

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

FERNANDO RUFO DINIZ VINAGRE

**AVALIANDO A QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO DO
MORRO DO ALEMÃO**

Rio de Janeiro

2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

FERNANDO RUFO DINIZ VINAGRE

**AVALIANDO A QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO DO
MORRO DO ALEMÃO**

**Dissertação submetida ao corpo docente da
Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro,
como parte dos requisitos necessários à
obtenção do grau de Mestre em Saúde da
Família.**

**Orientador: Prof. Dr. Luiz Guilherme Pessoa
da Silva**

Rio de Janeiro

2008

FERNANDO RUFO DINIZ VINAGRE

**AVALIANDO A QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO DO
MORRO DO ALEMÃO**

Dissertação submetida ao corpo docente da Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Guilherme Pessoa da Silva
Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Ricardo José de Oliveira e Silva
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^a. Dr^a. Valéria Ferreira Romano
Universidade Estácio de Sá

À meu pai,

responsável direto por este mestrado,

fonte de inspiração, de sabedoria e de
lisura de caráter.

Muito me honra ser seu filho.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela fé que tenho em seus ensinamentos, aprendo mais a cada dia.

À minha mãe pela paciência, compreensão, incentivo, bom humor e coragem. Enfim, uma fortaleza em forma de gente.

Aos meus amigos, Berila, Pedro Lima e Renato, digamos, meus colaboradores de expressão na construção deste projeto. Sempre muito solidários e pacientes.

Aos meus colegas de turma, Sônia Sueli, Pedro Jônatas, Pedro Rocha, Roberto Fucks, Ana Maria, Cláudia Rabello e Márcia Augusta pelo convívio saudável, próspero e acolhedor que desenvolvemos durante o curso.

Aos mestres: Valéria Romano, Marilene, Hésio Cordeiro, Paulo Henrique, Carlos Serra, Haroldo e ao meu orientador Luiz Guilherme que me conquistaram neste trajeto.

À todos colegas e amigos de trabalho pelo carinho, amizade e união que conquistamos com o tempo, tornando prazeroso os nossos dias de labuta.

À todos moradores do Morro do Alemão, em especial, aos idosos e aos usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) que me enriquecem com suas vivências e me enebriam de carinho, respeito e gratidão.

À CAP 3.1 e ao GAT pela concessão para fazer este curso.

“Mato Grosso contou seus segredos
Me calou os medos e me fez sonhar,
Me ensinou que não existe distância no mundo,
Quando é pra se amar.”

AMO MEU MATO GROSSO
Tadeu Diniz Vinagre

RESUMO

Introdução: Este estudo realizou avaliação da qualidade de vida dos idosos do morro do Alemão, Rio de Janeiro, através de 301 entrevistas com os gerontes adscritos ao Programa de Saúde da Família do referido local. **Material e Métodos:** Através de inquérito domiciliar realizado entre os meses de setembro de 2007 a fevereiro de 2008, foram entrevistadas 301 idosos, selecionadas através de amostra aleatória simples. O questionário SF36 foi o instrumento utilizado informações das diversas dimensões da qualidade de vida, tais como: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, emocionais e saúde mental. **Resultados:** A idade da população estudada variou de 60 a 97 anos, sendo formada prioritariamente por idosas (1%) O consolidado de informações do questionário revelou que as dimensões capacidade funcional (50,8%), aspectos físicos (51,8%), vitalidade (40,9%) e aspectos emocionais (41,8%) foram os que mais negativamente influenciaram a qualidade de vida dos idosos entrevistados. **Conclusão:** De modo geral, os idosos residentes do Morro do Alemão apresentam boa qualidade de vida. Porém, identificar fatores que, em maior ou menor intensidade, podem interferir na qualidade de vida dos idosos do Morro do Alemão podem auxiliar na elaboração e implementação de ações que atendam as necessidades desta comunidade em particular. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem papel de importância na implementação de ações voltadas à atenção integral à saúde do idoso como forma de predispor a melhor qualidade de vida deste segmento populacional. Os serviços de saúde devem constituir-se como um local de acolhimento e elaboração de projetos de apoio ao envelhecimento com qualidade através de ações voltadas ao idoso e sua família, pela articulação de ações intersetoriais dentro da rede social de apoio local.

Palavras-chave: envelhecimento, qualidade de vida, inquérito populacional, atenção primária.

ABSTRACT

Introduction: This study aimed to evaluate the quality of life of elderly in Morro do Alemão, Rio de Janeiro, interviewing 301 elders enrolled in the Family Health Program (Programa de Saúde Familiar) of the above mentioned area. **Methodology:** From september 2007 to February 2008, 301 elders were interviewed at home after being selected through a simple random sample. Questionnaire SF36 was the tool used to collect information regarding several variables in quality of life such as: functional ability, physical aspects, pain, general health status, vitality, mental health, emotional and social aspects.

Results: The age of studied subjects ranged from 60 to 97 years old, mostly (61%) elder women. Information collected by the questionnaires revealed that functional ability (50,8%), physical aspects (51,8%), vitality (40,9%), and emotional aspects (41,8%) were the variables that had the most negative influence in the elderly's quality of life.

Conclusion: In general terms, elderly resident at Morro do Alemão have a fairly good quality of life. Nevertheless, identifying factors which may interfere in their quality of life may help planning and implementing social action that aims to respond to the needs of this particular community. Family Health Strategy (Estratégia de Saúde Familiar – ESF) has a relevant role in the implementation of action aiming integral attention to elderly in order to enhance the quality of life of this age group. Local health facilities should be a place of hospitality and preparation of projects that support aging with quality of life. Articulation of local support agencies may be necessary to implement such action in a more effective way.

Keywords: aging; quality of life; questionnaires; primary care.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ESF - Estratégia da Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

NOB - Norma Operacional Básica

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio

PNI - Política Nacional do Idoso

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

SMS-RJ - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

SUS - Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Crescimento da População Idosa Brasileira, segundo a faixa etária.....	17
Tabela 2- Aumento projetado da população de 60 anos ou mais nos países mais populosos, 1950 – 2025.....	19
Tabela 3 - Distribuição da População por faixas etárias no Brasil, 1950- 2025.....	21
Tabela 4 – Distribuição da casuística segundo auto-avaliação da condição de saúde.....	35
Tabela 5 – Distribuição da casuística segundo comparação entre o atual estado de saúde e há um ano atrás.....	36
Tabela 6- Distribuição das atividades de vida diária realizadas pela população estudada.....	37
Tabela 7- Distribuição dos resultados segundo problemas com o trabalho ou com alguma atividade diária regular em consequência da saúde física nas últimas semanas.....	38
Tabela 8- Distribuição dos resultados segundo problemas com o trabalho ou com alguma atividade diária regular, no último mês, em consequência da saúde mental.....	38
Tabela 9- Distribuição dos problemas físicos e emocionais que interferem nas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo.....	39
Tabela 10- Distribuição da casuística quanto à presença e intensidade de dor no corpo nas últimas quatro semanas.....	39

Tabela 11- Distribuição da casuística em relação à presença de dor e sua interferência com o trabalho diário.....	40
Tabela 12- Distribuição da casuística em relação à auto-percepção da vitalidade e saúde mental nas últimas quatro semanas.....	41
Tabela 13 - Distribuição da casuística em relação ao tempo em que a saúde física e mental interferiram nas atividades sociais nas últimas quatro semanas.....	42
Tabela 14- Distribuição da casuística referente a auto-avaliação da condição de saúde.....	42
Tabela 15 - Distribuição do resultado consolidado dos questionários de qualidade de vida no Morro do Alemão, Rio de Janeiro, 2007.....	43

SUMÁRIO

1. Introdução.....	
2. Referencial Teórico	
2.1. Envelhecimento Populacional.....	
2.2. A Promoção da Saúde como forma de abordagem das condições de vida.....	
2.3. A Política Nacional de Promoção da Saúde.....	
2.4. Qualidade de vida na terceira idade - uma possibilidade.....	
3. Objetivos	
3.1. Objetivo Geral.....	
3.2. Objetivo Específico.....	
4. Metodologia	
4.1. Desenho do Estudo.....	
4.2. Campo de Estudo.....	
4.3. Critérios de Inclusão e Exclusão.....	
4.4. Método de Avaliação.....	
4.5. Considerações Preliminares de Natureza Ética.....	
5. Resultados.....	
6. Discussão.....	
7. Considerações Finais	
8. Referências	
Anexos	
1. Modelo SF-36.....	
2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	

1. INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida tem proporcionado mudanças no perfil demográfico de muitos países, inclusive do Brasil, onde se assiste ao fenômeno de envelhecimento acelerado da população.

Dentre os diferentes grupos etários, a parcela da população idosa é a que mais cresce em termos mundiais, com projeções para o ano 2020 de que este grupo aumente 82% em relação à população atual.

Refletindo o panorama mundial, no Brasil a parcela da população idosa é a que mais cresce desde a década de 60 e se espera que em 2020 exista um idoso para cada 13 pessoas residentes no país.

Ao se comparar a expectativa de vida ao longo do século XX, pode-se observar que esta dobrou em relação ao início do século. Segundo fontes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE estima-se que o conjunto de pessoas de 60 anos ou mais represente 12.8% da população total no município do Rio de Janeiro.

Definir o conceito e os limites do envelhecimento não é tarefa fácil e reflete-se nas várias citações encontradas na literatura.

A Organização Mundial da Saúde - OMS utiliza o critério idade para conceituar o indivíduo idoso. Para esta, geronte é todo indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos, se residente em países desenvolvidos, ou com 60 anos ou mais, se residente nos países em desenvolvimento.

A Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS apresenta um conceito mais amplo do processo de envelhecimento, entendido como processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o

tempo o torne capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente, aumentando sua possibilidade de morte.

Para Géis, 2003, o envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural de perda progressiva da reserva funcional do indivíduo – senescência – e que, em condições normais, não deve provocar maiores problemas.

Na realidade, o que se observa é um declínio funcional dos indivíduos idosos influenciado, principalmente, pela heterogeneidade de fatores relacionados ao estilo de vida, às doenças, dietas, atividades físicas e herança genética que, combinados, são os responsáveis pelas alterações morfofuncionais que ocorrem com o envelhecimento. Destes fatores, 2/3 se devem ao estilo de vida e 1/3 à hereditariedade e fatores biológicos. Com fatores modificáveis, as alterações do estilo de vida e o controle adequado de morbidades crônico-degenerativas devem ser estimulados e implementados como condição para se conquistar um envelhecimento saudável.

De fato, diversos estudos demonstram aumento na prevalência de doenças crônico degenerativas entre os atendimentos nos serviços de saúde, consequência da crescente demanda pela população idosa. Atualmente, destacam-se na prática ambulatorial o elevado número de casos relativos à hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças osteo-articulares e as perdas funcionais, responsáveis pelas alterações das relações do indivíduo com o meio. Este quadro evidencia um grande problema de saúde pública com projeções preocupantes para o ano 2020 quando se espera que 77% dos óbitos, nos países em desenvolvimento, ocorram como consequência destas.

Apesar do envelhecimento ser um processo inevitável, bem como o desenvolvimento e/ou a manutenção de determinadas morbidades, suas

conseqüências podem ser minoradas através de intervenções, tais como a reeducação alimentar e aquisição de um estilo de vida mais ativo.

No conjunto da Atenção Integral à Saúde do Idoso, podem ser mencionadas ações definidas no Estatuto do Idoso - Lei nº. 10741, de 1º de outubro de 2003 e na Política Nacional do Idoso (PNI) - Portaria nº. 1395, de 10 de dezembro de 1999, que têm como uma de suas principais diretrizes a promoção do envelhecimento saudável, para qual são previstas projetos integrados com diversas áreas sociais.

Em 30 de março de 2006 é aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), pela Portaria nº. 687, objetivando a promoção da qualidade de vida da população. Nesta proposta, a promoção à saúde é entendida como uma estratégia de articulação transversal que busca reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes - modo de viver, condição de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais, através de ações do indivíduo e da coletividade.

Em 1994, como forma de reorganização de sistema de saúde, o Ministério da Saúde implementou a Estratégia da Saúde da Família (ESF) como modelo de atenção básica. Pressupõem a criação de vínculo e responsabilização entre os profissionais de saúde e a população, facilitando o trabalho de promoção à saúde desta dentro de um território definido.

A PNPS aponta para a explicitação de mecanismos capazes de reduzir as situações de vulnerabilidade, defendendo radicalmente a equidade e incorporando a participação e o controle social na gestão das políticas públicas. Define ainda a importante interface com a Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família, lócus de execução dessas diretrizes.

A Estratégia de Saúde de Família (ESF) do Morro do Alemão, implantado em janeiro de 2004 pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), é

responsável pelo acolhimento e atendimento aos usuários do Morro do Alemão, através de consultas ambulatoriais e de visitas domiciliares. Ações de assistência, prevenção e promoção em saúde são desenvolvidas sistematicamente pelas equipes responsáveis.

Este estudo se justifica pela relevância que a questão do envelhecimento saudável tem para a prática em saúde. A discussão e implementação deste tema se traduzem em uma resposta à Política Nacional de Saúde, no que tange às ações voltadas para a divulgação e implementação, no campo da Atenção Primária em Saúde, de programas previstos nas políticas de atenção ao idoso e de promoção da saúde.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1- ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Hoje podemos observar que uma das maiores conquistas da humanidade foi à ampliação do tempo de vida, constituindo um dos maiores desafios para a saúde pública brasileira. O envelhecimento populacional é um fenômeno novo ao qual, mesmo países desenvolvidos, estão tentando se adaptar. O que era no passado uma marca de alguns poucos países, passou a ser uma experiência crescente em todo o mundo, com destaque para os países em desenvolvimento (PAPALÉO, 2005; LIMA-COSTA et al. 2003, IBGE, 2003, CHAIMOWICZ,1997).

As projeções demográficas demonstram que o envelhecimento é uma realidade presente na sociedade moderna; o aumento da população de idosos nesses últimos anos leva a maior preocupação da sociedade com relação à saúde no envelhecimento, sendo esta maior nas nações do Terceiro Mundo, que apresentam

dificuldades em se adaptar a transição demográfica, incluindo o Brasil (IBGE, 2001/2003).

Ao se analisar o envelhecimento populacional de países desenvolvidos como França, Alemanha, Canadá e Japão, observa-se que nestes o envelhecimento populacional ocorreu de forma harmoniosa ao longo de muitos anos, acompanhado por melhora nas condições de vida de população. De forma geral nos países em desenvolvimento e, em especial, no Brasil o envelhecimento vem ocorrendo de forma muito rápida e com a permanência de muitas desigualdades sociais (Tabela 1). O número de idoso passou de 3 milhões em 1960 para 7 milhões em 1980 e 14 milhões em 2000, significando um aumento de 500% em 40 anos. Estimativas indicam que o país alcançara 32 milhões de idosos em 2020 (IBGE, 2003). Em 19 anos o país terá dobrado a população de idosos de 7% para 14% da população total, o mesmo crescimento que a França levou 115 anos para alcançar, sem, contudo, ter conseguido corrigir importantes desigualdades sociais (PASCHOAL, 2005; OPAS, 2003).

Tabela 1- Crescimento da População Idosa Brasileira, segundo a faixa etária

Faixa etária(anos)	Número de Habitantes		Crescimento (%)
	1991	2000	
60 – 69	6.412.918	8.182.035	27,6
70 – 79	3.180.136	4.521.889	42,2
80 ou mais	1.129.651	1.832.105	62,2
Total	10.722.705	14.536.029	35,6

Fonte: IBGE (1991,2000)

A cada ano mais 650 mil idosos são incorporados à população brasileira, demonstrando que o Brasil está deixando de ser um país de jovens e crédito deve ser dado às informações demográficas que mostram e projetam o envelhecimento da população (VERAS, 2004). Estudo de projeção do envelhecimento em vários países no mundo evidenciou que entre os dez países no mundo com maior número de idosos, cinco serão países em desenvolvimento, onde o Brasil deve ocupar a sexta posição incluindo-se o Brasil na sexta posição mundial em números absolutos de idosos (IBGE, 2003) (tabela 2)

.Tabela 2- Aumento projetado da população de 60 anos ou mais nos países mais populosos, 1950 – 2025,

Regiões (aumento %)	População 60 + anos (milhões)			
	2025	2000	1975	1950
China 668,5	284,1	134,5	73,3	42,5
Índia 429,3	146,2	65,6	29,7	31,9
USSR 440,1	71,3	54,3	33,9	16,2
USA 363,8	67,3	40,1	31,6	8,5
Japão 517,2	33,13	26,4	13,0	6,4
Brasil 1514,3	31,8	14,3	6,2	2,1
Indonésia 821,1	31,2	14,9	6,8	3,8
Paquistão 548,5	18,1	6,9	3,6	3,3
México 1346,2	17,5	6,6	3,1	1,3
Bangladesh 646,2	16,8	6,6	3,3	2,6
Nigéria 1230,8	16,0	6,3	2,6	1,3

Fonte: IBGE, 2003

Apesar de a velhice ser vista por parte da sociedade, incluindo os próprios idosos, como um to é um fenômeno marcado por mudanças biopsicossociais específicas, que ocorrem ao longo do tempo e que envolve aspectos relacionados

ao envelhecimento biológico, psicológico e social (DELIBERATO, 2002). Apesar de a velhice ser vista por parte da sociedade, incluindo os próprios idosos, como um período de decadência física e mental, muitos cidadãos que chegam aos 60 anos são completamente independentes e produtivos, evidenciando a equivocada construção social do envelhecimento (AZEREDO, 2000).

O processo de envelhecimento representa um conjunto de mudanças que contribuem para aumentar progressivamente a taxa de mortalidade específica para a idade. Apesar de não ser um processo de adoecimento, uma vez que ao se envelhecer são esperadas modificações fisiológicas, a probabilidade de adoecer aumenta com a idade em decorrência da maior vulnerabilidade às doenças (JECKEL-NETO, 2001; FREITAS, 2002).

É inegável a maior prevalência de morbidade encontrada no grupo de gerontes (IBGE/CENSO, 2000), traduzindo-se em maior número de problemas de saúde de longa duração e que necessitam de maior atenção por parte dos serviços de saúde pública, principalmente em nível primário. Infelizmente, os serviços de saúde não estão preparados para este tipo de demanda, apresentando dificuldades variadas em lidar com essa nova realidade. (BRASIL, 2004)

Para dimensionar o crescimento da população brasileira, estudo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico (IBGE) analisou o crescimento dos gerontes por faixa etária (tabela 3). Verifica-se que o grupo mais numeroso é o que se encontra na faixa etária entre 60 – 69 anos (idosos jovens) e que devem viver por mais 20 anos, aproximadamente. Também chama atenção neste estudo, o crescimento do grupo de idosos com 80 anos ou mais, demonstrando que esta parcela populacional está envelhecendo.

Assim, parece que o maior impacto de ações de saúde poderá ser conseguido no grupo etário mais jovem, entre 60 e 69 anos, permitindo um envelhecimento com maior independência e autonomia.

Tabela 3 - Distribuição da População por faixas etárias no Brasil, 1950- 2025

Total	População em milhões				
	0-14	15 – 59	60 – 69	70 – 79	80 mais
1950 51.944	21.696	27.928	1.451	545	20
1960 70.191	29.912	36.849	2.190	850	290
1970 93.139	39.131	49.108	3.007	1.225	485
1980 119.003	45.461	66.197	4.475	2.147	593
2000 179.487	56.988	108.147	8.229	4.620	1.503
2025 245.809	60.571	151.356	19.673	10.537	3.672

Fonte IBGE, 2000

O idoso precisa ser estimulado dentro dos seus próprios limites, tornando-se protagonista de sua vida em uma atitude cidadã, valorizando sua experiência e seu conhecimento, desvinculando a idéia de um indivíduo que se encaminha para o fim da vida (SALDANHA & CALDAS, 2004).

Para tanto, são necessários a implementação de políticas públicas já definidas que garantam ao idoso a sua integração na comunidade e a mobilização

deste grupo na manutenção de seus direitos, através de participação social (SALDANHA & CALDAS 2004). Assim, envelhecimento populacional é um dos maiores desafios enfrentado pelo país na busca de ações, para que a crescente população de idosos envelheça em condições adequadas, através do planejamento de ações voltadas para a real melhoria da qualidade de vida dos idosos, priorizando investimentos na promoção de saúde, propiciando ao exercício de sua cidadania.

2.2- A PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO FORMA DE ABORDAGEM DAS CONDIÇÕES DE VIDA

A ampliação do acesso da população de idosos aos serviços de atenção básica requer uma adequação dos recursos disponíveis e das formas de abordagem específicas as necessidades apresentadas, inerentes ao processo de envelhecimento. No conjunto das ações programáticas propostas pela Política Integral à Saúde do Idoso, podem ser mencionadas aquelas definidas no próprio Estatuto do Idoso - Lei nº 10741, de 1 de outubro de 2003 e na Política Nacional do Idoso - Portaria nº. 1395, de 10 de dezembro de 1999, tendo como uma de suas principais diretrizes a promoção do envelhecimento saudável através de ações integradas nas diversas áreas sociais.

Nos últimos vinte anos, o conceito de promoção de saúde vem sendo apontado como marco para as políticas de saúde em nível mundial. A idéia expressa no conceito é relativamente antiga e origina-se do reconhecimento de que para a saúde é necessário se proporcionar boas condições de vida e de trabalho, educação, cultura física, lazer e descanso (TERRIS,1996).

Na década de 80, a discussão sobre promoção de saúde é retomada pela OMS, sendo então definida como “*el proceso que permite a lãs personas adquiri*

mayor control sobre su propia salud y, al mismo tiempo, mejorar esa salud” (Kickbusch, 1996^a, p.16). Atualmente, a perspectiva baseia-se em uma visão integrada e ecológica da saúde pública, na qual não há separação entre o indivíduo e o meio, considerados um todo. O objetivo é a criação de um clima favorável à saúde, viabilizado através do restabelecimento dos laços existentes entre saúde bem estar social, entre a qualidade de vida coletiva e individual.

A carta de Ottawa, documento resultante da 1ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde realizada em 1986, reforça esses pressupostos e destaca-se, segundo Terris (1996), porque recusa o enfoque tradicional da Educação em Saúde, no qual a população é mera receptora das mensagens e propõe uma participação ativa, refletida no fortalecimento da ação comunitária. A carta supõe integração entre a responsabilidade coletiva e individual, ao afirmar que a promoção de saúde “transcende a idéia de formas de vidas sãs, bem como inclui atuação em cinco campos centrais como requisitos para a saúde, a paz, moradia, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, justiça social e equidade” (TERRIS, 1996).

Partindo do reconhecimento de que a saúde é multideterminada e depende de ações intersetoriais e integradas, o conjunto de estratégias preconizado engloba a atuação em cinco campos: a implementação de políticas públicas saudáveis, como dimensão fundamental da responsabilidade social da saúde e busca de equidade; a criação de ambientes saudáveis favorecedores à saúde (lazer, escola, trabalho, cidade, etc.); o desenvolvimento de habilidades pessoais, que inclui acesso às informações e processo de capacitação das pessoas para lidar com a saúde (empowerment); o reforço da ação comunitária, identificada como aquisição de poder técnico e político para atuar em prol da saúde (empowerment comunitário) e a

reorientação dos serviços de saúde, pautada em uma visão abrangente e intersetorial, para além do provimento de serviços assistenciais.

2.3- A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE

“Promover” tem o significado de dar impulso a; fomentar; originar; gerar (Ferreira, 1986). Promoção da saúde refere-se às medidas que servem para “aumentar a saúde e o bem estar gerais”(LEAVELL E CLARCK, 1976: pg.19)

No Brasil, o tema promoção de saúde vem ganhando força a partir das mudanças na política de saúde nos anos 80, que culminaram na Lei Orgânica da Saúde (1990) e na concepção do Sistema Único de Saúde (SUS). Fundado em princípios como integralidade da atenção e participação popular, o modelo assistencial preconizado pelo SUS tem como referência o conceito ampliado de saúde e busca reverter a predominância do enfoque curativo e hospitalocêntrico da política de saúde do país, valorizando a prevenção e a promoção da saúde, tendo na intersetorialidade um de seus princípios norteadores. Isto significa o reconhecimento de que ações fundamentais para melhoria da saúde da população escapam do domínio do setor saúde e exigem a participação integrada dos diversos setores da Política Social (MENDES, 1996). Essas políticas são consideradas um exemplo dentre as experiências atuais de promoção de saúde no Brasil (MORAES E FAGUNDES, 1999).

O ano de 2006 é particularmente marcante em relação às práticas que o Brasil desenvolve para integralidade do cuidado e para melhoria da qualidade de vida da população. Em 30 de março de 2006 é aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), pela Portaria nº 687. Promoção da saúde aqui

entendida como uma estratégia de articulação transversal que busca promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes - modo de viver, condição de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

A PNPS aponta para a explicitação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas. Define ainda a importante interface com a Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família, locus de execução dessas diretrizes. Assim, a nova PNPS prioriza para o biênio 2006/2007 ações voltadas para a divulgação e implementação dessa política.

Neste contexto estão: alimentação saudável; prática corporal/ atividade física; prevenção e controle do tabagismo; redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; por acidente de trânsito; prevenção da violência e estímulo à cultura da paz e promoção do desenvolvimento sustentável.

Como as máquinas, o organismo necessita de lubrificação e movimento. Ossos, tendões e músculos, assim como a mente e órgãos internos devem ser cuidados e atendidos da melhor forma possível, necessitando de movimento. Se este for limitado às atividades diárias, como caminhar, sentar, subir e descer escadas, brincar com os netos, etc., ele ficará cada mais reduzido, fazendo com que, progressivamente, o corpo se atrofie (GÉIS, 2003).

Com atividade física adequada, as articulações ganham maior capacidade de movimento, músculos e ligamentos são reforçados; a capacidade de oxigenação dos pulmões é aumentada; o sangue circula mais facilmente pelo organismo, além de aumentar a resistência física, fazendo com que a fadiga demore mais tempo para ocorrer (GÉIS, 2003).

Assim, um programa regular de exercícios físicos para idosos, além de levar a melhora fisiológica mensurável, serve para minimizar o declínio funcional e facilitar a realização das atividades da vida diária através de menor esforço físico dos idosos.

Entre os diversos grupos etários, os idosos são os que mais se beneficiam com a prática de atividade física. Porém, na prática, se observa que esta faixa etária é a que menos se exercita, colocando em risco sua independência em idade mais avançada.

Efetivo na manutenção funcional, na promoção da saúde, na melhoria da qualidade de vida, os programas de exercícios físicos para idosos devem incluir atividades que melhorem a função cardiovascular, os níveis de força muscular, a flexibilidade, a coordenação motora, o equilíbrio e a velocidade de reação.

O aumento da população idosa no mundo, a diminuição da qualidade de vida, os gastos financeiros e as implicações sociais decorrentes do processo do envelhecimento despertam, atualmente, o interesse pelos estudos científicos envolvendo atividade física e envelhecimento.

2.4- QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE – UMA POSSIBILIDADE

A maior longevidade das sociedades acarreta uma situação de ambigüidade, vivenciada por muitos indivíduos em diferentes idades: o desejo de viver mais e, ao mesmo tempo, o medo de viver com incapacidades e dependências. Na verdade, o envelhecimento aumenta o risco de desenvolvimento de doenças e comprometimento da funcionalidade física, psíquica e social que podem levar ao declínio funcional, isolamento social, perda da autonomia, aumento da dependência e depressão. No entanto, envelhecer com qualidade de vida é possível se o processo de envelhecimento for acompanhado de boa saúde física e mental, independência e autonomia e participação social (PASCHOAL, 2000)

O maior desafio imposto aos indivíduos e às sociedades é conquistar a longevidade com qualidade de vida, acrescentando dignidade e significado aos anos vividos (VERAS, 1994; PASCHOAL, 2002; FREITAS et al., 2002).

Qualidade de vida é um termo de difícil conceituação por abranger diferentes aspectos. Na tentativa de definir o termo, a OMS propõe uma conceituação subjetiva, multidimensional e que inclui elementos positivos e negativos para sua representação. Refere-se à percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Influenciado de modo complexo pela saúde física, estado psicológico, relações sociais, nível de independência, crenças pessoais e pelas suas relações com as características mais relevantes do seu meio ambiente. O conceito varia entre épocas, países, culturas, classes sociais e indivíduos. Mais que isso, varia para um mesmo indivíduo ao longo de sua vida (OMS, 1998; PASCHOAL, 2002; PEREIRA et al. 2006).

Pode-se avaliar o fenômeno qualidade de vida de forma global ou individualizada, a partir de suas várias dimensões. Entre estas, a percepção de saúde, a capacidade funcional e o bem-estar subjetivo são importantes variáveis para análise (PASCHOAL, 2002).

Considerando a multiplicidade de fatores, Lawton (1983) construiu um modelo de qualidade de vida na velhice representada por quatro dimensões inter-relacionadas. A primeira dimensão refere-se as condições ambientais existentes, que devem oferecer condições adequadas à vida do indivíduo. Refere-se ao ambiente físico, ecológico e ao construído pelo homem que cria e influi nas bases para a competência adaptativa. Esta se expressa em competência emocional (capacidade de lidar com fatores estressores), competência cognitiva (capacidade para resolver problemas) e competência comportamental (desempenho e

competência social). A segunda dimensão, competência comportamental, está relacionada com a capacidade que um indivíduo tem para lidar com diferentes situações de vida. Tal capacidade depende do potencial de cada um, de suas experiências e condições de vida, dos valores agregados e do desenvolvimento pessoal, que, por sua vez, sofre influência do contexto histórico-cultural. A terceira, qualidade de vida percebida, reflete a avaliação da própria vida, sendo influenciada pelas expectativas sociais e pessoais e pelos valores agregados ao longo da vida. A última dimensão, bem estar subjetivo, traduz a satisfação com a própria vida, de forma global ou específica para determinados aspectos da vida, refletindo as inter-relações entre as três dimensões precedentes. É influenciada pelos antecedentes pessoais (históricos, genéticos e sócio-econômico-culturais), pelos traços de personalidade e por mecanismos de auto-regulação (senso de significado pessoal, sentido da vida, religiosidade/transcendência, senso de controle, senso de eficácia pessoal e adaptabilidade). Conjuntamente, estas competências se refletem na manutenção de atividades e exercício de papéis sociais, no ajustamento pessoal e nas relações sociais apresentando importante relação com a saúde física e mental do idoso (NERI, 2001).

Mais que em outros grupos etários, os fatores físicos, sociais, psicológicos e culturais influenciam a qualidade de vida e saúde dos idosos. Deste modo, a avaliação e promoção à saúde do idoso devem considerar a atuação interdisciplinar e multidimensional (ANDERSON et al, 1998).

O conceito de saúde para a população idosa não se restringe à presença ou ausência de doença ou agravo, já que grande parcela dos idosos são portadores de pelo menos uma doença crônica. A saúde do idoso pode ser entendida como a interação entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica. Considerando saúde em sua

multidimensionalidade, constata-se que fatores ambientais, sócio-econômicos e culturais tornam-se determinantes importantes para um envelhecimento saudável (BRASIL, 2006; RAMOS, 2003; PEREIRA et al., 2006).

O maior desafio na atenção à pessoa idosa é estimular a descoberta de novas possibilidades de viver com a máxima qualidade possível, apesar do risco progressivo de limitações. Essa possibilidade aumenta à medida que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. A manutenção da capacidade funcional surge como um novo paradigma de saúde na busca por um envelhecimento saudável onde a independência e autonomia sejam mantidas pelo maior tempo possível (BRASIL, 2006; RAMOS, 2003; PEREIRA et al., 2006).

Diener e Suh (1998, apud NERI 2001) realizaram uma revisão na literatura sobre a influência da dimensão psico-social na qualidade de vida em idosos. O estudo evidenciou maior associação entre eventos subjetivos e qualidade de vida, associando a visão negativa do envelhecimento com depressão, baixa percepção de saúde e insatisfação com a vida. A presença de doença e incapacidade que resulte em restrição da interação social foram relacionadas com depressão e afetos negativos.

O mesmo estudo demonstrou diferentes percepções da qualidade de vida entre gêneros. Os homens idosos são mais satisfeitos que as mulheres, que tendem a apresentar pior qualidade de vida por serem, em geral, mais velhas, mais doentes, mais pobres e mais oneradas por cuidados à casa e ao cônjuge.

A construção cultural da velhice acaba por gerar esteriótipos negativos que comprometem a possibilidade de uma melhor qualidade de vida. Em nossa sociedade, a velhice é costumeiramente associada a doenças, perdas, dependência, incapacidades, impotência, pobreza, solidão, viuvez, cidadania de segunda classe,

entre outros. Costuma-se acreditar que o idoso é chato, ultrapassado, rabujento, implicante, intolerante, triste, demente e oneroso, generalizando-se características de alguns indivíduos. A visão estereotipada associada ao desconhecimento do processo de envelhecimento saudável leva à negação da velhice ou à negligência de suas necessidades, vontades e desejos. Em parte por este motivo, muitos idosos, famílias e profissionais de saúde tendem a ignorar ou minimizar sintomas considerando-os parte natural do processo de envelhecimento, caracterizando omissão e negligência da atenção, impedindo tratamento, reabilitação e adaptação e repercutindo negativamente sobre a saúde e qualidade de vida dos idosos (ORY & COX, 1994 apud PASCHOAL, 2002).

O processo de envelhecimento produz um crescente e profundo impacto em todos os setores da sociedade, tendo na saúde sua maior repercussão, tanto por suas conseqüências nos diversos níveis assistenciais quanto pela demanda por novos recursos e estruturas. Para tanto, identificar fatores que interferem no bem-estar dos idosos e as condições associadas à sua qualidade de vida possibilitam criar alternativas de intervenção para atender as novas demandas (PEREIRA et al, 2006).

O conceito de “envelhecimento ativo” passou a ser utilizado pela OMS no final da década de 90 e contempla, além dos cuidados à saúde, outros fatores que afetam o envelhecimento. Com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem, está atrelada a implementação de políticas públicas. Sua implementação envolve uma mudança de paradigma, reconhecendo o idoso como cidadão ativo e participante processos políticos e em outros aspectos da vida em comunidade (BRASIL, 2006).

3- OBJETIVOS

3.1- OBJETIVO GERAL

Avaliar as condições inerentes à qualidade de vida do idoso adscrito a Estratégia Saúde da Família (ESF) no Morro do Alemão, Rio de Janeiro.

3.2- OBJETIVO ESPECÍFICO

Analisar os fatores relacionados à percepção dos idosos em relação a sua saúde quanto a: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.

4. METODOLOGIA

4.1- DESENHO DO ESTUDO

Aplicação de 301 questionários, com questões estruturadas, entre idosos usuários da ESF no Morro do Alemão, no período setembro de 2007 a fevereiro de 2008.

4.2 - CAMPO DE ESTUDO

A pesquisa será desenvolvida nas dependências da Unidade do ESF situada no Morro do Alemão, no bairro de Ramos, zona norte do Rio de Janeiro.

O Morro do Alemão, que, com mais doze favelas, compõem o Complexo do Alemão, tem uma população total de 12.922 (doze mil novecentos e vinte e dois) habitantes, sendo que destes, 886 indivíduos (6.9% da população total) apresentam 60 anos ou mais.

O Morro do Alemão apresenta um IDH igual a 0.587, uma esperança de vida ao nascer igual a 56.72 anos, altas taxas de desemprego, baixa escolaridade, pobreza e exclusão social importantes. A violência urbana tornou-se corriqueira, ora em guerra com a polícia ora em guerra com outras facções de morros vizinhos, impondo à comunidade um ambiente inseguro e inóspito, corroborando, portanto, para o agravamento das condições de saúde desta população.

4.3 - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos nesta pesquisa os indivíduos na faixa etária igual ou superior a 60 anos, independentemente da condição clínica, raça ou sexo e que residiam no Morro do Alemão e aceitaram participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram excluídos do estudo os usuários com idade inferior a 60 anos, que não pertenciam à comunidade, que estavam restritas ao leito, que apresentavam alterações cognitivas ou não concordaram em participar do estudo.

4.4 - MÉTODO DE AVALIAÇÃO

A avaliação da saúde do idoso foi realizada através da aplicação de questionário específico, denominado Modelo SF-36 (Medical Outcomes Study 36 - Hem Short-Form Health Survey), traduzido e validado para o português por Ciconelli

et al, 1999. Trata-se de um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, de fácil administração e compreensão sendo multidimensional formado por trinta e seis itens, englobado em oito escalas ou componente: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental (anexo 1).

A escolha desse instrumento fundamentou-se na necessidade de se ter um questionário de avaliação genérica de saúde, bem desenhado, cujas propriedades da medida já tivessem sido demonstradas em outros trabalhos. As entrevistas foram feitas por profissionais de saúde das equipes do ESF devidamente treinados, em ambiente apropriado e confortável e contaram com agendamento prévio, acordado com os usuários.

O questionário é composto por perguntas que contribuíram para a análise da percepção e impressão dos idosos sobre a sua saúde e a sua vida diária e que ajudaram a avaliar a saúde do idoso. Para fins de análise, os resultados das diferentes dimensões do questionário SF 36 foram divididos em 4 (quatro) quartis considerando-se com menor interferência na qualidade de vida dos entrevistados os resultados incluídos nos quartis maiores que 50%.

Foi pertinente à pesquisa em apreço, a utilização do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo2), a fim de caracterizar que as informações foram prestadas espontaneamente pelos componentes da pesquisa.

4.5 - CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES DE NATUREZA ÉTICA

A confrontação teórica dos postulados científicos atuais da literatura médica consultada com os achados práticos dessa pesquisa possibilitará maiores conhecimentos no que diz respeito à saúde desse segmento da população.

Para a execução da presente investigação, o projeto foi apreciado e aprovado pela douta Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Estácio de Sá.

Por ocasião da apresentação dos resultados, nenhuma informação que atente contra o anonimato dos pacientes envolvidos nessa pesquisa foi divulgada ou veiculada a quaisquer dados que permitissem a identificação e caracterização dos mesmos, como pessoas físicas.

Esse trabalho não apresentou riscos envolvidos devido ao fato da pesquisa ser abastecida de informações prestadas pelo próprio paciente em ambiente tranqüilo e acolhedor, enquanto aguardava a hora do atendimento.

A pesquisa realizada não teve objetivo de esgotar o assunto em apreço, e sim fornecer dados importantes sobre o perfil da população idosa e moradora de um dos morros da cidade do Rio de Janeiro. Acreditamos que a divulgação dos resultados desse trabalho para a sociedade estimulará ações de promoção de saúde e prevenções específicas para este ou demais grupos de idosos.

5- RESULTADOS

Os dados da presente investigação constam de 301 entrevistas realizadas no morro do Alemão no aludido período.

A idade dos entrevistados variou de 60 a 97 anos, sendo 39 % do sexo masculino e 61% do sexo feminino.

A avaliação da atual percepção de saúde entre a amostra analisada demonstra que 75% desta população consideram sua saúde boa e 25% a consideram ruim, ou seja, em cada 4 (quatro) idosos, 1 (um) tem uma auto-avaliação de saúde ruim (tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição da casuística segundo auto-avaliação da condição de saúde.	Absoluto (n)	Relativo (%)	IC (95%)
<i>Auto-avaliação de saúde</i>			
Excelente	3	1	0,3 - 3,1
Muito boa	27	9	6,1 - 12,9
Boa	194	64	58,8 - 69,9
Ruim	64	21,3	16,9 - 26,4
Muito ruim	13	4,3	2,4 - 7,5
Total	301	100	

A comparação entre a condição de saúde atual e há 1 (um) ano atrás demonstra que 80% dos idosos consideram sua condição de saúde atual melhor e apenas 7,3% a consideram pior (tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição da casuística segundo comparação entre o atual estado de saúde e há um ano atrás.

<i>Comparação entre saúde atual e há um ano atrás</i>	Absoluto (n)	Relativo (%)	IC (95%)
Muito melhor agora que há um ano atrás	13	4,3	2,4 - 7,5
Um pouco melhor agora que há um ano atrás	239	79,4	74,4 - 83,8
Quase a mesma coisa que há um ano atrás	27	9	6,1 - 12,9
Um pouco pior agora que há um ano atrás	21	7	4,5 - 10,6
Muito pior agora que há um ano atrás	1	0,3	0 - 2,1
Total	301	100	

Com relação a atividades desempenhadas pelo grupo analisado observa-se que atividades mais leves são mais facilmente realizadas. A tabela abaixo mostra que 90,7% dos idosos têm algum grau de dificuldade para realizar atividades vigorosas e 9,3% não relatam qualquer dificuldade para realizá-las. Quanto às atividades moderadas, 62,8% dos idosos apresentam algum grau de dificuldade e 37,2% não apresentam dificuldade alguma.

Para as atividades leves as respostas apresentaram variações de acordo com o tipo de ação executada. Enquanto metade (50%) dos idosos tem dificuldades para subir um lance de escada e andar um quarteirão, 76,1% não têm dificuldades para se vestir ou tomar banho (tabela 6).

Tabela 6- Distribuição das atividades de vida diária realizadas pela população estudada.

Capacidade Funcional	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta pouco	Não. Não dificulta de modo algum
A) Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos.	182 (60,5)	91(30,2)	28(9,3)
B) Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer casa.	74(24,6)	115(38,2)	112(37,2)
C) Levantar ou carregar mantimentos	107(35,5)	96(31,9)	98(32,6)
D) Subir vários lances de escada.	115(38,2)	101(33,6)	85(28,2)
E) Subir um lance de escadas	41(13,6)	107(35,5)	153(50,9)
F) Curvar-se , ajoelhar-se ou dobrar-se	79(26,2)	110(36,5)	111(37,2)
G) Andar mais de 1 Km	132(43,8)	70(23,2)	99(32,8)
H) Andar vários quarteirões	138(45,8)	78(25,9)	85(28,3)
I) Andar um quarteirão	67(22,2)	86(28,5)	148(49,2)
J) Tomar banho ou vestir-se	15(5)	57(18,9)	229(76,1)

Para o grupo analisado os problemas com a saúde física interferiram no desempenho das atividades diárias para quase metade dos entrevistados (tabela 7).

Tabela 7- Distribuição dos resultados segundo problemas com o trabalho ou com alguma atividade diária regular em consequência da saúde física nas últimas semanas.

Aspectos físicos X Atividades Diárias	Sim	Não
A) Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	135(44,9)	166(55,1)
B) Realizou menos tarefas do que gostaria?	154(51,2)	147(48,8)
C) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	138(45,8)	163(54,2)
D) Teve dificuldade para fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex.: necessitou de um esforço extra)?	136(45,2)	165(54,8)

Os problemas com a saúde mental interferiram nas atividades diárias de aproximadamente 45% dos idosos entrevistados, sendo que 30,2% deixaram de realizá-las com cuidado (tabela 8).

Tabela 8- Distribuição dos resultados segundo problemas com o trabalho ou com alguma atividade diária regular, no último mês, em consequência da saúde mental.

Aspectos emocionais X Atividades Diárias	Sim	Não
A) Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	127(42,2)	174(57,8)
B) Realizou menos tarefas do que gostaria?	136(45,3)	164(54,6)
C) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	91(30,2)	210(69,8)

A tabela 9 mostra que 47% dos idosos não apresentaram problemas de saúde (físico ou mental) que interferisse em suas atividades sociais e 14,7% referiram importante dificuldade (tabela 9).

Tabela 9- Distribuição dos problemas físicos e emocionais que interferem nas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo

<i>Problemas Físicos e Emocionais X Aspectos Sociais</i>	Absoluto (n)	Relativo (%)	IC (95%)
De forma nenhuma	140	46,5	40,8 - 52,3
Ligeiramente	42	14	10,3 - 18,5
Moderadamente	75	24,9	20,2 - 30,3
Bastante	36	12	8,6 - 16,3
Extremamente	8	2,7	1,2 - 5,4
Total	301	100	

A presença de dor no corpo é uma realidade para 76,7% dos entrevistados, sendo que 53,67% destes apresentam dor de moderada a muito grave intensidade (tabela 10).

Tabela 10- Distribuição da casuística quanto à presença e intensidade de dor no corpo nas últimas quatro semanas.

<i>Presença e intensidade da dor</i>	Absoluto (n)	Relativo (%)	IC (95%)
Nenhuma	70	23,3	18,7 - 28,5
Muito leve	36	12	8,6 - 16,3
Leve	71	23,6	19 - 28,9
Moderada	69	22,9	18,4 - 28,2
Grave	42	14	10,3 - 18,5
Muito grave	13	4,3	2,4 - 7,5

A dor, em diferentes intensidades, é um fator que interferiu nas atividades de 63,5% dos idosos estudados (tabela 11).

Tabela 11- Distribuição da casuística em relação à presença de dor e sua interferência com o trabalho diário.

<i>Dor X Atividades Diárias</i>	Absoluto	Relativo	IC
	(n)	(%)	(95%)
De forma nenhuma	110	36,5	31,1 - 42,3
Ligeiramente	103	34,2	28,9 - 39,9
Moderadamente	29	9,6	6,7 -13,7
Bastante	47	15,6	11,8 - 20,3
Extremamente	12	4	1,9 - 8,7
Total	301	100	

A vitalidade, avaliada nas questões A, E, G e I, demonstram que quase 50% da população estudada, considerando as três primeiras opções de resposta, sentem-se com energia para desempenhar suas atividades cotidianas. Com relação a saúde mental, , avaliada nas perguntas B, C, D e F e considerando-se as três últimas opções de resposta, o grupo se auto-avaliou menos ansioso (73,4%) e deprimido (89,7%), apresentando atitudes mais positivas, como tranquilo (71,4%) e animado (76,1%) em suas atividades diárias, apesar das situações de violência e das dificuldades vivenciadas pela população entrevistada (tabela 12).

Tabela 12- Distribuição da casuística em relação à auto-percepção da vitalidade e saúde mental nas últimas quatro semanas.

<i>Vitalidade e Saúde Mental</i>	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
A) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	13%	17,3%	18,9%	19,3%	24,9%	6,6%
B) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	6,3	13	7,3	17,6	35,5	20,3
C) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	4,6	2,7	3	14,6	34,6	40,5
D) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	14,6	23,6	33,2	13,6	11	4
E) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	15	16,9	15	25,6	18,9	8,6
F) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	4,3	6,3	13,3	12,3	40,9	22,9
G) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	5,7	3,7	11,6	15	37,5	26,6
H) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	17,6	26,6	23,6	12,3	17,6	2,3
I) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	4,7	13	12,6	16,6	43,9	9,3

Para 59,1% dos idosos pesquisados os problemas de saúde física e mental, por variados períodos, tiveram interferência no desempenho de atividades sociais. Para 40,9% dos entrevistados estes fatores não causaram impacto em sua vida social (tabela 13).

Tabela 13 - Distribuição da casuística em relação ao tempo em que a saúde física e mental interferiram nas atividades sociais nas últimas quatro semanas.

Saúde (física e mental) X Atividade Social	Absoluto (n)	Relativo (%)	IC (95%)
Todo tempo	30	10	1,5 - 5,8
A maior parte do tempo	35	11,6	4,5 - 10,6
Alguma parte do tempo	60	19,9	8,3 - 15,9
Uma pequena parte do tempo	53	17,6	15,7 - 25
Nenhuma parte do tempo	123	40,9	13,6 - 22,5
Total	301	100	35,3 - 46,7

A auto-avaliação da condição de saúde dos entrevistados demonstra que estes percebem ser mais adoecidos que a população geral (questão B e D), porém, este fato não parece determinar maior risco de adoecer (questão A) ou piorar seu atual estado de saúde (questão C). Chama atenção o grupo que não soube responder as perguntas, variando entre 20% e 30% da população entrevistada (tabela 14).

Tabela 14- Distribuição da casuística referente a auto-avaliação da condição de saúde.

Estado Geral de Saúde	Definitiva- mente verda- deiro	A maioria das vezes verda- deiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitiva- mente falsa
A) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	3,3%	8%	25,2%	35,5%	27,9%
B) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	6	22,6	19,3	34,6	17,6
C) Eu acho que a minha saúde vai piorar.	3,7	15,6	31,6	26,6	22,6
D) Minha saúde é excelente.	12,6	30,2	19,3	26,6	11,3

Através do consolidado dos questionários aplicados, observa-se que as dimensões capacidade funcional (50,8%), aspectos físicos (51,8%), vitalidade (40,9%) e aspectos emocionais (41,8%) foram os que mais negativamente influenciaram a qualidade de vida dos idosos do Morro do Alemão (tabela 15).

Tabela 15 - Distribuição do resultado consolidado dos questionários de qualidade de vida no Morro do Alemão, Rio de Janeiro, 2007.

Dimensões da qualidade de vida	Scores do SF36			
	≤ 25	26-50	51-75	>75
Capacidade Funcional	25,9	24,9	23,9	25,2
Aspecto Físico	42,5	9,3	5,6	42,5
Dor	15,9	11,6	46,2	26,2
Estado Geral de Saúde	6,3	21,3	51,8	20,6
Vitalidade	10	30,9	34,2	24,9
Aspectos Sociais	15,6	17,6	25,9	40,9
Aspectos Emocionais	26,2	15,6	8,6	49,5
Saúde Mental	5	15,6	32,6	46,8

6- DISCUSSÃO

A partir da Constituição de 1988, o Ministério da Saúde assume o compromisso de reestruturar o modelo de atenção no Brasil partindo de um referencial de saúde como direito de cidadania, pressupondo a organização de serviços cada vez mais resolutivos, integrais e humanizados. Nessa proposta, o poder público municipal fica investido da responsabilidade imediata de atendimento

das necessidades e demandas de saúde de todos os seus municípios, contando com a devida cooperação técnica e financeira da União e dos estados, de acordo com o previsto na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB 96 (BRASIL, 1996). Essa estratégia de descentralização objetiva facilitar o acesso dos indivíduos e possibilitar uma gerência de saúde mais adequada ao contexto da população atendida, oferecendo serviços de melhor qualidade. No âmbito dessas mudanças, várias políticas municipais têm se organizado a partir da Estratégia de Saúde da Família (ESF), proposta que se insere no nível da atenção básica e que persegue o objetivo final de promover a qualidade de vida e o bem estar individual e coletivo por meio de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A qualidade de vida na velhice não é um atributo do indivíduo biológico, psicológico ou social, nem uma responsabilidade individual, mas sim, um produto da interação entre pessoas em mudança, vivendo numa sociedade em mudança (TURK et al, 1995; BLYTH et al, 2004).

Por ser abstrato e ambíguo, o conceito de “boa qualidade de vida” admite múltiplos significados para diferentes pessoas, locais ou ocasiões. Essa multiplicidade de significados, colocados de forma tão heterogênea, dificulta comparações entre diferentes estudos (EDWARDS et al, 2003; GÁMIZ et al, 2004).

Embora não haja um consenso a respeito do conceito qualidade de vida, três aspectos fundamentais referentes a esse construto foram obtidos através de um grupo de especialistas de diferentes culturas: subjetividade, multidimensionalidade; presença de dimensões positivas (ex. mobilidade) e negativas (ex. dor) (BOOKWALA & PARMELEE, 2003).

Considerando a natureza multifatorial da qualidade de vida, a OMS define, para tal, a coexistência de cinco dimensões: 1) saúde física; (2) saúde psicológica

(mental), (3) nível de independência (demais aspectos de mobilidade, atividades diárias, dependência de medicamentos, cuidados médicos e capacidade laboral), (4) relações sociais e (5) meio ambiente. Para sua análise, apesar da possibilidade da utilização, como indicadores, de critérios materiais específicos da experiência cotidiana, a dimensão subjetiva deve ser considerada, a despeito da complexidade em quantificá-la, de modo a conseguir uma percepção integral desse conceito.

Cada uma destas dimensões comporta vários aspectos, sendo que a dimensão espiritual foi reconhecida e mais recentemente incluída (MOLARIUS & JANSON, 2002; GAGLIESI & MELZACK, 2003).

O presente estudo pretendeu analisar a qualidade de vida de uma amostra da população da terceira idade moradora no Morro do Alemão, localizado no subúrbio do Rio de Janeiro, através da aplicação do formulário de qualidade de vida SF-36.

A escolha deste instrumento deveu-se as suas qualidades. Trata-se de uma ferramenta genérica que pode ser utilizada na população em geral, sem que haja necessidade de características ou condições especiais de doença ou outros aspectos, além da facilidade de aplicação, boa compreensão e tamanho reduzido.

Por outro lado, permite uma avaliação mais ampla da população estudada por englobar varias dimensões, a saber; capacidade funcional, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos físicos, sociais e emocionais, dor, vitalidade e saúde mental.

O Morro do Alemão é uma comunidade pobre, com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), em torno de 0,587, e expectativa de vida próxima de 58 anos. Além disso, a maioria da população sofre com a violência local produzida pelo confronto com o tráfico de drogas e seus repressores.

A auto-avaliação da saúde, determinada por meio de uma simples pergunta: “Em geral, você diria que sua saúde é?”, ou equivalente, é um dos indicadores mais usados em pesquisas gerontológicas, desde que sua importância foi demonstrada

como medida preditora da incapacidade e da morbidade, independente da presença destas última, principalmente entre idosos (IDLER & BENYAMINI, 1997; LORENZINI, 2006).

Além disso, a auto avaliação da saúde é melhor preditor da mortalidade do que medidas objetivas da condição de saúde, refletindo uma percepção integrada do indivíduo, que inclui a dimensão biológica, psicossocial e social (IDLER & BENYAMINI, 1997; JYLHA et al, 1998). Em acréscimo, essa avaliação apresenta confiabilidade e validade equivalentes a outras medidas mais complexas da condição de saúde (MANDERBACKA, 1999).

No Brasil, são raros os estudos de base populacional que avaliam a distribuição da auto-avaliação da saúde em idosos (LIMA-COSTA et al, 2004). Os dados mais abrangentes sobre esse tema foram coletados no suplemento de saúde da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio - PNAD, conduzida em 1998 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (LIMA-COSTA et al, 1998). Este estudo mostrou que somente 24,5% da população idosa brasileira classificavam a sua saúde como boa ou muito boa, entretanto, esse resultado deve ser interpretado com cautela porque a percepção da saúde refere-se a um julgamento subjetivo que não pode ser determinado por outra pessoa. Na pesquisa mencionada, 38% das entrevistas com idosos foram respondidas por outra pessoa.

Estudo realizado com população de 1516 idosos, residentes em Bambuí ,MG, demonstrou a associação de suporte social frágil, maior acesso/uso de serviços de saúde e piores condições de saúde, destacando-se saúde mental, com pior percepção de saúde. Neste, a auto-avaliação de saúde foi boa/muito boa para 25% do grupo analisado (LIMA-COSTA ET COL, 2000). Feliciano et al (2004), ao entrevistar 523 idosos pobres, residentes na cidade de São Carlos, SP, e

acompanhados pelo Programa de Saúde da Família confirmou que 80% dos entrevistados referiram que sua saúde estava entre boa e regular.

Com relação à população estudada, a auto-avaliação de saúde variou entre excelente, muito boa ou boa para 74% dos idosos, dado próximo ao encontrado por Feliciano. A comunidade do Morro do Alemão apresenta duas características que parecem influenciar positivamente este dado. A primeira é a existência de uma rede de apoio social formada pela proximidade entre indivíduos de uma mesma família que residem no mesmo quintal ou na comunidade. Outro fator é a presença da Vila Olímpica Júlio de Castilho, onde são desenvolvidas atividades que incluem a participação de idosos, como yoga e alongamento, que favorecem, além da atividade física, a socialização do grupo propiciando um envelhecimento mais saudável, de forma lúdica e prazerosa. Estas duas condições também parecem ser as responsáveis pela influência positiva que a dimensão aspectos sociais exerceu sobre a qualidade de vida dos idosos analisados (tabela 15).

Apesar das duas populações serem constituídas por idosos pobres, a condição econômica não parece ter influenciado na auto-avaliação de saúde. O trabalho de Lima-Costa, 2000, demonstrou associação negativa e independente entre estes dois parâmetros.

Os fatores mobilidade, autonomia e independência são essenciais para a manutenção do envelhecimento saudável. A manutenção da mobilidade, capacidade de deslocamento do indivíduo pelo ambiente, constitui um pré-requisito de grande importância para a execução das atividades diárias e a manutenção da independência. A autonomia com que o idoso desempenha suas funções no dia-a-dia contribui para sua independência dentro do contexto social, econômico e cultural. Qualquer fator que interfira nessas condições, gera prejuízos como dependências ou incapacidades. Contudo, vários autores constataram que a maior parte dos idosos

tem sua autonomia e independência preservada, independente de suas comorbidades (KALACHE, 1985; VERAS, 1995; CHAIMOVICZ, 1999; GOLD & ROBERTO, 2000; RAMOS, 2003; PEREIRA, 2006 ; RADL, 2005).

Em concordância com outros estudos, o estudo realizado no Morro do Alemão demonstrou que, de um modo geral, a população de idosos não apresenta grande comprometimento de sua capacidade funcional. As atividades mais leves são mais facilmente desempenhadas e, à medida que as atividades tornam-se moderadas e vigorosas, a capacidade funcional fica mais comprometida, apontando para um maior grau de dependência na realização destas atividades.

Em geral, a capacidade de funcionar de modo independente declina com a idade e é influenciado por fatores biológicos, demográficos, sócio-econômicos, culturais e psicossociais (GUCCIONE, 2002; ROSA et al, 2003). Apesar de não ter sido realizada análise estratificada por idade dos idosos estudados no Morro do Alemão, é possível que a população mais idosa seja a que tenha relatado maior dificuldade na execução das tarefas rotineiras do dia-a-dia.

Muitas são as alterações fisiológicas que ocorrem nos idosos, limitando sua capacidade funcional, como a redução do volume muscular, aumento do tecido não contrátil (gordura e tecido conectivo) no músculo, redução da força e redução da capacidade aeróbia. Além disso, a existência de doenças crônicas e/ou deficiências está fortemente associada à perda da capacidade funcional em idosos (GUCCIONE, 2002; ROSA et al, 2003).

Observa-se, entre os idosos do Morro do Alemão, que as dimensões capacidade funcional e aspectos físicos influenciam de forma muito semelhante a qualidade de vida dos idosos analisados, coincidindo com os estudos de Guccione, 2002, e Rosa et al, 2003 (tabela 15).

Neste sentido, o trabalho desenvolvido pelo ESF no Morro do Alemão adquire papel importante na manutenção da qualidade de vida dos idosos por ele atendidos, nas dimensões acima citadas. A identificação, o gerenciamento, acompanhamento e fornecimento de medicações para as principais doenças crônicas, como hipertensão arterial e diabetes mellitus, possibilita melhor controle de idosos portadores de patologias crônicas, reduzindo danos que possam comprometer sua capacidade funcional. Da mesma forma, a implementação de sistema de referência que garanta o acesso dos idosos acompanhados para outros níveis de atenção, favorecendo diagnóstico, tratamento e reabilitação. A implementação de trabalhos intersetoriais com os equipamentos sociais existentes na área, como a Vila Olímpica e escolas locais, pode favorecer atividades educativas, culturais e físicas, predispondo a socialização, a intergeracionalidade, maior autonomia e independência e melhor qualidade de vida no processo de envelhecimento destes idosos.

Brito, 1997, demonstrou, após entrevistar 184 idosos atendidos no ambulatório de geronto-geriatria do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, existir forte relação entre auto-avaliação de saúde do idoso e sua capacidade funcional. Contudo, ao se analisar a influência das dimensões capacidade funcional e auto-avaliação de saúde entre os idosos estudados pode-se observar que estas dimensões influenciam diferentemente a qualidade de vida, enquanto a capacidade funcional exerce uma influência mais negativa (50,8%), a auto-avaliação de saúde exerce influência positiva (72,4%), não parecendo estar fortemente relacionadas.

No entender de Bandura (1986), o funcionamento competente do indivíduo na interação com o ambiente não é só uma questão de saber e poder fazer, mas envolve também crenças sobre a sua auto-eficácia.

Goldstein (1995) afirma que a crença de auto-eficácia refere-se ao julgamento do indivíduo acerca de suas capacidades para organizar e executar cursos de ação necessários para obter determinados tipos de desempenho. Acredita que tal crença não diz respeito às habilidades da pessoa, mas aos julgamentos do que ela pode fazer com as habilidades que possui. No idoso, de um modo geral, a expectativa de auto-eficácia é muito pequena, uma vez que as pressões sociais são muito fortes no que tange às incapacidades, muitas delas culturalmente atribuídas à terceira idade. (Cavalcanti, 1995).

O trabalho com grupos de promoção a saúde no PSF do Morro do Alemão pode trazer para discussão os mitos e verdades do processo de envelhecimento junto aos idosos, famílias e comunidade. Assim, através do conhecimento, valorização, melhora da auto-estima e desenvolvimento/descoberta de habilidades, o papel e o desempenho dos idosos dentro da família e da comunidade poderá ser modificado contribuindo para melhor qualidade de vida deste grupo.

O distúrbio doloroso crônico no idoso pode comprometer sua qualidade de vida por comprometer sua autonomia e independência. A manutenção da dor afeta aspectos físicos, mas também pode produzir sofrimento, incapacidade, depressão, desnutrição, distúrbio do sono, isolamento social, limitação nas atividades de vida diárias, profissionais, familiares e de lazer (LORENZINI, 2006).

Sendo queixa comum entre idosos, a dor é uma experiência desagradável, sensitiva e emocional, associada à lesão real ou potencial dos tecidos, podendo ser aguda ou crônica. A dor crônica é considerada aquela com duração maior de três meses, ou que ultrapassa o período usual de recuperação esperado para a causa desencadeante da dor. Em todo o mundo, cerca de cem milhões de indivíduos sofrem com dor e aproximadamente quatorze por cento dos casos de dor crônica está relacionada às articulações e ao sistema musculoesquelético. O distúrbio

doloroso articular resulta, usualmente, de processos inflamatórios e/ou degenerativos como, por exemplo, a artrite e a osteoartrose; e o distúrbio muscular pode causar dores como a síndrome da dor miofascial, a fibromialgia, as miosites, por exemplo, morbidades muito comuns em idosos. (LORENZINI, 2006).

Um desafio importante é estimar o grau de influência da dor crônica na qualidade de vida do idoso. Sabe-se que além do acometimento físico, a dor também traz repercussões no plano psicológico e social que pode influenciar negativamente a qualidade de vida, limitando a movimentação, a agilidade, a atividade, a socialização e o bem-estar das pessoas. Essas repercussões dependem de alguns fatores, tais como: o tempo de duração, a extensão e a intensidade da dor. Assim, a abordagem do indivíduo com dor deve considerar o indivíduo como um todo para que este possa manter ou restaurar a sua qualidade de vida (EDWARDS et al, 2003; FISHER et al, 2004; AHMED et al, 2005).

No Morro do Alemão, 63,5% dos idosos entrevistados referiu a presença de dor em diferentes intensidades, com predomínio das dores de leve intensidade (35,6%). Estudo de Lacerda et al., 2005, com 40 idosos acompanhados pelo Programa de Saúde da Família em Goiânia demonstraram que a dor crônica foi diagnosticada em 62,5% dos gerontes, sendo predominante a dor insuportável (36%), com influência negativa sobre a qualidade de vida dos idosos nos domínios físico e das relações sociais. Assim, a dor crônica deve merecer maior atenção por parte dos profissionais de saúde, uma vez que pode influenciar negativamente a qualidade de vida, limitando a movimentação, a agilidade, a atividade, a socialização e o bem-estar das pessoas.

Apesar da prevalência da dor ser semelhante entre as duas populações estudadas, a subjetividade existente na auto-avaliação da dor não permite comparação entre os dois estudos quanto a sua intensidade, porém, a dimensão dor

teve influência pouco negativa sobre a qualidade de vida dos idosos no Morro do Alemão.

Para aproximadamente metade dos idosos entrevistados no Morro do Alemão, os problemas de saúde física e mental interferiram na realização das atividades diárias e nas atividades sociais, que pode contribuir negativamente para a qualidade de vida do grupo estudado. Para a adequada abordagem dos problemas de saúde mental e física do idoso, existe a necessidade de maior investimento no treinamento em saúde do idoso para as equipes de saúde da família, como definido por políticas públicas dirigidas a população idosa, além do trabalho com grupos de promoção a saúde, discutidos anteriormente.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento da população é um fenômeno de amplitude mundial. A OMS (Organização Mundial de Saúde) prevê que em 2025 existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os muito idosos (com 80 ou mais anos) constituem o grupo etário de maior crescimento. Importa, pois, desenvolver meios para melhor atender às dificuldades do crescente grupo de idosos. A obtenção de dados de caracterização da qualidade de vida e bem-estar dos idosos, do ponto de vista dos próprios, é um dado que pode ser fundamental para dinamizar medidas adequadas a essa população que permitam o alcançar de um envelhecimento bem sucedido.

De modo geral, os idosos residentes do Morro do Alemão apresentam boa qualidade de vida. Porém, identificar fatores que, em maior ou menor intensidade, podem interferir na qualidade de vida dos idosos do Morro do Alemão podem auxiliar

na elaboração e implementação de ações que atendam as necessidades desta comunidade em particular.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem papel de importância na implementação de ações voltadas à atenção integral à saúde do idoso como forma de predispor a melhor qualidade de vida deste segmento populacional. Para tanto, torna-se urgente e necessário o maior aperfeiçoamento dos profissionais de saúde da ESF voltado para saúde do idoso, assim como fomentar a discussão quanto ao fortalecimento de um sistema de referência eficaz para outros níveis de atenção. Do mesmo modo, os serviços de saúde devem constituir-se como um local de acolhimento e elaboração de projetos de apoio ao envelhecimento com qualidade através de ações voltadas ao idoso e sua família, pela articulação de ações intersetoriais dentro da rede social de apoio local.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, N; MANCILHA, J. Vida Longa com Saúde: Porque Envelhecer? Rio de Janeiro: Qualitymatk, 2006.

ALVES, A.M. A Construção Social da Violência Contra Idosos. UNATI/UERJ. Textos Envelhecimento, vol. 3, n. 6. Rio de Janeiro, 2001.

ANDERSON, B. Alongue-se - São Paulo: Sumus, 2003.

ANDERSON, Maria Inês Padula e al. Saúde e Qualidade de Vida na Terceira Idade. Textos sobre Envelhecimento. UNATI/UERJ, Rio de Janeiro v.1,1998.

ASSIS M. e al Repercussões de uma Experiência de Promoção da Saúde no Envelhecimento: Análise Preliminar a Partir das Percepções dos Idosos - Textos sobre Envelhecimento v.4 n.7 - Rio de Janeiro, 2002.

AZEREDO, P. Como Viver Mais e Melhor. São Paulo: Ediouro, 2000.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília. 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

BRASIL. Política Nacional do Idoso. Portaria nº 1.395 de 9 de dezembro de 1999. Diário oficial da República Federativa do Brasil. Poder executivo, Ministério da Saúde, Brasília, 13 dez 1999. Disponível em:

< http://www.rio.rj.gov.br/terceiridade/pol_nacion_idoso.htm>. Acessado em julho de 2007.

BRASIL. Presidência da República. Plano de Ação para Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa. Subsecretaria de Direitos Humanos. Brasília: Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Regulamenta o Sistema Único de Saúde.

BRASIL, Lei 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, Cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.rio.rj.gov.br/terceiridade/pol_nacion_idoso.htm>. acessado em 20 de agosto de 2007.

BRASIL, Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003 - Estatuto do Idoso disponível em : <http://www.unati.uerj.br>>. acessado em 15 de agosto de 2007.

BUSS, P.M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida - 2000 - Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: v.5, n.1, 2000.

CAMARANO, A.A. & PASINATO, M.T. O Envelhecimento Populacional na Agenda das Políticas Públicas. In: Camarano, A.A. (org.). Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CICONELLI, R.M. e al Tradução para a Língua Portuguesa e Validação do Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida - SF-36 (Brasil SF- 36).

CROWLEY, C. e LODGE, H.S. Fique Mais Jovem a Cada Ano. Rio de Janeiro: Sextante, 2007.

DELIBERATO, Paulo C. P. Fisioterapia Preventiva: Fundamentos e Aplicações. São Paulo: Manole, 2002.

DINIZ, D.P. SHOR, N. Guia de Qualidade de Vida. Baurer, SP: Manole, 2006.

DUARTE, E. LIMA, S.M.T. Atividades Físicas para Pessoas com Necessidades Especiais - O Envelhecimento e a Atividade Física (capítulo 8). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

FERREIRA, M.S. e NAJAR A.L. Programas e Campanhas de Promoção da Atividade Física Ciência & Saúde Coletiva, v.10, 2005.

FORETTE, F. A Revolução da Longevidade. São Paulo: Globo, 1998.

FREITAS, E.V et. al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

GEIS, P.P. Atividade Física e Saúde na Terceira Idade: Teoria e Prática - 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

GONÇALVES, A.E. VILARTA, R.E. Qualidade de Vida e Atividade Física – Explorando Teorias e Práticas - Baurer, SP: Manole, 2004.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional e Projeções Demográficas Preliminares. Disponível < <http://www.data.sus.gov.br/cgi>>. acessado em 10 outubro 2007.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censos demográficos. Rio de Janeiro, 2000.

JECKEL-NETO, E.A. Tornar-se Velho ou Ganhar Idade: O Envelhecimento Biológico Revisitado. In: NERI, A.L. (Org) *Desenvolvimento e Envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. São Paulo: Papirus, 2001.

LEITE, P.F. Exercício, Envelhecimento, Envelhecimento e Promoção de Saúde. Belo Horizonte; Health,1996.

LIMA-COSTA, et al. Desigualdade Social e Saúde entre Idosos Brasileiros: Um Estudo Baseado na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios. Caderno de Saúde Pública, v.19, n3, p.745-757, 2003.

MAZO, G.Z.; LOPES, M.A.; BENEDETTI, T.B. Atividade Física e o Idoso: Concepção Gerontológica. Porto Alegre: Sulina, 2001.

MINAYO, M.C.S. (coord.) et al. Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A. e BUSS, P.M. Qualidade de Vida e Saúde; Um Debate Necessário. In: Revista Ciência & Saúde Coletiva. 5(1); 7-18, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde - Revista do SUS - volume 13 número 4 - DF- out a dez de 2001. Brasília, 2001.

NERI, A.L. (org.). Desenvolvimento e Envelhecimento: Perspectivas Biológicas, Psicológicas e Sociológicas. Campinas, S.P. Papyrus, 2001.

NIEMAN, D.C. Exercício e Saúde; Como se Prevenir de Doenças Usando o Exercício como seu Medicamento. São Paulo, Manole, 1999.

OLIVEIRA, F.E.B.; BELTRÃO, K.I.; GUERRA, M.F. Reforma da Previdência. Rio de Janeiro: IPEA, 1993 (Texto para discussão, 508).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Programas de Saúde do Idoso - População Idosa. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>. acessado em 06 de agosto de 2007.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Doenças Crônico-Degenerativas e Obesidade: Estratégia Mundial sobre alimentação saudável, atividade física e Saúde. 2003. Disponível em: <http://opas.org.br/sistema/arquivos/d_cronic.pdf>. acessado em julho de 2007.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento. Madrid, Espanha, 2002 (Resolution 57/167).

PAPALÉO NETO, Matheus. Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada. São Paulo: Atheneu, 2005.

PASCHOAL, S. Epidemiologia do Envelhecimento. In: Papaléo. Gerontologia. S. Paulo: Atheneu, 2005. Pág.26-43.

PASINATO, M.T.M.; Reforma do Sistema Penitenciário Brasileiro: a Previdência Complementar e o Papel do Estado, 2001. Dissertação de mestrado em administração pública da F.G.V.: Ebape, 2001.

PATACO, V.L.P. e al Metodologia para Trabalhos Acadêmicos e Normas de Apresentação Gráfica. Rio de Janeiro: Rio, 2006.

PEREIRA, R.J. et al. Contribuição dos Domínios Físico, Social, Psicológico e Ambiental para a Qualidade de Vida Global dos Idosos. In: Rev. Psiquiatria R.S. 28 (1): 27-38. Jan/ abr 2006.

ROUQUAYROL, M.Z. e cols.- Doenças Crônico-degenerativas - Epidemiologia & Saúde - 6º ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SALDANHA, Luiz Assuero; CALDAS, Célia Pereira. Saúde do Idoso: A Arte de Cuidar. 2 ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

SALGADO, M.A. Velhice, Uma Nova Questão Social ed. São Paulo, Sesc-Ceti, 1982.

SILVA, A.C.A.P. O Papel das Convenções da ONU na Elaboração de Uma Cultura Gerontológica. Rev. Kairós. São Paulo, 9(1), p. 43-58. Jun. 2006.

SOUZA, E.R. et. al. O Estado de Direito e a Violência Contra o Idoso. Claves/ Ministério da Saúde, 2006.

TOBAR, F. e YALOUR, M.R. Como Fazer Teses em Saúde Pública: Conselhos e Idéias para Formular Projetos e Redigir Teses e Informes de Pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

VERAS, R.P. País Jovem com Cabelos Brancos - A Saúde do Idoso no Brasil. Rio de Janeiro, Relume Dumará, UERJ, 1994.

VERAS, Renato Peixoto; Caldas, Pereira Célia. Promovendo a Saúde e a Cidadania do Idoso: O Movimento das Universidades da Terceira Idade. Revista Saúde Coletiva. Rio de Janeiro v. 9, n.2, jun. 2004.

ANEXOS

A. ANEXO 1: Questionário de pesquisa SF 36

SF-36	PESQUISA EM SAÚDE	ESCORE _____
--------------	--------------------------	---------------------

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

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

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

2. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora? (circule uma)

- Muito melhor agora que há um ano atrás..... 1
- Um pouco melhor agora que há um ano atrás..... 2
- Quase a mesma coisa que há um ano atrás..... 3
- Um pouco pior agora que há um ano atrás..... 4
- Muito pior agora que há um ano atrás..... 5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldades para fazer essas atividades? Neste caso, quanto? (circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta pouco	Não. Não dificulta de modo algum
A) Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos.	1	2	3
B) Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer casa.	1	2	3
C) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
D) Subir vários lances de escada.	1	2	3
E) Subir um lance de escadas	1	2	3
F) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
G) Andar mais de 1 Km	1	2	3
H) Andar vários quarteirões	1	2	3
I) Andar um quarteirão	1	2	3
J) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as últimas semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física? (circule um número em cada linha)

	Sim	Não
A) Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
B) Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
C) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
D) Teve dificuldade para fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex.: necessitou de um esforço extra)?	1	2

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

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

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferem nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo? (circule uma)

- De forma nenhuma..... 1
- Ligeiramente..... 2
- Moderadamente..... 3
- Bastante..... 4
- Extremamente..... 5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas? (circule uma)

- Nenhuma..... 1
- Muito leve..... 2
- Leve..... 3
- Moderada..... 4
- Grave..... 5
- Muito grave..... 6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto trabalho fora ou dentro de casa)? (circule uma)

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

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. (circule um número para cada linha)

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
A) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
B) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
C) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
D) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
E) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
F) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
G) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
H) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
I) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferem em suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc...)? (circule uma)

Todo o tempo..... 1

A maior parte do tempo..... 2

Alguma parte do tempo..... 3

Uma pequena parte do tempo..... 4

Nenhuma parte do tempo..... 5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você? (circule um número para cada linha)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
A) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
B) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5
C) Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
D) Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

B. ANEXO 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Estácio de Sá

Mestrado Profissional em Saúde da Família

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do entrevistado: _____ Idade: _____

Projeto: Projeto de Pesquisa: O PSF no Morro do Alemão: Avaliando a Prática de Atividades Físicas para Idosos.

Responsável: Fernando Vinagre

Eu, _____,
abaixo assinado, declaro ter pleno conhecimento do que se segue:

Objetivo da Pesquisa: Avaliar a qualidade de vida dos idosos no Programa de Saúde da Família do Morro do Alemão.

Benefícios que possam ser obtidos: incentivar outros membros das equipes locais para o trabalho com atividades físicas e despertar nos gerentes e gestores de saúde um olhar mais cuidadoso com a promoção da saúde.

Receberei resposta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com o objeto da pesquisa.

Tenho a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.

Obterei informações atualizadas durante o estudo, ainda que isto possa afetar minha vontade de continuar dele participando.

A pesquisa manterá o caráter oficial das informações relacionando-as com a minha privacidade.

Em caso de dúvidas, poderei esclarecê-las através de contato telefônico com o(a) pesquisador(a) pelos telefones (21) 22551985 ou 96275297 ou com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estácio de Sá**, Rua do Riachuelo 27, 6º andar - Centro; Tel.: 3231-6135; e-mail: mestradosaudedafamilia@estacio.br

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 200_____.

Assinatura do(a) participante

Assinatura do(a) pesquisador

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](#)