

LARA CARVALHO VILELA DE LIMA

**AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM
DIFERENTES GRUPOS DE IDOSOS DA CIDADE DE
CARNEIRINHO – MG**

Dissertação apresentada à Universidade de Franca, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Promoção de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Cléria Maria Lobo Bittar Pucci Bueno.

**FRANCA
2010**

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

LARA CARVALHO VILELA DE LIMA

AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM
DIFERENTES GRUPOS DE IDOSOS DA CIDADE DE
CARNEIRINHO – MG

COMISSÃO JULGADORA DO PROGRAMA
DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE

Presidente: Profa. Dra. Cléria Maria Lobo Bittar Pucci Bueno
Universidade de Franca

Titular 1: Profa. Dra. Iris Fenner Bertani
Universidade Estadual Paulista

Titular 2: Profa. Dra. Semíramis Melani Rocha
Universidade de Franca

Franca, 17/05/2010

DEDICO este trabalho a todos os profissionais que trabalham na área de Geriatria e Gerontologia, e que realmente lutam para melhorar a qualidade de vida de nossos idosos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, pela vida e pela família que tenho;
aos meus pais, Laudice e Vicente, pelo incentivo constante aos meus estudos e por acreditarem em mim: obrigada eternamente, eu amo vocês;
aos meus irmãos, Leonardo e Lívia, pelo carinho e amizade: também amo vocês;
aos meus avós: Guimar, Vital, Wenceslau e Maria Batista, que despertaram em mim o amor e a dedicação à área de Geriatria e Gerontologia;
à toda minha família que me ajudaram direta e indiretamente nesta pesquisa;
à Márcia (Assistente Social) pela ajuda na organização das entrevistas;
à minha orientadora, Profa. Dra. Cléria Maria Lobo Bittar Pucci Bueno, por ter sido não só orientadora, mas uma amiga, me mostrando e ensinando todos os caminhos certos a seguir; por ter me ajudado a crescer não só como profissional, mas como ser humano e além de tudo, por me fazer entender que todo trabalho feito com dedicação e amor vale a pena;
à professora Dra. Mônica, pela educação e atenção dada durante todo o curso;
aos professores Dra. Semíramis e Dr. Zaia, pela participação e sugestões dadas na banca de qualificação,
às professoras Dra. Semíramis e Dra. Íris, pela participação na banca de defesa do mestrado;
ao meu noivo Leandro, pelo amor, companheirismo e paciência;
à Dra. Maria de Lourdes Praes, pela amizade e pelo incentivo ao mestrado;
à minha amiga Rosana, pelas viagens, conselhos e pela troca de experiência;

aos idosos da Associação Alegre da Melhor Idade de Carneirinho (AAMIC) e a todos que participaram da pesquisa; obrigada pela confiança e aprendizado, vocês são muito importantes em minha vida;

aos colaboradores da AAMIC: Alan, Márcia, D. Juceny, Silma, Marcinha, Sr. Jesus, D. Sinhaninha e Carol, pelo trabalho em equipe;

aos idosos que atendo em domicílio e no ambulatório; pela compreensão e pelo vínculo que criamos, vocês fazem com que meu amor pela profissão cresça cada vez mais;

à Célia; pela ajuda na formatação dos trabalhos durante o mestrado;

à Laura Jardim, pela formatação da dissertação;

ao Cássio (USP); por ajudar nas estatísticas da dissertação;

às todas minhas amigas, pelo companheirismo;

à minha cunhada Ana Letícia, pela amizade construída nesse período;

ao meu cunhado Marcelo, por me acompanhar nessa caminhada;

ao Programa de Mestrado em Promoção de Saúde da Universidade de Franca, por me despertar o amor à pesquisa e ampliar a minha visão sobre o verdadeiro significado de saúde.

É inviável para o ser humano viver se ele pára de pensar no amanhã. Não importa que seja um pensamento em torno do amanhã o mais ingênuo possível, o mais imediato, não importa. O que importa é que somos seres de tal maneira constituídos que o presente, o passado e o futuro nos enlaçam.

Paulo Freire

RESUMO

LIMA, Lara Carvalho Vilela de. **Avaliação da percepção de qualidade de vida em diferentes grupos de idosos da cidade de Carneirinho - MG**. 2010. 119 f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) – Universidade de Franca, Franca.

O envelhecimento populacional é um fenômeno vivenciado no Brasil e no mundo. O aumento da expectativa de vida e do número de idosos fez com que a sociedade repensasse seu modo de encarar a velhice. Nessa perspectiva, há a necessidade de se adicionar não somente anos à vida dessas pessoas, mas vida com qualidade à esses anos. Com o objetivo de garantir qualidade de vida aos idosos, surgem ações norteadas pelos princípios da promoção da saúde com estratégias que buscam garantir aos velhos o que lhes é um direito: o envelhecimento saudável. Baseados nesta premissa desenvolvemos um projeto chamado 'Envelhecimento Saudável' com um grupo de idosos da cidade de Carneirinho – MG. O objetivo do projeto era a realização de atividades semanais em educação, prevenção e promoção da saúde na velhice, e foi realizado por uma equipe multidisciplinar. O presente estudo teve como objetivo comparar a percepção de qualidade de vida global descrita pelos idosos que participam deste grupo com os idosos que não participam deste, verificando se houve diferenças, em termos de percepção de qualidade de vida, entre homens e mulheres, e também buscando conhecer os motivos pelos quais muitos idosos não participam do grupo. O estudo foi composto por uma amostra de 60 idosos (mulheres e homens), sendo que destes, 30 participavam dos encontros semanais e outros 30 não participavam. Foram aplicados os questionários WHOQOL-OLD e BREF para os 60 idosos e, posteriormente, foram realizadas entrevistas com 20 idosos: sendo 10 participantes do grupo e 10 não-participantes. Através dos resultados obtidos, constatamos que o grupo participante apresentou uma melhor percepção de qualidade de vida global e nos domínios: autonomia, atividades passadas-presentes-futuras, participação social, morte e morrer e Total (WHOQOL-OLD), e também nos domínios físico, psíquico, meio ambiente e Total (WHOQOL-BREF), em relação ao grupo não-participante. Não houve diferenças significativas quanto à percepção da qualidade de vida, entre homens e mulheres. As mulheres do grupo participante apresentaram maiores escores nos domínios autonomia, atividades passadas-presentes-futuras, participação social e Total (WHOQOL-OLD), e físico, psíquico, meio ambiente e Total (WHOQOL-BREF), em relação ao grupo de mulheres não-participante. Entre os homens, o grupo participante também apresentou maiores escores em relação ao grupo não-participante nos domínios: funcionamento sensorio, autonomia, participação social e total (WHOQOL-OLD), e em ambiente e total (WHOQOL-BREF), dados estes que também observamos nas entrevistas. Verificamos que, através das ações grupais, visando os objetivos e princípios da promoção da saúde, o grupo participante do projeto "Envelhecimento Saudável" obteve melhores resultados relacionados à percepção de qualidade de vida global, como também sob diversos domínios, quando comparados ao grupo não-participante, fato que também foi corroborado nas entrevistas.

Palavras-chave: envelhecimento; promoção de saúde; qualidade de vida.

ABSTRACT

LIMA, Lara Vilela de Carvalho. **Assessment of the perception of quality of life in different groups of elderly in the city of Carneirinho - MG.** 2010. 119 f. Dissertation (Masters in Health Promotion) - University of Franca, Franca.

Population aging is a phenomenon experienced in Brazil and worldwide. Increased life expectancy and the number of elderly, has made the society rethink its approach to old age. From this perspective, there is a need to not only add years to their lives, but life quality to those years. Aiming to ensure quality of life for older people, there are actions guided by the principles and strategies of health promotion aimed securing them what is the right of older people: a healthy aging. Based on this premise we have developed a project called 'Healthy Ageing' with a group of elderly in the city of Carneirinho - MG. The project goal was to carry out weekly activities in education, prevention and health promotion in old age, this project was conducted by a multidisciplinary team. This study aimed to compare the perception of quality of life described by the elderly who participate in this group with the elderly who do not participate in this, verifying whether there were differences in terms of perception of quality of life, among men and women, and also getting to know the reasons why many seniors do not participate in the group. The study comprised a sample of 60 elderly (women and men), and of these, 30 participated in weekly meetings and others 30 did not participate. The questionnaires WHOQOL-OLD and BREF were applied for 60 seniors, and later, interviews were conducted with 20 participants: 10 with the group participants and 10 to the non-participants. Through the results we found that the participant group showed a better perception of quality of life global in the areas: autonomy, past-present-future activities, social participation, death and dying and Total (WHOQOL-OLD), and also in the areas physical, psychic, environment and Total (WHOQOL-BREF) in relation to the non-participant group. There were no significant differences in the perception of quality of life for men and women. The women participants had higher scores for autonomy, past-present-future activities, social participation and Total (WHOQOL-OLD), and in physical, psychological, environmental and Total areas (WHOQOL-BREF) in relation to the female non-participant group. Among men, the participant group also had higher scores compared to the non-participant group in the areas: sensory functioning, autonomy, social participation and Total (WHOQOL-OLD), and in environment and Total (WHOQOL-BREF), these data were also observed in the interviews. We found that, through group activities, aiming the objectives and principles of health promotion, the group participating in the project "Healthy Ageing" related better results to the overall perception of quality of life, but also in several areas when compared to the non- participant group, which was also corroborated in interviews.

Keywords: aging, health promotion, quality of life.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Resultados encontrados ao comparar grupos participante e não-participante e WHOQOL-OLD	64
Tabela 2 - Resultados encontrados ao comparar grupos participante e não-participante e WHOQOL-BREF	64
Tabela 3 - Comparação entre participantes do sexo feminino: WHOQOL-OLD	65
Tabela 4 - Comparação entre participantes do sexo feminino: WHOQOL-BREF	66
Tabela 5 - Comparação entre participantes do sexo masculino: WHOQOL-OLD	67
Tabela 6 - Comparação entre participantes do sexo masculino: WHOQOL-BREF	67

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Domínios e facetas do WHOQOL-BREF	53
Quadro 2 - Significado das siglas e facetas do questionário WHOQOL-BREF	54
Quadro 3 - Domínios e facetas do WHOQOL-OLD	56
Quadro 4 - Significado das siglas e facetas do questionário WHOQOL-OLD	57
Quadro 5 - Grupo participante e características da população estudada	59
Quadro 6 - Grupo não-participante e características da população estudada	60
Quadro 7 - Correlação negativa para grupo não-participante	62
Quadro 8 - Coeficiente de determinação para grupo não-participante	62
Quadro 9 - Correlação negativa para grupo participante	62
Quadro 10 - Coeficiente de determinação para grupo participante	63
Quadro 11 - Categorias de Análise-Grupo Participante (GP)	69
Quadro 12 - Categorias de Análise-Grupo Não-Participante (GNP)	75

LISTA DE SIGLAS

AAMIC	Associação Alegre da Melhor Idade de Carneirinho
EMATER	Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Estado de Minas
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
GP	Grupo Participante
GNP	Grupo Não-Participante

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
INTRODUÇÃO	16
1 REVISÃO DE LITERATURA	18
1.1 HISTÓRICO E EVOLUÇÃO DA VELHICE	18
1.2 PANORAMA DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL BRASILEIRO E DESAFIOS FUTUROS	26
1.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO	34
2 OBJETIVOS	45
2.1 OBJETIVO GERAL	45
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	45
3 METODOLOGIA	46
3.1 MUNICÍPIO DE CARNEIRINHO	46
3.2 LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO	48
3.3 DELINEAMENTO DA PESQUISA	50
3.3.1 O Método WHOQOL	51
3.3.2 WHOQOL-BREF	52
3.3.3 WHOQOL-OLD	55
3.4 COLETA DE DADOS	58
4 RESULTADOS	59
4.1 PERFIL DOS IDOSOS ENTREVISTADOS	59
4.2 RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS WHOQOL-OLD e BREF	61
4.3 RESULTADOS DA COMPARAÇÃO ENTRE OS DOIS GRUPOS (GP) E (GNP): TESTE DE MANN-WHITNEY	64
4.4 RESULTADOS DA COMPARAÇÃO RELAÇÃO GRUPOS x SEXO	65
4.4.1 Comparação entre participantes do Sexo Feminino	65
4.4.2 Comparação participantes do Sexo Masculino	67
4.5 RESULTADOS DAS ENTREVISTAS	68
5 DISCUSSÃO	82

5.1	DISCUSSÃO DO WHOQOL.....	82
5.2	DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS.....	87
5.3	À GUIA DE CONCLUSÃO	92
REFERÊNCIAS		94
APÊNDICES		103
ANEXOS		117

APRESENTAÇÃO

Desde a minha graduação em Fisioterapia, concluída no final de 2001 na Universidade de Uberaba, o envelhecimento foi um assunto que despertou em mim não só o interesse e a curiosidade em saber como e por que ‘ganhamos algumas rugas’, mas, o amor a uma área que futuramente seria a razão de minha vida profissional e de meus estudos.

Ao concluir a Pós-graduação Lato Sensu em Fisioterapia na área de Geriatria e Gerontologia, pela Universidade Federal de Minas Gerais, em 2004, aprimorei meus conhecimentos e constatei que realmente eu estava no caminho certo.

Posteriormente, ao trabalhar no setor de fisioterapia do ambulatório e no grupo de idosos na cidade de Carneirinho – MG aprendi que a área da saúde é muito ampla e não ficava restrita apenas ao meu ambiente de trabalho. Percebi também, que os idosos com que eu convivia precisavam de mim, e que os profissionais que se dedicavam a essa área eram poucos, visto o aumento do número de velhos não só no país, mas principalmente em meu município.

Ao ingressar no Programa de Mestrado em Promoção de Saúde da Universidade de Franca, em 2008, encontrei a visão de saúde que eu procurava como profissional, ou seja, que a saúde não se condiciona apenas ao setor de atendimento- fisioterapia- mas, que envolve todos os aspectos do ser humano e todos os setores, em busca de um bem-estar em comum.

Além disso, me questionei se as ações desenvolvidas no grupo da terceira idade que eu freqüento, de fato influenciavam na percepção de qualidade de vida dos idosos envolvidos no grupo e o porquê muitos idosos não participam dos encontros realizados na cidade.

Diante dessas questões, me despertei para os objetivos dessa pesquisa, que consta em comparar a percepção de qualidade de vida global dos idosos que participam de um grupo e do projeto de promoção da saúde, chamado “Envelhecimento Saudável” com os idosos que não participam deste projeto;

conhecer o motivo pelos quais muitos idosos não participam do grupo e verificar se há diferença em termos de percepção de qualidade de vida entre homens e mulheres.

Através dessas dúvidas encontramos nossas respostas. Com isso, podemos incentivar as atividades em promoção da saúde do idoso, incentivar novas pesquisas na área de Geriatria e Gerontologia e despertar uma nova maneira das pessoas enxergarem o envelhecimento: como uma fase plena da vida.

INTRODUÇÃO

Diante de tantas mudanças e da evolução da sociedade, valem as palavras de Sauvy (apud BEAUVOIR, 1990, p. 271) “De todos os fenômenos contemporâneos, o menos contestável, o mais certo em sua marcha, o mais fácil de prever com muita antecedência, e, talvez, o de conseqüências mais pesadas é o envelhecimento da população.”

Para se estudar a velhice é preciso ter em mente a existência de um conjunto de fatores, dentro de um contexto amplo de questões que incluem: seu histórico, conceitos e teorias, peculiaridades, mudanças, aprendizados e os valores que o ser humano tem. Através dessas premissas, podemos talvez compreender o significado do que realmente seja envelhecer.

O envelhecimento populacional hoje é um fenômeno vivenciado pelo Brasil e pelo mundo, paralelamente, o aumento do número de idosos e da expectativa de vida fez com que a sociedade repensasse o seu ponto de vista sobre a velhice e sobre os desafios que são lançados para se ter uma vida melhor.

Nesse sentido, fica clara a importância de conhecer a qualidade de vida dos idosos, que muitas vezes estão excluídos e isolados em uma sociedade tão centrada na beleza física e no culto aos jovens. Pensar em qualidade de vida é também conhecer além das questões pessoais do indivíduo, o ambiente e a cultura a qual estão inseridos.

A promoção de saúde surge assim como uma forma promissora de se garantir qualidade de vida a essa faixa etária. Através de suas ações, podemos compreender que é preciso não só adicionar anos a vida dessas pessoas, mas, vida com qualidade a esses anos ganhos.

Diante desta realidade, desenvolvemos no município de Carneirinho - MG um projeto denominado “Envelhecimento Saudável” com um grupo de idosos, cuja finalidade é realizar atividades em promoção, prevenção e educação na área da saúde, com a participação de uma equipe interdisciplinar e de colaboradores, na tentativa de melhorar a qualidade de vida dos idosos do local.

Segundo Santos et al. (2006, p. 351)

Destaca-se, dentre as contribuições para a promoção da saúde, que os grupos de promoção à saúde podem servir ao urgente empreendimento de atendimento interdisciplinar à crescente demanda de idosos a serem assistidos nos sistemas de saúde do século XXI.

Principalmente quando envelhecemos e conseqüentemente nos afastamos do meio social, o grupo devolve o convívio, reforça laços de amizade, gera novos conhecimentos, traz alegria, além de proporcionar uma nova maneira das pessoas encararem a velhice.

Este estudo discorre sobre diversos aspectos envolvidos no processo de envelhecimento, tais como mudanças fisiológicas, sociais e psíquicas, entendendo as premissas preconizadas pela promoção de saúde para este grupo populacional, com ênfase no que se entende por 'qualidade de vida'.

Primeiramente realizamos uma contextualização histórica da velhice e sua evolução, até chegarmos ao envelhecimento populacional brasileiro, suas características atuais e desafios para o futuro. Num segundo momento, realizamos a descrição sobre a promoção da saúde e qualidade de vida no envelhecimento, na qual ressaltamos a importância de se desenvolver ações que realmente são importantes para a qualidade de vida dos idosos.

Procuramos com esse trabalho avaliar a percepção de qualidade de vida global de um grupo de idosos que participam de um projeto de promoção da saúde, comparando com idosos que não participam deste projeto. Além disso, conhecer o que mudou na vida desses idosos após a participação do grupo e o motivo dos demais idosos não participarem dos encontros da terceira idade.

Utilizamos os questionários WHOQOL-OLD e BREF para avaliar a percepção qualidade de vida dos idosos que participam ou não dos encontros da terceira idade e posteriormente entrevistas com roteiro semi-estruturado com idosos de ambos os grupos.

No decorrer do trabalho será apresentada a revisão de literatura, os objetivos, metodologia, resultados, discussões e as conclusões.

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 HISTÓRICO E EVOLUÇÃO DA VELHICE

Desejo que você, sendo jovem, não amadureça depressa demais e, sendo maduro, não insista em rejuvenescer, e que sendo velho, não se dedique ao desespero. Porque cada idade tem o seu prazer e a sua dor e é preciso que eles escorram entre nós.

Victor Hugo (1802-1885)

Falar sobre velhice e envelhecimento requer uma definição ampla de conceitos e teorias, não somente relacionadas aos efeitos biológicos, mas também psicológicos e sociais, pois o envelhecimento engloba fatores multicausais.

A velhice não pode ser entendida apenas como uma etapa final da vida e nem os velhos vistos como pessoas frágeis, doentes e em constante declínio. Envelhecer significa mais do que ganhar anos, rugas, cabelos brancos e algumas limitações; significa entender o ser humano dentro de um contexto infinito, que envolve sabedoria, conhecimento, mudanças e aprendizados.

A dificuldade de se encarar a própria velhice com suas limitações e angústias é, talvez, a mesma dificuldade de se pensar o futuro, de se ter consciência da passagem do tempo e da sua existência. Muitos não conseguem encarar esse fantasma e preferem pensar na morte antes de envelhecerem (BEAUVOIR, 1990), como se morrer fosse uma solução para não ficar velho.

Os mais antigos documentos médicos demonstram que o envelhecimento sempre foi motivo de preocupação para o homem. Por exemplo, a primeira referência na medicina, confunde-se com o próprio aparecimento do símbolo médico: o caduceu, e nesta já se expressa à expectativa do rejuvenescimento, representado pela troca periódica da pele das cobras (LEME, 1997). Tivemos assim o início de uma visão centrada na valorização da juventude, que foi transmitida e se firmando de tempo em tempo.

Para iniciar nossa discussão a cerca do envelhecimento é preciso conhecer a evolução da ciência e da medicina. Segundo Beauvoir (1990) a medicina

no Egito e entre os povos antigos se confundiu com magia e somente com o médico grego Hipócrates, ela conquista sua originalidade, torna-se ciência e se edifica pela experiência e pelo raciocínio.

Durante toda a Idade Média, o desenvolvimento da medicina foi quase nulo, conseqüentemente, a velhice permaneceu muito mal conhecida. Até o fim do século XV, todas as obras sobre a velhice foram relacionadas à questão de higiene e os estudos continuavam vagos; a velhice beneficiava-se de estudos de autópsias e de anatomia. Já no início do século XIX a medicina começava a se beneficiar do progresso da fisiologia e de todas as ciências experimentais, conseqüentemente, os estudos sobre o envelhecimento tornaram-se precisos e sistemáticos (BEAUVOIR, 1990).

Com o passar do tempo, o envelhecimento como fenômeno natural começa a ser alvo de estudos científicos, notadamente no século XX quando a população idosa começa a crescer. É quando os cientistas começaram a entender a diferença de velhice e envelhecimento (BUENO, 2008).

A partir daí, tivemos uma sucessão de estudos e de pessoas que se preocupavam em explicar o que acontecia com o corpo humano na velhice. Segundo Beauvoir (1990, p. 28) “É a partir de meados do século XIX que - sem ainda levar este nome - a geriatria começa realmente a existir.”

A geriatria foi favorecida na França, pela criação de vastos asilos onde se reuniam muitos velhos, a *Salpêtrière* era o maior asilo da Europa e é considerado o núcleo da primeira instituição geriátrica. Mas, somente no século XX a geriatria surgiu como uma especialidade médica e o discurso sobre a senescência teriam germinado com o trabalho dos autores Bichat e Charcot, que formaram a base sobre a qual emergiram as modernas práticas sobre a velhice e começaram a modificar a visão tradicional sobre o assunto (GROISMAN, 2002).

Beauvoir (1990) descreve que o americano Leo Nascher é considerado o pai da geriatria, e se dedicou ao estudo da senescência, publicando seu primeiro livro da área em 1909 e fundando a Sociedade de Geriatria de Nova Iorque em 1912.

A geriatria foi definida como “o ramo da medicina que estuda o envelhecimento e os aspectos fisiológicos que interferem na saúde e na vida das pessoas de idade avançada [...]” (BUENO, 2008, p. 26). Groisman (2002, p. 64)

define a geriatria como “[...] um ramo da medicina que visa tratar as doenças associadas ao processo de envelhecimento.”

Hoje o campo da geriatria compreende a prevenção e o manejo das doenças do envelhecimento. Ainda que seja uma especialidade da Medicina, outras áreas da saúde, como a Fisioterapia, também apresentam suas especializações na área, e se desenvolvem à medida que aumenta a população de adultos mais velhos e idosos portadores de doenças crônicas e de doenças típicas da velhice, em virtude do aumento da longevidade desses segmentos populacionais (NERI, 2008).

Entretanto, a ‘descoberta’ da velhice como objeto de intervenção não se restringia unicamente ao corpo envelhecido. O velho também seria singularizado em relação ao seu comportamento e às suas condições sociais, mais do que isso, “[...] os velhos seriam descobertos como uma identidade demográfica, uma população” (GROISMAN, 2002, p. 73).

Diante de tantos dilemas, surgiu, em 1903, a gerontologia como disciplina, proposta por Metchnikoff, seguidor de Charcot. Mesmo assim, até os trabalhos de Marjory Warren na década de 1930, a gerontologia ficou praticamente restrita aos aspectos biológicos do envelhecimento e da velhice, foi quando se delineavam então os primórdios de uma avaliação multidimensional e a importância da interdisciplinaridade. Se Nascher foi considerado o pai da geriatria, Warren pode ser considerada a mãe dessa especialidade (PAPALÉO NETTO, 2006a).

A criação da gerontologia trouxe uma nova visão aos estudos do envelhecimento e foi definida como:

O campo multi e interdisciplinar que visa à descrição e à explicação das mudanças típicas do processo de envelhecimento e de seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais. Interessa-se também pelo estudo das características dos idosos, bem como pelas várias experiências da velhice e do envelhecimento, ocorrendo em diferentes contextos socioculturais e históricos (NERI, 2008, p. 96).

No Brasil, o interesse pela saúde do idoso é mais recente; sendo fundada a Sociedade Brasileira de Geriatria (SBG) em 1961, que passa a ser chamada, posteriormente, de Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), em 1968 (TEIXEIRA, 2002). De acordo com pioneiros da SBGG, no Brasil as demandas da saúde do idoso ganharam visibilidade social e profissional somente nos anos de 1950 e 1960 (NERI et al., 2004). Época em que se deu o início de

transformações na sociedade que posteriormente foram responsáveis pelo aumento do número de idosos no país e como consequência houve a necessidade de se estudar e compreender a fundo a velhice.

Dessa forma, definir a velhice se tornou algo complexo. As idéias e conceitos sobre o tema evoluíram, mas é preciso contextualizar também essa evolução conforme os diferentes momentos na história.

Inicialmente, na humanidade primitiva, onde as pessoas tinham grande respeito pelos mais velhos. Num segundo momento da história, apareceram os primeiros traços de organização familiar, na qual o patriarca exercia papel primordial e era admirado por todos. Já num terceiro momento, analisamos grupos organizados e a formação da sociedade, com estruturas mais sólidas, com normas e valores, tendo a religião como forma de integrar o meio social e sendo o velho possuidor de um grande poder religioso, que o tornava detentor de sabedoria e poderes (SANTIN; BOROWSKI, 2008).

Com o passar do tempo, as necessidades foram mudando, pois ocorreu a transformação de uma sociedade agrária em uma sociedade urbana e industrializada, o que consequentemente mudou a condição de existência e reconhecimento do velho. No final do século XVIII, tivemos a Revolução Industrial, com a invenção da máquina acarretando a expansão do capitalismo e acabando por desmembrar as sociedades. A partir daí o prestígio e apreço que os velhos tinham começaram a se perder, ocorrendo à desestruturação do esquema social no qual viviam e uma inversão de valores, iniciando-se assim um conceito negativo de velhice, no qual o velho perde espaço na sociedade por não ser mais economicamente produtivo. A construção da imagem do idoso como problema social também surgiu nessa perspectiva de improdutividade (SANTIN; BOROWSKI, 2008).

Todas as alterações que ocorreram no século XIX foram recebidas pelo século XX com uma desvalorização ainda maior dos velhos (BEAUVOIR, 1990). Mas, com o passar dos anos eles se tornaram numerosos e a sociedade não pode mais ignorá-los. Essa situação de indiferença e desprezo passou a ser questionada na sociedade contemporânea e as pessoas passaram a reavaliar a condição de vida e valorização do idoso, e então, a partir de 1970, a situação começou a tomar outro rumo, buscando sua reinserção e reconquista da dignidade (SANTIN; BOROWSKI, 2008).

Hoje, o envelhecimento é um fenômeno mundial que precisa ser estudado, compreendido e divulgado, para devolver ao idoso o valor que ele perdeu na sociedade, que é ter além de uma vida digna, ter cidadania plena.

Atualmente, ainda percebe-se uma proliferação dos termos utilizados para se referir à velhice. Entre eles estão: terceira idade, meia-idade, idade madura, dentre outros. Na verdade, esses termos descritos têm por objetivo mascarar o preconceito que existe, negando a realidade. Se não houvesse preconceito, não seria necessário disfarçar nada por meio de palavras, as pessoas que viveram mais tempo seriam chamadas simplesmente de velhas ou idosas. A ênfase contemporânea na juventude, beleza e na habilidade de ser produtivo ou reprodutivo, torna o *status* reduzido das pessoas idosas e assim, “ser velho” assume uma conotação negativa, remetendo à perda de atributos tão valorizados pelo meio social, e conseqüentemente, pelo próprio idoso (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Além dos estereótipos negativos e de supervalorização designados para lidar com a velhice, encontramos outras formas preconceituosas de se tratar os idosos, como: a infantilização dos velhos, ‘velhos são todos iguais’, ‘são doentes’, ‘são caducos’ e são ‘iguais às crianças’. Muitas vezes, não só a sociedade os trata assim, mas os próprios profissionais que lidam com eles.

O termo usado hoje para redefinir o papel social do idoso é a expressão “terceira idade”, uma nova construção social referida entre a idade adulta e a velhice, usada para designar um envelhecimento ativo e independente (JARDIM; MEDEIROS; BRITO, 2006). A expressão teve sua origem na França, na década de 1960, e era utilizada para descrever a idade em que a pessoa se aposentava (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

A palavra “idoso” vem do latim, do substantivo *aetas*, palavra feminina que corresponde a idade ou espaço de tempo, da qual se originou a palavra “idade” (SANTIN; BOROWSKI, 2008, p.144). A palavra “velho” no dicionário Aurélio quer dizer antigo, da época remota, desusado, antiquado, usadíssimo, gasto pelo uso (FERREIRA, 1975, p. 1460).

Schneider e Irigaray (2008) ressaltam que nesta breve definição acima, percebem-se os vários sentidos negativos da palavra velho, como algo já ultrapassado, descartado e fora de moda. Na verdade, levarão muitos anos para que essa visão de desgaste e de desuso mude. Tanto a sociedade quanto os idosos precisam se reeducar quanto à superação de idéias preconceituosas, pois tornar-se

velho é aceitar a velhice e ser orgulhoso dos muitos anos que conferem à experiência, sabedoria e liberdade que conquistaram na vida.

Para Bassit (2002 apud JARDIM; MEDEIROS; BRITO, 2006) o envelhecimento é uma experiência diversificada e muitos idosos têm uma visão mais positiva sobre sua condição do que alguns especialistas em envelhecimento, por isso, é importante conhecer as necessidades e experiências de vida dos idosos com base em seus próprios relatos.

Em seu artigo, os autores relatam que aos poucos os idosos vão redefinindo o seu papel na sociedade, além de revelar que a velhice não está associada só a perdas e incapacidades, mas a uma grande atividade na reconstrução de uma visão positiva desta fase da vida.

Sendo assim, há várias formas de encarar o envelhecimento, além de uma grande diversidade sobre o conceito de *idoso* (BOARETTO; HEIMANN, 2003, p.107). Souza (1998, p. 18 apud PARK, 2003, p. 69) afirma que

O conceito de idoso é difícil e às vezes impossível de ser definido precisamente. Isso porque não só a idade cronológica, mas, a capacidade funcional decorrente de processos biológicos, sociológicos, psicológicos e às vezes aspectos culturais têm que ser levados em conta.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) se baseia na idade cronológica das pessoas, na qual a definição de idoso inicia aos 65 anos nos países desenvolvidos e 60 anos nos países em desenvolvimento, devido à diferença de expectativa de vida. De acordo com o art.1º da Lei n. 10.741/03 Estatuto do Idoso, “No Brasil velho é toda pessoa com idade igual ou superior a sessenta anos” (SANTIN; BOROWSKI, 2008, p.144).

São múltiplos aspectos que caracterizam o processo de envelhecimento, que envolve não somente o controle de doenças, mas, principalmente o bem-estar físico, psíquico e social, visando por última análise a melhora da qualidade de vida dos idosos. Pode-se considerar o envelhecimento, como admite os biogerontologistas como a fase de todo um *continuum* que é a vida, começando esta com a concepção e terminando com a morte (PAPALÉO NETTO, 2006a, p. 9).

É, portanto, a heterogeneidade que caracteriza o processo de envelhecimento. Como expressa Hahim Hazan (1994, p. 63 apud MOTTA, 2006, p. 78) “A velhice permeia cada relação e situação da vida das pessoas idosas.”

A velhice pode ser definida como:

A última fase do ciclo vital e é delimitada por eventos de natureza múltipla, incluindo, por exemplo, perdas psicomotoras, afastamento social, restrição em papéis sociais e especialização cognitiva. À medida que o ciclo vital humano se alonga, a velhice passa a comportar subdivisões que atendem a necessidades organizacionais da ciência e da vida social. Hoje é comum falar em velhice inicial, velhice e velhice avançada (NERI, 2008, p. 115).

Já o envelhecimento compreende:

[...] um processo dinâmico e progressivo onde há modificações tanto morfológicas quanto funcionais, bioquímicas e psicológicas, que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que podem levar à morte (MEIRELLES, 2000, p. 28 apud ROLIM; FORTI, 2004, p. 57).

São inúmeras as teorias para tentar explicar como envelhecemos. Do ponto de vista biológico, a velhice é percebida como um desgaste natural das estruturas orgânicas, que, com isso, passam por transformações com o progredir da idade, prevalecendo os processos degenerativos (JARDIM; MEDEIROS; BRITO, 2006).

As teorias biológicas que explicam o envelhecimento englobam alterações nas moléculas de DNA, proteínas alteradas, dano oxidativo e radicais livres, mutações somáticas, metabólicas, genéticas, dentre outras (JECKEL-NETO; CUNHA, 2006), mas não podem ser estudadas isoladamente.

Conforme Jardim, Medeiros e Brito (2006) tentar definir a velhice apenas usando a visão biológica é cair em um erro de demarcação meramente cronológica, tratando os idosos de forma homogênea, não levando em consideração o contexto social em que estão inseridos, e sem pensar que o envelhecimento é vivido de modo diferente e individual de um sujeito para outro e de uma sociedade para outra.

“Falar do envelhecer envolve inevitavelmente falar da finitude existencial, única certeza do ser humano” (PARK, 2003, p. 69). Por isso, o processo

de envelhecimento é um fenômeno inerente a todo ser humano capaz de desencadear modificações biopsicossociais (SANTIN; BOROWSKI, 2008).

Para entender melhor o assunto, a Psicologia do Envelhecimento surgiu para estudar as transformações do desenvolvimento humano, percebendo o sujeito como um ser processual, onde cada indivíduo envelhece de modo singular, ou seja, de acordo com experiências e peculiaridades existentes (TEIXEIRA, 2002).

Nos anos 70, a psicologia e a gerontologia consideravam o envelhecimento e o desenvolvimento como processos opostos, mas hoje, ambos são vistos como processos que coexistem ao longo do ciclo vital, embora com pesos diferentes na determinação das mudanças evolutivas que vulgarmente identificamos como ganhos ou perdas (NERI, 2008).

Os modelos baseados nas teorias psicossociais foram criados para ajudar a explicar o envelhecimento.

As teorias psicossociais (desenvolvidas por psicólogos, antropólogos, assistentes sociais, sociólogos e outros profissionais) englobam estudos sobre a gerontologia social com o objetivo de explicar o fenômeno do envelhecimento e sua influência sobre fatores culturais, psicológicos, históricos, existenciais, sociais e/ou até mesmo por um sistema integrativo de fatores. Essas teorias dividem-se em três abordagens, conforme o paradigma que propõem: a mudança ordenada, a contextualista e a dialética [...] (SANTANA; SANTOS, 2006, p. 39 apud BUENO, 2008, p. 34).

Em síntese, observamos o intenso dinamismo que marca o curso de vida moderno relacionado ao envelhecimento, vale ressaltar que as mudanças na forma de conceber a velhice e as novas possibilidades que vão se abrindo para os velhos, indicam a construção de um mundo em que o envelhecimento se apresenta cada vez mais heterogêneo e apontam para o futuro com uma diversidade ainda maior (PRADO, 2002).

A velhice com suas peculiaridades, só podem ser compreendidas a partir da relação que se estabelece entre os diferentes aspectos biológicos, cronológicos, psicológicos e sociais. Essa interação institui-se de acordo com as condições da cultura em que o indivíduo está inserido, e incluem condições históricas, políticas, econômicas, geográficas que produzem diferentes representações sociais da velhice e do idoso (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Resumidamente, o conhecimento científico e empírico acumulado até o momento, nos permite afirmar que envelhecer não é sinônimo de doença,

inatividade e redução do desenvolvimento-apesar de ainda existir crenças e atitudes negativas frente os idosos e a velhice em alguns contextos culturais. Envelhecer é considerado um evento progressivo e multifatorial, e a velhice como experiência bem-sucedida, porém heterogênea, é vivenciada com menos ou mais qualidade de vida (LIMA; SILVA; GALHARDONI, 2008).

1.2 PANORAMA DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL BRASILEIRO E DESAFIOS FUTUROS

Quando quis tirar a máscara, estava pregada à cara. Quando a tirei e me vi ao espelho, já tinha envelhecido.

Fernando Pessoa

De acordo com Silva (2005) a frase acima ilustra de forma explícita a maneira pela qual o processo de envelhecimento vem ocorrendo em vários países, inclusive no Brasil. Reflete também a rapidez com que este processo ocorre em nosso país, de modo que “ao tirar-se a máscara”, foi possível perceber o que havia por detrás dela: o envelhecimento populacional.

Durante as quatro primeiras décadas deste século, o Brasil apresentava grande estabilidade de sua estrutura etária, principalmente devido à pequena oscilação entre as taxas de natalidade e mortalidade. A partir de 1940 iniciou-se o processo de declínio rápido da mortalidade, que se prolongaria até a década de 70. A combinação de menores taxas de mortalidade e elevadas taxas de fecundidade determinou no aumento da população brasileira, entretanto, a estrutura etária da população não se alterou, pois a redução da mortalidade deveu-se, principalmente, à queda das taxas de mortalidade infantil (CHAIMOWICZ, 1997).

De acordo com o autor, no Brasil, o declínio da mortalidade foi determinado mais pela ação médico-sanitária do Estado que por transformações estruturais. Nas primeiras décadas do século XX, através de políticas urbanas de saúde pública como a vacinação, higiene e outras campanhas sanitárias, e a partir de 40 pela ampliação e desenvolvimento tecnológico da atenção médica na rede pública, foram responsáveis pela redução da mortalidade em nosso país; o que não significou melhora da qualidade de vida da população.

Tomamos como exemplo o Brasil, em 1980, de 100 crianças que nasciam do sexo feminino, 22 completavam 80 anos. Em 2000, esse número dobrou, e a grande responsável por isso foi a queda da mortalidade, agora não só infantil, mas em todas as idades (CAMARANO, 2006). Wong e Carvalho (2006) reforçam que nas próximas décadas, o declínio da mortalidade no Brasil se concentrará provavelmente nas idades mais avançadas, acelerando ainda mais o processo de envelhecimento.

Porém, somente a partir de 1960, com o declínio da fecundidade em algumas regiões mais desenvolvidas do Brasil, iniciou-se o processo de envelhecimento populacional. A queda da fecundidade deve ser analisada sob a ótica de seus determinantes e dos meios dos quais vem ocorrendo, pois, antes de ser uma opção, a redução do número de filhos se impõe como resposta da família ao processo de urbanização da sociedade brasileira e à crise econômica, fatores que juntos, agravam as condições de vida de famílias numerosas (CHAIMOWICZ, 1997).

Em seu artigo, Silva (2005) comenta que entre 1990 e 2000 a queda da fecundidade foi de 12%. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 44% das mulheres em idade reprodutiva têm menos de dois filhos e a taxa de fecundidade que em 2008 foi de 1,86 reduziu em 2009 para 1,81, podendo alcançar em 2050 um índice de 1,50 (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, 2008).

De acordo com as estimativas das Nações Unidas, o Brasil apresentará o nível mais baixo de fecundidade da América do Sul, entre os anos de 2000-2005 (WONG; CARVALHO, 2006). Este processo generalizou-se rapidamente e desencadeou o processo de transição da estrutura etária brasileira, que provavelmente, levará a uma nova população quase-estável, mas, desta vez, com um perfil envelhecido da população (CARVALHO; WONG, 2008).

Em consequência disso, o peso relativo dos jovens caiu de 41,9% para 34,7% no mesmo período e a proporção de idosos cresceu de 3,1% para 4,8% (CHAIMOWICZ, 1997).

Observou-se também uma queda da taxa de natalidade, que em 1980 foi de 32,13; em 2000 teve valor de 21,13; em 2009 o índice foi de 15,77 e em 2050 será de 8,10 por 1000 habitantes (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO,

ORÇAMENTO E GESTÃO, 2008). Essa questão também influenciou no processo de envelhecimento da população brasileira.

Outro fato marcante com o envelhecimento é uma inversão da pirâmide etária populacional, na qual se observa um estreitamento da base, ocupada pelas categorias etárias mais jovens, e um alargamento do ápice, ocupada pela população mais idosa (SIQUEIRA; BOTELHO; COELHO, 2002). O formato, até então extremamente piramidal da estrutura etária começou, então, de sua base, a desaparecer, anunciando um rápido processo de envelhecimento e uma distribuição praticamente retangular, no futuro (CARVALHO; WONG, 2008).

Com o crescimento do contingente acima de 60 anos, o número de idosos passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões em 1975, e 17 milhões em 2006 e 20 milhões em 2008 - aumento de 700% em menos de cinquenta anos (VERAS, 2009). Segundo a Pesquisa Nacional de amostra por Domicílio (PNAD) (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, 2009) existem no Brasil 21 milhões de pessoas com 60 ou mais anos de idade e para o ano de 2025, a projeção mostra que o número de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos de idade será de 32 milhões (PAPALÉO NETTO; YUASO; KITADAI, 2005).

Tal rapidez com que se processam as mudanças que, o Brasil passará entre 1960 e 2025, da 16ª para a 6ª posição mundial em termos de número absoluto de indivíduos idosos com 60 anos ou mais (CHAIMOWICZ, 1997). Veras (2007, p. 2464) afirma que “O Brasil hoje é um jovem país de cabelos brancos. E, todo ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira [...]”.

Conseqüentemente o ritmo de crescimento de idosos é maior que o de outras faixas etárias e segundo algumas previsões, o percentual de pessoas acima de 60 anos no mundo em 2050 passará de 10% a 21% e paralelamente, o percentual do número de crianças terá uma redução de 30% para 21% (PAPALÉO NETTO; YUASO; KITADAI, 2005).

O aumento do número de idosos no Brasil veio acompanhado com o aumento da expectativa de vida da população brasileira. A esperança de vida que era em torno de 33,7 anos em 1950/1955, passou para 50,99 em 1990, chegou até 66,25 em 1995 e deverá alcançar 77,08 em 2020/2025 (SIQUEIRA; BOTELHO; COELHO, 2002). Segundo dados do IBGE (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, 2008) o Brasil em 2008 alcançou uma esperança de vida

de 72,78 anos de idade e em 2050 alcançará 80,97 anos de idade. Hoje, de acordo com Veras (2007) a expectativa de vida se amplia de tal forma que grande parte da população atual alcançará a velhice.

O Brasil também passa pela chamada transição epidemiológica. Entende-se por transição epidemiológica as mudanças ocorridas em longo prazo, dos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas (CHAIMOWICZ, 1997; OMRAN, 1971 apud CHAIMOWICZ, 2006).

Conforme Chaimowicz (1997, 2006) o processo engloba três mudanças básicas: a substituição, entre as principais causas de morte, das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas; o deslocamento da maior carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos; e a transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra em que a morbidade é dominante.

Com isso, segundo o autor modificou-se o perfil de saúde da população; que ao invés de processos agudos que se resolvem rapidamente através da cura ou do óbito predominam as doenças crônicas e suas complicações, que implicam em décadas de utilização dos serviços de saúde e conseqüentemente pioram a qualidade de vida dos idosos. Entretanto, no Brasil, a transição epidemiológica não ocorre de acordo com o modelo experimentado pela maioria dos países. Alguns aspectos caracterizam este como um “novo” modelo no qual não há transição, mas *superposição* entre as etapas onde predominam as doenças transmissíveis e crônico-degenerativas; a reintrodução de doenças como dengue e cólera, ou o recrudescimento de outras como a malária, hanseníase e leishmanioses, indicando a chamada “*contra-transição*”; este processo cria uma situação onde a morbi-mortalidade persiste caracterizando uma “*transição prolongada*”; onde as situações epidemiológicas de diferentes regiões em um mesmo país tornam-se contrastantes.

Desse modo, os idosos de nosso país sofrem mais do que as outras faixas etárias, tendo que conviver com vários tipos de doenças e por maior período de tempo. De acordo com Chaimowicz (1997) estas estatísticas reforçam a noção de que o envelhecimento populacional pode passar a representar mais um problema

que uma conquista da sociedade, na medida em que os anos de vida ganhos não sejam vividos em condições de independência e saúde.

“Capacidade funcional surge, portanto, como um novo conceito de saúde, particularmente relevante dentro de um novo paradigma de saúde, trazido pelo envelhecimento populacional” (RAMOS, 2005, p. 2). A incapacidade funcional, segundo Rabelo e Neri (2005) é a maior consequência das condições crônicas dos idosos, além disso, afeta o *status* psicológico e aumenta o uso de serviços de cuidado de longa permanência.

O estudo de Schramm et al. (2004) nos dá um panorama da transição epidemiológica pela qual passa o Brasil. De acordo com os resultados apresentados, as doenças crônico-degenerativas responderam por 66,3% da carga de doenças; as doenças infecto-contagiosas responderam por 23,5% e as causas externas foram responsáveis por 10,2%.

Chaimowicz (2006) relata que, além disso, grande parte das doenças e limitações dos idosos não provoca morte nem internações; são exemplos: demências (causam grande impacto para a família), de elevado risco potencial (como as quedas: 30% dos idosos relatam que caem pelo menos uma vez ao ano e há recidiva), as artroses (que causam incapacidades) ou que prejudicam a auto-estima e a qualidade de vida dos idosos (incontinência urinária e a depressão).

Além disso, há falta de profissionais de saúde disponíveis na rede pública e privada, que sejam capacitados e especializados nas áreas de Geriatria e Gerontologia. A visão de que o idoso pode ser atendido e tratado por outras especialidades ainda existe e será um grande desafio para nós. Para Ramos (2003) com o aumento dos idosos, haverá demanda de profissionais capacitados para trabalhar com essa população, além do que o Sistema Único de Saúde não terá condições de satisfazer suas necessidades básicas, que inclui procedimentos para tratar de doenças crônico-degenerativas (cardiovasculares e neurodegenerativas) e uma demanda ainda maior por serviços de reabilitação física e mental.

De acordo com o autor, a presença desses profissionais na rede pública deve ser uma prioridade, além de ser fundamental que os setores estimulem a formação de profissionais treinados, mediante a abertura de disciplinas nas Universidades que identifiquem a área de Geriatria e Gerontologia. Em continuidade, ele ainda comenta que será preciso estabelecer indicadores de saúde capazes de identificar idosos de alto risco de perda funcional e orientar ações concentradas na

promoção de saúde e manutenção da capacidade funcional, para que o idoso se mantenha ativo na comunidade, gozando o máximo de sua independência.

Um fato marcante na situação atual de envelhecimento no Brasil é o fato de que os idosos acima de 80 anos crescem cada vez mais, mesmo sendo estes ainda em proporções menores. Segundo Chaimowicz (1997) estima-se que a proporção dos idosos maiores de 80 anos varie de 9% para 11,3% entre 1995 e 2020.

Membros mais velhos estão vivendo mais tempo, significando a convivência de três, quatro e até cinco gerações. Testemunhamos com isso, uma mudança nas estruturas familiares e hoje existem diferentes tipos de família. Atualmente, é comum existirem famílias de três, quatro e até mesmo cinco gerações, portanto, surge o desafio de lidar com essas mudanças (KALACHE, 2008).

De acordo com Ramos (2003) esse tipo de domicílio multigeracional, acomodava mais de 50% dos idosos pesquisados, e em metade das residências o idoso vivia com filhos casados e com netos. Mais do que uma opção sócio-cultural, tais arranjos são uma forma de sobrevivência.

Para Papaléo Netto, Yuaso e Kitadai (2005) a sociedade e as novas gerações têm que se preparar para a troca de informações, comunicação e solidariedade, para que a população possa envelhecer melhor. As trocas geracionais não devem se limitar à família e aos programas e políticas governamentais, mas devem ser expandidas às instituições privadas e a outras representações da sociedade.

Outra característica do envelhecimento no Brasil é o fato de existirem mais idosas do que idosos. Isso nos mostra que no processo de envelhecimento também envolve questões de gênero (AQUINO, 2006). Gênero é um conceito útil para entender a sociedade em que vivemos, porque ele nos ajuda a compreender melhor o que representam homens e mulheres nas diferentes sociedades e nos permite compreender que as desigualdades econômicas, políticas e sociais existentes não são simplesmente produtos de suas diferenças biológicas, mas sim, construções resultantes das relações sociais, ou seja, das relações entre as pessoas e delas com a natureza, no desenvolvimento de cada sociedade (FIGUEIREDO et al., 2007).

A diferença de expectativa de vida entre homens e mulheres varia em torno de 7,6 anos a mais para as idosas (SILVA, 2005). A menor mortalidade das

mulheres faz com que a população feminina cresça a taxas mais elevadas do que a masculina, como consequência, quanto mais velho for o contingente estudado, maior será a proporção de mulheres (CAMARANO, 2006). Isso se deve a comportamentos específicos do homem e da mulher, mulheres freqüentam mais os centros de saúde, os homens estão mais expostos a acidentes de trabalho e de trânsito e somam-se à prevalência de alcoolismo, drogas e tabagismo; vícios que afetam também mulheres, mas em menor proporção (CHAIMOWICZ, 2006).

Entre aqueles com 80 anos ou mais, para cada 100 mulheres, o número de homens deverá cair entre 2000 e 2050, de 71 para 61; haveria, pois, em meados do século, quase duas mulheres para cada homem, entre os mais idosos (CARVALHO; WONG, 2008). Segundo Camarano (2006, p. 90) isso leva à constatação de que “o mundo dos muito idosos é um mundo das mulheres”.

Constatamos então que as idosas são um grupo social que merece ser estudada. Sendo assim, compreender o envelhecimento feminino se torna fundamental, visto que 1/5 da população feminina no Brasil pode chegar a vivenciar esta etapa da vida, com suas consequências biológicas, psicológicas e sociais (MORI; COELHO, 2004).

O grande desafio é encontrar e promover novas formas de valorização do processo de envelhecimento e velhice que não seja um ‘arremedo’ dos valores que se almejam para a juventude, numa constante busca pela juvenilização da terceira idade, negando assim o direito às pessoas de serem como são, sem que tenham que assumir uma identidade que não lhes é própria, negando-se a si mesmas somente para serem aceitas socialmente (LIMA; BUENO, 2009).

Não podemos esquecer que diante de tais mudanças epidemiológicas e demográficas, o Brasil passa por constantes crises econômicas e os idosos vivem em grandes desigualdades sociais. Segundo Chaimowicz (1997) uma das características marcantes da população que envelhece no Brasil é a pobreza e aposentadorias e pensões constituem a principal fonte de rendimentos e de proteção da população idosa.

Porém, segundo Caldas (2003) a garantia dessa proteção está em questão, porque houve aumento da expectativa de vida, e conseqüentemente aumento do número de pessoas que recebem esses benefícios, sem que tenha aumentado, na mesma proporção, o número de contribuintes.

Assim, a aposentadoria apresenta aspectos contraditórios: se por um lado, alguns vivem um tempo de liberdade, descanso, realizações de fazer aquilo que não teve tempo de fazer durante toda a vida ativa; por outro, alguns a consideram como um tempo inútil, sem sentido, vazio, de nostalgia e de isolamento (RODRIGUES; RAUTH, 2006).

O desafio está em garantir que a aposentadoria seja um fator benéfico para as diferentes classes sociais e não um fator de piora da situação socioeconômica dos mais pobres, pois nas classes mais favorecidas, a aposentadoria pode significar uma nova vida, mas, nas classes menos favorecidas, significa piora das condições de vida (RODRIGUES; RAUTH, 2006). Promover uma sociedade justa para todas as idades deve incluir a oportunidade dos idosos de participarem da sociedade, com seu trabalho e com sua experiência de anos de luta.

As políticas públicas também terão seus desafios. No Brasil, o surgimento de um sistema legislativo de proteção às pessoas idosas é recente, pois a Política Nacional do Idoso (PNI) foi instalada em 1994 (SILVA, 2005). Posteriormente, em 1999 foi criada a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) que tem como propósito estimular o envelhecimento saudável, a prevenção de doenças, a preservação ou melhora da capacidade funcional, a reabilitação dos idosos, a recuperação da saúde quando estes adoecem, visando com que os idosos exerçam suas funções na sociedade (PAPALÉO NETTO; YUASO; KITADAI, 2005). Silva (2005) também relata que em setembro de 2003, através da Lei n. 3561/1997, foi aprovado o Estatuto do Idoso no Brasil, que trouxe muitas conquistas aos idosos.

O desafio na formulação de uma política está em considerar as mudanças que estão ocorrendo na estrutura etária e epidemiológica da população. Em sua essência, uma política de saúde deve identificar o conjunto de objetivos que traduzam aspirações e interesses prevalentes na sociedade e os meios disponíveis no tempo e espaço a que se referem; pois as necessidades de saúde surgem expressando-se em múltiplas dimensões: social, psicológica, biológica e cultural (SAYEG; MESQUITA; COSTA, 2006).

Os problemas colocados em discussão não devem ser visto com uma visão de pessimismo, mas com uma visão realista sobre o velho, a velhice e o envelhecimento, para servir de alerta para a sociedade. É preciso que essa mesma sociedade reveja essas idéias preconceituosas de que o velho nada mais pode fazer

e que este pode ser parte ativa dessa mesma sociedade que o rejeita (PAPALÉO NETTO; YUASO; KITADAI, 2005).

É preciso ampliar e expandir as ações em saúde em todo Brasil sobre o que realmente é envelhecer. Como relatam Carvalho e Wong (2008, p. 604) “Não se trata de garantir, apenas, a melhoria da qualidade de vida dessas gerações, mas também o equilíbrio de toda a sociedade.”

É na necessidade de uma nova visão de saúde para todos que surgiu a promoção da saúde, como uma estratégia promissora para enfrentar os diversos problemas existentes na sociedade, inclusive, em busca de um envelhecimento bem-sucedido.

1.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO

Não nos basta acrescentar anos à vida, mas principalmente, vida aos anos.
Relatório Lalonde, 1974.

No último século, as condições de vida e saúde têm melhorado de forma contínua e sustentada, graças aos progressos políticos, econômicos, sociais e ambientais, assim como os avanços na saúde pública e na medicina (BUSS, 2000). Tais mudanças e progressos afetaram diretamente os modos de enxergar a saúde, que passou de uma forma extremamente médica, para uma visão mais ampla, denominada promoção da saúde.

A promoção de saúde pressupõe que a saúde não seja entendida apenas como a ausência de doenças, mas também como capaz de agir sobre seus determinantes (VERAS, 2006). Buss (2003) ressalta que para a promoção da saúde surgiu como reação à acentuada medicalização da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde.

Um dos primeiros autores a mencionar o termo promoção da saúde foi Sigerist (1946, p. 19 apud BUSS, 2003, p. 17) quando definiu que “A saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso.” Para ele, as quatro tarefas principais da medicina eram: a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a recuperação do enfermo e a reabilitação.

Em 1965, Leavell & Clark utilizaram o conceito promoção da saúde ao desenvolverem o modelo da história natural da doença, que comportaria três níveis de prevenção. Neste caso, as medidas adotadas para a promoção da saúde não se dirigem à determinada doença, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar geral. Trata-se, portanto de uma visão da promoção da saúde centrada no indivíduo, com uma projeção para a família ou grupos dentro de certos limites (BUSS, 2000, 2003).

Conforme Buss (2000) verificou-se que o conceito proposto por Leavell & Clark era inapropriado para os casos de doenças crônicas não-transmissíveis; o que de fato com a revolução epidemiológica e com o movimento de prevenção das doenças crônicas, a promoção da saúde passou a associar-se com medidas preventivas, sobre o ambiente físico e sobre os estilos de vida, não mais voltados apenas especificamente para famílias ou indivíduos.

Dessa forma, as diversas conceituações para a promoção da saúde podem ser reunidas em dois grandes grupos. No primeiro deles, a promoção da saúde consiste na atividade dirigida às transformações dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e, no máximo, no ambiente das culturas da comunidade em que se encontram (BUSS, 2000, 2003).

Mas, essa visão também precisaria englobar outros aspectos, dando origem assim a uma nova e moderna promoção da saúde.

De acordo com Buss (2000, 2003) o que vem caracterizar a promoção da saúde modernamente, é a constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições da saúde, em torno do qual se reúnem os conceitos do segundo grupo. Este entende que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, como: boas condições de trabalho, saneamento, habitação, etc. Suas atividades estariam então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido mais amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades.

A Promoção da Saúde moderna teve seu marco inicial com o Relatório Lalonde, publicado no Canadá em 1974. Formalizou-se aqui uma corrente cujo eixo estratégico foi transformar os comportamentos individuais não - saudáveis e procurar romper com o modelo biomédico, sugerindo uma perspectiva mais holística

sobre saúde (CARVALHO, 2005). O Relatório Lalonde foi o primeiro documento oficial a usar o termo “promoção da saúde” e a colocá-lo no contexto de pensamento estratégico (BUSS, 2003).

Posteriormente, em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) com colaboração com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata. Essa conferência trouxe um novo enfoque para o campo da saúde, colocando a meta de “saúde para todos no ano 2000 [...]”. Ela foi o marco referencial para a realização da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, no Canadá, e posteriormente das outras Conferências (BUSS, 2000).

Assim, em meados dos anos 80, surgiu um discurso alternativo de promoção. A saúde passou a ser reconhecida como resultante de pobreza, desemprego, habitação precária e outras desigualdades econômicas e sociais. Com esse pensamento e essa motivação, foi planejada a carta de Ottawa, I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde-1986 (HEIDMANN et al., 2006). A carta de Ottawa definiu a promoção da saúde como: “O processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002, p. 19).

Em Ottawa confirma-se um conjunto de valores, tais como: a vida, solidariedade, equidade, cidadania, democracia, desenvolvimento, participação e ação conjunta, entre outros, como resultado de diversas estratégias, nas quais a melhoria da qualidade de vida e saúde se insere (HEIDMANN et al., 2006).

A carta de Ottawa propõe cinco campos centrais de ação:

- Elaboração de políticas públicas saudáveis,
- Criação de ambientes favoráveis à saúde,
- Reforço da ação comunitária,
- Desenvolvimento de habilidades pessoais e
- Reorientação do sistema de saúde.

É importante frisar que quando desenvolvemos ações em promoção da saúde, esses campos estão interligados. Heidmann et al. (2006, p. 356) afirmam que “A articulação entre esses campos representa uma força maior que poderá impulsionar transformações na realidade de saúde da população.”

A saúde passa a ser vista como um recurso para a vida, e não como um objetivo de viver, portanto, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, ela transcende este setor (intersectorialidade) e vai além de um estilo de vida saudável; vai à direção de um bem-estar global (BUSS, 2000).

A partir da carta de Ottawa vieram outras conferências internacionais, citadas por vários autores (BUSS, 2000, 2003; HEIDMANN et al., 2006) e destacadas aqui:

- II Conferência Internacional - Adelaide (1988),
- III Conferência Internacional - Sundsvall (1991),
- Conferência em Santafé de Bogotá (1992),
- IV Conferência Internacional - Jacarta (1997),
- Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde - Genebra (1998),
- V Conferência Internacional - Cidade do México (2000) e
- VI Conferência Internacional - Bangkok (2005).

Todas essas conferências tiveram por finalidade discutir ações e propor estratégias em busca de uma saúde e de uma vida melhor para a população. Isto inclui a participação de todos os setores, governantes, pessoas e entidades; que articulados tem como objetivo garantir uma melhor qualidade de vida a todos.

Principalmente se levarmos em conta as transformações demográficas e epidemiológicas que o mundo e conseqüentemente o Brasil passa, esse conceito tende a englobar diversos aspectos. Nesse sentido, busca-se compreender melhor, a relação entre promoção da saúde e envelhecimento.

No Brasil, o envelhecimento populacional é uma realidade e temos que nos preparar para dar suporte ao crescente número de velhos, priorizando uma visão ampla centrada na promoção da saúde.

Veras e Caldas (2004) comentam que no século 20 o aumento da expectativa de vida foi o fato mais importante no âmbito da saúde pública. Entretanto, segundo Lima-Costa e Veras (2003) essa conquista de esperança de vida acompanhada das melhoras dos parâmetros de saúde, estão longe de se distribuir de forma eqüitativa nos diferentes países e contextos sócio-econômicos.

Lima-Costa e Veras (2003, p. 700) afirmam que “O que era antes o privilegio de poucos, chegar à velhice, hoje passa a ser a norma mesmo nos países

mais pobres. Esta conquista maior do século XX se transforma, no entanto, em um grande desafio para o século que se inicia.”

Diante disso, viver por si só não basta. [...] O próprio *Informe Lalonde* (1974) definiu as bases do movimento pela promoção da saúde e assinalou que é preciso “adicionar não só anos à vida, mas vida aos anos” (VERAS, 2006, p. 142). Ou seja, os anos adicionados à vida da população devem ser vividos com qualidade, para que se justifique esse ganho.

Para adquirir uma mentalidade preventiva e promover a saúde do idoso é fundamental a evolução e a disseminação do conhecimento sobre o envelhecimento. A proposta para os que já são idosos é a de promover a saúde por meio da manutenção ou recuperação da autonomia e da independência (VERAS; CALDAS, 2004).

A promoção da saúde ao idoso deve focar ações voltadas de acordo com a realidade em que o idoso vive e com suas peculiaridades. Veras (2006) cita que essas ações devem ter prioridades como: participação social, resgate do lazer, aspecto espiritual, preservação da natureza e integração das diferentes práticas culturais. O pressuposto principal é garantir a inclusão social e a participação cidadã, inclusive para aqueles que a tiveram e a perderam, como o idoso; na qual há necessidade de uma articulação política consistente no sentido de reivindicação das necessidades desse segmento populacional.

A promoção da saúde visa garantir o “Envelhecimento Saudável ou Bem-sucedido”. “O envelhecimento bem-sucedido é aquele com baixa suscetibilidade a doenças e elevada capacidade funcional (física e cognitiva), acompanhado de uma postura ativa perante a vida e a sociedade” (CARVALHAES NETO, 2005, p. 9). O tema converge com a promoção do envelhecimento ativo, caracterizado pela experiência positiva de longevidade, preservando a capacidade e o potencial individual do idoso (ASSIS; HARTZ; VALLA, 2004).

Conforme Ramos (2005, p. 2) nessa nova ótica, “O envelhecimento saudável passa a ser a resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica.” Como afirma Assis (2004) a valorização da promoção da saúde, apreendida como busca de bem-estar e qualidade de vida em sentido amplo, pode ser um canal para acúmulo de reflexões e práticas na direção de um envelhecimento saudável.

O grande desafio para a promoção da saúde é, portanto, se preparar para uma mudança de cenário, no qual ainda prevalece uma enorme desigualdade social, com deterioração das condições de vida da população, o que aumenta os riscos à saúde e diminui os recursos para enfrentar esses problemas. Outra questão importante é reconhecer que os profissionais da saúde ainda desconhecem o verdadeiro significado do tema promoção da saúde (HEIDMANN et al., 2006).

Um exemplo de se trabalhar com promoção da saúde na velhice e torna-se assim um desafio para o setor público e privado, é a formação de grupos de idosos, chamados também de grupos de promoção à saúde.

Segundo João et al. (2005) o homem participa de grupos durante todas as etapas de sua vida, seja no trabalho, na família ou na comunidade. Quando envelhece, ele tende a romper e se afastar desses grupos por várias questões e se isola. Portanto, observa-se que o grupo passa a ter papel importante nessa fase da vida, pois permite ao idoso reconstruir vínculo com outros indivíduos da mesma idade e que apresenta um contexto ou uma história de uma época.

O grupo é uma intervenção coletiva e interdisciplinar de saúde, constituída por um processo grupal dos seus participantes até o limite ético de eliminação das diferenças desnecessárias e evitáveis entre grupos humanos. Caracteriza-se como um conjunto de pessoas ligadas por constantes de tempo, espaço e limites de funcionamento, que interagem cooperativamente a fim de realizar a tarefa da promoção da saúde (SANTOS et al., 2006, p. 347).

Os grupos são possibilidades de troca e de interação com pessoas da mesma geração, possibilitam a substituição de períodos de solidão e isolamento por novas amizades, festas, encontros, passeios e aprendizados. Além disso, através dos grupos de convivência os idosos têm a possibilidade de construir novos laços e adquirem novas maneiras de agir frente à velhice (BULSING et al., 2007), melhorando a sua percepção de qualidade de vida.

As ações em promoção da saúde são formas de minimizar os obstáculos existentes na vida das pessoas e proporcionar maneiras de promover melhorias na qualidade de vida da população (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Segundo Wood Dauphine (1999 apud PASCHOAL, 2006, p.147) foi em 1920 que o termo qualidade de vida (QV) foi mencionado pela primeira vez em livro, por Pigou, se referindo à economia e bem-estar material, mas posteriormente caiu no esquecimento.

Ferraz (1998 apud CASTRO; CUNHA; AKERMAN, 2005, p. 8) afirma que esse termo começou a ser usado como um conceito nos Estados Unidos após a segunda guerra mundial, com o objetivo de caracterizar a vida das pessoas com base na aquisição de bens materiais. Paschoal (2006) relata que mais tarde, o termo qualidade de vida ressurgiu, sendo usado para criticar políticas, e, só no ano de 1950 que o seu uso foi gradualmente se ampliando. Pouco depois, Albuquerque (2003) diz que os economistas e sociólogos buscaram encontrar índices que permitiam avaliar a “Qualidade de Vida” dos indivíduos e das sociedades.

O termo evoluiu e foi incorporado por diversas áreas. Posteriormente, para Castro, Cunha e Akerman (2005) o termo passou a se referir a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas, no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da esperança de vida.

A partir de então, “Qualidade de Vida” passou a indicar que “boa vida” representava mais do que a influência de bens materiais. O conceito incluiu outros significados, como: educação, saúde, moradia, transporte, trabalho e lazer. Mas, nos anos 60, surgiu a necessidade de se avaliar a qualidade de vida percebida pelas pessoas (qualidade de vida subjetiva), pois, considerou-se que as avaliações subjetivas além de definirem mais precisamente a experiência de vida dos indivíduos, levam em conta o significado que eles atribuem a essas experiências; os indicadores dessa perspectiva passaram a englobar: satisfação, bem-estar e felicidade (ALBUQUERQUE, 2003).

Nessa época, no contexto de atenção à saúde, chegou-se a conclusão de que vida longa não era necessariamente boa vida. “O interesse médico no construto QV foi estimulado pelo sucesso em se prolongar a vida e pela compreensão de que isso pode ser um benefício equivocado: os pacientes querem viver, não meramente sobreviver” (MCDOWELL; NEWELL, 1996 apud PASCHOAL, 2006, p. 148).

Dessa forma, não há um conceito único e definido de qualidade de vida, mas sim um conjunto de fatores que denominam esse termo. Para Paschoal (2006) a natureza abstrata dessa expressão explica por que boa qualidade tem significados diferentes, para diferentes pessoas, em lugares e ocasiões diferentes e talvez, cada indivíduo tenha seu próprio conceito.

“Qualidade de vida é um evento que tem múltiplas dimensões, é multideterminado, diz respeito à adaptação de indivíduos e grupos humanos, em diferentes épocas e sociedades, e assim, sua avaliação tem como referência diversos critérios” (NERI, 2008, p. 163).

Além disso, é necessário conhecer os dois modelos teóricos de qualidade de vida. O modelo da satisfação, que foi desenvolvido a partir de abordagens sociológicas e psicológicas de “felicidade e bem-estar”, com base nele a qualidade de vida está relacionada à satisfação com os vários domínios da vida, definidos como importantes pelo próprio indivíduo, sendo uma forma muito subjetiva. “Uma decorrência dessa relação é que o indivíduo pode atingir um bom nível de qualidade de vida buscando um aumento de suas realizações ou uma diminuição de suas expectativas” (FLECK et al., 2008, p. 24).

Segundo o autor o outro modelo, chamado funcionalista, considera que para se ter uma boa qualidade de vida, o indivíduo precisa estar “funcionando” bem, isto significa que, ele deve estar desempenhando de forma satisfatória seu papel social e suas funções, que ele mesmo valoriza. Assim, a doença se torna um problema na medida em que interfere no desempenho desses papéis, e a saúde, é considerada o maior valor da existência.

Entretanto, no campo da saúde, qualidade de vida também tem uma interpretação complexa. Minayo, Hartz e Buss (2000, p. 8, grifo do autor) comentam que no âmbito do setor saúde, a frase: [...] *saúde não é doença, saúde é qualidade de vida* [...] se tornou constante, mas precisa ser mais bem compreendida.

Nesse sentido, o conceito de qualidade de vida não fica focado apenas no campo biomédico, mas valoriza parâmetros mais amplos (ALBUQUERQUE, 2003). O conceito reflete sobre o campo em que se desenvolvem ações voltadas para a qualidade de vida com a noção de desenvolvimento, democracia, modo, condições e estilos de vida; além de uma noção eminentemente humana que inclui: o grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social, ambiental e à própria estética existencial (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Apesar de haver um consenso sobre a importância de avaliar a qualidade de vida, seu conceito ainda é um debate, e gera complexidade. Dessa forma, a definição proposta pela OMS através do Grupo WHOQOL é a que melhor traduz a abrangência do construto *qualidade de vida*. O Grupo WHOQOL definiu qualidade de vida como “[...] percepção do indivíduo de sua posição na vida, no

contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações” (FLECK et al., 2008, p. 25).

De acordo com o autor, esta definição considera o conceito de qualidade de vida como sendo bastante amplo, e incorporam, de forma complexa, a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente.

No Brasil e no mundo, conhecer a percepção de qualidade de vida da população se torna importante, diante do fato inquestionável de envelhecimento populacional. Segundo Neri (2008) a preocupação com a qualidade de vida na velhice ganhou relevância nos últimos 30 anos, devido ao crescimento do número de idosos e a expansão da longevidade, que passaram a ser uma experiência compartilhada por um número crescente de indivíduos, vivendo em diversas sociedades.

Hoje, os critérios utilizados para a avaliação de qualidade de vida na velhice, fazem parte da agenda de várias disciplinas científicas. Na gerontologia social associam qualidade de vida na velhice com satisfação e atividade; na psicologia associam o termo com auto-eficácia, competência social e cognitiva e bem-estar; na medicina predominam associações com longevidade, saúde e capacidade funcional e na bioética os critérios utilizados são: autonomia e respeito à dignidade (NERI, 2008).

Lawton (1983 apud NERI, 2008, p. 164) define o constructo qualidade de vida na velhice como avaliação multidimensional vinculada a critérios socionormativos e intrapessoais, a respeito das relações atuais, passadas e prospectivas entre o indivíduo maduro ou idoso e o seu ambiente.

Segundo Paschoal (2006) foram estabelecidas quatro dimensões inter-relacionadas. A primeira é a competência comportamental; que representa a avaliação do funcionamento do indivíduo no tocante à saúde, à funcionalidade física e à cognição (NERI, 2008). Esta traduz o desempenho de indivíduos frente às diferentes situações da vida, portanto, depende do potencial de cada um (PASCHOAL, 2006).

A segunda competência são as condições ambientais; que diz respeito ao contexto físico, ecológico e ao construído pelo homem, ou seja, o ambiente construído deve oferecer aos idosos adequadas condições de vida. A terceira é a qualidade de vida percebida, que reflete a avaliação da própria vida e refere-se à

avaliação subjetiva que cada pessoa faz sobre o seu funcionamento em qualquer domínio das competências comportamentais. Finalizando, a quarta é o bem-estar subjetivo; que significa satisfação com a própria vida, satisfação global e específica em relação a determinados aspectos da vida; esta reflete a associação das três áreas precedentes e os indicadores cognitivos e emocionais (PASCHOAL, 2006; NERI, 2008).

O conceito qualidade de vida na velhice também está relacionado à auto-estima e ao bem-estar pessoal, além disso, abrange uma série de aspectos como: capacidade funcional, nível socioeconômico, estado emocional, a interação social, o próprio estado de saúde, valores culturais e a religiosidade (VECCHIA et al., 2005).

Em estudo realizado pelos autores acima foi analisada a opinião de pessoas acima de 60 anos de idade em um município do interior do Estado de São Paulo, sobre o que é, para eles, qualidade de vida. Para os idosos, ter boa qualidade de vida foi associado principalmente aos itens: preservando os relacionamentos interpessoais, mantendo boa saúde e o equilíbrio emocional, acúmulo de bens materiais, lazer, espiritualidade, trabalho, praticando a caridade, acessando o conhecimento e viver em ambiente favorável.

Para os idosos, boa qualidade de vida pode ser interpretada como o fato de eles poderem se sentir melhor, conseguirem cumprir com suas funções de vida diária básicas adequadamente e conseguirem viver de forma independente. Além disso, o engajamento com a vida, a liberdade de doenças e a competência física e mental do idoso, são questões importantes na manutenção da qualidade de vida dessa população (ROLIM; FORTI, 2004).

Diante do exposto, avaliar qualidade de vida na velhice além de ser complexo e subjetivo envolve múltiplas questões, pois, de acordo com Santos (2003, p. 13 apud SANTOS, S. S., 2006, p. 1302)

A velhice, tal como a infância, a juventude e a idade adulta, é circunscrita como uma etapa de transformação, tanto física como biológica, emocional e sexual. A forma como cada pessoa envelhece está determinada por suas condições subjetivas, incluindo-se aí a forma como foi vivida sua história pessoal em todos os períodos da existência e também estão atreladas as condições socioculturais.

Torna-se, portanto, um grande desafio promover, avaliar e conhecer a real condição necessária para se ter uma boa velhice. Mas, é fato, segundo Lima, Silva e Galhardoni (2008) que o envelhecimento pode sim, ser uma experiência prazerosa e com qualidade de vida.

Passemos agora a apresentação dos objetivos de nosso estudo de campo e do relato deste.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

1. Comparar a percepção de qualidade de vida global dos idosos que participam de um projeto de promoção da saúde, chamado “Envelhecimento Saudável”, na cidade de Carneirinho, com a percepção dos idosos que não participam deste projeto.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Aplicar o questionário WHOQOL, em suas versões OLD e BREF, para identificar a percepção de qualidade de vida entre os grupos.
2. Conhecer o motivo pelos quais muitos idosos não participam do grupo.
3. Verificar, se há diferença em termos de percepção de qualidade de vida entre homens e mulheres.

3 METODOLOGIA

3.1 MUNICÍPIO DE CARNEIRINHO

Carneirinho é o último município localizado no Pontal do Triângulo Mineiro no Estado de Minas Gerais. É um município novo, com apenas 18 anos de emancipação política, sendo antes distrito pertencente à Iturama - MG.

É banhado por 120 km do rio Paranaíba e 60 km do rio Grande, dividindo os Estados de Minas Gerais, Goiás, Mato Grosso do Sul e São Paulo. As principais atividades econômicas do local são: agropecuária, agroindústria e o comércio. A atividade agropecuária é desenvolvida em todo espaço do município, representa cerca de 60% do seu Produto Interno Bruto (PIB) e não para de crescer. Existem cerca de 289.000 cabeças de gado e produção de 89.000 litros de leite/dia (EMPRESA DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA E EXTENSÃO RURAL DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2006).

Além disso, a cidade se destaca pelas suas indústrias, que são: os Laticínios, com fabricação de derivados do leite; a Tecelagem, a Fecularia, Usina de açúcar e álcool (Coruripe) e o comércio que depende de pólos industriais de Uberaba e de Uberlândia. Predominam também algumas lavouras, como: arroz, milho, algodão e feijão (EMPRESA DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA E EXTENSÃO RURAL DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2006).

Com relação à saúde, existem três equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF's) e um ambulatório em cada distrito, responsáveis pelo atendimento da população. Nos setores incluem atividades com múltiplos profissionais: dentistas, fisioterapeutas, médicos, psicóloga, enfermeiros, fonoaudióloga, nutricionista, técnico em radiologia, protético, dentre outros.

De acordo com o IBGE (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, 2007), a população do município de Carneirinho/MG é de 8.859 habitantes. Mas, segundo dados do Sistema de Informação de Atenção

Básica (SIAB) existem no município 8.570 pessoas cadastradas na ESF João Soares de Assunção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

O que chama a atenção é o crescimento significativo da população acima de 60 anos, sendo que no último censo do IBGE (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, 2004) essa população era de 951 habitantes, 529 homens e 422 mulheres. Atualmente somente cadastradas nas ESF's do município são 1.247 pessoas acima de 60 anos, 656 homens e 591 mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Na cidade de Carneirinho encontramos o maior número de cadastros no SIAB, ou seja, 4.368 pessoas, na ESF João Soares de Assunção. O número de idosos cadastrados (igual ou acima de 60 anos de idade) neste setor é de 582, 294 homens e 288 mulheres, o que corresponde ao valor de 13,3% da população constituída por idosos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Portanto, se levarmos em consideração o cadastro existente no SIAB, com 8.570 pessoas, destas, 1.247 estão acima dos sessenta anos de idade, corresponde a 14,55% da população sendo idosa. Se considerarmos os dados do IBGE, encontramos o valor aproximado, 14% da população do município constituída por idosos.

Segundo dados do IBGE (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, 2004), as características da população acima de 60 anos do município de Carneirinho são: a maioria composta por homens, o que foge das características do envelhecimento nacional, em que predominam mulheres; a maioria não sabe ler e escrever (549 contra 402 pessoas que sabem); as mulheres apresentam maior taxa de analfabetismo (279 pessoas) e os homens são os maiores responsáveis pelo domicílio (74,6% contra 25,4% de mulheres). Além disso, a maioria de idosos vive na zona urbana e temos mais idosos entre a idade de 60-64 anos (177 pessoas).

Estes dados nos mostram que o envelhecimento populacional e suas características peculiares e individuais também estão presentes em nosso município.

3.2 LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO

O estudo foi realizado com idosos (idade igual ou acima de 60 anos de idade) cadastrados no SIAB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009) e na Associação Alegre da Melhor Idade de Carneirinho (AAMIC).

Participaram da pesquisa 60 sujeitos: 30 que participam de um grupo da terceira idade, denominado grupo participante (GP) e 30 que não participam denominado grupo não-participante (GNP).

Os idosos que participaram da pesquisa foram aqueles que atenderam aos critérios de inclusão adotados, que consideraram: sujeitos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos e cadastrados no SIAB (que participam e que não participam dos encontros semanais do grupo) e na AAMIC (idosos que participam do grupo), que fossem independentes para realizar as atividades de vida diárias, plenamente capazes e em plena capacidade funcional e cognitiva e que tivessem no mínimo seis meses de participação nos encontros do grupo.

Com uma população de 582 pessoas com 60 ou mais anos de idade, cadastradas pelo SIAB, na cidade de Carneirinho cerca de 40 pessoas apenas participam freqüentemente dos encontros da terceira idade, e esta quantidade varia durante os encontros.

Dos 40 idosos que freqüentam regularmente os encontros da terceira idade, 30 fizeram parte do estudo, incluídos no grupo participante. Os demais idosos que participam dos encontros semanais do grupo da terceira idade não participaram da pesquisa, pois não atenderam aos critérios de inclusão. São deficientes físicos ou visuais graves, que apresentam déficit cognitivo, ou que freqüentam os encontros há menos de seis meses.

Levando em consideração o número de idosos da cidade de Carneirinho, de acordo com os cadastros do SIAB, nossa amostra representou 10,2% de pessoas acima de 60 anos existentes na cidade.

Os 30 sujeitos que participaram da pesquisa e que não participam do grupo da terceira idade foram selecionados por freqüentarem o ambulatório de saúde, ou seja, uma amostra por conveniência.

Além disso, todos os idosos consentiram em participar da pesquisa dando suas anuências no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). É

preciso ressaltar que este projeto teve sua aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Franca, segundo a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em março de 2009, sob o n. 007/09. (Apêndice A).

Vendo o aumento do número de idosos no município e a ausência de um programa voltado para promover um envelhecimento com melhor qualidade, desenvolvemos em 2007 o projeto denominado “Envelhecimento Saudável”. O projeto foi desenvolvido em outubro do mesmo ano com a parceria entre Secretaria de Saúde, Estratégias Saúde da Família e Secretaria de Assistência Social.

Já existia na cidade, há uns anos, um grupo de idosos que se reunia semanalmente, com alguns profissionais e voluntários. Mas, as atividades desenvolvidas com esse grupo eram escassas e não tinha um projeto elaborado em si, com a supervisão de um profissional especializado. Por isso, no final de 2007 readequamos o projeto para que este realmente tivesse um objetivo: promover saúde e a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

O projeto foi composto por uma equipe multidisciplinar que incluiu: fisioterapeuta (especialista em Geriatria e Gerontologia), professor de educação física, enfermeiro, médico, assistente social, psicólogo, além de outros convidados; e os encontros eram realizados duas vezes na semana. As atividades desenvolvidas incluíam: palestras sobre prevenção, educação e promoção de saúde na terceira idade; atividade física; lazer e recreação. Cada semana um profissional era o responsável pelas atividades desenvolvidas com o grupo.

Em 2009, devido à mudança da administração municipal, a equipe que trabalhava com os idosos também foi mudada e muitos dos profissionais envolvidos no projeto foram afastados ou demitidos do grupo. Com isso, resolvemos nos unir e implantar o mesmo projeto “Envelhecimento Saudável” na AAMIC, sendo todos voluntários.

Atualmente, os encontros com o grupo da terceira idade em Carneirinho são realizados três vezes por semana. Duas vezes sob responsabilidade da ESF João Soares de Assunção, na Vila Olímpica, e uma vez na semana, nosso grupo da AAMIC desenvolve atividades que incluem: atividade física específica, palestras sobre prevenção e promoção da saúde, cursos, visitas e festas. As atividades são desenvolvidas com diversos profissionais: fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, técnica em enfermagem e demais colaboradores que freqüentam semanalmente o grupo.

Nos encontros, discutimos assuntos que são do interesse dos idosos e realizamos debates, não impondo nossas condições, mas, ouvindo a opinião deles. Além disso, fizemos parceria com o Sindicato dos Produtores Rurais de Carneirinho para a realização do curso do Senar - Saúde na Terceira Idade, que aconteceu em todo município no ano de 2009. Outro curso que foi realizado em 2009 foi o II Seminário de Capacitação para Cuidador do Idoso, com objetivo de levar mais informações para os cuidadores dos velhos de nosso município.

Por fim, nosso trabalho é desenvolver ações em educação, prevenção, mas principalmente, em promoção da saúde, para que possamos melhorar a autonomia, independência e a qualidade de vida dos idosos de nossa cidade.

3.3 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa é quanti-qualitativa, sendo um estudo comparativo entre dois grupos de idosos cadastrados na ESF João Soares de Assunção da cidade de Carneirinho – MG (através do SIAB), um grupo que participa dos encontros da terceira idade e do projeto “Envelhecimento Saudável” denominado grupo participante, e outro que não participa, denominado grupo não-participante.

Papaléo Netto (2006b) relata que os métodos qualitativos e quantitativos por vezes caminham juntos, quando, por exemplo, há necessidade de respostas às perguntas “quanto” e “por que”. Essas considerações deixam claro que a complementação pode realmente existir, quando as conclusões finais de uma investigação têm a finalidade de obter um maior entendimento do tema do estudo.

Além do que alguns autores defendem que o ideal em uma pesquisa seria utilizar os dois métodos, combinando o qualitativo e o quantitativo (PAPALÉO NETTO, 2006b). Em nosso estudo, a pesquisa qualitativa tem como objetivo complementar os dados estatísticos encontrados nos questionários aplicados aos idosos.

A pesquisa foi realizada através da utilização dos questionários WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, por serem questionários específicos de avaliação de qualidade de vida, principalmente para os idosos (OLD). (Anexo A).

Posteriormente foram escolhidos alguns idosos de ambos os grupos para entrevista em profundidade, para depois se analisar as diferenças relatadas

entre os dois grupos. A entrevista em profundidade com um subgrupo representativo dos dois grupos teve como objetivo conhecer o que mudou na vida das pessoas que participam do grupo, e conhecer os motivos da não adesão dos demais idosos aos encontros. A entrevista seguiu um roteiro prévio, sendo, portanto, uma entrevista semi-estruturada. (Apêndice B).

3.3.1 O Método WHOQOL

Conceituar qualidade de vida tem se mostrado um desafio contínuo e medi-la assume contornos ainda mais pretensiosos (ROCHA, A. D. et al., 2000).

Assim, a OMS através do grupo WHOQOL propôs desenvolver um instrumento de aferição de qualidade de vida baseado em algumas informações, pois, uma vez que a qualidade de vida representa um constructo sobre o qual não há um consenso na literatura, o primeiro passo de um instrumento que se proponha a aferir tal aspecto, é explicitar qual a definição de qualidade de vida que irá adotar, o que conseqüentemente norteará a construção do instrumento (POWER, 2008).

A definição adotada pelo grupo de QV da OMS para o termo foi: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e dos sistemas de valores em que vive em relação a suas expectativas, a seus padrões e a suas preocupações” (The WHOQOL Group, 1994 apud CHACHAMOVICH; FLECK, 2008, p. 61).

Conforme os autores, essa definição reflete o entendimento de que qualidade de vida se refere a uma avaliação subjetiva, influenciada também pelo contexto cultural, social e ambiental. Desse modo, com base no conceito de QV adotado, a OMS por intermédio do WHOQOL passou a desenvolver um instrumento que valorizasse a percepção subjetiva do indivíduo caracterizada por ser multidimensional e por conter aspectos positivos e negativos.

Surgiu assim o WHOQOL- 100, desenvolvido de acordo com uma metodologia transcultural, com a participação de 15 centros em localizações diferentes, com situações socioeconômicas, de desenvolvimento social e de contextos culturais diferentes. Este questionário inclui subjetividade,

multidimensionalidade, presença de dimensões positivas e negativas (CHACHAMOVICH; FLECK, 2008).

O WHOQOL-100 é um instrumento que possui cem perguntas referentes à seis domínios (psicológico, físico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade). Cada domínio é constituído por facetas que são avaliadas por quatro questões. Assim, o Instrumento é composto por 24 facetas específicas descritas na Tabela 1 e uma faceta geral que inclui questões de avaliação global de qualidade de vida (FLECK et al., 1999).

Além das 24 facetas específicas, o instrumento tem uma 25^a composta de perguntas gerais sobre qualidade de vida. O instrumento possui boa validade discriminante para indivíduos doentes e normais, além de apresentar boa consistência interna (FLECK, 2000).

A versão em português do WHOQOL-100 foi desenvolvida no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal de Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil, em 1996 (CHACHAMOVICH; FLECK, 2008). Posteriormente, na mesma instituição, foram validados para a cultura brasileira o WHOQOL-BREF e o OLD.

3.3.2 WHOQOL-BREF

O interesse em utilizar medidas de QV em outros estudos fez com que a OMS pensasse em desenvolver uma versão abreviada de tal instrumento (CHACHAMOVICH; FLECK, 2008). Segundo Fleck et al. (2000) a necessidade de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para seu preenchimento, mas que tenha características satisfatórias, fez com que a OMS desenvolvesse o WHOQOL-BREF.

Da mesma forma que o WHOQOL-100, o BREF é um instrumento genérico, ou seja, indica pontuações em relação ao atributo qualidade de vida, a partir de um conjunto de atributos gerais (físicos, capacidade funcional, aspectos sociais e emocionais, saúde mental, vitalidade, etc.), e permite comparar a QV de diferentes indivíduos, vivendo em diferentes contextos sociais e culturais (BUONFIGLIO; CUNHA; AKERMAN, 2005).

O WHOQOL-BREF consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de QV e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (WHOQOL-100). Ele é composto por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. As questões 3, 4 e 26 são formuladas de modo negativo, isto é, respostas mais altas indicam pior QV. Portanto, para gerar o escore final é preciso recodificar estes itens negativos, isto é, cada um destes itens tem de ser recodificado de modo que os valores numéricos atribuídos sejam invertidos, por exemplo: 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1 (FLECK et al., 2008).

Os domínios e facetas do WHOQOL-BREF estão descritos abaixo, no Quadro 1. Alguns dos números antes de cada faceta não estão em ordem crescente porque indicam a ordem das perguntas que estão no questionário de acordo com o domínio que este representa.

Domínio I- Físico
1. Dor e desconforto 2. Energia e fadiga 3. Sono e repouso 9. Mobilidade 10. Atividades de vida cotidiana 11. Dependência de medicação ou de tratamentos 12. Capacidade de trabalho
Domínio II- Psicológico
4. Sentimentos positivos 5. Pensar, aprender, memória e concentração 6. Auto-estima 7. Imagem corporal e aparência 8. Sentimentos negativos 24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
Domínio III- Relações sociais
13. Relações pessoais 14. Suporte (Apoio) social 15. Atividade sexual
Domínio IV- Meio ambiente
16. Segurança física e proteção 17. Ambiente no lar 18. Recursos financeiros 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 21. Participação em oportunidades de recreação/lazer 22. Ambiente físico: poluição/ ruído/trânsito/clima 23. Transporte

Quadro 1 - Domínios e facetas do WHOQOL-BREF.

Fonte: (FLECK et al., 2000, p. 179).

No Quadro 2 abaixo, estão descritas as siglas e facetas do questionário WHOQOL-BREF com seus significados.

WHOQOL-BREF	
SIGLAS E FACETAS	SIGNIFICADO
PHYS – Físico	Avalia aspectos físicos relacionados ao envelhecimento, tais como dor, fadiga, sono, medicamentos, mobilidade, atividades de vida cotidiana, energia, capacidade para o trabalho.
PSYCH – Psicológico	Relaciona-se aos aspectos psicológicos da velhice, como auto-estima, imagem corporal, espiritualidade, pensar e aprender, sentimentos negativos e positivos.
SOCIAL – Social	Avalia relações pessoais, apoio social e atividade sexual.
ENVIR - Meio- ambiente	Avalia segurança física, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde, informação, recreação e lazer, ambiente físico e transporte.

Quadro 2_- Significado das siglas e facetas do questionário WHOQOL-BREF.

Fonte: (CHACHAMOVICH, FLECK; 2008, p. 75).

O WHOQOL-BREF apresentou boa validade, confiabilidade e boa consistência interna para sua utilização na cultura brasileira. Ele é uma alternativa útil para ser usado em estudos que se propõe a avaliar a qualidade de vida para grupos populacionais no Brasil (FLECK et al., 2000).

O instrumento pode ser auto-administrado, assistido pelo entrevistador ou completamente administrado pelo entrevistador (em casos de analfabetismo ou de condições clínicas que impeçam o sujeito), assim como o WHOQOL-100. Nos casos de auto-administração, o indivíduo não necessita de qualquer auxílio; nos casos dos assistidos, necessita de esclarecimentos em algumas questões e o entrevistador é orientado a reler pausadamente o enunciado, sem alterar a frase original (CHACHAMOVICH; FLECK, 2008).

Em nossa pesquisa, todos os questionários WHOQOL foram completamente administrados pela entrevistadora, pois muitos idosos eram analfabetos.

Para os autores, seu tempo médio da aplicação depende de uma série de fatores, como analfabetismo e a condição clínica do respondente, mas, ele pode ser respondido por qualquer pessoa independentemente do seu nível de

escolaridade e o tempo de aplicação é relativamente curto. Além disso, ele pode ser uma alternativa válida para as situações em que a versão longa seja de difícil aplicação e em uma larga variedade de populações.

3.3.3 WHOQOL-OLD

A investigação sobre as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice, bem como as variações que a idade comporta, é de grande importância científica e social (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003). Dessa forma, em função da necessidade de avaliar de forma empírica se os instrumentos WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF são adequados e suficientes para aferir a qualidade de vida em idosos, o projeto WHOQOL-OLD foi idealizado e teve início em 1999 (CHACHAMOVICH et al., 2008).

Seu objetivo é oferecer um conjunto de itens adicionais e complementares para a avaliação da QV em idosos, gerados a partir de uma metodologia transcultural que permita comparações fidedignas das medições em diferentes contextos culturais. Existem tópicos que não haviam sido abordados no WHOQOL-100 e que são de relevância para a QV dos idosos. O módulo final OLD é composto por 24 itens, com resposta por escala tipo *Likert* de 1 a 5, divididos em seis facetas. Cada faceta é composta por quatro itens, gerando, então, escores que variam de 4 a 20 pontos. Os escores das seis facetas, combinados com as respostas aos 24 itens, geram, também, um escore final, ou seja, um escore *overall* (total). Seguindo o modelo dos outros instrumentos do WHOQOL, os escores mais altos representam melhor qualidade de vida e escores mais baixos representam uma baixa qualidade de vida (CHACHAMOVICH et al., 2008).

Os autores explicam que alguns itens são gerados de forma positiva (respostas mais altas indicam melhor QV), enquanto outros são formulados de modo negativo (respostas mais altas indicam pior QV). Portanto, para gerar o escore final é preciso recodificar os itens negativos, ou seja, em tais itens a escala de respostas os valores numéricos são invertidos. Dessa forma foram recodificadas as respostas:

1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1. No OLD as questões 1, 2, 6, 7, 8, 9 e 10 devem ser recodificadas, dados que foram realizados em nossas estatísticas.

No Quadro 3 abaixo, estão descritas as facetas e os itens que constam no questionário OLD.

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

Quadro 3 - Domínios e facetas do WHOQOL-OLD.

Fonte: (CHACHAMOVICH et al., 2008, p. 108).

O WHOQOL-OLD pode ser utilizado em vários estudos, incluindo avaliações transculturais, pesquisas epidemiológicas, monitoração da condição de saúde, desenvolvimento e avaliação de serviços de saúde e estudos de intervenções clínicas nos quais as avaliações de QV sejam cruciais. Outro campo de uso do OLD é a pesquisa do impacto de distintas condições físicas e psicológicas relacionadas ao envelhecimento e de intervenções de saúde na QV dos pacientes (CHACHAMOVICH et. al., 2008).

Como foi descrito pelos autores acima, o OLD tem como objetivo acessar itens adicionais, relevantes e complementares aos já acessados pelos

instrumentos genéricos de medição de QV (WHOQOL-100 e BREF). Desse modo, deve ser utilizado concomitantemente a tais instrumentos, com o intuito de coletar dados mais abrangentes que não haviam sido contemplados.

No Quadro 4 estão descritas as siglas e facetas do questionário WHOQOL-OLD com seus respectivos significados.

WHOQOL-OLD	
SIGLAS E FACETAS	SIGNIFICADO
FS: Funcionamento dos sentidos	Avalia o impacto da perda do funcionamento dos sentidos na qualidade de vida.
AUT: Autonomia	Avalia a independência do idoso, se ele é capaz e livre para viver de modo autônomo e de tomar suas próprias decisões.
PPF: Atividades passadas, presentes e futuras	Avalia a satisfação com realizações na vida e com objetivos a serem alcançados.
PSO: Participação Social	Avalia a participação em atividades da vida diária, especialmente na comunidade.
MEM: Morte e morrer	Avalia as preocupações e medos acerca da morte e do morrer.
INT: Intimidade	Avalia se o idoso é capaz de ter relacionamentos íntimos e pessoais.

Quadro 4 - Significado das siglas e facetas do questionário WHOQOL-OLD.

Fonte: (CHACHAMOVICH et al., 2008, p. 107).

A validação do instrumento no Brasil foi realizada com cinco grupos focais, obedecendo a uma metodologia padronizada internacionalmente. Assim, a percepção da necessidade de itens adicionais observada nos grupos focais corrobora a hipótese de que os idosos constituem um grupo particular e, como tal, apresentam especificidades relevantes (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003).

3.4 COLETA DOS DADOS

Este trabalho de investigação foi realizado com 60 idosos de ambos os sexos, que foram escolhidos de acordo com critérios já descritos anteriormente.

Inicialmente foi realizado um estudo piloto em que foram coletados dados sobre a qualidade de vida através dos questionários WHOQOL-OLD e BREF em oito idosos de ambos os sexos, sendo que quatro participavam do grupo e do projeto “Envelhecimento Saudável” e quatro que não participavam. Também foram realizadas entrevistas com os mesmos idosos, que foram gravadas e transcritas. Este estudo piloto foi realizado em março e abril de 2009, tendo como premissa a familiarização dos instrumentos de coleta e a correção de distorções no caso das entrevistas.

Através das entrevistas piloto, percebemos a necessidade de se incluir no roteiro desta, o item sobre a religião que professam, pois alguns idosos alegaram não participar dos encontros devido à restrição que algumas religiões fazem ao fato de se reunirem para dançar e participar de eventos de cunho social. Também verificamos que as entrevistas individuais obtiveram respostas muito curtas e lacônicas, e decidimos então fazê-las em duplas ou trios.

Após a inclusão deste item no roteiro de perguntas e, a correção dos questionários pilotos, partimos para o trabalho de campo propriamente dito.

Entre junho e agosto de 2009 aplicamos os questionários nos 60 idosos selecionados para a pesquisa. Desses idosos, 30 participavam dos encontros da terceira idade e 30 não participavam. Nesse mesmo período, especificamente em agosto de 2009 e após a aplicação dos questionários, realizamos as entrevistas com 20 idosos, sendo que 10 idosos freqüentavam os encontros do grupo e 10 não o freqüentavam.

No total para as entrevistas, foram escolhidos 10 homens e 10 mulheres divididos em grupos de duas e três pessoas. Também registramos em um diário de campo tudo de interessante que surgia durante as conversas.

Todas as entrevistas foram realizadas nas residências dos idosos, por ser um local mais reservado e de melhor conforto para eles. Elas foram agendadas antecipadamente e marcadas pessoalmente pela pesquisadora de acordo com a proximidade das casas e por afinidade entre os idosos.

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, nas quais foram lidas pela mesma e respondidas pelos idosos. Para este trabalho foi muito importante a realização da pesquisa nas residências dos idosos, pois pudemos conhecer a realidade de vida de cada um deles.

4 RESULTADOS:

4.1 PERFIL DOS IDOSOS ENTREVISTADOS

Os idosos que participaram das entrevistas estão descritos nos Quadros 5 e 6 abaixo, divididos entre o grupo participante e não-participante dos encontros da terceira idade, incluindo suas características pessoais.

Participantes		20 Mulheres	10 Homens
Estado Civil	V	14	02
	C	04	06
	D	02	01
	S	-	01
Religião	CAT	19	10
	EV	01	-
Idade	60-69 anos	07	02
	70-79 anos	08	07
	80 ou + anos	05	01

Quadro 5 - Grupo participante e características da população estudada

Dos 30 idosos que participaram da pesquisa e fazem parte do grupo da terceira idade, 20 são mulheres e 10 são homens. Das 20 mulheres entrevistadas: 14 são viúvas (V), quatro são casadas (C) e duas são divorciadas (D); 19 são católicas (CAT) e uma evangélica (EV); destas 20, sete tem entre 60-69 anos de idade, oito tem idade entre 70-79 anos e cinco tem 80 anos ou mais.

Dos 10 homens que participaram da pesquisa e freqüentam o grupo da terceira idade, dois são viúvos (V), seis são casados (C), um é divorciado (D) e um é

solteiro (S). Todos são católicos (CAT); dois estão entre idade 60-69 anos, sete estão entre 70-79 anos e um idoso tem 80 anos ou mais.

Pôde-se observar que a faixa etária mais encontrada na pesquisa entre o grupo participante foram idosos entre 70-79 anos de idade, tanto para homens quanto mulheres, o que demonstra o aumento dos idosos mais velhos na participação das atividades.

As mulheres são a maioria no grupo em Carneirinho, apesar de existir mais homens idosos no município. O maior número de mulheres pode ser explicado devido questões de sociabilidade, de motivação, de vínculos afetivos e de novas conquistas, pois estas idosas passaram a maior parte de suas vidas trabalhando no campo ou cuidando de seus lares, e na velhice elas têm mais disponibilidade de tempo.

Participantes		20 Mulheres	10 Homens
Estado Civil	V	11	03
	C	08	07
	D	-	-
	S	01	-
Religião	CAT	16	09
	EV	04	01
Idade	60-69 anos	13	02
	70-79 anos	06	04
	80 ou + anos	01	04

Quadro 6 - Grupo não-participante e características da população estudada

Dos 30 idosos entrevistados que não participam do grupo da terceira idade, 20 são mulheres e 10 são homens. Das 20 mulheres entrevistadas: onze são viúvas (V), oito são casadas (C) e uma é solteira (S). Em relação à religião: 16 são católicas (CAT) e quatro são evangélicas (EV). Dessas, 13 mulheres estão entre 60-69 anos de idade, seis possuem entre 70-79 anos e uma tem mais de 80 anos.

Dos 10 homens que não participam do grupo: nove são católicos (CAT) e um é evangélico (EV); três são viúvos (V) e sete são casados (C); dois possuem

idade entre 60-69 anos, quatro estão entre 70-79 anos e quatro idosos têm 80 ou mais anos de idade.

No grupo não-participante, o número de sujeitos é o mesmo. Entretanto, são mais mulheres entre 60-69 anos e homens entre 70 e 80 ou mais anos de idade. Talvez, a não participação de idosas mais jovens se deve ao fato de ainda não sentirem necessidade de ir aos encontros, por terem muitos afazeres domésticos ou mesmo de não ter conhecimento das atividades realizadas no grupo.

4.2 RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS WHOQOL-OLD E BREF

Primeiramente foram realizadas as análises estatísticas descritivas dos questionários WHOQOL-OLD e BREF. (Anexo B). Posteriormente realizamos as estatísticas de inferências. Inicialmente verificamos se as variáveis referentes aos domínios totais possuíam ou não, distribuição normal através do teste de Shapiro - Wilk. Adotamos durante toda a análise $p \leq 0,05$ como nível de significância. (Apêndice C).

Pudemos verificar que somente duas variáveis (AUT e PPF) não rejeitaram a hipótese de normalidade, portanto utilizamos nas relações entre as variáveis domínio e total com Grupo, Idade e Sexo, os métodos não-paramétricos.

Isso equivale dizer que a respeito dos domínios (facetas), a pontuação dos indivíduos na população total (e não na amostra dos 60 indivíduos), tem uma distribuição diferente da normal, ($p = 0.0$) para praticamente todas as facetas dos questionários, exceto para estas duas, ou seja, somente estas duas variáveis não rejeitaram a hipótese de normalidade. Lembrando que normalidade é condição para o uso de estatística paramétrica, portanto, neste caso em questão utilizamos a estatística não-paramétrica.

Foram feitas as análises dos dois questionários, a partir do Teste de Mann-Whitney comparando sempre dois grupos (participantes e não-participantes/ masculino e feminino). As análises completas dos questionários estão divididas em relação grupo/sexo/mulheres/homens entre os dois grupos, já descritas anteriormente. (Anexo B).

Para saber a relação entre idade, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman. Este coeficiente encontra um valor 'r' que se comporta de diferentes maneiras em relação às variáveis, lembrando que a sua variação vai de -1 a 1. Os valores negativos indicam relação inversamente proporcional entre variáveis, ou seja, à medida que os valores de uma crescem (por exemplo: idade), decrescem a outra (exemplo: AUT). Já os valores positivos do coeficiente indicam uma relação diretamente proporcional entre as variáveis, à medida que os valores de uma variável crescem os da outra também crescem.

Valores próximos a 0 (negativos ou positivos) indicam uma relação de independência entre as variáveis, o fato dos valores de uma variável aumentarem ou diminuïrem não exerce influência sobre a outra variável.

Como os resultados foram significativamente diferentes para a variável Grupo (participação) realizamos um cálculo para cada grupo separadamente.

Constatamos então que houve correlação significativa para o grupo não-participante nas seguintes facetas:

Idade X Intimidade	Correlação negativa (r = -0,49)
Idade X Social	Correlação negativa (r = -0,59)

Quadro 7 - Correlação negativa para grupo não-participante

Isso equivale dizer que, à medida que a idade varia a pontuação para estas duas facetas varia em sentido oposto. Com isso, calculamos o coeficiente de determinação (r^2) para estas duas facetas alteradas:

Intimidade	r = - 0.499	$r^2 = 0, 249$ (24,9%)
Social	r = - 0.594	$r^2 = 0, 353$ (35,3%)

Quadro 8 - Coeficiente de determinação para grupo não-participante

Encontramos na faceta Intimidade, 24,9% de correlação com a idade, isso quer dizer que 75,1% de variação na pontuação desta, se deve a outros fatores que não a idade. Seguindo-se o mesmo raciocínio para a faceta Social, há 35,3% de correlação com a idade, ou seja, os outros 64,7% de variação são devidos à outros fatores que não a idade.

Já em relação ao grupo participante, constatamos que houve correlação significativa entre as seguintes facetas:

Idade X AUT: Correlação negativa	$r = - 0,43$
Idade X PSO: Correlação negativa	$r = - 0,49$
Idade X INT: Correlação negativa	$r = - 0,44$
Idade X Total old: Correlação negativa	$r = - 0,42$

Quadro 9 - Correlação negativa para grupo participante

Em cada faceta acima descrita, buscamos sua correlação com a idade. A correlação negativa mostrada entre estas facetas e a idade nos mostram que, não há relação com a idade, ou seja, para estes domínios, a variável idade não influencia o padrão de resposta. Se aplicarmos o r^2 para cada faceta, encontraremos o coeficiente de determinação para todas elas, ou seja, r^2 nos dará a porcentagem encontrada para a correlação entre a faceta e a idade, o que nos mostra que as variações percebidas são devidos a outros fatores que não a idade.

Idade X AUT: Correlação negativa	$r = - 0,43$	$r^2 = 0,184$
Idade X PSO: Correlação negativa	$r = - 0,49$	$r^2 = 0,240$
Idade X INT: Correlação negativa	$r = - 0,44$	$r^2 = 0,193$
Idade X Total old: Correlação negativa	$r = - 0,42$	$r^2 = 0,176$

Quadro 10 - Coeficiente de determinação para grupo participante

Constatamos que no grupo não-participante houve correlação negativa entre a idade e os domínios intimidade e relações sociais. Isto nos sugere que quanto maior a idade menor o valor para os dois domínios, ou seja, quanto mais velhos, os idosos deixam de manter vínculos sociais, pois se afastam da sociedade e diminuem vínculos afetivos e íntimos, isto pode ser explicado devido a aposentadoria, a viuvez e a solidão.

No grupo participante houve correlação significativa negativa entre idade e os domínios autonomia, participação social, intimidade e no escore total do WHOQOL-OLD. Isto nos sugere que quanto maior a idade, menores são os escores para esses domínios, porém, a participação no grupo, faz com que essas perdas,

não se intensifiquem tanto com o avanço da idade, ou seja, são menos sentidas do que para aquelas pessoas do grupo não-participante.

4.3 RESULTADOS DA COMPARAÇÃO ENTRE OS DOIS GRUPOS (GP) E (GNP): TESTE DE MANN-WHITNEY

Nas Tabelas 1 e 2 abaixo, descrevemos os resultados encontrados através da análise dos questionários entre os grupos participante (GP) e não-participante (GNP).

Tabela 1 - Resultados encontrados ao comparar grupos participante e não-participante e WHOQOL-OLD

Facetas WHOQOL – OLD	Houve diferenças significativas entre os dois grupos (GP e GNP)	Não houve diferenças significativas entre os dois grupos (GP e GNP)
FS		(p=0,07)
AUT	(p<0,001)	
PPF	(p =0, 009)	
PSO	(p<0,001)	
MEM	(p=0,04)	
INT		(p= 0,16)
TOTAL – OLD	(p<0,001)	

Podemos observar que no WHOQOL-OLD, para os domínios, autonomia (p< 0, 001), atividades presentes-passadas-futuras (p= 0, 009), participação social (p< 0, 001), morte e morrer (p= 0,04) e total-old (p< 0, 001), houve diferenças significativas nas respostas obtidas entre os grupos de idosos, sendo que o grupo participante apresentou valores significativamente superiores para estes domínios em relação ao grupo não-participante. Nos domínios funcionamento sensorial (p= 0,07) e intimidade (p= 0,16) não houve diferenças significativas entre os dois grupos.

Tabela 2 - Resultados encontrados ao comparar grupos participante e não-participante e WHOQOL-BREF

Facetas WHOQOL – BREF	Houve diferenças significativas entre os dois grupos (GP e GNP)	Não houve diferenças significativas entre os dois grupos (GP e GNP)
Físico	(p= 0, 004)	
Psíquico	(p= 0, 002)	
Social		(p= 0,34)
Ambiental	(p< 0, 001)	
Total – BREF	(p< 0, 001)	

No WHOQOL-BREF os domínios: físico (p= 0, 004), psíquico (p= 0, 002), ambiental (p< 0, 001) e total-bref (p< 0, 001) do GP obtiveram valores significativamente superiores nas respostas quando comparados com o GNP.

No domínio social (p= 0,34) não houve diferenças significativas entre os grupos, o que nos enseja uma reflexão. Como a cidade é muito pequena e os idosos estão quase sempre em situação de envolvimento social ou familiar, acreditamos que este entorno social seja o responsável pela não diferença neste domínio, para ambos os grupos. Este fato será discutido mais adiante, e posteriormente confrontado com as respostas das entrevistas.

4.4 RESULTADOS DA COMPARAÇÃO RELAÇÃO GRUPOS x SEXO

Ao comparar o grupo participante e não-participante em relação ao sexo, verificamos que não houve diferença significativa entre homens e mulheres dos dois grupos nesse estudo, todavia houve diferenças entre participantes do mesmo sexo, dos grupos diferentes, conforme demonstrado nas tabelas abaixo.

4.4.1 Comparação entre participantes do Sexo Feminino

Nas Tabelas 3 e 4 estão descritos os resultados das análises realizadas para os dois grupos de mulheres.

Tabela 3 - Comparação entre participantes do sexo feminino: WHOQOL-OLD

Facetas WHOQOL-OLD	Houve diferenças significativas entre os dois grupos (GP e GNP)	Não houve diferenças significativas entre os dois grupos (GP e GNP)
FS		(p= 0,55)
AUT	(p< 0, 001)	
PPF	(p=0,01)	
PSO	(p< 0, 001)	
MEM		(p= 0,15)
INT		(p= 0,28)
TOTAL- OLD	(p= 0, 001)	

Ao comparar o grupo participante e não-participante do sexo feminino houve diferenças significativas, tendo o GP valores significativamente superiores para os domínios: autonomia (p< 0, 001), atividades passadas-presentes-futuras (p=0,01), participação social (p< 0, 001), e total-old (p= 0, 001). Os domínios funcionamento sensório (p= 0,55), morte e morrer (p= 0,15) e intimidade (p= 0,28) não apresentaram diferenças significativas entre as idosas dos dois grupos.

Tabela 4 - Comparação entre participantes do sexo feminino: WHOQOL-BREF

Facetas WHOQOL-BREF	Houve diferenças significativas entre os dois grupos (GP e GNP)	Não houve diferenças significativas entre os dois grupos (GP e GNP)
Físico	(p= 0, 005)	
Psíquico	(p= 0, 004)	
Social		(p= 0,68)
Ambiental	(p=0, 001)	
Total – BREF	(p< 0, 001)	

Valores mais altos também foram encontrados no WHOQOL-BREF nos domínios físico ($p= 0,005$), psíquico ($p= 0,004$), ambiental ($p=0,001$) e total-bref ($p< 0,001$) para idosas do GP em relação às idosas do GNP.

Já o domínio social ($p= 0,68$) não apresentou diferença significativa entre mulheres dos dois grupos. Novamente, este dado nos sugere que as questões de sociabilidade são mantidas pelas idosas do grupo não-participante mesmo não participando dos encontros, devido aos vínculos mantidos com a família e com a igreja.

4.4.2 Comparação entre participantes do Sexo Masculino

Abaixo, nas Tabelas 5 e 6 estão descritos os resultados encontrados a partir da análise entre os dois grupos do sexo masculino (participante e não-participante) e dos dois questionários.

Tabela 5 - Comparação entre participantes do sexo masculino: WHOQOL-OLD

Facetas WHOQOL-OLD	Houve diferenças significativas entre os dois grupos (GP e GNP)	Não houve diferenças significativas entre os dois grupos (GP e GNP)
FS	($p= 0,04$)	
AUT	($p= 0,05$)	
PPF		($p= 0,35$)
PSO	($p= 0,05$)	
MEM		($p= 0,25$)
INT		($p= 0,48$)
TOTAL – OLD	($p= 0,04$)	

Ao comparar a percepção de qualidade de vida dos idosos dos grupos participante e não-participante, verificamos que o primeiro apresentou diferenças significativas nos domínios: funcionamento sensorial ($p= 0,04$), autonomia ($p= 0,05$), participação social ($p= 0,05$) e total-old ($p= 0,04$), tendo valores significativamente superiores em relação ao outro grupo. Nos domínios atividades presentes-passadas-

futuras ($p= 0,35$), morte e morrer ($p= 0,25$) e intimidade ($p= 0,48$) não houve diferenças significativas entre os grupos.

Tabela 6 - Comparação entre participantes do sexo masculino: WHOQOL-BREF

Facetas WHOQOL – BREF	Houve diferenças significativas entre os dois grupos (GP e GNP)	Não houve diferenças significativas entre os dois grupos (GP e GNP)
Físico		($p= 0,35$)
Psíquico		($p= 0,32$)
Social		($p= 0,32$)
Ambiental	($p= 0,01$)	
Total – BREF	($p= 0,05$)	

No WHOQOL-BREF o grupo participante apresentou maiores escores para os domínios: meio-ambiente ($p= 0,01$) e total-bref ($p= 0,05$). Em relação aos domínios físico ($p= 0,35$), psíquico ($p= 0,32$) e social ($p= 0,32$) não houve diferenças significativas entre os homens dos dois grupos.

A seguir passaremos à análise das entrevistas semi estruturadas realizadas com um subgrupo de idosos, escolhidos a partir desta amostra de 60 indivíduos. Procuramos refletir nesta subamostragem, as características da amostra principal, ou seja, compunha-se de homens e mulheres pertencentes aos dois grupos; participantes e não-participantes dos encontros da terceira idade.

4.5 RESULTADOS DAS ENTREVISTAS

Dando seguimento a esta pesquisa, realizamos 20 entrevistas, com 10 idosos do grupo participante e 10 idosos do grupo não-participante dos encontros da terceira idade.

As entrevistas foram realizadas em grupos de duas e três pessoas, com distribuição igual entre os sexos, após a aplicação dos questionários, nas residências dos idosos, no período de agosto de 2009.

Todas foram gravadas, posteriormente transcritas e finalmente analisadas. As entrevistas foram transcritas e analisadas pela técnica qualitativa

em saúde, na qual formulamos categorias de análise, que surgiram após a leitura do material gravado.

Segundo Minayo e Sanches (1993) a abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto. Procura-se aprofundar a complexidade dos fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos.

Através das análises das entrevistas classificamos os depoimentos obtidos nos grupos participante e não-participante, em categorias, que foram construídas a partir das respostas às entrevistas. É preciso dizer que as entrevistas seguiram um roteiro previamente redigido.

A partir da leitura flutuante das respostas transcritas, identificamos alguns núcleos de sentido nas respostas destes idosos, e, a partir daí propusemos as categorias.

Após a intensificação da leitura, com a intencionalidade de reconhecer as palavras, seus sinônimos e sentidos, empregadas pelos participantes na definição de algo ou quando instigado a falarem abertamente sobre um tema qualquer, é que nomeamos as categorias.

Para Minayo (2006) as categorias abrangem uma idéia de classe que agrupa, sob mesmo título, definições semelhantes. É, todavia, em Bardin (2007, p. 111) que encontramos a definição para este tipo de classificação, como sendo uma “[...] uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos.”

As falas dos idosos foram mantidas tal qual foram pronunciadas, para ser fiel aos relatos. Optamos por descrever as emoções, os gestos e os comentários que surgiram durante a entrevista.

Mantivemos, na categorização, a divisão entre grupos: participantes e não-participantes porque as respostas que encontramos em ambos divergem em função das diferentes perguntas feitas aos dois grupos, conforme Quadros 11 e 12.

Grupo Participante (GP):

Grupo Participante	Categorias
1 Os encontros do projeto 'Envelhecimento Saudável' trouxeram alguma mudança em sua vida? Quais?	1.a O grupo e os vínculos afetivos 1.b O grupo e a motivação para com a vida 1.c O grupo e seu impacto na saúde
2 Por que o senhor (a) resolveu participar?	2.a Em busca da saúde 2.b Fugindo da solidão
3 O que diria àqueles que ainda não participam do projeto?	3.a "Eles estão perdendo tempo e saúde"
4 Em que o projeto pode ainda melhorar?	4.a A importância do lazer e do grupo social

Quadro 11 - Categorias de Análise- Grupo Participante (GP)

1 Os encontros do projeto 'Envelhecimento Saudável' trouxeram alguma mudança em sua vida? Quais?

Todos os 10 idosos que participaram das entrevistas relataram que houve mudanças em suas vidas, para melhor, com a participação no grupo da terceira idade. As principais categorias encontradas nas falas dos idosos foram:

1.a O grupo e os vínculos afetivos

O vínculo afetivo foi demonstrado na maioria dos depoimentos pela amizade, tanto entre os participantes do grupo quanto entre os idosos e os profissionais envolvidos.

A gente sente muito bem, sente mais amizade com as pessoas [...] (G. P. M., 67 anos, FEM).

Trouxe muita amizade e paz entre nós da terceira idade [...] (G. O. Q., 65 anos, FEM).

Trouxe muita mudança por eu gostar de ta junto com vocês [...] (V. Q. S., 75 anos, MAS).

Segundo Assis, Pacheco e Menezes (2002) o sentimento de pertencer a um grupo é valioso nesta faixa etária, dada à tendência de afrouxamento dos vínculos sociais e solidão, resultantes da aposentadoria, da independência dos filhos, viuvez e outras perdas que são significativas para a vida dos idosos. Ao participar do grupo, os idosos fazem novas amizades e ampliam suas possibilidades de inserção social, pela motivação para buscar novas atividades.

1.b O grupo e a motivação para com a vida

Os idosos também relataram mais entusiasmo com a vida na velhice e melhora da auto-estima quando participam dos encontros, demonstrada principalmente pelas palavras ‘alegria’ e ‘felicidade’.

[...] trouxe bastante felicidade, eu sou feliz quando vou ao grupo ... tô muito feliz, muito mesmo (A. M. S., 61 anos, FEM).

Trouxe muita alegria e gosto né, trouxe isso aí pra mim (J. E. Q., 74 anos, MAS).

O grupo contribui também para mobilizar nos idosos o sentido da valorização da vida (ASSIS; PACHECO; MENEZES, 2002), principalmente os fazem compreender que nesta fase da vida eles podem resgatar a auto-estima e compreender o real significado da velhice, que também é uma etapa de motivação.

Para João et al. (2005), o envolvimento no grupo devolve expectativas, perspectivas, planos e objetivos para os idosos. Sensações que muitas vezes foram esquecidas por eles.

[...] a gente sente que ainda é gente, se num tivesse isso aí, a gente achava que nem era gente mais [...] (G. P. M., 67 anos, FEM).

1.c O grupo e seu impacto na saúde

Os idosos relataram que ao participarem do grupo, a saúde melhorou.

[...] eu sentia muita dor assim no corpo, hoje eu não sinto mais, eu sinto saúde [...] (A. M. S., 61 anos, FEM).

Alegria, saúde, mais felicidade [...] (A. S. V., 66 anos, FEM).

[...] hoje eu tô alegre e cheio de saúde e também quero que os meus colega sintam a mesma coisa que eu tô sentindo: alegria e saúde [...] (S. A. M., 74 anos, MAS).

Considerando a saúde no plano mais amplo de bem-estar, é possível afirmar que a proposta repercute positivamente na saúde pela inter-relação de todos os aspectos analisados, convergentes em sua essência motivacional, estimuladora de razões de viver (ASSIS; PACHECO; MENEZES, 2002).

Sob este aspecto, entendemos que as ações desenvolvidas em grupo, proporcionam o que preconiza a Promoção de Saúde, neste exemplo, ações que resgatam o bem-estar, expresso pelos termos ‘felicidade’ e ‘alegria’, como condições para se atingir saúde e qualidade de vida.

2 Por que o senhor (a) resolveu participar?

Ao perguntar sobre o motivo que os levaram a participar dos encontros do grupo da terceira idade, a maioria dos depoimentos nos mostrou que foi para buscar saúde e porque se sentiam sozinhos e deprimidos em casa.

2.a Em busca da saúde

A porque eu tinha depressão, então eu achei que era melhor eu participar porque lá eu escuto muita coisa boa né, então eu acho que foi a melhor coisa pra mim foi participar (G. P. M., 67 anos, FEM).

[...] eu fui e senti muito bem ... tô despreocupada com a minha saúde e por meu corpo se sentir muito bem (A. S. V., 66 anos, FEM).

[...] eu amo ir na reunião, eu adoro, a gente se sente feliz o dia que a gente vai, a gente larga tudo pra traz e vai ... depois que a gente começou a participar a saúde dobrou né (A. M. S., 61 anos, FEM).

Assim como em nossa pesquisa, em estudo realizado por Cupertino, Rosa e Ribeiro (2007) a saúde também se destacou, demonstrando que para os idosos a manutenção da saúde física é fundamental para um envelhecimento saudável. Há uma tendência de associação entre saúde física e atividades gerais, que demonstra a influência na qualidade de vida dos idosos, pois envolve aspectos

multidimensionais que englobam as percepções das pessoas sobre o significado de suas próprias vidas.

2.b Fugindo da solidão

Outra resposta comum à esta pergunta, diz respeito diretamente ao receio de se sentirem sós. Os idosos responderam que procuraram o grupo para não ficarem sozinhos em casa, ou seja, para manter relacionamentos pessoais e para aumentar o conhecimento, fatos muitas vezes perdidos com o avançar da idade.

[...] eu tava muito triste e sozinha aqui em casa ... fui pra lá ... senti tão bem, que desse dia pra cá nunca mais parei de ir (D. P. O. M., 68 anos, FEM).

[...] pra tá no meio do povo, proseando e atendendo os outros [...] (J. E. Q., 74 anos, MAS).

Schneider e Irigaray (2008) relatam em seu estudo, que ao freqüentarem grupos, os idosos não sentem mais solidão, preenchem o tempo com atividades prazerosas e conquistam um novo sentido na vida, melhorando os aspectos pessoais.

Outro ponto importante está relacionado ao aprendizado. Este não se restringe apenas ao aspecto da informação e da prevenção, mas inclui dimensões mais amplas do viver, referindo-se ao aprendizado que vem da experiência do outro, da vivência e da troca de experiências (ASSIS; PACHECO; MENEZES, 2002).

[...] para estar junto de vocês, muita coisa eu não sabia e hoje em dia eu to aprendendo, devagarzinho [...] (V. Q. S., 75 anos, MAS).

3 O que diria àqueles que ainda não participam do projeto?

Nesta questão, a maioria dos idosos respondeu que convidariam outros idosos para participar do grupo e relataram que acham que 'eles estão perdendo tempo e saúde' em não participar dos encontros

3.a “Eles estão perdendo tempo e saúde”

[...] tá perdendo a maior coisa que tem na vida deles (risos) (G. P. M., 67 anos, FEM).

[...] que elas tem que participar, que muitas pessoas fica doente é farta de participar do grupo da terceira idade (G. O. Q., 65 anos, FEM).

Além de se divertirem, se distraírem e de se sentirem bem, os idosos acreditam ser este um jeito novo de aprender a viver, e que, mesmo depois de velhos, sempre estão abertos a aprender alguma coisa. Eles também apresentaram argumentos sobre diversão, ampliação do rol de amizades, conhecimento de lugares novos, troca de experiências de vida com outras pessoas, além de melhorar a qualidade de vida (GÁSPARI; SCHWARTZ, 2005).

[...] que aqui é um lugar que a gente diverte muito e esquece do passado (A. F. V., 79 anos, MAS).

Eu acho que eles ta perdeno de num vim, pro que é uma coisa boa ta aqui na amizade, proseando, dialogando um com os outros, ta empurrando nossa vida mais pra diante (J. E. Q., 74 anos, MAS).

[...] que é muito bom pra saúde de todo mundo, é uma diversão, a pessoa distrai, a pessoa vive a vida mais alegre (A. M. R., 76 anos, MAS).

4 Em que o projeto pode ainda melhorar?

A maioria dos idosos respondeu que os encontros estão muito bons, que não precisa melhorar muita coisa, apenas aumentar o número de eventos, os passeios e o número de participantes no grupo. Apontamos duas situações que foram bastante presentes na fala destes idosos,

4.a A importância do lazer e do grupo social

Uai, Lara eu acho que está muito bom, eu acho que não tem nada que melhorar... tá muito bom (G. O. Q., 65 anos, FEM).

[...] eu acho que pode melhorar em bastante coisa ainda... nas andadas, passeadas... (risos) (D. P. O. M., 68 anos, FEM).

Óia, em nossos eventos, nós tem que ter certos eventos pra nossa diversão (A. M. R., 76 anos, MAS).

Esses últimos dados demonstram a vontade que esses idosos têm de passear e se divertir nesta etapa da vida. Como ressaltam Gáspari e Schwartz

(2005), no grupo, ratifica-se a possibilidade do ser humano em todos os espaços, especialmente aos espaços de lazer, de usufruir a vida, de encontrar-se consigo mesmo e com os outros.

[...] se tiver alguém que for mais pra aumentar um pouco o grupo é bom né? ... eu tô adorando desse jeito (A. M. S., 61 anos, FEM).

[...] é pouca gente ainda...eu acho que com o tempo vai melhorar sim (G. P. M., 67 anos, FEM).

A seguir passaremos à análise dos dados obtidos nas entrevistas com os idosos que não participam do projeto, doravante denominados “Grupo Não-Participante” (GPN):

Grupo Não-Participante (GNP):

Grupo Não-Participante	Categorias
1 Por que não se sentiu motivado a participar dos encontros? 1.2 Conhece alguém do seu relacionamento que participa? Quem?	1.a Desânimo e falta de motivação 1.b Dependência de um familiar
2 Acredita que estes encontros pudessem trazer alguma alteração em sua vida? Se sim, quais?	2.a O grupo como possibilidade de conhecimento, convívio e comunicação 2.b O grupo como fonte de Felicidade 2.c O grupo e a melhora da saúde e de sentimentos negativos
3 O que este projeto deveria oferecer para tornar-se mais interessante ao ponto de motivá-lo à sua participação?	

Quadro 12 - Categorias de Análise- Grupo Não-Participante (GNP)

1 Por que não se sentiu motivado a participar dos encontros?

Nesta questão, a falta de motivação muitas vezes está relacionada à idade, por acharem que estão velhos e que não necessitam mais aprender algo. A existência de um familiar dependente de cuidados desses idosos, por exemplo, um familiar acamado, também foram motivos dos idosos não freqüentarem o grupo da terceira idade, pois estes também são cuidadores de outras pessoas dentro do seu lar.

1.a Desânimo e falta de motivação

Muitos idosos ainda associam o desânimo à idade, não se sentem motivados a participar do grupo pelo simples fato de serem velhos. Essa associação entre idade avançada e desânimo, veio no decorrer da evolução da própria sociedade, na qual os idosos foram se acostumando a ficar em casa.

Para Motta (2006) a velhice é muito mais associada à decadência do que às propagandas sabedoria e experiência, como se costuma recitar. E não apenas a desgaste e decadência física, mas também a fealdade, doença e dependência.

A porque eu sinto um desânimo da parte física [...] (O. M. N. M., 63 anos, FEM).

Eu descrenssei... tô descrensado (G. S., 72 anos, MAS).

[...] no momento eu não estou eu não me encontro preparada para ir [...] (B. L. M., 68 anos, FEM).

Ah... porque eu me acho muito desanimada pra mexer com essas coisas. Num sei se é a idade avançada [...] (O. M. S. R., 69 anos, FEM).

1.b Dependência de um familiar

Outra questão que encontramos nas entrevistas foi que quando o idoso tem um familiar dependente de seus cuidados, esteja acamado ou não, a participação no grupo se torna difícil, principalmente se este for o cônjuge, porque implica numa organização doméstica para que possa deixar este familiar, enquanto vai para o encontro grupal, o que nem sempre é viável ou possível.

É porque minha esposa vive numa situação doente e a gente sempre acostumou a sair os dois, assim e tal, eu sempre tô com ela e fico sempre sem jeito sabe (A. T. S., 80 anos, MAS).

[...] tem a situação da gente e num permite ta no meio né... (A. J. G., 77 anos, MAS).

Nesta última fala, a situação a que este idoso se refere, é o fato da esposa estar acamada.

1.2 Conhece alguém do seu relacionamento que participa? Quem?

Em seguida perguntamos-lhes se eles conheciam alguém de seu âmbito familiar ou social, que participava dos encontros. A maioria dos idosos entrevistados conhecia e se relacionava com pessoas que participavam do grupo da terceira idade, exceto um senhor.

Conheço. Dona Juliana, dona Geralda, dona Terezinha (risos). (L. M. B., 65 anos, FEM).

Conheço sim, inclusive eu admiro muito é a dona Olindina, que participa em tudo, é a noiva do casamento e tudo, ela participa em tudo e ama [...] (B. L. M., 68 anos, FEM).

Acreditamos que, se conseguirmos ampliar as opções de atividades dentro do grupo, isto possa ser um fator de motivação ou de estímulo para que alguns destes idosos venham a participar, mesmo porque, o fato de conhecerem outros que participam dos encontros, pode contribuir para isso.

2 Acredita que estes encontros pudessem trazer alguma alteração em sua vida? Se sim, quais?

Nesta pergunta, a maioria dos idosos entrevistados achou que se freqüentassem os encontros do grupo, suas vidas sofreriam alterações para melhor. As categorias encontradas de acordo com as falas foram:

2.a O grupo como possibilidade de conhecimento, convívio e comunicação

Os idosos percebem que o grupo aumenta a possibilidade de convívio, e que este, amplia a comunicação e as trocas não somente afetivas, como o conhecimento entre eles. Percebemos na fala seguinte;

Sim,[percebo] muitas alterações, como convívio e conhecimento [...] (M. R. S., 75 anos, MAS).

Os grupos permitem a troca de experiência entre os participantes, que percebem suas limitações e possibilidades no contexto coletivo (SOUZA et al., 2005).

É importante salientar o papel da comunicação estabelecida entre iguais.

Eu acho que pode sim trazer muita alteração. A gente tem mais comunicação com o pessoal da idade da gente [...] (J. E. F., 61 anos, MAS).

Se pensarmos que vivemos num mundo orientado pelos valores que dizem respeito ao estilo de vida dos mais jovens, pensamos no que pode representar para os mais velhos este choque de valores, onde a comunicação nem sempre diz ou representa o que eles buscam. Ampliar, portanto, as possibilidades comunicativas entre pessoas da mesma geração, é oportunizar neste encontro, que os valores, atitudes e crenças de uma geração, além do conhecimento, possam circular e fazer-lhes sentido.

Interessante notar o valor dado ao conhecimento, ao convívio e à comunicação, e sua relação intrínseca com o grupo, como catalisador destes. Mais ainda quando apresentados por alguns destes idosos que não participam dos encontros, revelando-nos, que, apesar disso, não deixam de reconhecer a importância do grupo para as questões sociais e afetivas.

2.b O grupo como fonte de Felicidade

Os idosos também relataram que, estar no grupo aumenta a felicidade, pois representa a oportunidade de diversão, de estar relembando coisas boas, e esquecendo as situações desfavoráveis, tanto do presente, como do passado.

Eu acho que participar dos encontros [...] pode trazer mais felicidade [...] (J. E. F., 61 anos, MAS).

Eu acho que traz mais estabilidade na vida, a pessoa esquece o passado, quer lembrar as coisas que nunca tinha pensado em ter... pode ta divertino, ta rino, isso é importante né? (A. J. G., 77 anos, MAS).

Mais uma vez nos chama a atenção para o fato de que, apesar destes idosos especificamente, não fazerem parte deste projeto, identificam no grupo, a possibilidade de aumentarem seus vínculos afetivos, e, com isso, aumentar a felicidade. Conforme relatamos oportunamente, a diminuta dimensão populacional e até geográfica da cidade, facilitando o convívio entre pessoas e seus familiares, pode sugerir que, apesar de estes idosos não participarem efetivamente de um grupo de atividades direcionadas à esta faixa etária, encontram em outros âmbitos sociais, o que necessitam para manter uma boa qualidade de vida.

2.c Melhora da saúde e de sentimentos negativos

O trabalho em grupo possibilita também a quebra da tradicional relação vertical entre o profissional da saúde e o sujeito da sua ação, sendo uma estratégia facilitadora da expressão individual e coletiva das necessidades, expectativas e circunstâncias de vida que influenciam na saúde (SOUZA et al., 2005). É o que nos revela o participante BLM, que, apesar de dizer ainda não estar preparada para o grupo, reconhece que este poderia ajudá-la a superar sua depressão.

[...] então, eu acho que se eu participasse até minha depressão melhorava, até minha vida seria outra, mais por enquanto eu não me sinto preparada (B. L. M., 68 anos, FEM).

Ou ainda como o participante seguinte, que acredita que o grupo pode propiciar momentos de bem-estar, pois as motiva a algo prazeroso:

[.] isso daí seria muito bom participar pra poder ter atividades e fazer alguma coisa pra não dar depressão, tristeza (L. M. B., 65 anos, FEM).

3. O que este projeto deveria oferecer para tornar-se mais interessante ao ponto de motivá-lo à sua participação?

A maioria dos idosos não sentiu interesse em participar das reuniões, relataram-nos que não sentiram motivação ou vontade de sair de sua rotina, além de que, para eles, suas famílias e a religião suprimam a necessidade de freqüentarem o grupo.

É mister destacar a inserção familiar do idoso em domicílios multigeracionais. A convivência com familiares pode tanto trazer benefícios como gerar conflitos (PEREIRA et al., 2006). No caso em tela, entendemos que gerou benefícios, no sentido do apoio familiar na diminuição do isolamento e da perda de papéis sociais.

Mesmo estimulados a pensarem sobre alguns aspectos que pudessem atraí-los para a participação nestes encontros, alguns idosos relataram que este projeto oferecia atrativos, entretanto que ainda não lhes era chegado o momento de aderirem:

[...] não falta nada, ali tem tudo: passeios, encontros, bailes...eu admiro o trabalho, mas... não chegou a hora de ir [...] (B. L. M., 68 anos, FEM).

[...] motivo nenhum pode mudar a minha rotina [...] (O. M. N. M., 63 anos, FEM).

Mais uma vez notamos, como que a religião supre a necessidade de contato, estabelecendo os contatos sociais entre as pessoas:

[...] pra eu ir nessas coisas, eu já tenho a igreja que faço parte lá, eu gosto muito de participar da minha igreja [...] (O. M. S. R., 69 anos, FEM).

Um idoso, entretanto, relatou que faltava maior divulgação do projeto, atribuindo a isso, um possível desencorajamento à sua participação.

[...] uma melhor divulgação, na minha opinião isso aí seria primordial (M. R. S., 75 anos, MAS).

5 DISCUSSÃO

5.1 DISCUSSÃO DO WHOQOL

[...] aqui a gente sente que ainda é gente, se num tivesse isso aí, a gente achava que nem era gente mais, então acho que é muito importante a gente participar [...]

(G.P.M., FEM, 67 anos, participa do grupo de idosos).

Para o alcance dos objetivos propostos pelo estudo, ou seja, avaliar a percepção de qualidade de vida global entre dois grupos de idosos de Carneirinho - MG, bem como conhecer o que mudou na vida dos idosos que participam do grupo da terceira idade e do projeto “Envelhecimento Saudável” e por que muitos idosos não participam dos encontros, utilizamos métodos distintos, cujas propostas se complementam. Os questionários WHOQOL possibilitam a avaliação da QV por um instrumento validado, amparado pela abordagem quantitativa, e as entrevistas, nos dão o conhecimento dos aspectos subjetivos, mais relacionados a percepção, às vivências, mitos, crenças e memórias dos sujeitos, características das investigações que se pautam pela abordagem qualitativa.

Fleck, Chachamovich e Trentini (2003) relatam que com a utilização dos dois métodos de pesquisa associados (qualitativo e quantitativo) e os grupos focais, cria-se a oportunidade de verificar a pertinência dos itens propostos e acrescentar a estes alguns outros não antes listados.

Em nossa pesquisa, a maioria dos participantes do grupo é mulher, a principal religião de homens e mulheres é a católica, a maioria das mulheres é viúva e os homens são casados, além do que no grupo participante encontraram-se mais idosos entre 70-79 anos de idade. Já no grupo não-participante a maioria de homens e mulheres é casada, católicos, as mulheres estavam entre 60-69 anos e os homens com 70 ou mais anos de idade.

Ao comparar os grupos participante e não-participante de um projeto voltado para idosos, os resultados encontrados nos domínios autonomia, atividades passadas-presentes-futuras, participação social, morte e morrer e total-old do questionário WHOQOL-OLD, demonstraram que houve diferenças significativas entre os grupos, no qual o grupo participante obteve valores significativamente superiores.

No WHOQOL-BREF os domínios físico, psicológico, meio-ambiente e total-bref também apresentaram diferenças significativas entre os grupos, no qual o grupo participante obteve valor significativamente superior. Entretanto, o domínio social não apresentou diferença significativa entre os dois grupos, fato observado também em estudo de Castro et al. (2007), no qual não encontrou melhora significativa no domínio social na avaliação de um grupo de idosos que participam de programas para a terceira idade. Todavia, para Pereira et al. (2006) mesmo assim há que se considerar a inserção social pelo qual passam os idosos, de forma a minimizar os efeitos dessas transformações decorrentes da idade na qualidade de vida desses sujeitos.

Em relação ao resultado específico decorrente deste domínio, quando comparado com os resultados trazidos nas entrevistas, constatamos ter havido uma contradição entre o que o instrumento revela, e o que os idosos relataram.

Acreditamos que o instrumento em questão, encontra algumas limitações quando se trata de idosos com baixa escolaridade, pois em alguns momentos os idosos tiveram dificuldades em respondê-lo por não compreenderem exatamente o que lhes estava sendo solicitado, fato observado, por exemplo, na questão 14 do questionário WHOQOL-OLD. Cremos que isso pode acarrear um viés ao estudo.

A resposta contrária presente nas entrevistas, têm, em nosso entendimento, uma relação direta com o contexto social em que os sujeitos se inserem, típicos de cidades pequenas, em que as relações sociais estão baseadas no 'compadrio', na camaradagem, nas trocas sociais e afetivas que se dão entre vizinhos, entre freqüentadores da mesma crença religiosa, amigos, familiares e outros. Embora o instrumento em questão, tenha sido validado para a cultura brasileira, acreditamos que deva ser combinado com outros métodos, quando se tratar de pessoas com menor grau de escolaridade, ou quando estas vivam em

sociedades/comunidades pequenas, em que as relações sociais sejam muito intensas, situações, que, em nossa opinião, merecem mais estudos.

Os dados também sugerem que a percepção de qualidade de vida global dos idosos do grupo participante em relação ao grupo não-participante foi maior, demonstrado nos escores do domínio total OLD e total BREF. Castro et al. (2007) afirmam que programas como esses podem melhorar a percepção global de qualidade de vida de pessoas de meia-idade e idosas, e, sugere a importância do incentivo para que idosos participem dessas e de outras atividades a fim de prevenir o isolamento e a imobilização que podem ocorrer no processo de envelhecimento.

A influência do domínio físico na qualidade de vida ressalta a importância de se considerar a capacidade funcional como importante fator de impacto na qualidade de vida em idosos. Além disso, a autonomia e independência também têm sido associadas à qualidade de vida na velhice (PEREIRA et al., 2006).

De acordo com os autores, deve-se considerar o aspecto físico em que o idoso está inserido uma vez que o domínio ambiental também apresentou grande influência na qualidade de vida destes. Dados semelhantes foram encontrados em nosso estudo, no qual o grupo participante obteve maiores escores no domínio ambiente do que o grupo não-participante.

O domínio ambiente está relacionado à melhora de recursos financeiros, liberdade, segurança física, informações, transporte e ambiente físico, qualidade dos serviços de saúde e sociais, seguridade e lazer (CASTRO et al., 2007).

Ao comparar idosos que participam de um projeto na Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro com idosos residentes em seus lares não engajados em atividades sociais, Carneiro et al. (2007) também encontraram diferença significativa para o domínio psicológico. O que demonstra a importância das atividades desenvolvidas no grupo sobre essas questões.

A melhora do domínio psicológico diz respeito à imagem corporal, aparência, sentimentos, auto-estima, espiritualidade, religião e crenças pessoais, aprendizado, memória e concentração (CASTRO et al., 2007).

Esses achados estão de acordo com Rosa et al. (2003) que verificaram melhora da qualidade de vida nos idosos que foram submetidos a participação de programas específicos, e ainda ressaltam que o estabelecimento de ações de ordem

preventiva é possibilitado pelo manejo dos fatores relativos a atividades sociais, em programas sociais, que podem facilitar e promover a formação de grupos de idosos, estimulando uma vida associativa e saudável com a realização de atividades recreativas, físicas e culturais.

Os grupos de promoção da saúde não garantem com exatidão mudanças de comportamento. Entretanto, atua-se na dimensão da complexidade humana, na qual as atitudes são compreendidas como fatores que predis põem ações autônomas em condição de liberdade (SANTOS et al., 2006).

Ao comparar as respostas entre os grupos na pergunta 'Como você avaliaria sua qualidade de vida', pertinente ao WHOQOL-BREF, encontramos as seguintes respostas no grupo participante: dos 30 idosos desse grupo; quatro pessoas responderam nem ruim nem boa, 20 pessoas responderam boa e seis pessoas responderam muito boa. No grupo não-participante, dos 30 idosos, duas pessoas responderam muito ruim, dez pessoas responderam nem ruim nem boa, 15 pessoas responderam boa e apenas três pessoas responderam muito boa. Observamos que há mais idosos do grupo participante que responderam ter uma boa ou muito boa percepção de qualidade de vida geral em relação aos idosos do grupo não-participante, o que nos sugere a importância da participação do grupo frente à percepção de qualidade de vida global.

Em relação a variável idade, os resultados mostraram que mesmo participando do grupo, com o aumento da idade, há uma tendência dos escores dos domínios autonomia, participação social, intimidade e total OLD diminuir. Entretanto, essas perdas foram menos intensas quando comparadas aos idosos do grupo não-participante, ou seja, a participação no grupo ajudou na prorrogação dessas perdas relacionadas aos domínios citados. Já o grupo não-participante apresentou correlação negativa entre a idade e os domínios intimidade e participação social, isto nos sugere que esses idosos apresentaram valores menores de escores e demonstraram que as perdas referentes a estas questões foram mais intensificadas.

Pereira et al. (2006) descrevem que a idade avançada está relacionada à pior qualidade de vida de idosos e muitos outros estudos também mostraram o efeito negativo da idade na qualidade de vida nesta faixa etária. Em nosso estudo, a participação no grupo permitiu que os idosos não sentissem tanto essas perdas com o aumento da idade.

Na relação comparação entre os sexos, ou seja, entre homens e mulheres, não houve diferenças significativas entre os dois grupos. Entretanto, devemos levar em consideração os aspectos envolvidos na vida de homens e mulheres para garantir a equidade entre gêneros.

Pereira et al. (2006) afirmam que é importante reconhecer a heterogeneidade da população idosa no que diz respeito ao sexo, quando se avalia qualidade de vida. Pois, como relata Magalhães (2009) provavelmente, os diferentes contextos de vida experimentados pelos idosos poderão influenciar na sua percepção de qualidade de vida.

Ao comparar participante ou não-participante do grupo do sexo feminino, constatamos que houve diferenças significativas para os domínios autonomia, atividades passadas-presentes-futuras, participação social e no total - OLD, o que sugere que entre mulheres, o grupo participante obteve valores significativamente superiores para estes domínios que as idosas do grupo não-participante.

Nos domínios físico, psicológico, meio-ambiente e no domínio total do WHOQOL-BREF o grupo participante do sexo feminino também obteve valores significativamente superiores.

A percepção de qualidade de vida global foi melhor para as idosas do grupo participante, demonstrados nos escores do total OLD e BREF.

As mulheres idosas buscam no grupo um novo sentido para a vida (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). Bulsing et al. (2007) afirmam que os grupos de convivência da terceira idade não são apenas um passatempo como alguns acreditam, mas têm muita importância para as mulheres idosas, possibilitando-lhes não só a ressocialização, mas, aumenta o grupo de amizades, melhora a auto-estima, dando um novo sentido à vida delas, que antes se sentiam sozinhas e sem expectativas.

No grupo, as idosas encontraram uma nova maneira de viver e talvez por isso, as mulheres participam mais do que homens. Castro et al. (2007) explicam que a predominância de mulheres é devido a maior disponibilidade de aderirem a grupos de atividades.

A maior participação de mulheres em grupos de idosos também está presente em estudo realizado por João et al. (2005), isto se deve porque a motivação feminina em participar de atividades é diferente da masculina, uma vez

que as mulheres exerceram um papel muito restrito ao ambiente doméstico. Com a participação no grupo as mulheres têm a oportunidade de conhecerem outra face da vida e passam a sair de casa sem tanta dependência. É provável que a viuvez leve mais as mulheres a procurarem o grupo, como forma de fugirem da solidão e de se tornarem mais autônomas.

Na comparação entre participantes ou não-participantes do grupo do sexo masculino, os domínios função sensória, autonomia, participação social e total-OLD obtiveram valores significativamente superiores para o grupo participante. No WHOQOL-BREF os domínios meio-ambiente e total-BREF também tiveram diferenças significativas, ou seja, o grupo participante do sexo masculino apresentou valores significativamente superiores.

A percepção global de qualidade de vida foi maior para o grupo participante, demonstrado nos escores Total (OLD e BREF).

5.2 DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS

Santos et al. (2006) explicam que os grupos de promoção da saúde ao atuarem no campo comunitário, abrem possibilidades para as ciências da saúde e do homem, horizontes que vão além do ato de combater as doenças. Estes grupos acrescentam aos idosos a preocupação com a própria identidade da pessoa humana. Além do que, os grupos permitem aos homens e mulheres, por meio do resgate da solidariedade, o processo de superação física e psicológica de um nível individual para grupal, e deste para um mais amplo, que é o social.

As mulheres têm mais consciência da necessidade de realizar atividades físicas para terem uma melhor qualidade de vida. De outro modo, o homem que passou praticamente a vida toda fora de casa, trabalhando, com a aposentadoria, prefere passar mais tempo em casa, saindo para ver os amigos ou se distrair. Assim, a ocupação desses espaços pelos homens é uma maneira de preencher o lugar das atividades que eles realizavam anteriormente. Portanto, essas práticas sociais são experiências significativas e contribuem muito qualitativamente no processo de envelhecimento (COUTINHO; ACOSTA, 2009).

Ao perguntar ao grupo participante se a participação no projeto trouxe mudanças em suas vidas, todos os idosos entrevistados responderam sim, que houve mudanças para melhor. Principalmente no vínculo afetivo, citado na amizade entre os idosos e também entre os profissionais; na motivação com a vida expressada nas palavras alegria e felicidade que eles sentem ao ir aos encontros, o que trouxe um resgate da valorização da vida e da auto-estima dessas pessoas, fazendo-as compreender que nesta fase da vida também se compreende uma fase de ganhos e não somente de perdas.

Resultados parecidos foram encontrados por Bulsing et al. (2007), as autoras relatam que as principais mudanças ocorridas na vida de mulheres idosas após a participação de grupos foram fazer novas amizades, se tornaram mais felizes, obtiveram mudanças gerais em suas vidas, além do aprendizado e melhora da auto-estima.

Isso se deve, provavelmente, a que esses espaços oferecem ao idoso a oportunidade de obter apoio emocional, informacional e instrumental, exercendo efeitos poderosos no enfrentamento de problemas e de crises típicos do processo de envelhecimento (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Outro fato citado é o impacto da saúde, pois em seus discursos depois da participação do grupo a saúde melhorou, tanto na parte física quanto na psicológica.

João et al. (2005) citam a melhora do estado de saúde com a participação de idosos em grupos, pois a maior auto-estima e autopercepção são fundamentais ao autocuidado e a todas as medidas que a pessoa possa tomar para melhorar sua saúde e bem-estar no decorrer de sua vida. Em estudo realizado por Jóia, Ruiz e Donalisio (2007) a saúde também teve grande importância para a qualidade de vida de idosos.

Observamos, com isso, a importância da atividade física e de exercícios programados especificamente para idosos. Segundo Mazo, Mota e Gonçalves (2005) há uma associação positiva entre a prática de atividade física e melhor qualidade de vida, o que fortalece a manutenção de uma vida ativa ao longo do processo de envelhecimento humano.

Na segunda pergunta, questionamos por que esses idosos resolveram participar do grupo, e a maioria das respostas estão relacionadas com a busca da saúde e com a fuga da solidão.

A saúde continua sendo uma questão importante na busca de melhor qualidade de vida dos idosos, principalmente para eles se manterem independentes e ativos na vida.

A solidão é uma das causas que levam o idoso ao isolamento social e ao adoecimento. Para fugir desses problemas eles relataram participar dos encontros da terceira idade, como forma de preencher o tempo e a vida. Segundo Jóia, Ruiz e Donalisio (2007) a literatura aponta que a procura pelo lazer poderia estar associada à fuga de solidão, e que sintomas de ansiedade foram associados ao pior padrão de qualidade de vida.

Schneider e Irigaray (2008) afirmam que a maior parte dos idosos que buscam participar de projetos voltados para a terceira idade também tem como objetivo ampliar conhecimentos, amizades, ter mais ocupação, lazer e dar um novo sentido para a vida.

Ao perguntarmos o que estes idosos diriam àqueles que não participam dos encontros, todos disseram que as pessoas que não participam do grupo estão perdendo saúde, diversão e coisas boas na vida. Observou-se que os próprios idosos que freqüentam o grupo percebem a importância desses encontros em suas vidas e tentam compartilhar essas mudanças e ganhos com outras pessoas.

Na última questão da entrevista, perguntamos aos idosos em que o projeto ainda pode melhorar. As respostas encontradas foram: aumentar os passeios, os eventos, viagens e o número de participantes do grupo. Observamos o ânimo dos idosos em esperar mais algo da vida, ou seja, eles têm expectativas em alcançar mais oportunidades, mesmo sendo velhos.

As respostas do grupo não-participante nos revelaram que ainda existe associação de velhice e cansaço, visão negativa trazida no decorrer da evolução da sociedade. Ao perguntar aos idosos por que eles não se sentiram motivados a participar dos encontros, a maioria respondeu que é devido à falta de motivação e 'um certo desânimo' que eles sentem, associado, em algumas falas, à idade avançada. A idade, para alguns, representa o cansaço e desânimo, a falta de vontade de sair da rotina e o desinteresse em participar de novas atividades.

Entretanto, as questões de sociabilidade são supridas pelo vínculo afetivo com a família e religião, que os idosos do grupo não-participante possuem. Neste caso, eles se apóiam nestes segmentos para evitar o isolamento, e, mesmo

não participando do grupo da terceira idade semanalmente, eles não sentem falta em freqüentá-lo, pois a família e a igreja suprem a ausência de papéis sociais.

Cupertino, Rosa e Ribeiro (2007) expressam que a família representa tanto um suporte social para os idosos quanto uma preocupação de bem-estar dos mesmos, com os membros da família.

A religião também é um fator importante de se manter vínculos sociais, principalmente em Carneirinho, na qual a maioria dos idosos dos dois grupos freqüenta assiduamente e participa de todas as atividades realizadas na cidade. Segundo Sommerhalder e Goldstein (2006) a espiritualidade, assim como as práticas religiosas contribui para o bem-estar na velhice.

Entre idosos a religiosidade pode desempenhar importante papel amortecedor no enfrentamento dos eventos estressantes, como aborrecimentos cotidianos, estresse crônico associado a doenças e mudanças de papéis ao longo da vida (NERI, 2008). Também, uma maior consciência das dimensões religiosas e espirituais do envelhecimento pode acarretar mudanças em atitudes sociais, o que possibilitaria uma participação mais significativa dos idosos na sociedade (SOMMERHALDER; GOLDSTEIN, 2006).

A dependência de um familiar foi citada por dois idosos como motivo de não freqüentarem o grupo e o projeto “Envelhecimento Saudável”. Percebemos que em nossa cidade existem realmente muitos casos de pessoas dependentes, assim como idosos cuidando de idosos, o que impede a saída dessas pessoas e a sua permanência fora de casa, para exercerem a função de cuidadores.

Outro ponto importante e que sugere uma forma de apoio aos idosos, são os serviços de saúde existentes na cidade. Grande parte dos idosos de Carneirinho freqüenta diariamente o ambulatório e a ESF do local, o que lhes dá apoio e servem como meio de proporcionar ‘certo convívio social’.

Além disso, numa cidade pequena como Carneirinho, as pessoas têm certas facilidades em manter vínculos afetivos e de amizade, o que conseqüentemente mantém as relações sociais vivas entre os idosos. Pereira et al. (2006) confirmam que em municípios menores, a pequena distância entre as localidades torna a locomoção e o convívio entre os indivíduos mais fácil; como exemplos, podem ser citados o contato com a vizinhança, a locomoção que se dá por meio de carroças e bicicletas e participação de alguns eventos públicos.

Em pequenas cidades o envolvimento entre as pessoas e as relações sociais são mais intensificadas, mesmo os idosos não participando dos encontros. Talvez não encontrássemos a mesma situação com idosos em grandes cidades, pois o contato entre as pessoas é menor e o isolamento pode surgir com maior frequência.

Na segunda pergunta, ao questionarmos se esses idosos conhecem alguém do seu relacionamento que participam dos encontros, a maioria conhece. Além de conhecer, muitos se relacionam com as pessoas que participam do grupo e em alguns casos, entre casais, um participa e o outro não.

Mesmo não participando do grupo, a maioria dos idosos entrevistados relatou que os encontros podem trazer alguma alteração positiva em sua vida, terceira questão da entrevista semi-estruturada. Eles acharam que se participassem do grupo as principais mudanças que ocorreriam na vida seriam: mais conhecimento, comunicação e convívio com outras pessoas da mesma faixa etária; felicidade; melhora da saúde e dos sentimentos negativos.

A proposta educativa do grupo consiste em propiciar um espaço de participação em que todos aprendem e ensinam, reformulam concepções e produzem novos conhecimentos e acima de tudo valorizam suas experiências de vida (ASSIS; PACHECO; MENEZES, 2002).

Na última questão da entrevista, perguntamos o que o projeto deveria oferecer para tornar-se mais interessante ao ponto de motivar a participação destes idosos no grupo e as respostas foram claras: nada. A maioria acha que ainda não vira necessidade de participar do grupo, que nada mudaria a sua rotina e que ainda não chegou o momento destes frequentarem os encontros.

Destaca-se novamente a importância da família, da religião e dos serviços de saúde na vida dessas pessoas, que sugerem apoio e vínculo social.

Concluimos que a contribuição do projeto de promoção de saúde é positiva na vivência dos idosos, como também no que tange ao exercício de princípios de um novo modelo assistencial, como humanização, integralidade, interdisciplinaridade e conceito amplo de saúde (ASSIS; PACHECO; MENEZES, (2002).

5.3 Á GUIA DE CONCLUSÃO

Um velho saudável não é apenas uma ficção de poeta (Canguilhem)

Este trabalho através dos resultados encontrados na aplicação de questionários e da entrevista pôde contribuir para traçarmos novas perspectivas para nosso projeto, como: ampliar a sua divulgação e seus objetivos, aumentar eventos e atividades de lazer; assim complementarmente podemos levar mais pessoas a participarem dos encontros da terceira idade.

Além disso, constatamos que trabalhar em grupos é uma forma de melhorar a autonomia e a percepção de qualidade de vida global dos sujeitos envolvidos. Como relata Veras (2009) o prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade, no entanto, só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida.

O envelhecimento populacional brasileiro é um fenômeno visivelmente encontrado não somente em grandes centros, mas também em cidades do interior. O Brasil em 2001 possuía 3.888 municípios (70,6% do total) com população menor ou igual a 10.000 habitantes com um contingente importante de idosos vivendo nesses municípios e que possui escassez em informações sobre sua qualidade de vida (RUIZ et al., 2007).

Por isso, tornou-se importante avaliar a qualidade de vida de idosos em Carneirinho. Nesse sentido, não dá para não se pensar em anos adicionados à vida desses idosos, sem pensar na qualidade de vida adicionada à esses anos, qualidade de vida esta, que inclui diversos aspectos, e que no contexto da velhice, torna-se ainda mais complexo.

Para os idosos, o termo se constrói com características peculiares que incluem: satisfação com a vida, bem-estar, saúde, relações pessoais e sociais, lazer, autonomia e independência, ambiente e cultura que estes estão inseridos, além de aspectos particulares vividos por cada um.

Como forma de se garantir boa qualidade de vida na velhice, a promoção da saúde apresenta propostas de ações que possibilitam minimizar os aspectos negativos do envelhecimento, garantindo aos idosos o direito a um envelhecimento saudável.

Considerando os idosos da cidade de Carneirinho, população alvo de nosso estudo, vimos que no grupo participante dos encontros da terceira idade, avaliar a percepção de qualidade de vida foi importante, pois nos sugere que as atividades desenvolvidas são eficazes e influenciaram em uma melhor percepção de qualidade de vida global dos idosos que freqüentam esses encontros.

Essa pesquisa nos possibilitou também uma reflexão para uma readequação do projeto “Envelhecimento Saudável” frente as necessidades apontadas por estes idosos, no intuito de que aumente cada vez mais o número de participantes no grupo da terceira idade de Carneirinho. Assim teremos que desenvolver mais eventos e atividades centradas nos campos da promoção de saúde. Além do que, nos possibilitou incentivar novas pesquisas na área do envelhecimento.

Diante disso, ficou clara a importância de se trabalhar em equipe e de desenvolver atividades em grupo para a promoção da saúde do idoso. Todas essas reflexões mostraram que é necessário que o poder público se prepare para desenvolver projetos que promovam o envelhecimento saudável. Observamos que as ações interdisciplinares de promoção de saúde são formas positivas de se trabalhar a velhice, através delas podemos despertar aos idosos o direito de cidadania plena e devolver-lhes o ressignificado de envelhecer.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, S. M. R. L. **Qualidade de vida do idoso**: a assistência domiciliar faz a diferença? São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. cap. 2, p. 39-44.

AQUINO, E. M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 40, n. esp., p. 121-132, ago. 2006.

ASSIS, M. **Promoção da saúde e envelhecimento**: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ. 2004. 220 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – FIOCRUZ, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

_____.; HARTZ, Z. M. A.; VALLA, V. V. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 9, v. 3, p. 557-581, jul./set. 2004.

_____.; PACHECO, L. C.; MENEZES, I. S. Repercussões de uma experiência de promoção da saúde no envelhecimento: análise preliminar a partir das percepções dos idosos. **Textos sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 7, 2002. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282002000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 out. 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Reto L. A.; PINHEIRO, A. Lisboa: Ed. 70, 2007. 223 p.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. Tradução de Maria Helena Franco Martins. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990. 711 p.

BOARETTO, R. C.; HEIMANN, L. S. Conselhos de representação de idosos e estratégias de participação. In: SIMSON, O. R. M. V.; NERI, A. L.; CACHIONI, M. (Org.). **As múltiplas faces da velhice no Brasil**. Campinas: Alínea, 2003. cap. 4, p. 105-125. (Velhice e sociedade).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção de Saúde. **As Cartas de Promoção de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. 56 p. (Série: B. Textos básicos de saúde). Disponível em <http://www.promocaodesaude.unifran.br/docs/cartas_prom_saude.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2010.

BUENO, C. M. L. B. P. Psicogerontologia: análise de um conceito em construção. In: JOSÉ FILHO, M.; SOARES, N. (Org.). **UNATI: construindo a cidadania**. Franca: Ed. UNESP-FHDSS, 2008. cap. 2, p. 25-49.

BULSING, F. L. et al. A influência dos grupos de convivência sobre a auto-estima das mulheres idosas do município de Santa-Cruz do Sul - RS. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 4, n. 1, p. 11-17, jan./jun. 2007.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

_____. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. cap. 1, p. 14-38.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, maio/jun. 2003.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: Uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap.10, p. 88-105.

CARNEIRO, R. S. et al. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 229-237, 2007.

CARVALHAES NETO, N. Envelhecimento bem-sucedido e envelhecimento com fragilidade. In: RAMOS, L. R.; TONIOLO NETO, J. **Geriatria e gerontologia: guias de medicina ambulatorial e hospitalar** Unifesp - Escola Paulista de Medicina. Barueri: Manole, 2005. cap. 2, p. 9-25.

CARVALHO, J. A. M.; WONG, L. R. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 597-605, mar. 2008.

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudanças**. São Paulo: HUCITEC, 2005. 174 p.

CASTRO, F. B.; CUNHA, E.; AKERMAN, M. (Org.). **Qualidade de vida: conceitos, dimensões e aplicações**. São Paulo: Mídia Alternativa, 2005. 34 p. (Temas interdisciplinares, 2).

CASTRO, P. C. et al. Influência da Universidade Aberta da Terceira Idade (UATI) e do Programa de Revitalização (REVT) sobre a qualidade de vida de adultos de meia-idade e idosos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v.11, n. 6, p. 461-467, nov./dez. 2007.

CHACHAMOVICH, E. et al. Desenvolvimento do instrumento WHOQOL-OLD. In: FLECK, M. P. A. et al. (Org.). **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. pte. 1, cap. 9, p. 102-111.

_____.; FLECK, M. P. A. Desenvolvimento do WHOQOL-100. In: FLECK, M. P. A. (Org.). **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. pte. 1, cap. 5, p. 60-73.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184-200, abr. 1997.

_____. Epidemiologia e o envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 11, p. 106-130.

COUTINHO, R. X.; ACOSTA, M. A. de F. Ambientes masculinos da terceira idade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1111-1118, ago. 2009.

CUPERTINO, A. P. F. B.; ROSA, F. H. M.; RIBEIRO, P. C. C. Definição de envelhecimento Saudável na perspectiva de indivíduos idosos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 20, n. 1, p. 81-86, 2007.

EMPRESA DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA E EXTENSÃO RURAL DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Carneirinho, caracterização de ecossistemas**. Belo Horizonte, 2006. p. 1-31.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário brasileiro da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 1516 p.

FIGUEIREDO, M. L. F. et al. As diferenças de gênero na velhice. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 60, n. 4, p. 422-427, jul./ago. 2007.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 198-205, abr. 1999.

_____. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, abr. 2000.

_____. et al. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: _____. (Org.). **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. pte. 1, cap. 1, p. 19-28.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

_____.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. Projeto WHOQOL-OLD: métodos e resultados de grupos focais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 793-799, dez. 2003.

GÁSPARI, J. C.; SCHWARTZ, G. M. O idoso e a ressignificação emocional do lazer. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 21, n. 1, p. 69-73, jan./abr. 2005.

GROISMAN, D. A velhice, entre o normal e o patológico. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 61-78, jan./abr. 2002.

HEIDMANN, I. T. S. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, abr./jun. 2006.

JARDIM, V. C. F. S.; MEDEIROS, B. F.; BRITO, A. M. Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 25-34, 2006.

JECKEL-NETO, E. E.; CUNHA, G. L. da. Teorias Biológicas do Envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 2, p. 13-22.

JOÃO, A. F. et al. Atividades em grupo - alternativa para minimizar os efeitos do envelhecimento. **Textos sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, 2005. Disponível em: http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282005000300007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 jul. 2008.

JOIA, L. C.; RUIZ, T.; DONALISIO, M. R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 131-138, fev. 2007.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1107-1111, 2008.

LEME, L. E. G. **O envelhecimento**. São Paulo: Contexto, 1997. 70 p. (Mitos & verdades).

LIMA, A. M. M.; SILVA, H. S.; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. **Interface, Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 12, n. 27, p. 795-807, out./dez., 2008.

LIMA, L. C. V.; BUENO, C. M. L. B. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosas no Brasil. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 2, n. 2, p. 273-280, maio/ago. 2009.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 700-701, maio/jun. 2003.

MAGALHÃES, A. P. N. **Qualidade de vida**: percepção dos participantes da Associação de Aposentados, Pensionistas e Idosos de Arapiraca - Alagoas. 2009. 97 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

MAZO, G. Z.; MOTA, J. A. P. S.; GONÇALVES, L. H. T. Atividade física e qualidade de vida de mulheres idosas. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 2, n. 1, p. 115-118, jan./jun. 2005.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

_____.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informação de Atenção Básica**: Carneirinho/MG. 2009. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defetohtm.exe?siab/cnv/SIABSMG.def>>. Acesso em: 10 set. 2009.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**: projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 – revisão 2004: metodologia e resultados estimativas anuais e mensais da população do Brasil e das unidades da Federação: 1980 – 2020: metodologia estimativas das populações municipais metodologia. out. 2004. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/metodologia.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2009.

_____. _____.: contagem da população 2007: população recenseada e estimada, segundo os municípios - Minas Gerais - 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem_final/tabela1_1_17.pdf>. Acesso em: 29 out. 2009.

_____. _____.: projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050. 2008. (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, 24). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf>. Acesso em: 1 out. 2009.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio: síntese de indicadores 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/sintese/tab1_3.pdf>. Acesso: 10 out. 2009.

MORI, M. E.; COELHO, V. L. D. Mulheres de corpo e alma: Aspectos Biopsicossociais da Meia-Idade Feminina. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Brasília, DF, n. 17, v. 2, p. 177-187, 2004.

MOTTA, A. B. Visão antropológica do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 8, p. 78-82.

NERI, A. L. Atitudes e crenças sobre velhice: Análise de conteúdo de textos do jornal O Estado de S. Paulo, publicados entre 1995 e 2002. In: SIMSON, O. R. M. V.; NERI, A. L.; CACHIONI, M. (Org.). **As múltiplas faces da velhice no Brasil**. Campinas: Alínea, 2003. cap. 1, p. 13-54. (Velhice e sociedade).

_____. et al. Biomedicalização da velhice na pesquisa, no atendimento aos idosos e na vida social. In: DIOGO, M. J. D.; NERI, A. L.; CACHIONI, M. (ORG.). **Saúde e qualidade de vida na velhice**. Campinas: Alínea, 2004. cap. 1, p. 11-37. (Velhice e sociedade).

_____. (Org.). **Palavras-chave em gerontologia**. 3. ed. Campinas: Alínea, 2008. 214 p. (Velhice e sociedade).

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006a. cap. 1, p. 2-12.

_____. Questões metodológicas da investigação sobre velhice e envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006b. cap. 16, p. 164-176.

_____.; YUASO, D. R.; KITADAI, F. T. Longevidade: desafio no terceiro milênio. **Mundo da Saúde**, São Paulo, ano. 29, v. 29, n. 4, out./dez. 2005.

PARK, M. B. O ciclo da vida representado nas páginas dos almanaques de farmácia brasileiros. In: SIMSON, O. R. M. V.; NERI, A. L.; CACHIONI, M. (Org.). **As múltiplas faces da velhice no Brasil**. Campinas: Alínea, 2003. cap. 2, p. 55-76. (Velhice e sociedade).

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 14, p. 147-153.

PAVARINI, S. C. I. et al. A arte de cuidar do idoso: Gerontologia como profissão? **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 398-402, jul./set, 2005.

PEREIRA, R. J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 27-38, jan./abr. 2006.

POWER, M. Qualidade de vida: visão geral do Projeto WHOQOL. In: FLECK, M. P. A. et al. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. cap. 4, p. 49-59.

PRADO, S. D. O curso de vida, o envelhecimento humano e o futuro. **Textos sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro v. 4, n. 8, 2002. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282002000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 1 jul. 2009.

RABELO, D. F.; NERI, A. L. Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, p. 3, p. 403-412, set./dez. 2005.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, maio/jun. 2003.

_____. A mudança de paradigma na saúde e o conceito de capacidade funcional. In: RAMOS, L. R.; TONIOLO NETO, J. **Geriatría e gerontologia: guias de medicina ambulatorial e hospitalar** Unifesp - Escola Paulista de Medicina. Barueri: Manole, 2005. cap. 1, p. 1-7.

ROCHA, A. D. et al. Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 63-81, 2000.

RODRIGUES, N. C.; RAUTH, J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 18, p. 186-192.

ROLIM, F. S.; FORTI, V. A. M. Envelhecimento e atividade física: auxiliando na melhoria e manutenção da qualidade de vida. In: DIOGO, M. J. D.; NERI, A. L.; CACHIONI, M. (Org.). **Saúde e qualidade de vida na velhice**. Campinas: Alínea, 2004. cap. 3, p. 57-73. (Velhice e sociedade).

ROSA, T. C. E. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 40-48, fev. 2003.

RUIZ, T. et al. Avaliação do grau de satisfação dos idosos com a qualidade de vida em um pequeno município do estado de São Paulo. **Revista da APS**, Juiz de Fora, v. 10, n. 1, p. 4-13, jan./jun. 2007.

SANTIN, J. R.; BOROWSKI, M. Z. O idoso e o princípio constitucional da dignidade humana. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 5, n. 1, p. 141-153, jan./jun. 2008.

SANTOS, L. M. et al. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 346-352, abr. 2006.

SANTOS, S. S. Sexualidade e a velhice: uma abordagem psicanalítica. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 138, p. 1302-1306.

SAYEG, M. A.; MESQUITA, R. A. V.; COSTA, N. E. Políticas públicas de saúde para o envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 150, p. 1394-1401.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 4, p. 585-593, out./dez. 2008.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SILVA, M. C. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. **Textos sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282005000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 1 jul. 2009.

SIQUEIRA, R. L.; BOTELHO, M. I. V.; COELHO, F. M. G. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 899-906, 2002.

SOMMERHALDER, C.; GOLDSTEIN, L. L. O papel da espiritualidade e da religiosidade na vida adulta e na velhice. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 139, p. 1307-1315.

SOUZA, A. C. et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 147-153, ago. 2005.

TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à Promoção da Saúde**. 2002. 144 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – FIOCRUZ, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

VECCHIA, R. D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 246-252, set. 2005.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 423-432, 2004.

_____. Envelhecimento humano: ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 13, p. 140-146.

_____. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2463-2466, out. 2007.

_____. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, maio/jun. 2009.

WONG, L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa

OF. CEPE- 007/09 – 27 de março de 2009

Prezado(a) Pesquisador(a):

Ref.: Processo n. 007/09

De ordem do Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa desta Universidade, informo que o referido Comitê, em sessão realizada em 27 de março de 2009, deliberou **APROVAR** o desenvolvimento da Pesquisa **“Avaliação da percepção de qualidade de vida em diferentes grupos de idosos da cidade de Carneirinho- MG”**, pois a mesma respeita eticamente todas as exigências da Resolução CNS 196/96.

Na oportunidade, lembramos da necessidade de entregar no setor de Iniciação Científica da Universidade de Franca o **RELATÓRIO FINAL** e demais documentos até 30 de outubro de 2009.

A Declaração de Aprovação para publicação dessa pesquisa será expedida pelo Comitê de Ética em Pesquisa, somente, APÓS APROVAÇÃO DO RELATÓRIO FINAL.

Atenciosamente,

Adriana P. Montesanti
Secretária do CEPE/UNIFRAN

Ilmo(a). Sr(a)

Pesquisador(a): Lara Carvalho Vilela de Lima

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96)

Eu, _____, RG _____, abaixo qualificado(a),
DECLARO para fins de participação em pesquisa, na condição de sujeito objeto da
pesquisa, que fui devidamente esclarecido do Projeto de Pesquisa intitulado:
**Avaliação da percepção de qualidade de vida em diferentes grupos de idosos
da cidade de Carneirinho - MG** desenvolvido pelo(a) aluno(a), **Lara Carvalho Vilela de
Lima** do Curso **Mestrado em Promoção de Saúde** da Universidade de Franca, quanto aos
seguintes aspectos:

A minha participação neste estudo é de livre e espontânea vontade, e ao
concordar em participar da mesma, estou ciente quanto ao fato de que todos os
aspectos envolvendo minha pessoa serão mantidos sob sigilo, se necessário for, a
pesquisadora utilizará pseudônimo, ou outra forma de tratamento de forma a não ser
possível a minha identificação. Estou ciente de que a violação desta norma implicará
em penalidade para os pesquisadores envolvidos neste estudo.

A participação neste, em nada acarretará quaisquer tipo de desconforto
físico, emocional, ônus financeiro, ou de qualquer outra natureza, uma vez que a
coleta das informações deverá ser feita no período em que freqüento as atividades
do grupo de idosos ou mesmo quando estou em atendimento. A não participação
nesta pesquisa, não implica em suspensão de minhas atividades projeto
“Envelhecimento saudável”, ou atendimento, e estou ciente que, ao dar minha
anuência, posso desistir de participar deste estudo, em qualquer momento, sem
prejuízos ao meu atendimento ou participação no projeto “Envelhecimento
saudável”. A participação nesta pesquisa é inteiramente graciosa, não envolvendo
qualquer tipo de ressarcimento ou compensação monetária.

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter
entendido o que nos foi explicado, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa.

Carneirinho, _____ de _____ de 2009.

QUALIFICAÇÃO DO DECLARANTE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome:.....

RG:..... Data de nascimento:..... / / Sexo: M () F ()

Endereço: nº Apto:

Bairro:..... Cidade:..... Cep:..... Tel.:.....

Assinatura do Declarante

Representante

legal:.....

Natureza da Representação:

RG:..... Data de nascimento:...../...../..... Sexo: M () F ()

Endereço:..... nº Apto:.....

Bairro:.....

Cidade:..... Cep:..... Tel.:.....

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR

DECLARO, para fins de realização de pesquisa, ter elaborado este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cumprindo todas as exigências contidas no Capítulo IV da Resolução 196/96 e que obtive, de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido do declarante acima qualificado para a realização desta pesquisa.

Franca, de de 2009

Lara Carvalho Vilela de Lima

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B - Roteiro da entrevista semi-estruturada

Grupo que participa do projeto:

1. Os encontros do projeto Envelhecimento Saudável trouxeram alguma mudança em sua vida? Quais?
2. Por que resolveu participar?
3. O que diria àqueles que não participam do projeto?
4. Em que o projeto pode ainda melhorar?

Grupo que não participa do projeto:

1. Por que não se sentiu motivado a participar dos encontros?
2. Conhece alguém de seu relacionamento que participa? Quem?
3. Acredita que esses encontros possam trazer alguma alteração em sua vida? Se sim, quais?
4. O que este projeto deveria oferecer para tornar-se mais interessante ao ponto de motivar a sua participação?

APÊNDICE C - Teste de Normalidade entre os grupos

Teste de Normalidade			
	Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	p
FS	, 898	60	, 000
AUT*	, 975	60	, 265
PPF*	, 962	60	, 060
PSQ	, 897	60	, 000
MEM	, 871	60	, 000
INT	, 912	60	, 000
Tot_old	, 896	60	, 000
PHYS	, 940	60	, 006
PSYCH	, 929	60	, 002
SOCIAL	, 877	60	, 000
ENVIR	, 939	60	, 005
Tot_bref	, 951	60	, 017

APÊNDICE D - Estatísticas descritivas dos questionários WHOQOL-OLD e BREF

RELAÇÃO COM GRUPO: TESTE DE MANN-WHITNEY

FS	Mediana	Mínimo	Máximo	Média	D. padrão
Não part.	16,00	7,00	19,00	15,17	3,82
Participante	18,00	10,00	20,00	16,97	2,47
Z = 1,79 p = 0,07 Não há diferença significativa, mas muito próximo do nível de significância adotado, tendência do grupo Participante obter valores significativamente superiores.					

AUT	Mediana	Mínimo	Máximo	Média	D. padrão
Não part.	11,50	5,00	17,00	11,40	2,84
Participante	14,00	10,00	19,00	14,43	2,11
Z = 4,03 p < 0,001* Há diferença significativa, o grupo Participante obteve valores significativamente superiores.					

PPF	Mediana	Mínimo	Máximo	Média	D. padrão
Não part.	13,50	8,00	19,00	13,30	2,39
Participante	15,00	9,00	20,00	15,10	1,97
Z = 2,63 p = 0,009* Há diferença significativa, o grupo Participante obteve valores significativamente superiores.					

PSO	Mediana	Mínimo	Máximo	Média	D. padrão
Não part.	13,50	8,00	16,00	13,07	2,39
Participante	16,00	12,00	18,00	15,63	1,27
Z = 4,47 p < 0,001* Há diferença significativa, o grupo Participante obteve valores significativamente superiores.					

MEM	Mediana	Mínimo	Máximo	Média	D. padrão
Não part.	17,00	8,00	20,00	15,77	3,20
Participante	18,00	5,00	19,00	17,17	3,20
Z = 2,11 p = 0,04* Há diferença significativa, o grupo Participante obteve valores significativamente superiores.					

INT	Mediana	Mínimo	Máximo	Média	D. padrão
Não part.	14,00	7,00	18,00	13,43	2,80
Participante	15,00	11,00	19,00	14,60	1,81
Z = 1,40 p = 0,16 Não há diferença significativa.					

Total old	Mediana	Mínimo	Máximo	Média	D. padrão
Não part.	82,00	54,00	103,00	82,13	12,27
Participante	94,00	77,00	109,00	93,90	7,01
Z = 3,84 p < 0,001* Há diferença significativa, o grupo Participante obteve valores significativamente superiores.					

PHYS	Mediana	Mínimo	Máximo	Média	D. padrão
Não part.	22,00	14,00	30,00	22,20	4,67
Participante	26,00	19,00	30,00	25,67	2,83
Z = 2,89 p = 0,004* Há diferença significativa, o grupo Participante obteve valores significativamente superiores.					

PSYCH	Mediana	Mínimo	Máximo	Média	D. padrão
Não part.	19,00	11,00	26,00	18,83	4,34
Participante	23,00	18,00	27,00	22,30	2,55
Z = 3,12 p = 0,002* Há diferença significativa, o grupo Participante obteve valores significativamente superiores.					

SOCIAL	Mediana	Mínimo	Máximo	Média	D. padrão
Não part.	11,50	7,00	13,00	11,00	1,70
Participante	12,00	9,00	14,00	11,57	1,14
Z = 0,96 p = 0,34 Não há diferença significativa.					

ENVIR	Mediana	Mínimo	Máximo	Média	D. padrão
Não part.	23,50	13,00	28,00	23,43	3,95
Participante	28,00	22,00	36,00	27,53	2,81
Z = 4,11 p < 0,001* Há diferença significativa, o grupo Participante obteve valores significativamente superiores.					

Total brief	Mediana	Mínimo	Máximo	Média	D. padrão
Não part.	75,00	49,00	95,00	75,47	11,44
Participante	87,00	73,00	100,00	87,07	6,68
Z = 4,10 p < 0,001* Há diferença significativa, o grupo Participante obteve valores significativamente superiores.					

RELAÇÃO COM SEXO: TESTE DE MANN-WHITNEY

FS	Mediana	Mínimo	Máximo	Média	D. padrão
Fem.	17,00	7,00	20,00	15,63	3,50
Masc.	18,00	10,00	20,00	16,95	2,78
Z = 1,64	p = 0,10	Não há diferença significativa.			

AUT	Mediana	Mínimo	Máximo	Média	D. padrão
Fem.	13,00	7,00	19,00	12,88	2,91
Masc.	14,00	5,00	17,00	13,00	2,99
Z = 0,50	p = 0,62	Não há diferença significativa.			

PPF	Mediana	Mínimo	Máximo	Média	D. padrão
Fem.	14,50	9,00	20,00	14,35	2,56
Masc.	15,50	8,00	19,00	13,90	2,92
Z = 0,59	p = 0,56	Não há diferença significativa.			

PSO	Mediana	Mínimo	Máximo	Média	D. padrão
Fem.	15,00	8,00	18,00	14,23	2,47
Masc.	15,00	10,00	18,00	14,60	1,96
Z = 0,22	p = 0,83	Não há diferença significativa.			

MEM	Mediana	Mínimo	Máximo	Média	D. padrão
Fem.	17,00	5,00	20,00	16,00	3,46
Masc.	19,00	11,00	20,00	17,40	2,60
Z = 1,49	p = 0,14	Não há diferença significativa.			

INT	Mediana	Mínimo	Máximo	Média	D. padrão
Fem.	15,00	8,00	19,00	14,30	2,36
Masc.	14,00	7,00	16,00	13,45	2,48
Z = 1,27	p = 0,21	Não há diferença significativa.			

Total old	Mediana	Mínimo	Máximo	Média	D. padrão
Fem.	89,00	54,00	109,00	87,38	11,24
Masc.	92,50	63,00	105,00	89,30	12,34
Z = 0,89	p = 0,38	Não há diferença significativa.			

PHYS	Mediana	Mínimo	Máximo	Média	D. padrão
Fem.	24,00	14,00	30,00	23,58	4,34
Masc.	26,00	17,00	30,00	24,65	3,95
Z = 0,92	p = 0,36	Não há diferença significativa.			

PSYCH	Mediana	Mínimo	Máximo	Média	D. padrão
Fem.	21,50	11,00	27,00	20,30	4,11
Masc.	21,50	14,00	26,00	21,10	3,61
Z = 0,71	p = 0,48	Não há diferença significativa.			

SOCIAL	Mediana	Mínimo	Máximo	Média	D. padrão
Fem.	12,00	7,00	14,00	11,40	1,50
Masc.	11,50	7,00	13,00	11,05	1,39
Z = 0,98	p = 0,33	Não há diferença significativa.			

ENVIR	Mediana	Mínimo	Máximo	Média	D. padrão
Fem.	26,00	16,00	36,00	25,53	3,67
Masc.	27,00	13,00	31,00	25,40	4,63
Z = 0,66	p = 0,51	Não há diferença significativa.			

Total brief	Mediana	Mínimo	Máximo	Média	D. padrão
Fem.	80,50	49,00	100,00	80,80	10,94
Masc.	86,00	54,00	95,00	82,20	11,27
Z = 0,66	p = 0,51	Não há diferença significativa.			

**COMPARAÇÃO ENTRE PARTICIPANTES OU NÃO DO SEXO FEMININO:
TESTE DE MANN-WHITNEY.**

FS	Mediana	Mínimo	Máximo	Média D.	padrão
Não part.	16,50	7,00	19,00	15,00	4,18
Participante	17,00	10,00	20,00	16,25	2,61
Z = 0,62 p = 0,55 Não há diferença significativa.					

AUT	Mediana	Mínimo	Máximo	Média D.	padrão
Não part.	11,00	7,00	17,00	11,30	2,64
Participante	14,50	10,00	19,00	14,45	2,28
Z = 3,41 p < 0,001* Há diferença significativa, o grupo Participante do sexo feminino obteve valores significativamente superiores.					

PPF	Mediana	Mínimo	Máximo	Média D.	padrão
Não part.	13,50	9,00	18,00	13,40	2,60
Participante	15,00	9,00	20,00	15,30	2,18
Z = 2,48 p = 0,01* Há diferença significativa, o grupo Participante do sexo feminino obteve valores significativamente superiores.					

PSQ	Mediana	Mínimo	Máximo	Média D.	padrão
Não part.	13,50	8,00	16,00	12,75	2,51
Participante	16,00	12,00	18,00	15,70	1,26
Z = 4,15 p < 0,001* Há diferença significativa, o grupo Participante do sexo feminino obteve valores significativamente superiores.					

MEM	Mediana	Mínimo	Máximo	Média D.	padrão
Não part.	17,00	8,00	20,00	15,45	3,32
Participante	17,00	5,00	20,00	16,55	3,61
Z = 1,47 p = 0,15 Não há diferença significativa.					

INT	Mediana	Mínimo	Máximo	Média D.	padrão
Não part.	15,00	8,00	18,00	13,70	2,75
Participante	15,00	11,00	19,00	14,90	1,74
Z = 1,12 p = 0,28 Não há diferença significativa.					

Total old	Mediana	Mínimo	Máximo	Média D.	padrão
Não part.	81,50	54,00	101,00	81,60	11,76
Participante	93,50	77,00	109,00	93,15	7,13
Z = 3,24 p = 0,001* Há diferença significativa, o grupo Participante do sexo feminino obteve valores significativamente superiores.					

PHYS	Mediana	Mínimo	Máximo	Média D.	padrão
Não part.	21,50	14,00	29,00	21,55	4,56
Participante	25,50	19,00	30,00	25,60	3,03
Z = 2,80 p = 0,005* Há diferença significativa, o grupo Participante do sexo feminino obteve valores significativamente superiores.					

PSYCH	Mediana	Mínimo	Máximo	Média D.	padrão
Não part.	19,00	11,00	25,00	18,35	4,27
Participante	23,00	18,00	27,00	22,25	2,90
Z = 2,83 p = 0,004* Há diferença significativa, o grupo Participante do sexo feminino obteve valores significativamente superiores.					

SOCIAL	Mediana	Mínimo	Máximo	Média D.	padrão
Não part.	12,00	7,00	13,00	11,15	1,79
Participante	11,50	10,00	14,00	11,65	1,14
Z = 0,43 p = 0,68 Não há diferença significativa.					

ENVIR	Mediana	Mínimo	Máximo	Média D.	padrão
Não part.	23,00	16,00	28,00	23,65	3,18
Participante	27,50	22,00	36,00	27,40	3,19
Z = 3,27 p = 0,001* Há diferença significativa, o grupo Participante do sexo feminino obteve valores significativamente superiores.					

Total brief	Mediana	Mínimo	Máximo	Média D.	padrão
Não part.	74,50	49,00	94,00	74,70	10,57
Participante	86,50	73,00	100,00	86,90	7,45
Z = 3,62 p < 0,001* Há diferença significativa, o grupo Participante do sexo feminino obteve valores significativamente superiores.					

**COMPARAÇÃO ENTRE PARTICIPANTES OU NÃO DO SEXO MASCULINO:
TESTE DE MANN-WHITNEY**

FS	Mediana	Mínimo	Máximo	Média D.	padrão
Não part.	15,50	10,00	19,00	15,50	3,14
Participante	19,00	15,00	20,00	18,40	1,35
Z = 2,16 p = 0,04* Há diferença significativa, o grupo Participante do sexo masculino obteve valores significativamente superiores.					

AUT	Mediana	Mínimo	Máximo	Média D.	padrão
Não part.	12,00	5,00	15,00	11,60	3,34
Participante	14,00	11,00	17,00	14,40	1,84
Z = 1,99 p = 0,05* Há diferença significativa, o grupo Participante do sexo masculino obteve valores significativamente superiores.					

PPF	Mediana	Mínimo	Máximo	Média D.	padrão
Não part.	13,50	8,00	19,00	13,10	3,78
Participante	15,00	13,00	17,00	14,70	1,49
Z = 1,00 p = 0,35 Não há diferença significativa.					

PSQ	Mediana	Mínimo	Máximo	Média D.	padrão
Não part.	13,50	10,00	16,00	13,70	2,11
Participante	15,50	14,00	18,00	15,50	1,35
Z = 1,96 p = 0,05* Há diferença significativa, o grupo Participante do sexo masculino obteve valores significativamente superiores.					

MEM	Mediana	Mínimo	Máximo	Média D.	padrão
Não part.	16,50	11,00	20,00	16,40	3,03
Participante	19,00	14,00	20,00	18,40	1,71
Z = 1,21 p = 0,25 Não há diferença significativa.					

INT	Mediana	Mínimo	Máximo	Média D.	padrão
Não part.	14,00	7,00	16,00	12,90	2,96
Participante	14,50	11,00	16,00	14,00	1,89
Z = 0,77 p = 0,48 Não há diferença significativa.					

Total old	Mediana	Mínimo	Máximo	Média D.	padrão
Não part.	82,00	63,00	103,00	83,20	13,82
Participante	95,50	83,00	105,00	95,40	6,90
Z = 2,08 p = 0,04* Há diferença significativa, o grupo Participante do sexo masculino obteve valores significativamente superiores.					

PHYS	Mediana	Mínimo	Máximo	Média D.	padrão
Não part.	24,00	17,00	30,00	23,50	4,86
Participante	26,50	21,00	29,00	25,80	2,53
Z = 0,99 p = 0,35 Não há diferença significativa.					

PSYCH	Mediana	Mínimo	Máximo	Média D.	padrão
Não part.	21,00	14,00	26,00	19,80	4,54
Participante	23,00	20,00	25,00	22,40	1,78
Z = 1,07 p = 0,32 Não há diferença significativa.					

SOCIAL	Mediana	Mínimo	Máximo	Média D.	padrão
Não part.	11,00	7,00	12,00	10,70	1,57
Participante	12,00	9,00	13,00	11,40	1,17
Z = 1,08 p = 0,32 Não há diferença significativa.					

ENVIR	Mediana	Mínimo	Máximo	Média D.	padrão
Não part.	25,00	13,00	28,00	23,00	5,33
Participante	28,00	24,00	31,00	27,80	1,99
Z = 2,48 p = 0,01* Há diferença significativa, o grupo Participante do sexo masculino obteve valores significativamente superiores.					

Total brief	Mediana	Mínimo	Máximo	Média D.	padrão
Não part.	78,00	54,00	95,00	77,00	13,47
Participante	87,00	76,00	95,00	87,40	5,15
Z = 1,97 p = 0,05* Há diferença significativa, o grupo Participante do sexo masculino obteve valores significativamente superiores.					

ANEXOS

ANEXO A - Questionários WHOQOL-OLD e BREF

WHOQOL-OLD

Instruções

ESTE INSTRUMENTO NÃO 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!

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 vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
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	1	2	3	4	5
23(F17.3)	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24(F19.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25(F23.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26(F8.1)	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

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

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

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

D E C L A R A Ç Ã O

Declaro que o relatório final do projeto de pesquisa (**protocolo nº 007/09**), intitulado **“Avaliação da percepção de qualidade de vida em diferentes grupos de idosos da cidade de Carneirinho- MG”** de autoria do(a) pesquisador(a) **Lara Carvalho Vilela de Lima**, por estar de acordo com os Princípios Éticos de Pesquisa em Humanos adotados pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEPE) da Universidade de Franca-SP (*registrado no Ministério da Saúde sob o nº 128118/2005*), foi deliberado **APROVADO** em sua 14ª Reunião Ordinária realizada em 24 de junho de 2010.

Franca, 24 de junho de 2010.


Prof. Dr. Carlos Henrique Gomes Martins
Coordenador do CEPE da Universidade de Franca

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](#)