Brasil onde predominam as mulheres, como já discutido e exposto na Tabela 2. (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2000)

A maior parte dos idosos do grupo ou são casados ou viúvos. Encontra-se na distribuição da situação conjugal destes idosos a mesma diferenciação por gênero descrita quando da exposição dos dados demográficos sobre o envelhecimento. Assim, predomina no sexo feminino o estado civil viúvo e solteiro, enquanto que entre os homens, a maioria ou são casados ou se encontram em outra situação conjugal, destacando-se o número de idosos em união estável. (CAMARANO, 2002; CAMARANO *et al.*, 2004a; NEGRI *et al.*, 2004; OPAS, 2005b; MINISTÉRIO DA SAÚDE 2006a; IESS, 2008d)

Dados semelhantes também foram encontrados em pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo no ano de 2006 com idosos residentes em 204 municípios brasileiros, onde foi identificado que 55% destes eram casados, 33% solteiros, 6% viúvos e 5% em outras situações conjugais. A maioria dos que informaram ser viúvos eram mulheres e, entre os homens, a maioria era composta por casados. (NERI, 2007c)

Néri (2009), também encontrou distribuição semelhante estudando idosos no município de Campinas, onde aproximadamente 50% dos idosos são casados e, entre os viúvos, há maior proporção de mulheres.

Os idosos do grupo apresentam elevado grau de instrução, tendo a maioria ensino superior e médio completos. Nos dados obtidos pela PNAD 2005 destaca-se que a porcentagem de idosos acima de 60 anos que cursaram mais de 9 anos de estudo para a região metropolitana de São Paulo não ultrapassa 18% da população pesquisada, porcentagem esta ainda menor, 13,5%, quando observada para o Brasil como um todo. (IBGE, 2008)

Néri (2009) ressalta que, dos idosos em Campinas, a maior proporção apresenta grau de instrução fundamental ou são analfabetos. Camarano e col. (2004a) observam que, apesar do número de anos de estudo da população idosa vir aumentando, principalmente entre as mulheres, ao serem observados os censos de 1940 a 2000, ainda ocorrem diferenças significativas em relação às demais faixas etárias e entre os sexos, sendo que os homens idosos apresentam maior escolaridade.

Observando-se a distribuição por sexo e grau de instrução do grupo de idosos, nota-se que 87,50% dos idosos do sexo masculino tem ensino médio e superior, sendo que, entre as mulheres, esta porcentagem cai para, aproximadamente, 69%.

Destaca-se que o elevado grau de escolaridade apresentado pelo grupo, em que 75% dos idosos apresentam ensino médio e superior completos, pode ser imputado à característica da própria amostra, posto que se trate de indivíduos vinculados a planos de saúde que, como já descrito, são oferecidos à associações de classe e sindicatos.

No que tange à situação ocupacional, a grande maioria dos idosos que participam do grupo são aposentados e, quanto maior a faixa de idade, maior o número destes. Estes dados não diferem da situação encontrada para estes grupos etários na literatura. (CAMARANO e col., 2004a; IBGE,2008)

Os idosos do grupo, em sua maioria, residem ou com o cônjuge ou com a família, fato também corroborado por outras pesquisas. (CAMARANO e col., 2004a; NERI, 2007c; IBGE, 2008)

Bahia e col. (2006), analisando os dados da PNAD do ano de 2003, destacam que o perfil dos indivíduos que tinham plano de saúde nessa época era composto, predominantemente, por mulheres de idade avançada com maior renda familiar per – capita e maior escolaridade. Estas residiam preferentemente nas regiões Sul ou Sudeste e em área metropolitanas. Ressaltam, porém, que este perfil aplica-se a planos individuais.

Pelo que se depreende dos dados obtidos com referência ao grupo de idosos, constatam-se algumas diferenças em relação ao apresentado pelos autores acima citados, pois, apesar da maioria ser composta por idosos do sexo feminino, os homens do grupo possuem idade comparativamente mais avançada e com maior grau de escolaridade do que as idosas mulheres.

Vale ressaltar a característica dos planos de saúde vendidos pela OPS à qual este grupo de idosos está vinculado. Estes além de serem voltados exclusivamente para pessoas jurídicas, quais sejam empresas, associações de classe e sindicatos, permitem, em alguns casos, não só a inclusão de dependentes como também de agregados. Os primeiros compreendem o cônjuge e filhos menores, já os segundos podem permitir diversos arranjos como inclusão de pais, sogros, filhos maiores, outros familiares a depender da pessoa jurídica que o contrate. Portanto, os idosos do grupo podem ser os próprios titulares de seus planos ou não, o que pode explicar a diferença mencionada.

Como já abordado anteriormente quando da exposição sobre dados epidemiológicos e envelhecimento, as DCNT representam atualmente a maior causa de morbidade mundial, sendo que quanto maior a idade, maior sua prevalência. (VERAS, 2002; ONU, 2007) Em estudo realizado com idosos em Campinas, Garcia e colaboradores, encontraram como doenças mais prevalentes entre estes a hipertensão arterial e suas complicações, as artroses, algias, diabetes, as doenças do trato digestório e as cardiopatias. (GARCIA e col., 2006)

Lebrão e Duarte (2007) em pesquisa realizada com idosos moradores nas grandes capitais brasileiras ressaltam que 81% destes tem alguma DCNT, sendo as mais citadas a hipertensão arterial e a diabetes. Lima-Costa e colaboradores (2007b) analisando a PNAD de 1998 destacam que 70% dos idosos declararam ter DCNT, sendo a hipertensão arterial a doença mais referida.

Brandão e colaboradores (2006) mencionam ser a hipertensão arterial altamente prevalente em idosos, estando diretamente relacionada com a mortalidade por doenças cardíacas, acidente vascular encefálico (AVE), insuficiência renal e insuficiência cardíaca. Estes dados corroboram o anteriormente exposto quanto à associação entre doença hipertensiva e doenças cardio-vasculares.(WHO, 2002; LEBRÃO E DUARTE, 2007)

Néri (2009) encontrou em idosos de um município paulista, 26% de prevalência de doenças cardiovasculares, 63% de hipertensão arterial, 22% de diabetes, 26% de osteoporose e 30% de incidência de quedas.

Das DCNT referidas pelos idosos do grupo de promoção à saúde da OPS, a hipertensão arterial é a doença mais citada, acompanhando os dados encontrados na literatura. A seguir surgem a osteoporose, as doenças da tireóide e o diabetes, outras DCNT frequentemente citadas como associadas ao envelhecimento. (FREITAS, 2006) Todas estas são referidas por idosos do grupo de ambos os sexos.

A osteoporose é a doença esquelética sistêmica associada à maior incidência de quedas em idosos, já sendo considerada um problema de saúde pública, principalmente associada à fraturas. Ressalta-se, como já abordado, que as quedas em idosos aparecem entre as causas externas de mortes, além de poderem levar à incapacidades e dependência. (PEREIRA e FULLER, 2004; DELL'ARINGA, 2008; MANSO e col., 2008).

Em relação às doenças da tiróide, estas vem sendo diagnosticadas com maior freqüência devido à melhoria de sensibilidade e acessibilidade aos testes laboratoriais requeridos para sua detecção. (GIACAGLIA, 2004)

Liberman (2006) ressalta que as doenças da tireóide apresentam elevada incidência entre a população idosa relacionadas ao envelhecimento do sistema endócrino, principalmente no que se refere ao hipotireoidismo.

Brito e Litvoc (2004) ressaltam que quanto maior a idade do indivíduo, maior a incidência de co-morbidades, como já destacado. Portanto não causa estranheza que a maioria, 62,5%, dos idosos do grupo apresente mais de uma DCNT. Destes, aproximadamente metade dos hipertensos apresentam concomitantemente doenças da tireóide ou osteoporose. É freqüente ainda a co-morbidade entre diabetes e doenças da tireóide e entre osteoporose e dor crônica.

Sobre esta última associação referida pelos idosos do grupo, Pereira e Mendonça (2006) destacam que apesar da osteoporose ser a doença óssea de maior prevalência entre a população geriátrica, é geralmente assintomática. Portanto, é doença que, por si só, não se caracteriza como em causadora de dor crônica, como encontrado nesta pesquisa.

Segundo o Suplemento de Saúde da PNAD de 2003, dos indivíduos que declararam ter três ou mais DCNT, o maior número era de mulheres (33,9%). (NEGRI e col. ,2004; BARROS e col., 2006; VERAS e PARAHYBA, 2007; IBGE, 2008) No grupo de idosos, ao contrário, foram os homens que apresentaram maior porcentagem de DCNT associadas, o que pode ser atribuído à idade mais elevada apresentada por estes.

Vale ressaltar que esta pesquisa utiliza morbidade referida amparada em estudos epidemiológicos que ressaltam a sua validade em indivíduos que utilizam serviços mais recentemente, com maior escolaridade e com maior número de co-morbidades, entretanto, pode existir sub-estimativa da prevalência das DCNT. (FRANCISCO e col., 2006; LIMA-COSTA e col., 2007b). Firmo e colaboradores (2004) estudando idosos em Bambuí, Minas Gerais, destacam que 23% dos idosos desconheciam ter hipertensão.

Cabe ressaltar, observando-se respostas dadas para as perguntas do instrumento WHOQOL-BREF que, apesar de somente 4 idosos referirem ter dor crônica quando da aplicação do questionário sócio-demográfico, 12 idosos acreditam que a dor que sentem o impede de fazer o que precisam. Como já dito, utilizou-se no questionário sócio-demográfico morbidade referida, sendo as questões deste do tipo sim ou não, diferentes

das formuladas pelo instrumento WHOQOL, o que pode ter influenciado estes resultados.

Como já destacado, a OMS divulgou relatório no qual trata dos dez riscos à saúde que estão associados a um terço de todas as mortes preveníveis que ocorrem no mundo. (WHO, 2002) Entre estes riscos encontram-se a hipertensão arterial, o colesterol elevado, a obesidade, o consumo de tabaco e o consumo de álcool, todos associados diretamente ao aparecimento de várias DCNT e incapacidades.

A organização destaca ainda que o sobrepeso e a obesidade são importantes determinantes de saúde e podem levar a alterações metabólicas adversas, incluindo aumento da pressão arterial, níveis de colesterol elevados e aumento da resistência à insulina, elevando o risco de doença coronariana, acidente vascular encefálico (AVE) e vários tipo de cânceres.

O relatório ressalta que a hipertensão arterial e os elevados níveis de colesterol estão diretamente relacionados com o consumo excessivo de gorduras, doces e ingestão de sal e que se tornam mais letais quando combinados ao consumo de tabaco e álcool, causando uma variedade de cânceres bem como doenças cardíacas e AVE.

Ressalva-se, como explanado anteriormente, que segundo os censos de 1980, 1991 e 2000, as doenças do aparelho circulatório aparecem como a primeira causa de morte entre os idosos. Maia e colaboradores (2006) encontraram 47% dos óbitos nesta faixa etária atribuídos às doenças cardio-vasculares que tem como fatores de risco para sua ocorrência a hipertensão arterial, a hipercolesterolemia, o excesso de peso e o diabetes.

O grupo de idosos pesquisado referiu como fator de risco mais prevalente, após a hipertensão arterial, o colesterol elevado, seguido pelo excesso de peso, obesidade e consumo de álcool. Estes incidem, nestes idosos, tanto em associação às DCNT já comentadas quanto associados entre si, podendo-se depreender que se trata de população a ser considerada de alto risco para a ocorrência de incapacidades e mortalidade por doenças cardiovasculares e suas complicações.

Vale ressaltar, entretanto, que estes idosos fazem parte de um programa de promoção à saúde que se destina exatamente para o perfil que apresentam, como já explanado anteriormente.

Destaca-se o fato de que 70,8% dos idosos do grupo praticam atividade física, fato que pode estar relacionado às atividades das quais participam no programa, como já mencionado.

Dos idosos do grupo, a metade não possui médico específico, apesar de 75% terem realizado consulta médica nos últimos seis meses. Este dado pode refletir o anteriormente comentado sobre o modelo de assistência à saúde vigente atualmente nas OPS, onde estes idosos utilizam os serviços ambulatoriais de saúde de forma errática, sem acompanhamento continuado das DCNT e fatores de risco que os acometem.

No que tange às internações, em torno de metade dos idosos do grupo já estiveram internados, sendo que a maioria das internações ocorreu no último ano ocasionadas ou por motivos cirúrgicos ou por descompensações da DCNT de base. Das internações atribuídas às descompensações das DCNT, destaca-se que a maioria ocorreu nos idosos do sexo masculino com maior número de co-morbidades e de mais idade.

Este último dado não causa estranheza, já que reflete o encontrado na literatura onde as DCNT e suas complicações estão associadas não só à maior parte das internações em idosos, como aos custos e utilização dos serviços de saúde pelos mesmos, como já citado. (BRITO e RAMOS, 2002; SIMÕES, 2002; VERAS, 2002; VERAS e col., 2002; WHO, 2002; ONU, 2003; BRITO e LITVOC, 2004; CAMARANO e col., 2004b; NUNES, 2004; PEIXOTO e GIATTI, 2004; OPAS 2005a; OPAS, 2005b; OPAS, 2005c; AUSTIN ASSIS, 2006; IBM, 2006; IESS 2006; MAIA e col., 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b; VALOR ECONÔMICO, 2006; LIMA-COSTA e col., 2007a; UNIDAS, 2007; VERAS, 2007; VERAS e PARAHYBA, 2007; IESS 2008b; OECD, 2008; VERAS e col., 2008)

Ressalta-se que Nunes (2004), em estudo sobre o envelhecimento populacional e as despesas do SUS, destaca que tanto a freqüência quanto os custos de internações entre os idosos são mais elevados no sexo masculino, o que pode indicar um processo de envelhecimento de qualidade inferior ao apresentado pelas idosas.

Passa-se agora a comentar as respostas dadas pelo grupo de idosos aos questionários WHOQOL. As duas primeiras questões do instrumento WHOQOL-BREF versam sobre avaliação da qualidade de vida e a satisfação com a saúde, como já citado. Observou-se que a grande maioria dos idosos do grupo, 79,2%, considerou como boa ou muito boa sua qualidade de vida e que 50% deles estão satisfeitos com sua saúde.

Jóia e colaboradores (2007), em estudo realizado com idosos no município de Botucatu, São Paulo, e utilizando o instrumento WHOQOL-100, encontraram que 58,9% dos pesquisados estavam satisfeitos com sua saúde.

Lima-Costa e colaboradores (2007b) ressalvam que a percepção de saúde como boa e muito boa entre idosos variou entre 25% no município de Bambuí, Minas Gerais; 44% na cidade do Rio de Janeiro e 70% na cidade de São Paulo.

Depreende-se que as porcentagens relacionadas à avaliação de qualidade de vida e satisfação com a saúde encontradas para o grupo de idosos não diferem, de maneira geral, dos dados de literatura. Entretanto cumpre ressaltar que somente estas duas questões analisadas não permitem, isoladamente, inferir o quanto os idosos do grupo estão satisfeitos com sua saúde e como avaliam sua qualidade de vida, sendo necessário a análise dos diferentes domínios dos instrumentos WHOQOL aplicados. Nestes o grupo de idosos obteve pontuação elevada, acima de 60% em média, em todos os domínios.

As médias obtidas nos domínios do instrumento WHOQOL-BREF pelo grupo de idosos foram comparadas às médias obtidas em pesquisas por Ribeiro e colaboradores (2008), que aplicaram o instrumento em idosos moradores de uma comunidade situada na cidade do Rio de Janeiro; Hwang e colaboradores (2003) que o aplicaram em idosos taiwanenses e Naumann e Byrne (2004) que o utilizaram em idosos com depressão acompanhados por um hospital psiquiátrico australiano.

Nestas comparações observa-se que as médias alcançadas pelo grupo de idosos foram maiores que nos grupos citados nos domínios “Físico” e “Meio Ambiente”. No domínio “Psicológico”, a média do grupo é menor apenas em relação à média obtida pelo grupo da comunidade do Rio de Janeiro e no domínio “Relações Sociais”, semelhante a obtida pelo grupo de idosos australianos. Em relação às questões qualidade de vida e satisfação com a saúde isoladamente, a comparação mostra que os participantes desta pesquisa atingem as maiores médias em ambos os itens.

Pereira e colaboradores (2006) destacam que o domínio “Físico” relaciona-se à capacidade funcional e costuma ter alta pontuação entre os idosos, pois está relacionado à independência e autonomia. Os autores ressalvam, entretanto, que a literatura atribui importância aos domínios “Social” e “Psicológico” quando trata da qualidade de vida em neste grupo etário.

Portanto, a princípio, a pontuação atribuída pelo grupo de idosos quando comparada à literatura reflete o predomínio do domínio “Físico” do WHOQOL-BREF. Entretanto, ao serem comparados os escores atribuídos pelo grupo entre si, nota-se que a maior pontuação é alcançada nos domínios relacionados à esfera social em ambos os instrumentos testados.

Este achado é corroborado pela pesquisa qualitativa onde se destaca nas diversas falas a importância dada ao convívio social e familiar como determinantes da qualidade de vida. Outrossim, o domínio que obteve menor pontuação entre todos foi "Autonomia" do WHOQOL-OLD. Ao analisar as questões que o compõem observa-se que a maioria dos idosos do grupo diz ter liberdade de decisões, porém não sentem que as pessoas respeitam sua liberdade.

Não foram encontradas pesquisas com a utilização do instrumento WHOQOL-OLD que permitissem comparar estas observações, porém ressalta-se que, uma das premissas para o envelhecimento ativo é exatamente a manutenção da autonomia dos idosos. Poder-se-ia inferir que, apesar de ser o grupo composto por idosos autônomos e independentes, estes idosos sentem que não são respeitados como tal por seu entorno.

Da análise da pontuação dos diferentes instrumentos WHOQOL testados pode-se resumir que o grupo de idosos vinculados ao programa de promoção da saúde avalia muito bem a sua qualidade de vida e está satisfeito com sua saúde quando comparado a outros grupos populacionais, sendo que dá maior destaque às questões relacionadas aos domínios "Sociais" e "Físico".

A fim de conhecer melhor o comportamento dos diferentes domínios dos instrumentos WHOQOL e sua relação com as variáveis constantes do questionário sócio-demográfico respondidos pelo grupo de idosos, foi realizada análise estatística cujos resultados serão comentados a seguir.

Pereira e col. (2006) destacam que fatores como a idade avançada, sexo feminino, baixo nível de escolaridade e não ter companheiro tem sido citados na literatura como relacionados com baixos níveis de qualidade de vida, daí a importância da análise destas variáveis.

Em estudo realizado com o instrumento WHOQOL-BREF em idosos no município de Teixeira, Minas Gerais, os autores, entretanto, não encontraram a associação descrita, exceto para a variável sexo nos domínios "Físico", "Psicológico" e "Ambiental".

Quanto ao grupo de idosos e em relação à idade, observou-se que quanto maior a faixa etária, maior pontuação no domínio "Relações Sociais" do WHOQOL-BREF, vinculado às amizades, relacionamento com o cônjuge e vida sexual. A menor pontuação foi obtida por idosos com idade inferior a 70 anos. Também foi na faixa etária inferior a 75 anos que se encontraram os menores escores para avaliação de qualidade de vida.

Pimenta e col. (2008), analisando a avaliação de qualidade de vida em aposentados vinculados a uma OPS, encontraram que, quanto maior a idade, melhor a avaliação que estes tinham de sua qualidade de vida. Os autores atribuíram este achado ao tipo de aposentadoria, pois os participantes de menor idade, em sua maioria, estavam aposentados por invalidez.

Néri (2007a) comentando estudo realizado por Fortes em idosos, ressalta o encontro por este autor de maior pontuação nas escalas de depressão entre os idosos mais jovens, o que parece demonstrar que, embora provavelmente mais saudáveis, estes idosos estejam expostos a estressores intra-psíquicos como os de origem familiar e perdas econômicas ou de papéis sociais que ocorrem no início da velhice. Estes mesmos fatores podem ter impactado na pior avaliação de qualidade de vida encontrada no grupo em idosos abaixo de 70 anos.

Quanto ao sexo, apesar de não existir diferença estatística entre homens e mulheres, ressalta-se que dentre as últimas, três deixaram de responder a todas as questões constantes do domínio "Intimidade" do questionário WHOQOL-OLD, fato não observado em relação aos idosos do sexo masculino.

Albuquerque (2005), ao aplicar o instrumento WHOQOL-BREF a um grupo de idosos vinculados a um programa de saúde em um hospital público localizado na cidade de São Paulo, São Paulo, ressalta que também foram encontradas questões em branco nos itens relacionados à atividade sexual. Destaca que a maioria dos participantes da pesquisa eram mulheres viúvas e que, mesmo entre os idosos casados, houve manifestação de desagrado no relacionamento com os parceiros. Ressalta ainda a autora que estas questões em branco podem estar relacionadas tanto à dificuldade dos idosos tratarem do assunto quanto ao desinteresse sexual.

Pascual (2002) ressalta que fatores sociais e religiosos influenciam a sexualidade do idoso agindo como repressores. Estes fatores poderiam explicar a ausência de resposta aos quesitos citados.

Destaca-se que o instrumento WHOQOL-OLD apresenta maior detalhamento no que diz respeito à sexualidade do que o WHOQOL-BREF, o que pode explicar o porquê do número de questões em branco encontradas neste módulo.

No que tange à situação conjugal, os indivíduos casados apresentaram maiores escores no domínio "Físico" do WHOQOL-BREF, relacionado à presença de dor, necessidade de tratamento médico, saúde física e independência. Também obtiveram os

maiores escores em todos os domínios de ambos os instrumentos em relação aos demais, apesar desta diferença não ser estatisticamente significante.

Ressalta-se que os idosos viúvos atribuíram os piores escores à qualidade de vida e satisfação com a saúde. Os idosos do grupo que moram sozinhos apresentaram menores médias em todos os domínios quando comparados aos que moram acompanhados, além de estarem menos satisfeitos que os demais em relação com sua saúde.

Pereira e col. (2008) encontraram melhor avaliação de qualidade de vida entre os idosos casados e em união estável quando comparados aos viúvos e separados, destacando que estes dados correspondem ao descrito na literatura. Jóia e col. (2007) relatam que a referência à solidão está associada à insatisfação com a vida.

Ferraz e Peixoto (1997) destacam que a descrição positiva do casamento, boas condições familiares, independência financeira e sentimentos de liberdade e autonomia estão relacionados com uma boa avaliação da qualidade de vida por idosos. Estes dados corroboram o encontrado nesta pesquisa sobre a situação conjugal destes idosos e sobre o morar sozinho.

Ressalta-se, como já destacado, que o fato do idoso morar só não está diretamente relacionado à tristeza, podendo ser apenas uma opção de vida. (CAMARANO, 2002)

Já os idosos do grupo com ensino superior foram os que avaliaram pior sua qualidade de vida e são os mais insatisfeitos com sua saúde. Estes idosos foram também os que obtiveram os menores escores no domínio “Relações Sociais” do WHOQOL-BREF e “Participação Social” do instrumento WHOQOL-OLD, sendo esta última estatisticamente significante. Este domínio abrange questões relacionadas à maneira do uso do tempo, das atividades desenvolvidas e da participação em atividades comunitárias, além de companheirismo e amor.

Destaca-se que a maioria dos idosos do grupo que tem ensino superior é do sexo masculino. Este achado poderia estar relacionado com o anteriormente mencionado fato de que os idosos homens costumam participar menos de atividades de convívio social ou poderia refletir maior dificuldade em lidar com a situação de aposentado.

Não foi observada diferença estatisticamente significante entre DCNT e os diversos domínios dos instrumentos, independentemente do número de doenças que acometem os idosos do grupo, porém ressalta-se que os menores escores registrados no

item satisfação com a saúde foram atribuídos por idosos que tiveram internações relacionadas às descompensações de DCNT.

Os idosos do grupo portadores de fatores de risco à saúde foram os que obtiveram maior pontuação nos diferentes domínios, sendo a diferença estatisticamente significante. Nenhum dos três fatores influiu na avaliação da qualidade de vida ou satisfação com a saúde. Nota-se, portanto, que, apesar da prevalência dos fatores de risco associados às DCNT, estes não exercem influência sobre a qualidade de vida dos idosos pesquisados.

A OMS (WHO, 2002) destaca que a percepção das pessoas do risco depende de fatores sociais, familiares, governamentais e da informação que recebem. É um processo de educação que se inicia na infância e estende por toda a vida, sendo que enquanto alguns riscos dependem do próprio indivíduo, outros são dependentes de fatores externos a este. A percepção do risco é individual, porém, como o indivíduo está inserido na sociedade, é culturalmente determinado, podendo variar de um país a outro, conforme o gênero, idade, influência familiar, grupos culturais, áreas urbanas ou rurais, localização geográfica e clima.

Uchoa e Vidal (1994) destacam a importância que os fatores culturais tem sobre a adoção de comportamentos de prevenção ou de riscos. Nota-se que, para o grupo de idosos, os fatores de risco que estes apresentam não são considerados como interferentes na qualidade de vida, ao contrário, sendo estatisticamente significante a pontuação obtida em determinados domínios, dentre os quais se destaca o domínio "Físico".

O hábito de fumar, entretanto, obteve a menor pontuação no domínio "Meio Ambiente" do WHOQOL-BREF, no qual estão inseridas questões relacionadas às condições do domicílio e oportunidades de lazer, o que pode refletir certo isolamento devido às restrições impostas pela sociedade ao hábito. Os fumantes também atribuíram as menores notas ao item satisfação com a saúde.

Destaca-se a correlação obtida entre o fato do idoso ter sido internado e a baixa pontuação obtida no domínio "Intimidade" do WHOQOL-OLD. Este se refere ao companheirismo, amor e sexualidade, o que pode apontar para um maior sentimento de solidão e desamparo vivenciado por estes idosos. Os mesmos, entretanto, obtiveram elevada pontuação no domínio "Morte e Morrer".

Concluindo, pode-se depreender pelo apresentado que, segundo os instrumentos WHOQOL-BREF E WHOQOL-OLD os idosos vinculados ao grupo de promoção da

saúde da OPS, consideram sua qualidade de vida boa e estão satisfeitos com sua saúde. Entretanto, quando se avaliam os diferentes domínios, nota-se que a idade abaixo de 70 anos, ser viúvo, ter alto grau de instrução e morar sozinho são variáveis que influem negativamente na pontuação que estes idosos atribuem à sua qualidade de vida e satisfação com sua saúde.

Também se observaram diferenças nos escores relacionados às diversas DCNT quanto ao fato destas doenças serem motivo de internações, independentemente de qual doença ou do número destas.

O fato do grupo de idosos ter fatores de risco à saúde associados às DCNT não afeta sua avaliação sobre saúde ou qualidade de vida, exceto para os fumantes, podendo estes fatos estar ligados a questões culturais.

Como mencionado quando da exposição sobre as diferentes correntes que fundamentam os estudos sobre qualidade de vida, nem sempre o indivíduo associa a diminuição de habilidades, a incapacidade ou o fato de ter uma ou mais DCNT com insatisfação com a vida, fato este conhecido como "paradoxo da deficiência". (ALVES E RODRIGUES, 2005; CHACHAMOVICH e col., 2007). Estes comentários apenas reforçam a avaliação de qualidade de vida obtida pela aplicação dos instrumentos WHOQOL ao grupo de idosos.

Cabe ressaltar, porém, quando se observa o resultado obtido pela pesquisa qualitativa que, quando inquiridos sobre a influência das DCNT na sua qualidade de vida, oito idosos da amostra estudada relacionam-nas com restrições às suas atividades e cinco referem ausência de influência.

Analisando-se as falas dos idosos do grupo quanto à categoria geral qualidade de vida, observa-se que estes a associam, de maneira geral, ao bem-estar. Este bem-estar surge como aquilo que dá prazer, como estar bem consigo mesmo, ter prazer no que faz, mas, ao mesmo tempo em que os idosos o citam, o complementam.

Este complemento é traduzido como limites, tais como condições de saúde, situação financeira, restrições à alimentação e atividades. A estes limites, os idosos, em suas palavras, se adaptam.

Resende e Neri (2007) analisando qualidade de vida em idosos portadores de deficiência física destacam que os indivíduos idosos selecionam os domínios comportamentais nos quais detêm melhor nível de funcionamento e, mediante estratégias de compensação, aperfeiçoam este funcionamento. Este modelo, inicialmente proposto por Baltes e Baltes e denominado otimização seletiva com

compensação, SOC, é definido como a maximização de habilidades desejáveis e minimização ou eliminação dos resultados negativos ou indesejáveis.

Assim, as pessoas ao longo da vida encontram certas oportunidades, por exemplo, as decorrentes da educação, e também limitações, como as ocasionadas por doenças crônicas, e administra a ambas selecionando domínios onde mantêm funcionalidades, otimizando-os e compensando as perdas havidas em outros.

O quanto os idosos conseguem manejar os domínios em que detém maestria, aperfeiçoá-los e compensar as perdas determinará sua maior ou menor adaptação ao processo de envelhecer. (NERI, 2007)

Guedea e col. (2005) destacam que a percepção que o idoso tem de seu bem-estar está diretamente relacionada com sua qualidade de vida. O bem-estar subjetivo é um indicador de saúde mental, sinônimo de felicidade, ajuste e integração social, associando-se negativamente à depressão e DCNT. Trata-se de importante indicador de adaptação na terceira idade, composto pelos componentes afetivo e cognitivo.

O componente afetivo caracteriza-se pelo equilíbrio dos afetos positivos e negativos. O componente cognitivo é tido como um processo de julgamento e avaliação geral da própria vida. (GUEDEA, 2005; CHACHAMOVICH e col., 2007; NERI, 2007a)

Guedea e col., já citadas, seguem ressaltando que as estratégias de enfretamento têm contribuição significativa para o bem-estar subjetivo dos idosos, funcionando como amortecedores para efeitos adversos, tendo tanto um componente individual quanto social. Estudando 123 idosos do município de João Pessoa, Paraíba, sem grandes perdas funcionais, analisaram as estratégias de enfrentamento por estes utilizadas e concluíram que a rede de apoio social tem importância no bem-estar destes idosos.

Neri (2007a) ressalta que os recursos da personalidade tais como conhecimento e valorização de si, capacidade de enfrentamento e auto-avaliação determinam o bem-estar subjetivo, destacando, entretanto, a necessidade de ser considerada a multidimensionalidade, a contextualização.

Dentro do contexto das estratégias de enfrentamento, destaca-se o conceito de resiliência, enquanto capacidade do indivíduo construir-se positivamente face às adversidades. Este conceito tem sido utilizado na área de promoção à saúde desde os anos 1970, buscando identificar os fatores de risco e proteção que contribuem para a adaptação das pessoas a fim de que possam servir de subsídios para políticas públicas e programas nesta área. (NORONHA e col., 2009)

Aqui, quando se fala em fatores de risco e proteção, não se trata do aspecto biológico ou epidemiológico apenas, mas também de questões sociais, culturais, psíquicas que influenciam a qualidade de vida e a saúde, ou seja, dos determinantes já discutidos anteriormente. A maioria dos estudos que tratam da resiliência está voltada para adolescentes, crianças ou outros grupos em situação de vulnerabilidade, como as mulheres. (SLAP, 1998; MENEGUEL, 2003)

Estes mecanismos adaptativos podem explicar o encontrado nesta pesquisa, na qual o grupo de idosos, apesar de ciente de suas limitações e vendo restrições em seus hábitos e estilo de vida decorrentes das DCNT, avalia sua qualidade de vida como boa e está satisfeito com sua saúde.

Além da associação com bem-estar, o grupo também vê a qualidade de vida como convívio social, entendido como relacionamento de amizade, companhia, companheirismo. As entrevistas destacam a relação entre qualidade de vida e aprendizado, sendo este último visto como espaço de trocas entre os próprios idosos do grupo e entre a equipe de profissionais do programa. Foram ainda citadas diversão, distração e viagens, atividades vinculadas tanto à oportunidade de convívio social quanto ao bem-estar, e o convívio familiar.

Farqhar (1995) destaca que as pessoas idosas ao serem inqueridas sobre qualidade de vida são capazes tanto de citar fatos bons quanto ruins a aquela associados. Destaca que para idosos não institucionalizados, a qualidade de vida é mais do que a saúde, destacando o convívio familiar, o convívio social e atividades.

Martins e col. (1996) pesquisando sobre aspectos de qualidade de vida mencionados por pessoas portadores de doenças crônicas ressaltam que, além do bem-estar material, físico e emocional destacam-se o lazer, a recreação, o relacionamento social e familiar.

Chachamovich e col. (2007) em revisão da literatura sobre qualidade de vida em idosos destacam a associação desta com convívio social, atividades de lazer, comunicação, alegria, convívio familiar, relacionamento, amizades, auto-estima, saúde, segurança e renda.

Bowling (2008), em pesquisa realizada com idosos ingleses, observa que estes citam a manutenção da realização de atividades físicas, atividades de laser, atividades mentais e sociais como importantes para envelhecer com qualidade de vida.

Nota-se que as falas do grupo de idosos coincidem com as pesquisas citadas. O grupo também relacionou qualidade de vida com saúde, alimentação e prática de

atividade física. Como o mesmo se encontra vinculado a um programa de promoção à saúde de uma OPS, anteriormente caracterizado, pode-se depreender que tanto a referência ao aprendizado quanto à alimentação e atividade física possa estar relacionada a estas atividades.

Destaca-se que existe uma superposição entre o que o grupo entende por qualidade de vida e por saúde, sendo que as duas são relacionadas praticamente com os mesmos significados: bem-estar, convívio social, alimentação, prática de atividade física, autonomia e independência.

A saúde foi relacionada à ausência de doenças, sendo estas descritas como dor, sofrimento, restrições a atividades. Também foi associada ao uso correto de medicação e ao atendimento médico. Há referências, entretanto, à automedicação.

Firmo e col. (2004) destaca, em pesquisa sobre hipertensão, ser freqüente a mudança da forma de tomar a medicação ou associar outro medicamento não prescrito entre hipertensos, apesar dos mesmos afirmarem a importância do uso correto dos remédios.

Quanto à alimentação, esta foi citada tanto como sendo parte integrante do conceito de qualidade de vida quanto ao de saúde, tendo sido citada como importante restrição decorrente do acometimento pelas DCNT, principalmente nas entrevistas dos idosos do grupo que são portadores de diabetes, hipertensão arterial e hipercolesterolemia.

Vários autores destacam que, do ponto de vista antropológico, a alimentação é tida pelos portadores de DCNT como causa das mesmas, principalmente no que tange à hipertensão arterial e ao diabetes. Os portadores destas últimas sabem que os cuidados com a alimentação são importantes, mas apontam uma série de dificuldades para seguir as restrições dietéticas impostas, como dificuldades financeiras, visitas a parentes, festas, entre outras. (CARVALHO e col., 1998; FIRMO, 2004; CANESQUI, 2007)

Barsaglini (2007) em estudo sobre diabetes ressalva que os portadores desta doença incorporam o discurso biomédico na sua fala ao atribuírem à alimentação a causalidade de sua doença. Destaca ainda que o alimento é tido como fonte de sustentação para o corpo e saúde, daí observar-se com freqüência a incompatibilidade entre as prescrições sobre o que comer e o mundo da vida, não sendo a situação financeira suficiente para explicar a relação do diabético com a alimentação, já que os hábitos alimentares são construídos culturalmente.

Canesqui (2007) pesquisando a hipertensão do ponto de vista dos adoecidos, observa que é freqüente a crença que associa o volume e densidade do sangue ao alimento ingerido. Assim, o que comer influência no ter ou não a doença, no comportamento desta e no seu controle.

Francioni e Silva (2007) em pesquisa realizada com diabéticos participantes de um grupo ressaltam a importância da alimentação para estas pessoas e para seus familiares, pois uma vez feito o diagnóstico da doença, faz-se necessário mudanças em todo o entorno familiar.

Para os idosos do grupo, a alimentação parece assumir um papel destacado na interferência em sua qualidade de vida relacionada às DCNT por afetar principalmente sua capacidade de fazer escolhas, sendo que esta situação também pode ser observada nas falas relacionadas à obrigatoriedade do uso da medicação. Assim, ter que comer ou não determinado alimento de determinada forma ou ter que tomar medicamentos em horários pré-estabelecidos são vistos pelos idosos do grupo como uma forma de restrição à sua autonomia.

Por outro lado, tanto a alimentação quanto a prática de atividade física e a utilização de medicamentos são vistos pelo grupo de idosos como responsáveis pelo controle da DCNT que os acomete, evitando, portanto, que as doenças interfiram em sua qualidade de vida.

As DCNT são ainda vistas como interferentes na qualidade de vida relacionadas às internações freqüentes, as quais são mencionadas como afetando tanto a saúde quanto a qualidade de vida destes idosos.

Dos idosos do grupo que não referem influência das DCNT em sua qualidade de vida, estes referem ter suas doenças controladas, sendo este fato atribuído tanto ao atendimento médico, ao diagnóstico preciso e ao uso correto da medicação.

No que tange à influência que a participação no grupo de idosos exerce sobre a qualidade de vida destes idosos, destacada como positiva em todas as falas, ressaltam Garcia e col. (2006) que a atenção à saúde em grupos pode funcionar como rede de apoio ao facilitar e complementar a troca de informações, estimular a autodeterminação e a independência e melhorar a auto-estima, o senso de humor e a autonomia, fatores estes essenciais para ampliar a resiliência e diminuir a vulnerabilidade.

Seguem os autores destacando que os grupos, principalmente quando compostos por idosos, propiciam a formação de vínculos e a inclusão social. Ao agregar pessoas

com dificuldades semelhantes possibilitam o convívio, fato de importância para amenizar a solidão, queixa freqüente no grupo etário estudado por esta pesquisa.

Francioni e Silva (2007) corroboram o acima exposto, ressaltando que a convivência em grupos de pessoas com problemas semelhantes proporciona experiências de valor terapêutico, proporcionando às pessoas que participam melhoria na convivência com a doença.

Nota-se nas falas do grupo que a participação nas atividades estimulou o convívio social, contribuindo para afastar a sensação de isolamento. Observou-se que os idosos destacam como muito importante não estar só. O grupo foi ainda associado à felicidade, motivação e aprendizado, todos significados atribuídos igualmente à qualidade de vida e saúde.

Santos e col. (2006) destacam que a metodologia dos grupos de promoção da saúde em idosos, enquanto estrutura de intervenção coletiva e interdisciplinar, leva à transformação contínua do nível de saúde e condições de vida dos participantes, contribuindo assim para a superação do modelo biomédico de atenção à saúde.

Como explicitado, a premissa metodológica que originou a formação do grupo de idosos pesquisado baseia-se na concepção de saúde e envelhecimento como um processo multiplamente determinado, histórica e socialmente produzido. Trabalhar com promoção da saúde significa construir reflexões conjuntas com os idosos pautadas não na simples prescrição de comportamentos, mas nos princípios da integralidade da atenção, da equidade, do emponderamento com vistas à manutenção da autonomia dos participantes.

Observa-se que, pelas falas dos idosos que participam do grupo, que o mesmo tem contribuído de forma positiva para a qualidade de vida destes, ao propiciar não só convívio social, mas pela interação e aprendizagem. Conclui-se ressaltando que a menor pontuação obtida em todos os escores dos instrumentos WHOQOL foi a obtida pelo domínio “Autonomia” e que, na maioria das falas dos entrevistados, observa-se o quanto estes temem perdê-la ou tê-la restringida.

CONCLUSÃO

6. CONCLUSÃO

Esta pesquisa teve início a partir de indagações a respeito da qualidade de vida na velhice e sua inter-relação com as ações de promoção da saúde para portadores de DCNT. É possível trabalhar estas questões sob diferentes perspectivas, nem sempre convergentes.

Trabalhá-las sob a ótica de um modelo de atenção à saúde diferente do hegemônico implica em variados desafios: múltiplos atores envolvidos com interesses nem sempre convergentes, limitações de natureza econômica, entre outros. Pensar nesta mudança de atenção dentro do sistema de saúde suplementar, entretanto, é um desafio a mais, pois este setor há pouco vem discutindo esta realidade. Ainda há muito a construir.

Apesar dos custos crescentes na área da saúde e da exigência normativa, nem todas as OPS sentem a necessidade de mudar a forma como a assistência à saúde é prestada. Em outros casos, pensa-se nos programas de forma simplificada, atribuindo-se ao usuário do plano não só a culpa por sua doença, mas tratando-o de forma extremamente paternalista, sem respeito à sua autonomia. Este tipo de atitude ainda é mais freqüente com relação aos idosos, os quais passam a ser vistos como apenas como geradores de custos. Ressalta-se que estes fatos não são, entretanto, exclusivos deste setor.

Como apresentado, efetivamente as transições demográficas e epidemiológicas trazem desafios para o setor saúde como um todo, entre estes a necessidade de repensar a forma como a assistência à saúde tem sido prestada, centrada exclusivamente na especialização e na incorporação acrítica da tecnologia.

O modelo biomédico adotado até o momento, como já mencionado, não tem se mostrado efetivo sequer no controle das DCNT, quanto mais como alternativa de atenção enquanto promoção da saúde. Pensar em um modelo que considere a multideterminação da saúde e da doença, considerando seu contexto histórico e cultural, como um processo contínuo de emponderamento a fim de que o indivíduo possa gerir de forma autônoma sua saúde e sua doença é de suma importância.

Neste contexto a saúde do idoso deve ser visualizada, não só como uma sucessão de perdas contínuas, mas como um processo no qual saúde e doença se influenciam

mutuamente. Como já frisado, assumir a diferenciação do grupo populacional idoso enquanto portador de necessidades diferenciadas em relação à população como um todo é uma forma de discriminação positiva.

Pensar no envelhecimento ativo como uma alternativa que contemple o até aqui comentado, significa incorporar no atendimento a esta população princípios como a integralidade do atendimento, a intersetorialidade, a participação, o emponderamento e o respeito à diversidade.

Como destacado anteriormente, esta pesquisa assume o conceito de qualidade de vida como social e culturalmente produzido, influenciado pelo momento histórico e várias dimensões como políticas, econômicas, psíquicas, biológicas e ecológicas. É um conceito altamente subjetivo, modificável ao longo do curso da vida ao incorporar a visão que a pessoa adquire de si e de sua inserção no mundo. Relaciona-se diretamente com a autonomia do indivíduo.

Acredita-se que, como também já discutido, que é possível mediante a formação de grupos implantar um modelo de promoção da saúde para idosos que atenda aos pressupostos explicitados, com base em ações sócio-educativas que incorporem a formulação de novos projetos de vida e o exercício da cidadania, sendo o velho o agente responsável pela transformação e construção de condições de vida com qualidade.

Trabalhar o idoso em grupo traz também a oportunidade da ampliação do vínculo entre os componentes do grupo entre si e com a equipe, complementando outro tipo de atendimento, em um espaço no qual o idoso consiga se ressignificar, trocando experiências. Atuar dentro destas premissas, em um ambiente interdisciplinar, contribui para a superação do modelo biomédico anteriormente abordado.

Tendo como base o marco teórico discutido ao longo das páginas anteriores e aqui brevemente explanado, a pesquisa foi realizada. Avaliar a qualidade de vida de um o grupo de idosos portadores de DCNT e vinculados a um programa de promoção da saúde de uma OPS, conhecendo seu perfil de forma mais adequada e aprendendo o que o grupo pensa sobre conceitos como qualidade de vida e saúde e de como o fato de ser doente ou participar de um grupo influencia os conceitos citados foram os objetivos traçados.

Os resultados mostraram que a maioria dos idosos que compõem o grupo são mulheres, porém os homens que dele participam são mais velhos e mais doentes. O grupo é composto, em sua maioria, por aposentados, casados e com elevado grau de instrução. Apesar de todos terem uma ou mais DCNT, associadas entre si ou com outros

fatores de risco à saúde, este fato parece não interferir significativamente na avaliação da qualidade de vida que possuem.

Conclui-se, mediante a aplicação dos instrumentos que compuseram a parte quantitativa da pesquisa, que estes idosos consideram sua qualidade de vida boa e estão satisfeitos com sua saúde. Destaca-se, entretanto, que, quando se avaliam os diferentes domínios que compõem os questionários, ter idade abaixo de 70 anos, ser viúvo, ter alto grau de instrução e morar sozinho são variáveis que interferiram negativamente na pontuação.

Os instrumentos WHOQOL revelaram que a influência das DCNT sobre a qualidade de vida dos idosos participantes está relacionada ao fato destas doenças serem motivo de internações. Os fatores de risco à saúde referidos pelo grupo não afetaram a avaliação do grupo sobre sua qualidade de vida e saúde.

Chama a atenção a pontuação obtida pelo grupo nos domínios relacionados à esfera social, fato corroborado pela pesquisa qualitativa. O grupo também obteve boa pontuação no domínio "Físico" do WHOQOL-BREF, porém com baixo escore no domínio "Autonomia" do WHOQOL-OLD, podendo-se inferir que, apesar de o grupo ser composto por idosos autônomos e independentes, estes indivíduos sentem que não vistos desta forma.

Houve questões deixadas em branco referentes à sexualidade pelas mulheres idosas do grupo.

Os idosos que fumam tiveram menor pontuação no domínio "Meio Ambiente" do WHOQOL-BREF, o que pode refletir questões culturais relacionadas ao hábito e certo isolamento. Os fumantes também obtiveram menores escores no item satisfação com a saúde.

O fato de o idoso ter sido internado associou-se à baixa pontuação no domínio "Intimidade" do WHOQOL-OLD, podendo estar relacionada com sentimento de desamparo e solidão.

Dos instrumentos testados, pode-se observar que, de maneira geral, não houve problemas com sua aplicação, sendo que o objetivo de avaliar a qualidade de vida e estabelecer um perfil do grupo foi atingido.

A pesquisa qualitativa mostrou que o grupo considera qualidade de vida como bem-estar, convívio social e familiar, lazer, distrações, oportunidade de aprendizagem. Estes significados aparecerem em contextos relacionados à convivência grupal.

Ainda as falas demonstraram que os idosos sentem que tem limitações e restrições a seus hábitos impostas pelas DCNT, mas que conseguem estabelecer estratégias de adaptação. Assim, pode-se depreender que estas estratégias adaptativas estejam relacionadas ao fato de que, mesmo com limitações, o grupo de idosos avalia sua qualidade de vida como boa e está satisfeito com sua saúde.

O convívio social foi associado à amizade, companheirismo e aprendizado. Foram ainda citadas diversão, distração e viagens associadas ao convívio social e bem-estar.

O conceito de saúde para o grupo não difere essencialmente do conceito de qualidade de vida, sendo relacionados aos mesmos significados na maior parte das falas, tais como: bem-estar, convívio social, alimentação, prática de atividade física, autonomia e independência. A diferença foi relacionada à citação de ausência de doenças enquanto dor, sofrimento, restrições a atividades e à necessidade do uso correto de medicação e ao atendimento médico.

Como em outras pesquisas, os idosos fazem referência à automedicação e ao uso incorreto de medicamentos, mesmo dando ênfase à necessidade destes para o controle de sua doença.

Destaca-se a relação do grupo com a alimentação, vista como causadora de doenças, como restrição e diretamente relacionada com o conceito de qualidade de vida e saúde. Tanto a medicação quanto os hábitos alimentares são vistos como limitadores à autonomia do grupo.

Para os idosos que não referiram influência das DCNT em sua qualidade de vida, ressaltam-se as falas relacionadas ao controle da doença.

Quanto à influência que a participação no programa de promoção tem sobre a qualidade de vida destes idosos, observa-se que há uma visão positiva, relacionada tanto ao convívio social quanto à interação e aprendizagem. Como já frisado, destaca-se o quanto aparece nas falas dos entrevistados o temor de perda ou restrição de sua autonomia.

Acredita-se que esta pesquisa atingiu os objetivos propostos, existindo, porém, pontos que merecem maior aprofundamento. Destaca-se por fim que a busca pelo saber em saúde é um contínuo, assim como a construção do próprio ser humano. Trata-se da aprendizagem descrita por Morin (2006), contribuindo para a autoformação da pessoa, ensinando a condição humana, ensinando a viver e a tornar-se cidadão.

REFERÊNCIAS

7. REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Atlas Econômico Financeiro da Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro, 2007b.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Caderno de Informações da Saúde Suplementar:** beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro, 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **IV Seminário da Promoção da Saúde e prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro, 2007a.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Oficina ANS de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças**. Rio de Janeiro, 2005.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Panorama das Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças no Setor Suplementar de Saúde.** Rio de Janeiro, 2008.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Promoção da Saúde e Prevenção de riscos e doenças na Saúde Suplementar**- Manual Técnico. Rio de Janeiro, 2007c. 2.ed.rev. atual.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Regulação e Saúde:** estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro, 2002.

ALBUQUERQUE, Ceres; PIOVESAN, Márcia Franke; SANTOS, Isabela Soares; MARTINS, Ana Cristina Marques; FONSECA, Artur Lourenço; SASSON, Daniel; SIMÕES, Kelly de Almeida. A situação atual do mercado de saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.13, n. 5., p. 1421-1430, 2008.

ALBUQUERQUE, Sandra Márcia Ribeiro Lins de. Envelhecimento ativo: desafio dos serviços de saúde para a melhoria da qualidade de vida dos idosos. [tese] São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2005.

ALVES, Luciana Correia; LEIMANN, Beatriz Consuelo Quinet; VASCONCELOS, Maria Estrella López; CARVALHO, Marília Sá; VASCONCELOS, Ana Glória Godoi; FONSECA, Thaís Cristina Oliveira da; LEBRÃO, Maria Lúcia; LAURENTI, Ruy. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v.23, n. 8., p. 1924-1930, 2007.

ALVES, Luciana Correia; LEITE, Iúri da Costa; MACHADO, Carla Jorge. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciência e Saúde Coletiva.** v.13, n. 4., p. 1199-1207, 2008.

ALVES, Luciana Correia; RODRIGUES, Roberto Nascimento. Determinantes da Autopercepção de saúde entre idosos no Município de São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**. v.17, n. 4., p. 333-341, 2005.

ARCURI, Irene Gaeta. Velhice: da gerontofobia ao desenvolvimento humano In: CÔRTE, Beltrina e col. (Coord.) **Velhice, envelhecimento, compl (idade)**. São Paulo: Vetor, 2005, p. 35-56, 1.ed.

AUSTIN ASSIS CONSULTORIA. **Quem é quem no setor de planos de saúde e perspectivas para 2006**. São Paulo, 2006.

BAHIA, Lígia. A janela demográfica, crescimento econômico e as políticas de saúde e proteção social. **Ciência e Saúde Coletiva.** v.13, n. 5., p. 1112-1117, 2008b.

BAHIA, Lígia. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva.** v.13, n. 5., p. 1385-1397, 2008a.

BAHIA, Lígia; LUIZ, Ronir Raggio; SALM, Cláudio; COSTA, Antonio José Leal; KALE, Pauline Lorena; CAVALCANTI, Maria de Lourdes T.. O mercado de planos de saúde e seguros no Brasil: uma abordagem exploratória sobre a estratificação das demandas segundo a PNAD 2003. **Ciência e Saúde Coletiva.** v.11, n.4, p.951- 965, 2006.

BARBOSA, Luiza de Marilac Meireles. Glossário de Epidemiologia e Saúde In: ROUQUAYROL, Maria Zélia (Coord). **Epidemiologia e Saúde.** Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, p. 649-686.

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; CÉSAR, Chester Luiz Galvão; CARANDINA, Luana; TORRE, Graciella Dalla. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva.** v.11, n. 4, p. 911- 926, 2006.

BARSAGLINI, Renata Aparecida. Um estudo de caso sobre o viver com o diabetes In: CANESQUI, Ana Maria (Org.) **Olhares Socioantropológicos sobre os Adoecidos Crônicos.** São Paulo: HUCITEC, 2007, p.53-86.

BASSETTE, Fernanda. Infartado Atendido pelo SUS morre mais após a alta in http://tools.folha.com.br/print?site=emcimadahora&url. Acesso em 26 de janeiro de 2009.

BEAUVOUIR, Simone. **A Velhice.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BOWLING, Ann. Enhancing later life: How older people perceive active ageing?. **Aging & Mental Health.** v.12., n. 13., p. 293-301, 2008.

BRANDÃO, Ayrton Pires; BRANDÃO, Andréa Araújo; FREITAS, Elizabeth Viana; MAGALHÃES, Maria Eliane Campos; POZZAN, Roberto. Hipertensão Arterial no Idoso In: FREITAS, Elizabeth Viana e col. (Coord.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 459-473.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde.** Brasília, CONASS, 2007b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. **Saúde Suplementar**. Brasília, CONASS, 2007a.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Secretaria de Previdência Social**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 19. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.** Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso.** Brasília, 2003, 1.ed..

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário do Ministério da Saúde.** Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2006:** uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2008:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Simpósio Regulamentação de Planos de Saúde:** textos de referência. Brasília, 2001.

BRIGEIRO, Mauro. Envejecimiento exitoso y tercera edad: problemas y retos para la promoción de la salud in www.gerontologia. org/ portal/archivosUpload/Mauro_Brigeiro. pdf. Acesso em 19 de novembro de 2007.

BRITO, Francisco Carlos de; LITVOC, Júlio. Conceitos Básicos In: LITVOC, Júlio e BRITO, Francisco Carlos de (Coord) **Envelhecimento: Prevenção e Promoção da Saúde.** São Paulo: Atheneu, 2004, p. 1-16.

BRITO, Francisco Carlos de; RAMOS, Luiz Roberto. Serviços de Atenção à Saúde do Idosos In: **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Ciência e Saúde Coletiva.** v.5, n. 1., p. 163-177, 2000.

BYDLOWSKI, Cynthia Rachid; WETPHAL, Marcia Faria; PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo. Promoção da saúde: porque sim e porque ainda não!. **Saúde E Sociedade.** v.13., n. 1., p. 14-24, 2004.

CAMARANO, Ana Amélia. **Envelhecimento da População Brasileira:** Uma Contribuição Demográfica. Rio de Janeiro: IPEA, 2002.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; MELLO, Juliana Leitão. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, Ana Amélia e col. (Org.) **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?.** Rio de Janeiro: IPEA, 2004a, p. 25-73.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; MELLO, Juliana Leitão. Quão além dos 60 poderão viver os idosos brasileiros? In: CAMARANO, Ana Amélia e col. (Org.) **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?.** Rio de Janeiro: IPEA, 2004b, p. 77-105.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas In: CAMARANO, Ana Amélia e col. (Org.) **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?.** Rio de Janeiro: IPEA, 2004, p. 254-292.

CANESQUI, Ana Maria. A Hipertensão do ponto de vista dos adoecidos In: CANESQUI, Ana Maria (Org.) **Olhares Socioantropológicos sobre os Adoecidos Crônicos.** São Paulo: HUCITEC, 2007, p.87-110.

CARVALHO, Antônio Ivo; RIBEIRO, José Mendes; BARBOSA, Pedro Ribeiro. **Modelos Assistenciais em Saúde.** Rio de Janeiro, 2001, p. 159-175. Curso de Especialização em Autogestão em Saúde, FIOCRUZ.

CARVALHO, Antonio Ivo; WETPHAL, Marcia Faria; LIMA, Vera Lúcia Góes Pereira. Health Promotion in Brazil. **Promotion & Education**. p. 7-12, 2007. Supplement 1.

CARVALHO, Fernanda; TELAROLLI JUNIOR, Rodolpho; MACHADO, Jose Candido Monteiro. Uma investigação antropológica na terceira idade: concepções sobre a hipertensão arterial. **Cadernos de Saúde Pública**. V.14, n. 3, p. 617-621, 1998.

CASAS, Sara Barrios; KLINJN, Tatiana Paravic. Promoción de La Salud y um Entorno Laboral Saludable. **Revista Latino- Americana de Enfermagem.** v.14., n. 1., 2006.

CENTRO DE DIREITOS HUMANOS. **Idosos e Direitos Humanos**. São Paulo, CDH, 2005.

CHACHAMOVICH, Eduardo; TRENTINI, Clarissa Marceli; FLECK, Marcelo Pio de Almeida. Qualidade de Vida em Idosos: Conceituação e Investigação In: NERI, Anita Liberalesso (Org.) **Qualidade de Vida na Velhice**. Campinas: Alínea, 2007, p.61-81.

CHAIMOWICZ, Flávio. A Saúde dos Idosos Brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**. v.31, n. 2, p. 184-200, 1997.

COHEN, Claúdio; MARCOLINO, José Alvaro M.. Relação médico-paciente: Autonomia e Paternalismo In: COHEN, Cláudio (Org.) **Bioética.** São Paulo: EDUSP, 1999.

CONCONE, Maria Helena Villas Boas. O Corpo: Cultura e Natureza. Pensando a Velhice In: CÔRTE, Beltrina (Coord.) **Velhice, envelhecimento, compl (idade).** São

Paulo: Vetor, 2005, p. 131-144, 1.ed.

COSTA, Carolina de Souza. **Pirâmide da Solidão ou Pirâmide dos Não-casados? Cor e Estado Conjugal na Terceira Idade no Brasil.** Minas Gerais: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2002.

COSTA, Efraim Carlos; NAKATANI, Adélia Yaeko Kyosen; BACHION, Marcia Maria. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades da Vida Diária e Atividades Instrumentais da Vida Diária. **Acta Paulista de Enfermagem.** v.19, n. 1, p. 43-48, 2006.

CRUZ, José Marcos de Oliveira; FONTES, Maria Rosania; SANTOS, José Marcelo de Jesus; BERGO, Maria Stela de Albuquerque Araújo. Cuidados com idosos: percepção de idosos e de profissionais de saúde sobre maus tratos no espaço familiar. **Textos sobre Envelhecimento UERJ UnATI.** p. 57-75, 2003.

CUNHA, Paulo César Melo da Cunha. **Regulação Jurídica da Saúde Suplementar no Brasil.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2003.

DEBERT, Guita Grin. **A Reinvenção da Velhice.** São Paulo: EDUSP, 2004, 1.ed.

DELL'ARINGA, Regina. Queda de Idosos: problema de saúde. **Viva Saúde**. p. 65-67, 2008.

DERNTL, Alice Moreira; WATANABE, Helena Akemi Wada. Promoção da Saúde In: LITVOC, Júlio e Brito, Francisco Carlos de (Coord) **Envelhecimento: Prevenção e Promoção da Saúde.** São Paulo: Atheneu, 2004, p. 37-46.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. Compreendendo o Envelhecimento Ativo como uma Política de Saúde. **Saúde Coletiva.** v.4, n. 017., p. 134, 2007.

FARQUHAR, Morag. Elderly People's Definitions of Quality of Life. **SOC SCI MED**. v.41, n. 10., p. 1439-1446, 1995.

FEATHERSTONE, Mike. O Curso da Vida: Corpo, Cultura e o Imaginário no Processo do Envelhecimento Regulamentação In: DEBERT, Guita Grin (Org.) Antropologia e Velhice. Campinas: UNICAMP, 1998, p. 45-64.

FERRAZ, Aide Ferreira; PEIXOTO, Marisa Ribeiro Bastos. Qualidade de vida na velhice: estudo em uma instituição pública de recreação para idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.31., n. 2., p. 316-338, 1997.

FERRAZ, Marcos Bosi. Dilemas e Escolhas do Sistema de Saúde: Economia da saúde ou Saúde da economia? In: I Jornada de Recursos Próprios. 2008, São Paulo. **Anais**..São Paulo: Federação das Unimeds do Estado de São Paulo, 2008.

FERREIRA, Marcos Santos; CASTIEL, Luis David. Wich empowerment, wich health promotion? Conceptual convergences and divergences in preventive health practices. **Cadernos de Saúde Pública.** v.25., n. 1., p. 68-76, 2009.

FIRMO, Josélia Oliveira Araújo; LIMA-COSTA, Maria Fernanda; UCHÔA, Elizabeth. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. **Cadernos de Saúde Pública.** v.20, n. 4., p. 1029-1040, 2004.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. Problemas conceituais em qualidade de vida In: FLECK e col. (Org.) **A Avaliação da Qualidade de Vida-Guia para Profissionais de Saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2008, p. 19- 27.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida; CHACHAMOVICH, Eduardo; TRENTINI, Clarissa Marceli. Projeto WHOQOL-OLD: métodos e resultados de grupos focais no Brasil. **Revista de Saúde Pública.** v.37, n. 6., p. 793-799, 2003.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida; CHACHAMOVICH, Eduardo; TRENTINI, Clarissa Marceli. Development and Validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Revista de Saúde Pública.** v.40, n. 5., p. 785-791, 2006.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida; LEAL, Ondina Fachel; LOUZADA, Sérgio; XAVIER, Marta; CHACHAMOVICH, Eduardo; VIEIRA, Guilherme; SANTOS, Lyssandra dos; PINZON, Vanessa. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v.21, n. 1., p. 19- 28, 1999.

FORTE, Isolda Belo da. **Diretrizes Internacionais para o Envelhecimento e suas Conseqüências no Conceito de Velhice.** Minas Gerais: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2002.

FOUCAULT, Michel. **A História da Clínica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

FRANCIONI, Fabiane Ferreira; SILVA, Denise Guerreiro Vieira da. O processo de viver saudável de pessoas com diabetes através de um grupo de convivência. **Texto Contexto Enfermagem.** v.16, n. 1, p. 105- 111, 2007.

FRANCISCO, Priscila Maria S. B.; DONALISIO, Maria Rita; BARROS, Marilisa Berti; CESAR, Chester Luis Galvão; CARANDINA, Luana; GOLDBAUM, Moises. Fatores associados à doença pulmonar em idosos. **Revista de Saúde Pública.** v.40, n. 3, p. 428- 435, 2006.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra, 2004, 29.ed.

FREITAS, Elizabeth Viana. Diabetes Mellitus In: FREITAS, Elizabeth Viana e col. (Coord.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 776- 786.

GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz. Qualidade de Vida e Saúde. **Revista Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.** v.6, n.2., p. 377- 382, 1998.

GARCIA, Maria Alice Amorim; YAGI, Gilson Hiroshi; SOUZA, Caio Silvério; ODONI, Ana Paula Carvalho; FRIGÉRIO, Rafaela Marega; MERLIN, Silvia Stahl.

Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** v.14., n. 2., p. 175-182, 2006.

GEERTZ, Clifford. **A Interpretação das Culturas.** Rio de Janeiro: LTC, 2008. 1.ed.,13.reimpr.

GIACAGLIA, Luciano Ricardo. Doenças Endocrinometabólicas In: LITVOC, Júlio e Brito, Francisco Carlos de (Coord) **Envelhecimento: Prevenção e Promoção da Saúde.** São Paulo: Atheneu, 2004, p. 109-144.

GUEDEA, Miriam Tereza Dominguez; ALBUQUERQUE, Francisco José Batista de; TROCCOLI, Bartholomeu Torres; NORIEGA, Jose Angel Vera. Relação do Bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. **Psicologia, reflexão e crítica.** v.19, n.2., p. 301-308, 2005.

GUERRA, Isabel Casale; RAMOS-CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu. Risco de Hospitalizações Repetidas em Idosos usuários de um Centro de Saúde Escola. **Cadernos de Saúde Publica.** v.23, n. 3, p. 585-592, 2007.

GUSMÃO, Neusa Maria Mendes de. A Maturidade e a Velhice: um olhar antropológico In: NERI, Anita Liberalesso (Org.) **Desenvolvimento e Envelhecimento.** São Paulo: Papirus, 2007, p. 113-139.

HEIDMANN, Ivonete T.S. Buss; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel; BOEHS, Astrid Eggert; WOSNY, Antonio de Miranda; MONTICELLI, Marisa. Promoção à Saúde:Trajetória Histórica de suas Concepções. **Texto Contexto Enfermagem.** v.15, n. 2, p. 352-358, 2006.

HWANG, H.F.; LIANG, W.M.; CHIU, Y.N.; LIN, M.R.Suitability of the WHOQOL-BREF for community-dwelling older people in Taiwan. **Age Ageing.** v.32, p. 593- 600, 2003.

IBGE-INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Amostras Domicílio in http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=370&id_pagina=1. Acesso em 16 de setembro de 2008.

INSTITUTE FOR BUSSINES VALUE. **Healthcare 2015: Win-win or Lose-lose?** As tendências do mercado de saúde para 2015. Nova York: IBM Institute for Bussines Value, 2006.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **A dicotomia do envelhecimento.** Rio de Janeiro: IESS, 2008b.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **A História e os Desafios da Saúde Suplementar:** 10 anos de regulação. Rio de Janeiro: IESS, 2008a.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Mudanças demográficas e saúde no Brasil**- dados disponíveis em 2008. Rio de Janeiro: IESS, 2008c.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **O Brasil no World Health Statistics de 2008.** Rio de Janeiro: IESS, 2008d.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Saúde Suplementar frente às demandas de um mundo em transformação.** Rio de Janeiro: IESS, 2006.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Visões do atendimento à saúde: distinguindo conceitos de preconceitos.** Rio de Janeiro: IESS, 2007.

JACOB FILHO, Wilson. Por que avaliar? In: JACOB GILHO, Wilson (Ed.) **Avaliação Global do Idoso- Manual da Liga do GAMIA.** São Paulo: Atheneu, 2005, p. 3-7.

JOIA, Luciane Cristina; RUIZ, Tânia; DONALISIO, Maria Rita. Condições Associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Revista de Saúde Pública.** v.41, n. 1., p. 131-138, 2007.

KALACHE, Alexandre. Envelhecimento no contexto internacional: a perspectiva da Organização Mundial de Saúde In: Seminário Internacional Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século, Brasília, 1996. **Anais...** Brasília, 1996

KALACHE, Alexandre. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.13, p. 1107- 1111, 2008.

KARSH, Ursula Margarida S.. **Envelhecimento com Dependência: Revelando Cuidadores.** São Paulo: EDUC, 2004.

KUNTZ, Rolf. Estado, Mercado e Direitos In: KUNTZ, Rolf, FARIA, José Eduardo. **Qual o futuro dos direitos?.** São Paulo: Max Limonad, 2002, p. 9-56.

LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello; LEBRÃO, Maria Lúcia; GOTLIEB, Sabina Lea Davidson. **Estatísticas de Saúde.** São Paulo: EPU, 1987.

LEBRÃO, Maria Lúcia; DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. Saúde e independência In: NERI, Anita Liberalesso (Coord.) **Idosos no Brasil, vivências, desafios e expectativas na Terceira Idade.** São Paulo: Perseu Abramo, 2007, p. 191-207.

LIBERMAN, Sami. Doenças da Tireóide e Paratireóide In: FREITAS, Elizabeth Viana e col. (Coord.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 787- 791.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; LOYOLA FILHO, Antonio I.; MATOS, Divane L.. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003). **Cadernos de Saúde Pública.** v.23, n. 10, p. 2467-2478, 2007a.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; PEIXOTO, Sérgio Viana; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo; UCHOA, Elizabeth. Validade do diabetes auto-referido e seus determinantes: evidências do projeto Bambuí. **Revista de Saúde Pública.** v.41, n. 6, p. 947-953, 2007b.

LITVOC, Júlio; BRITO, Francisco Carlos de. Capacidade Funcional In: LITVOC, Júlio e Brito, Francisco Carlos de (Coord) **Envelhecimento: Prevenção e Promoção da Saúde.** São Paulo: Atheneu, 2004, p. 17-36.

LOPES, Ruth G. da Costa. Imagem e auto-imagem In: NERI, Anita Liberalesso (Coord.) **Idosos no Brasil, vivências, desafios e expectativas na Terceira Idade.** São Paulo: Perseu Abramo, 2007, p. 140-152.

MAIA, Flávia de Oliveira Motta; DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; LEBRÃO, Maria Lúcia. Análise dos óbitos em idosos no Estudo SABE. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.** v.40, n. 4., p. 540-547, 2006.

MALTA, Deborah Carvalho; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Júlio Batista; JORGE, Alzira de oliveira; COSTA, Mônica Aparecida. Perspectivas de regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência e Saúde Coletiva.** v.9, p. 433-444, 2004.

MANSO, Maria Elisa Gonzalez; LOPES, Ruth G. da Costa; DUARTE, Luiz Roberto Dib Mathias; PEREIRA, Elizangela Romano; QUADRANTE, Joseli T. Piloto. Implantação de um programa para prevenção de quedas em idosos In: XI Encontro de Pesquisadores da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2008. **Anais...** São Paulo, 2008.

MARTINS, L.M.; FRANÇA, A.P.D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** v.4., n. 3., p. 5-18,1996.

MEDEIROS, Suzana A. Rocha. Como pensar a vida. **Serviço Social E Sociedade**. n. 75., p. 187-190, 2003.

MENDIZÁBAL, Maria Rosário Limón; CABORNERO, Juan A Crespo. **Grupo de Debates para Idosos.** São Paulo: Loyola, 2004.

MENEGUEL, Stela Nazareth; BARBIANI, Rosangela; STEFFEN, Helenita. Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. **Cadernos de Saúde Pública.** v.19, n. 4., p. 955-963, 2003.

MERCADANTE, Elisabeth Frohlich. Velhice: uma questão complexa In: CÔRTE, Beltrina e col. (Coord.) **Velhice, envelhecimento, compl (idade)**. São Paulo: Vetor, 2005, p. 23-34,1.ed.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento.** Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: HUCITEC, 2008. 11.ed.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva.** v.5., n. 1., 2000.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à Educação do Futuro.** São Paulo: Cortez, 2006.

MUNK, Márcia. Promoção da Saúde In: MUNK, Márcia (Org.) **Casa Gerontológica da Aeronáutica Brigadeiro Eduardo Gomes.** Rio de Janeiro: 2005.

MUÑOZ, Daniel Romero; FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. O Princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido In: COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira e col. (Coord.) **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998, p. 53-70.

NAUMANN, V.J.; BYRNE, G.J.A.WHOQOL-BREF as a measure of quality of life in older patients with depression. **International Geriatrics.** v.16, n.2, p. 159- 173, 2004.

NEGRI, Letycia dos Santos Almeida; RUY, Gustavo Favarato; COLLODETTI, João Bosco; PINTO, Luiz Felipe; SORANZ, Daniel Ricardo. Aplicação de um instrumento para detecção precoce e previsibilidade de agravos na população idosa. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.9, n. 4, p. 1033-1046, 2004.

NEIVA, Paula; LIMA, Roberta de Abreu. Poucos e bons. **Revista Veja**. p. 94-100, 2008. Especial Demografia.

NERI, Anita Liberalesso (Coord.) **Idosos no Brasil, vivências, desafios e expectativas na Terceira Idade.** São Paulo: Perseu Abramo, 2007.

NERI, Anita Liberalesso. Qualidade de Vida na Velhice e Subjetividade In: NERI, Anita Liberalesso (Org.) **Qualidade de Vida na Velhice.** Campinas: Alínea, 2007a, p. 13-59.

NERI, Anita Liberalesso. Qualidade de Vida no Adulto Maduro: Interpretações Teóricas e Evidências de Pesquisa In: NERI, Anita Liberalesso (Org.) **Qualidade de Vida e Idade Madura.** Campinas: Papirus, 2007b, p. 9-47, Ed. 7.

NERI, Anita Liberalesso. Saúde da Mulher: Aspectos Psicológicos In: Mesa Redonda Saúde da Mulher, Simpósio Sul-Americano de Geriatria e Gerontologia. Porto Alegre. 2009. **Anais...**, Porto Alegre, 2009.

NORONHA, Maria G. Rocha da Costa e Silva; CARDOSO, Paloma Sodré; MORAES, Tatiana N. Piccoli; CENTA, Maria de Luordes. Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? **Ciência e Saúde Coletiva.** v.14, n.2, p. 497-506, 2009.

NUNES, André. O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema único de Saúde In: CAMARANO, Ana Amélia e col. (Org.) **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?.** Rio de Janeiro: IPEA, p. 427-449, 2004.

ONU- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Transição Demográfica. http://esa.un.org/unpp. Acesso em 18 de janeiro de 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual WHOQOL-OLD.** http://www.ufrgs.br/psiq/WHOQOL-OLD. Acesso em 30 de abril de 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **A Vigilância, O Controle e a Prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis:** DCNT no contexto do

Sistema Único de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005a.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005b.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Prevenção de Doenças Crônicas:** um investimento vital. Canadá: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005c.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. **El desarollo en un mundo que envejece.** Nova York: Organização das Nações Unidas, 2007.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. **Las Personas Mayores en América Latina y El Caribe:** Diagnóstico Sobre La Situación y Las Políticas. Santiago: Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento. Organização das Nações Unidas, 2003.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO- OPERATION AND DEVELOPMENT HEALTH. **The Prevention of Lyfestyle-Related Chronic Diseases:** An Economic Framework. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development Health, 2008. Working Paper nº 32.

PACHECO, Rosane Oliveira; SANTOS, Silvana Sidney Costa. Avaliação Global de Idosos em unidade do PSF. **Textos sobre Envelhecimento UERJ UnATI.** p. 45-61, 2004.

PAIM, Jairnilson Silva. **Determinantes Sociais da Saúde.** Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2006.

PAIXÃO JR., Carlos Montes; REICHENHEIM, Michael E.. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. **Cadernos de Saúde Pública.** v.21, n.1., p. 7-19, 2005.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Regional Strategy and Plan of Action on an Integrated Approach to the Prevention and Control of Chronic Diseases, including Diet, Physical Activity and Health.** Canadá: Organização Pan-Americana de Saúde, 2006.

PARAHYBA, Maria Isabel; VERAS, Renato; MELZER, David. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. **Revista de Saúde Pública.** v.39, n. 3., p. 383-391, 2005.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. Qualidade de Vida In: JACOB GILHO, Wilson (Ed.) **Avaliação Global do Idoso- Manual da Liga do GAMIA.** São Paulo: Atheneu, 2005, p. 59-75.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. Qualidade de Vida na velhice In: FREITAS, Elizabeth Viana e col. (Coord.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 147-153.

PASCUAL, Cosme Puerto. **A sexualidade do idoso vista com novo olhar.** São Paulo: Loyola, 2002.

PATRICK, Donald L.. A qualidade de vida pode ser medida? Como? In: FLECK e col. (Org.) **A Avaliação da Qualidade de Vida-Guia para Profissionais de Saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2008, p. 29- 39.

PEIXOTO, Sérgio Viana; GIATTI, Luana. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde.** v.13, n. 4., p. 239-246, 2004.

PEREIRA, Renata Junqueira; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro; RIBEIRO, Rita de Cássia Lanes; SAMPAIO, Rosana Ferreira; PRIORE, Silvia Eloiza; CECON, Paulo Roberto. Contribuição dos Domínios Físico, Social, Psicológico e Ambiental para a Qualidade de Vida Global de Idosos. **Revista Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. v.28, n.1., p. 27-38, 2006.

PEREIRA, Rosa Maria Rodrigues; FULLER, Ricardo. Doenças Osteoarticulares In: LITVOC, Júlio e Brito, Francisco Carlos de (Coord) **Envelhecimento: Prevenção e Promoção da Saúde.** São Paulo: Atheneu, 2004, p. 109-144.

PEREIRA, Silvia Regina Mendes Pereira; MENDONÇA, Laura Maria Carvalho de. Osteoporose e Osteomalacia In: FREITAS, Elizabeth Viana e col. (Coord.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 798- 814.

PIMENTA, Fausto A. Pedrosa; SIMIL, Fabrícia Fonseca; TORRES, Henrique Oswaldo da Gama. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. **Revista da Associação Médica Brasileira.** v.54, n.1, p. 55- 60, 2008.

PRADO, Shirley Donizete. **O Curso da Vida, o envelhecimento humano e o futuro.** Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, p. 57-73, 2002.

RAMOS, Luiz Roberto. Aumento da expectativa de vida e impacto nas políticas de saúde In: 6º Congresso Unidas de Gestão de Assistência à Saúde. São Paulo, 2006. **Anais...** São Paulo, 2006.

RAMOS, Luiz Roberto. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública.** v.19, n. 3., p. 793-798, 2003.

REBOUÇAS, Mônica; GALERA, Siulmara Cristina; PEREIRA, Silvia Regina Mendes; PEREIRA, Maurício Gomes. Que informações são necessárias para o conhecimento da situação de saúde do idoso?. **Ciência e Saúde Coletiva.** v.13, n. 4., p. 1305-1311, 2008.

RESENDE, Marineia Crosara; NERI, Anita Liberalesso. Envelhecer com deficiência física: possibilidades e limitações In: NERI, Anita Liberalesso (Org.) **Qualidade de Vida na Velhice.** Campinas: Alínea, 2007, p. 231-250.

RIBEIRO JUNIOR, Marcial Carlos. As inadequações da legislação da saúde

suplementar à luz da legislação cooperativista brasileira. [dissertação] Curitiba: Setor de Ciência Jurídicas e Sociais da Universidade Federal do Paraná, 2007.

RIBEIRO, Adalgisa Peixoto; SOUZA, Edinilsa Ramos; ATIE, Soraya; SOUZA, Amaro Crispim; SCHILITHZ, Arthur Orlando. A influência das quedas na qualidade de vida dos idosos. **Ciência e Saúde Coletiva.** v.13, n.4, p. 1265- 1273, 2008.

ROSA, Tereza E. da Costa. Redes de apoio social In: LITVOC, Júlio e Brito, Francisco Carlos de (Coord) **Envelhecimento: Prevenção e Promoção da Saúde.** São Paulo: Atheneu, 2004, p. 203-214.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; GOLDBAUM, Moisés. Epidemiologia, História Natural e Prevenção de Doenças In: ROUQUAYROL, Maria Zélia (Coord). **Epidemiologia e Saúde.** Rio de Janeiro: MEDSI, p. 17-35, 2003.

SANT'ANNA,Rogéria Motta de; CÂMARA, Paulo; BRAGA, Marilita Gnecco de Camargo Braga. **Mobilidade na Terceira Idade: como planejar o futuro?**. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, p. 9-30, 2003.

SANTOS, Isabela Soares; UGÁ, Maria Alicia Dominguez; PORTO, Silvia Marta. O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva.** v.13, n.5, p. 1431-1440, 2008.

SANTOS, Luciana de Medeiros; ROS, Marco Aurélio da; CREPALDI, Maria Aparecida; RAMOS, Luiz Roberto. Grupos de Promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista de Saúde Pública.** v.40, n. 2., p. 346-352, 2006.

SANTOS, Silvana Sidney Costa. Gerontologia e os pressupostos de Edgar Morin. **Textos sobre Envelhecimento UERJ UnATI.** p. 77-91, 2003.

SCATTOLIN, Fátima Ayres de Araújo; DIOGO, Maria José D'Elboux; COLOMBO, Roberta Cunha Rodrigues. Correlação entre instrumentos de qualidade de vida relacionada à saúde e independência funcional em idosos com insuficiência cardíaca. **Cadernos de Saúde Pública.** v.23, n.11., p. 2705-2715, 2007.

SEN, Amartya. **Desigualdade reexaminada.** Rio de Janeiro: Record, 2001.

SILVEIRA, Nadia Dumara Ruiz. **Pensar o sentido da existência.** São Paulo: Cadernos de Formação 40 olhares sobre os 40 anos da Pedagogia do Oprimido. Ed. L.2008

SILVEIRA, Nadia Dumara Ruiz. **Utopias Possíveis da Longevidade.** São Paulo: comPUCtador. n.18, pg 6, 2003.

SIMÕES, Celso Cardoso da Silva. **Perfis de Saúde e de Mortalidade no Brasil:** uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002.

SIQUEIRA, José Eduardo de. O Princípio da Justiça In: COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira e col. (Coord.) **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina,

1998, p. 71-80.

SLAP, Gail B. Conceitos atuais, aplicações práticas e resiliência no novo milênio. **Adolescência Latino- Americana.** 1998.

SMETHURST, Willian S.. Envelhecimento Ativo: da intenção à ação In: Seminário Quantos Somos e Quem Somos No Nordeste. 2008. **Anais... ,**2008.

STANO, Rita de Cássia M.T. Questões do Envelhecimento e suas relações com o processo de ensino-aprendizado. **A Terceira Idade.** v.18, n. 40, pg 7-14, 2007.

TEIXEIRA, Ilka Nicéia D'Aquino Oliveira; NERI, Anita Liberalesso. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. **Revista de Psicologia da Usp**. v.19., n. 1., 2008.

TELLES, José Luiz. Envelhecimento, Saúde e Qualidade de Vida: desafios para as políticas de atenção à saúde da pessoas idosa In: Mesa Redonda Política Nacional da Pessoa Idosa. São Paulo, 2006. **Anais...**, São Paulo, 2006.

TRENTINI, Clarissa Marceli; CHACHAMOVICH, Eduardo; FIGUEIREDO, Michelle; HIRAKATA, Vânia Naomi; FLECK, Marcelo Pio de Almeida. A percepção da qualidade de vida do idoso avaliada por si próprio e pelo cuidador. **Estudos de Psicologia**. v.11, n. 2., p. 191-197, 2006.

TRENTINI, Clarissa Marceli; CHACHAMOVICH, Eduardo; FLECK, Marcelo Pio de Almeida. Qualidade de Vida em Idosos In: FLECK e col. (Org.) **A Avaliação da Qualidade de Vida-Guia para Profissionais de Saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2008, p. 218-227.

UCHOA, Elizabeth. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cadernos de Saúde Pública.** v.19., n. 3., p. 849-853, 2003.

UCHOA, Elizabeth; VIDAL, Jean Michel. Antropologia Médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública.** v.10., n. 4., p. 497-504, 1994.

UNIDAS. **Curso Modelos de Gestão.** São Paulo: UNIDAS, 2007.

UNIMED FEDERAÇÃO MINAS. **Desenvolver a Saúde:** Modelo Cuidador da Federação das Unimeds de Minas Gerais. Belo Horizonte: UNIMED Federação Minas, v.1., 2008.

UNIMED FEDERAÇÃO SÃO PAULO. **Apresentação UNIMED's.** São Paulo: UNIMED Federação do Estado de São Paulo, 2008a.

UNIMED FEDERAÇÃO SÃO PAULO. **Cooperativismo: uma história sempre atual**. São Paulo: UNIMED Federação do Estado de São Paulo, 2008b.

UNIMED FEDERAÇÃO SÃO PAULO. **Custos assistenciais.** São Paulo: UNIMED Federação do Estado de São Paulo, 2009.

VALOR ECONÔMICO. **Análise Setorial: Saúde Suplementar.** São Paulo: Valor Econômico, 2006.

VECCHIA, Roberta Dalla; RUIZ, Tânia; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini; CORRENTE, José Eduardo. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia.** v.8, n. 3., p. 246-252, 2005.

VERAS, Renato Peixoto. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cadernos de Saúde Pública.** v.19, n. 3., p. 705-715, 2003.

VERAS, Renato Peixoto. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. **Cadernos de Saúde Pública.** v.23, n. 10, p. 2463-2466, 2007.

VERAS, Renato Peixoto. O custo hospitalar crescente do Setor Público: conseqüência do envelhecimento populacional In: VERAS, Renato (Org.) **Gestão Contemporânea em Saúde.** Rio de Janeiro: Relume, 2002, p. 81-96.

VERAS, Renato Peixoto; CALDAS, Célia Pereira; ARAÚJO, Denizar Viana; MENDES, Rosana Kuschniere Walter Mendes. A Assistência Suplementar de Saúde e seus projetos de cuidado para o idoso. **Ciência e Saúde Coletiva.** v.13, n. 4., p. 1119-1126, 2008a.

VERAS, Renato Peixoto; CALDAS, Célia Pereira; ARAÚJO, Denizar Vianna; KUSCHNIR, Rosana; MENDES, Walter. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema de saúde suplementar de saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública.** v.42., n. 3., p. 497-502, 2008b.

VERAS, Renato Peixoto; LOURENÇO, Roberto; MARTINS, Cláudia S. F.; SANCHEZ, Maria Angélica S.; CHAVES, Paulo Henrique. Novos paradigmas do Modelo Assistencial no Setor Saúde: conseqüência da explosão populacional dos idosos no Brasil In: VERAS, Renato (Org.) **Gestão Contemporânea em Saúde.** Rio de Janeiro: Relume, 2002, p. 11-56.

VERAS, Renato Peixoto; PARAHYBA, Maria Isabel. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. **Cadernos de Saúde Pública.** v.23, n. 10, p. 2479-2489, 2007.

VERAS, Renato Peixoto; RAMOS, Luiz Roberto; KALACHE, Alexandre. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Revista de Saúde Pública.** v.2., n. 3., 1987.

WESTPHAL, Márcia Faria. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças in: **Tratado de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: Hucitec, 2006, p. 653-667.

WESTPHAL, Márcia Faria. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida In: Saúde Pública: bases conceituais. São Paulo: Atheneu, , 2008, p. 149-163.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). PROGRAMME ON MENTAL

HEALTH. **WHOQOL Measuring Quality of Life.** Genebra: World Health Organization, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World Health Report:** Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Genebra: World Health Organization, 2002.

ANEXO I

IDENTIFICAÇÃO

NOME

ENDEREÇO

CIDADE/ESTADO	BAIRRO	CEP

IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL

Mora Sozinho(a)	Tem Cuidador	Caso não tenha cuidador,
( ) Sim	( ) Sim	quem é responsável?
( ) Não	( ) Não	

Escolaridade

DCNT

( ) Hipertensão	( ) Derrame cerebral	( ) Câncer
( ) Diabetes	( ) Mal de Parkinson	( ) Mal de Alzheimer
( ) Angina ou Infarto	( ) Doença da tireóide	( ) Depressão
( ) Insuficiência renal	( ) Osteoporose	( ) Dor Crônica
( ) Outras		

FATORES DE RISCO

( ) Colesterol alto	( ) Excesso de peso	( ) Obesidade

TABAGISTA	ALCOOLISTA	ATIVIDADE FÍSICA
( ) Sim	( ) Diário	( ) Sim
( ) Não fuma	( ) Não bebe	( ) Não realiza

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

AMBULATORIAIS

Tem um médico específico?	( ) Sim	( ) Não
Sua última consulta foi?	( ) ≤ 6 meses	( ) Entre 6 meses e 1 ano

HOSPITALARES

Já esteve internado?	( ) Sim	( ) Não
Quantas vezes internado no último ano?	( ) 1 vez	( ) 2 vezes
Quando foi a última internação?	( ) ≤ 6 meses	( ) Entre 6 meses e 1 ano
Quanto tempo ficou internado?	( ) < 10 dias	( ) Entre 10 e 30 dias

Qual o motivo?

ANEXO II

WHOQOL-OLD

Instruções

ESTE INSTRUMENTO NAO DEVE SER APLICADO INDIVIDUALMENTE, MAS SIM EM CONJUNTO COM O INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

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!

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	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
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 III

WHOQOL - ABREVIADO

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

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

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

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

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

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1(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 J 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 J 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 v<rios aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim	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 freqüência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26(F8.1)	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....
Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO IV

ANEXO IV ROTEIRO ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

NOME	IDADE
1	Como o Sr. (a) explicaria para o grupo o que é qualidade de vida?
2	Se o Sr. (a) tivesse que explicar para o grupo o que é saúde, como faria?
3	O Sr. (a) têm alguma doença? Qual?
4	Explique para o grupo como esta doença ou doenças afetam a sua qualidade de vida
5	A participação neste grupo influencia sua qualidade de vida? Se sim por quê? Se não por quê?

ANEXO V

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) senhor(a) está convidado a participar de uma pesquisa. Esta busca verificar como as pessoas que possuem uma doença acham que está a sua qualidade de vida.

Gostaríamos de sua colaboração durante alguns minutos para responder a um questionário com perguntas sobre como observa sua saúde, doenças e como avalia sua qualidade de vida.

Gostaríamos de deixar claro que esta pesquisa é independente de seu tratamento e em nada o influenciará caso o(a) senhor(a) não estiver de acordo em participar.

Asseguramos que todas as informações prestadas pelo senhor (a) são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

Se tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir, sinta-se a vontade para fazê-la.

São Paulo,

Data: ____/____/____

Nome legível do entrevistado:

_____

Assinatura: _____

Nome do entrevistador: _____

Assinatura: _____

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo