

SILVIA AFFINI BORSOI TAMAI

Avaliação de um programa de promoção da saúde na qualidade de vida e no estado de bem estar em idosos

São Paulo
2010

SILVIA AFFINI BORSOI TAMAI

Avaliação de um programa de promoção da saúde na qualidade de vida e no estado de bem estar em idosos

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

Programa de : Patologia

Orientador: Wilson Jacob Filho

São Paulo
2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Tamai, Silvia Affini Borsoi

Avaliação de um programa de promoção da saúde na qualidade de vida e no estado de bem estar em idosos / Silva Affini Borsoi Tamai. -- São Paulo, 2010.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Patologia.

Orientador: Wilson Jacob Filho.

Descritores: 1.Idoso 2.Qualidade de vida 3.Promoção da saúde 4.Avaliação de programas e projetos de saúde 5.Questionários 6.Envelhecimento

USP/FM/DBD-419/10

Dedicatória

*aos meus pais,
Antonio e Lélia*

*aos idosos do GAMIA,
pelo carinho e apoio*

AGRADECIMENTOS

Á Sérgio, meu marido, pelo apoio, contribuições e principalmente paciência.

Aos meus filhos, Vitor e Mariana, pelas injeções de ânimo.

Ao Prof. Dr. Wilson Jacob Filho, meu orientador, pela oportunidade e amizade.

Ao Prof. Dr. Julio Litvoc pela sua dedicação e valiosas orientações.

Ao Prof Dr Sergio Paschoal, pelo apoio, disponibilidade e orientações .

A Pedro, pela competência na coleta dos dados e valiosas contribuições na execução deste trabalho.

A Tatá, pelo interesse e excelente trabalho na coleta dos dados.

Á Adriana pelas ótimas sugestões.

Alessandra e Fernanda por sua preciosa colaboração na organização do banco de dados.

Á Mírian e Rogério, pela elaboração do banco de dados e estatística.

Á Liduvina, Weluma e Thiago, da secretaria do Departamento de Patologia da FMUSP.

À Juliana, Rosany, Jessica, Neuza e Genésio, da secretaria do Serviço de Geriatria.

*À minha amiga, Prof Dra. Alexandrina Meleiro , pelo exemplo e contribuições.
À equipe de profissionais do GAMIA. Este trabalho tem um pouquinho de cada um de vocês.*

À equipe médica do GAMIA pela ajuda e apoio.

À Profa. Dra. Maria Auxiliadora Cursino Ferrari, Maricy, minha mestra. Por ter me confiado a coordenação das atividades de terapia ocupacional do GAMIA.

Aos colegas e amigos da URSI SÉ, pelo apoio e compreensão.

À toda minha família pelo incentivo e torcida.

SUMÁRIO

RESUMO

SUMMARY

1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Envelhecimento populacional	1
1.2 Promoção da Saúde	4
1.3 Promoção da Saúde do idoso.....	6
1.4 Educação em Saúde na Promoção da Saúde do Idoso	8
1.5 Qualidade de vida	12
1.6 Qualidade de Vida Ligada à Saúde	15
1.7 Qualidade de Vida no Envelhecimento	16
1.8 GAMIA (Grupo de Assistência Multidisciplinar 18 ao Idoso Ambulatorial).....	18
1.9 Organização	19
1.10 Atividade de Enfermagem (Valente e Santos, 2003)	25
1.11 Atividade de Farmácia (Alves, 2010)	26
1.12 Atividade de Fisioterapia (Izzo, 2003).....	27
1.13 Atividade de Fonoaudiologia (Viude, 2003)	29
1.14 Atividade de Medicina (Jacob-Filho e Jallul, 2003).....	31
1.15 Atividade de Nutrição (Fidelix, 2003)	32
1.16 Atividade de Odontologia (Amaral, 2003)	33
1.17 Atividade de Psicologia (Aranha,2003a)	34
1.18 Atividade de Serviço Social (Gonçalves, 2003)	35
1.19 Atividade de Terapia Ocupacional (Tamai, 2003).....	36
1.20 Atividade do PÓS-GAMIA (Gonçalves et al, 2003).....	38
1.21 Triagem (Gonçalves e Aranha, 2003).....	39
1.22 Bazar do GAMIA	40

1.23	Jornal do GAMIA (Gonçalves, 2003)	41
1.24	Pesquisa em Qualidade de Vida no GAMIA	44
2.	OBJETIVOS DO ESTUDO	52
2.1	Objetivo primário.....	52
2.2	Objetivo secundário	52
3.	CASUÍSTICA E MÉTODOS	53
3.1	WHOQOL – Bref (World Health Organization Quality Of Life) ...	54
3.2	Escala de Atividades Básicas de Vida Diária de Katz.....	56
3.3	Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton	56
3.4	CIRS (Cumulative Illness Rating Scale)	56
3.5	Questionário do Perfil do Idoso.....	57
3.6	Dinâmica da aplicação das entrevistas e dos instrumentos.....	59
4.	RESULTADOS	61
4.1.	Caracterização demográfica da amostra	61
4.2.	Caracterização socioeconômica da amostra	62
4.3	Análise estatística sobre qualidade de vida.....	63
5.	DISCUSSÃO	75
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
7.	CONCLUSÕES	103
8.	REFERÊNCIAS	105
9	ANEXOS	116
	ANEXO I - Aprovação do projeto CAPPesq.....	116
	ANEXO II - Termo de consentimento	117
	ANEXO III - WHOQUOL Bref.....	121
	ANEXO IV - Escala de Atividades Básicas de Vida Diária de Katz .	125

ANEXO V - Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton	126
ANEXO VI - Cumulative Illness Rating Scale (CIRS).....	127
ANEXO VII - Questionário do Perfil do Idoso.....	128
ANEXO XIII - Avaliação Geriátrica Global do GAMIA.....	130
ANEXO IX - Questionário Bem Estar GAMIA	135
ANEXO X - Tabela comparativa dos estudos no envelhecimento ...	138
ANEXO XI – Tabela comparativa de bens	140

LISTA DE ABREVIATURAS

GAMIA	Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
WHOQOL-Bref	World Health Organization Quality Of Life
QV	Qualidade de Vida
CIRS	Cumulative Illness Rating Scale
OMS	Organização Mundial de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
WHO	World Health Organization
PNI	Política Nacional do Idoso
QVLS	Qualidade de Vida Ligada à Saúde
HRQL	Health-Related Quality of Life
SF-36	Medical outcomes study 36-Item Short-Form Health Survey
AVDs	Atividades de Vida Diária
ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
TCLE	Termo de Cinsentimento Livre e Esclarecido
MIF	Medida de Independência Funcional
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
et. al	e colaboradores
AGG	Avaliação Geriátrica Global

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da População	62
Tabela 2 – Relação de bens materiais	63
Tabela 3 - Descrição dos escores de qualidade de vida no início e fim do programa e resultado da comparação entre os momentos	63
Tabela 4 – Resultado das correlações de Spearman entre a variação nos domínios de qualidade de vida e os escores de medidas numéricas	65
Tabela 5 - Descrição das alterações na qualidade de vida segundo cor e resultado dos testes de comparação	66
Tabela 6 - Descrição das alterações na qualidade de vida segundo estado civil e resultado dos testes de comparação.....	66
Tabela 7 - Descrição das alterações na qualidade de vida segundo escolaridade e resultado dos testes de comparação	67
Tabela 8 - Descrição das alterações na qualidade de vida segundo residência e resultado dos testes de comparação.....	67
Tabela 9 - Descrição das alterações na qualidade de vida segundo realização de atividade física e resultado dos testes de comparação	68
Tabela 10 - Descrição das alterações na qualidade de vida segundo prática de leitura e resultado dos testes de comparação.....	68
Tabela 11 - Descrição das alterações na qualidade de vida segundo hábito de ouvir rádio e resultado dos testes de comparação.....	68

Tabela 12 - Descrição das alterações na qualidade de vida segundo hábito de assistir TV e resultado dos testes de comparação.....	69
Tabela 13 - Descrição das alterações na qualidade de vida segundo hábito de ir à igreja e resultado dos testes de comparação.....	69
Tabela 14 - Descrição das alterações na qualidade de vida segundo hábito de realizar atividades em grupo e resultado dos testes de comparação	69
Tabela 15 - Descrição das alterações na qualidade de vida segundo realização de outras atividades em grupo e resultado dos testes de comparação	69
Tabela 16 - Descrição das alterações na qualidade de vida segundo prática de atividades de lazer e resultado dos testes de comparação...	70
Tabela 17 - Descrição das alterações na qualidade de vida segundo sexo e resultado dos testes de comparação	70
Tabela 18 – Descrição das alterações na qualidade de vida segundo ter casa própria e resultado dos testes de comparação	71
Tabela 19 - Descrição das alterações na qualidade de vida segundo ter TV e resultado dos testes de comparação	71
Tabela 20 - Descrição das alterações na qualidade de vida segundo ter telefone e resultado dos testes de comparação.....	71
Tabela 21 - Descrição das alterações na qualidade de vida segundo ter geladeira e resultado dos testes de comparação Descrição das alterações na qualidade de vida segundo ter geladeira e resultado dos testes de comparação	72

Tabela 22 - Descrição das alterações na qualidade de vida segundo ter microondas e resultado dos testes de comparação.....	72
Tabela 23 - Descrição das alterações na qualidade de vida segundo ter carro e resultado dos testes de comparação	72
Tabela 24 - Descrição das alterações na qualidade de vida segundo ter seguro de vida e resultado dos testes de comparação.....	72
Tabela 25 - Descrição das alterações na qualidade de vida segundo ter computador e resultado dos testes de comparação.....	73
Tabela 26 - Descrição das alterações na qualidade de vida segundo ter seguro saúde e resultado dos testes de comparação.....	73
Tabela 27 - Descrição das alterações na qualidade de vida segundo a impressão sobre a qualidade de vida dos idosos e resultado dos testes de comparação.....	73
Tabela 28 - Descrição das alterações na qualidade de vida segundo a faixa etária e resultado dos testes de comparação	74

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Cronograma de Atividades do GAMIA 2010.....	21
Quadro 2 - Domínios e facetas do WHOQOL-Bref	55

RESUMO

Tamai SAB. *Avaliação de um programa de promoção da saúde na qualidade de vida e no bem estar em idosos* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.

OBJETIVO: Avaliar os efeitos de um Programa de Promoção do Envelhecimento Saudável na Qualidade de Vida de idosos durante o seu desenvolvimento anual, identificando fatores preditores dos efeitos observados.

MÉTODOS: Estudo com amostra de 83 idosos participantes do programa do GAMIA (HCFMUSP) entre 2000 e 2002. A qualidade de vida foi mensurada utilizando-se o World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL-Bref) no início e ao término do programa. Os índices de QV foram correlacionados com variáveis clínicas, funcionais e sócio-demográficos utilizando-se a Cumulative Illness Rating Scale (CIRS), as Escalas de Atividades de Vida Diária de Katz e Lawton e dados obtidos nos prontuários. O envolvimento em atividades sociais e de lazer, bem como dados referentes a autopercepção do idoso em relação a saúde e QV foram obtidos por questionário elaborado pelos autores. A análise estatística foi realizada com os testes ao nível de significância de 5%.

RESULTADOS: Dos 83 idosos predominaram os do sexo feminino (79,5%) e a média geral de idade foi de 69,30 anos. As mulheres melhoram mais no domínio psicológico ($p = 0,035$) e mostraram uma tendência de melhora no domínio relações sociais ($p = 0,074$). A análise global dos dados mostrou uma redução no domínio físico do WHOQOL- BREF ($p = 0,014$) e elevação dos domínios psicológico e meio ambiente ($p = 0,029$ e $p = 0,007$ respectivamente), detectando-se tendência de elevação nos domínios relações sociais e geral ($p = 0,062$ e $p = 0,052$). Constatou-se uma relação inversa entre multimorbidades e qualidade de vida, principalmente nos domínios físico, relações sociais e meio ambiente. Em relação às Atividades de Vida Diária, todos os idosos da amostra alcançaram a pontuação máxima

na Escala de Katz e 92,8% na Escala de Lawton. Dos 83 idosos da amostra, 78 (93,9%) afirmaram ser possível ter uma boa qualidade de vida na velhice.

DISCUSSÃO: Como a avaliação clínica destes idosos revelou doenças desconhecidas previamente e determinou a utilização de novos medicamentos a percepção que o idoso tem em relação a sua saúde pode ter sido o fator preponderante para a piora no domínio físico. A melhora dos domínios psicológico e meio ambiente podem estar relacionados ao suporte psicológico e social que o idoso recebe dos colegas e profissionais e dos benefícios das atividades em grupo, bem como às tendências de elevação observada nos domínios relações sociais e geral. As mulheres, além de constituírem a maioria dos participantes, se beneficiam mais que os homens no programa do GAMIA.

CONCLUSÕES: Apesar do declínio dos índices no domínio físico, o idoso obteve melhora da qualidade de vida nos demais domínios do WHOQOL-Bref. O GAMIA é um modelo de promoção da saúde que contribui, efetivamente, para a melhora da qualidade de vida no envelhecimento.

Descritores: idoso, qualidade de vida, promoção da saúde, avaliação de programas e projetos de saúde, questionários, envelhecimento

SUMMARY

Tamai SAB. *Evaluation of a program to promote health on quality of life and wellbeing in the elderly* [thesis]. São Paulo: School of Medicine, University of São Paulo, 2010.

OBJECTIVE: To evaluate the effects of a Program for Promotion of Healthy Aging on Quality of Life of elderly during their annual development, identifying predictors of the observed effects.

METHODS: The sample included 83 elderly participants in the program GAMIA (FMUSP) between 2000 and 2002. Quality of life was measured using the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref) at the beginning and end of the program. QOL scores were correlated with clinical, functional and socio-demographic using the Cumulative Illness Rating Scale (CIRS), the Scale of Activities of Daily Living Katz and Lawton and data obtained from the files. Involvement in social activities and leisure, as well as data relating to perception of the elderly in relation to health and QOL were obtained by questionnaire developed by the authors. Statistical analysis was performed to test the significance level of 5%.

RESULTS: Of the 83 elderly, female patients predominated (79.5%) and overall mean age was 69.30 years. Women improve more in the psychological domain ($p = 0.035$) and showed a trend of improvement in social relationships domain ($p = 0.074$). Data analysis showed a reduction in the physical domain of WHOQOL-BREF ($p = 0.014$) and increased psychological health and environment ($p = 0.029$ and $p = 0.007$ respectively), detecting upward trend in social relationships and general ($p = 0.062$ and $p = 0.052$). There was an inverse relationship between Multimorbidity and quality of life, especially in the physical, social relationships and environment. Regarding the Activities of Daily Living, all seniors in the sample reached the maximum score on the Katz scale and 92.8% in the Scale of Lawton. Of the 83 seniors in the sample, 78 (93,9%) said it possible have a good quality of life in old age.

DISCUSSION: As clinical evaluation of elderly revealed previously unknown diseases and ordered the use of new drugs, the perception that the elderly have about your health may have been negative and contributed for the deterioration in the physical domain of WHOQOL-BREF. Improvement in psychological health and the environment can be related to psychological and social support that the elderly receive from peers and professionals and the benefits of group activities, as well as the upward trend observed in the social relationships and general. Women also constitute the majority of participants, benefit more than men in the program GAMIA.

CONCLUSIONS: Despite the decline in rates in the physical domain, the elderly received better quality of life in other domains of the WHOQOL. The GAMIA is a model of health promotion to contribute effectively to the improvement of quality of life in aging.

Descriptors: aged, quality of life, health promotion, program evaluation, questionnaires, aging.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Envelhecimento populacional

Atualmente pensar em um idoso saudável nos remete a imaginar uma pessoa em plena atividade, participativa, buscando um bem estar físico, mental e social, termo utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para definir saúde. De maneira geral, o conceito qualidade de vida foi incorporado ao vocabulário da população fazendo com que pessoas refletissem a respeito de seu estilo de vida, valores e expectativas quanto ao futuro.

O aumento da expectativa de vida colaborou para esta reflexão. Estudos demográficos mostram que a expectativa de vida média do brasileiro aumentou quase 25 anos nos últimos 50 anos (Ramos, 2002). Conforme o último censo brasileiro (2000) realizado pelo IBGE, a expectativa de vida ao nascer era de 63 anos para os homens e 65 para mulheres e deverá chegar a 77,08 em 2020/2025 (Siqueira, 2002). Segundo projeções, em 2025 o Brasil será a sexta população de idosos do mundo em números absolutos (32 milhões), perfazendo 15% da população (Ramos et al, 1987).

De 2006 para 2007, o número de pessoas com 40 anos ou mais cresceu 4,2%. Já a população de até 14 anos encolheu 0,7%. Em 2007, os brasileiros com mais de 60 anos já representavam 10,5% da população – aumento de 0,3 pontos percentuais na comparação com 2006. Em números absolutos, 878 mil indivíduos a mais (IBGE, 2007).

Com a transição epidemiológica, que acompanha a transição demográfica, houve uma diminuição das doenças infecto-contagiosas e um aumento da prevalência das doenças crônicas não-transmissíveis, culminando em uma maior proporção de pessoas idosas portadoras dessas doenças (Paschoal, 2000).

Amplamente difundido pela mídia e discutido por profissionais de saúde e população em geral, a idéia de chegar a idades mais avançadas fez com que muitas pessoas mudassem hábitos de vida, e incorporassem outros, cientes de que é possível envelhecer com saúde.

Infelizmente, a imagem de uma fileira de homens sentados, dormindo e não receptivos e mulheres enroladas em cobertores de crochê, isoladas e sozinhas em frente a uma televisão com um som alto ainda é muito forte na sociedade contemporânea. A visão dinâmica ocupacional sugere que o mundo ainda resiste a esta idéia e que a visão anterior, destituída de ocupação é uma realidade muito mais comum e aquela que muitas pessoas receiam que possa ser seu destino final (Wilcock, 2007).

Tais realidades discrepantes levam a questões sobre se é ou não um problema de escolha, um problema de expectativas culturais, um problema de acesso ou, mesmo, um problema de justiça. Mesmo possibilidades extremas ou médias entre elas evocam inúmeras questões sobre o que capacita ou habilita os adultos idosos a manter ou inventar um estilo de vida que os permita a continuar a crescer e desenvolver de forma significativa para cada um deles (Wilcock, 2007).

No final dos anos 90, a OMS passou a adotar o termo “envelhecimento ativo”, procurando transmitir uma mensagem mais

abrangente do que “envelhecimento saudável”, reconhecendo além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem (Kalache, 1997).

A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização estabelecidas pela Organização das Nações Unidas. Assim, o planejamento estratégico deixa de ter um enfoque baseado nas necessidades (que considera as pessoas mais velhas como alvos passivos) e passa ter uma abordagem baseada em direitos, o que permite o reconhecimento dos direitos dos mais velhos à igualdade de oportunidades e tratamento em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem. Essa abordagem apóia a responsabilidade dos mais velhos no exercício de sua participação nos processos políticos e em outros aspectos da vida em comunidade (Ministério da Saúde, 2007).

Define-se, então, como envelhecimento ativo “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (WHO, 2002).

O envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais, permitindo que as pessoas percebam o seu potencial para o bem estar físico, social e mental ao longo da vida participando da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando

necessário (Ministério da Saúde, 2007).

1.2 Promoção da Saúde

Segundo Buss (2000), a promoção da saúde representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde doença e de seus determinantes, propõe a articulações de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução.

A Carta de Ottawa (WHO, 1986) foi um dos documentos fundadores da promoção da saúde atual. O termo promoção da saúde está associado a um conjunto de valores: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais. Isto é, trabalha com a idéia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos (Buss, 2000).

De um lado, a promoção da saúde vem sendo interpretada como uma reação acentuada a medicalização da vida social e, de outro, como uma resposta setorial articuladora de diversos recursos técnicos e posições ideológicas. Embora o termo tenha sido usado a princípio para caracterizar

um nível de atenção da medicina preventiva, seu significado foi mudando, passando a representar um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado.

O conceito moderno de promoção da saúde (e sua prática consequente) surgiu e se desenvolveu, de forma mais vigorosa nos últimos vinte anos nos países desenvolvidos, particularmente no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental. Quatro Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, realizadas em Ottawa (WHO, 1986), Adelaide (WHO, 1988), Sundsvall (WHO, 1991) e Jacarta (WHO, 1997), desenvolveram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde. Na América Latina, 1992, realizou-se a Conferência de Promoção da Saúde (OPAS, 1992), trazendo formalmente o tema para o contexto sub-regional (Buss, 2000).

Modernamente, o que vem caracterizar a promoção da saúde é a constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, sustentando-se no entendimento de que saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde. Suas atividades estariam 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 condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde (as escolhas saudáveis serão as mais fáceis) e do esforço (empowerment) da capacidade dos indivíduos e das comunidades (Buss, 2000).

A Carta de Ottawa (WHO, 1986) define Promoção da Saúde como “ o processo político e social global que abrange não somente ações dirigidas para o fortalecimento de habilidades e capacidades dos indivíduos, mas também, aquelas dirigidas para a modificação das condições sociais, ambientais e econômicas, com finalidade de atenuar seu impacto na saúde pública e individual”.

1.3 Promoção da Saúde do idoso

A longevidade cada vez maior do ser humano acabou acarretando uma situação ambígua, vivenciada por muitas pessoas, mesmo pelas ainda não-idosas, que é o desejo de viver cada vez mais e, ao mesmo tempo, o temor de viver em meio a incapacidade e à dependência (Paschoal, 2000).

Cientes dessa mudança e da importância de adaptar o sistema de saúde a esta população, os profissionais envolvidos na questão do envelhecimento passaram a planejar e desenvolver ações globais que promovessem a saúde do idoso no âmbito da Promoção da Saúde.

Segundo Derntl e Watanabe (2004), o enfoque da Promoção da Saúde possibilita identificar seis princípios relativos à saúde dos idosos:

- a velhice não é doença, mas sim uma etapa evolutiva da vida;
- a maioria das pessoas de 60 anos e mais estão em boas condições físicas e sua saúde é boa, mas ao envelhecer perdem a capacidade de se recuperar das doenças rapidamente e de forma completa

tornando-se mais debilitados e propensos a necessitar de ajuda para seu cuidado pessoal:

- pode-se fortalecer a capacidade funcional na velhice mediante capacitação e estímulos ou prevenindo agravos à saúde;
- do ponto de vista social e psicológico, as pessoas idosas são mais heterogêneas que os jovens;
- a Promoção da Saúde na velhice deve ter seu foco no bom funcionamento físico, mental e social assim como na prevenção das enfermidades e incapacidades;
- muitas das medidas que afetam a saúde das pessoas idosas transcendem o setor saúde.

A Política Nacional do Idoso (PNI) (1999), tem como propósito

promover o envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhe a permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade.

As diretrizes essenciais da PNI são:

- a promoção do envelhecimento saudável;
- a manutenção da capacidade funcional;
- a assistência às necessidades de saúde do idoso;
- a reabilitação da capacidade funcional comprometida;
- a capacitação de recursos humanos especializados;
- o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais;
- apoio a estudos e pesquisas.

Todas as ações em saúde do idoso devem objetivar ao máximo manter o idoso na comunidade, junto à família, da forma mais digna e confortável possível. Seu deslocamento para um serviço de longa permanência deve ser considerado como uma alternativa somente quando falharem todos os esforços anteriores (Derntl e Watanabe, 2004).

Segundo Souza, citado por Mello et al (2009), as estratégias de promoção da saúde devem voltar-se para estilos de vida e condições sociais, econômicas e ambientais que determinam a saúde e, de forma mais ampla, a qualidade de vida.

1.4 Educação em Saúde na Promoção da Saúde do Idoso

O trabalho com grupos de idosos funciona como instrumentos a serviço da autonomia e do desenvolvimento contínuo do nível de saúde e condições de vida, promovendo a saúde do idoso (Melo et al, 2009).

Segundo os mesmos autores,

ao atuarem no campo comunitário, os grupos abrem possibilidades para as ciências da saúde e do homem, horizontes que vão além do simples objetivo de combater doenças dos indivíduos. Estes deverão acrescer à sua tarefa a preocupação com a própria identidade da pessoa humana na busca do grau mais elevado possível de saúde física, mental e social para si e para a sociedade em que vivem.

Morin, citado por Santos et al (2006), chama este processo de aprendizagem cidadã: “A educação deve contribuir para a autoformação da

peessoa (ensinar a assumir a condição humana, ensinar a viver) e ensinar como se tornar cidadão”.

Cabe neste momento, fazer a distinção entre educação em saúde e promoção em saúde evitando, assim, distorções conceituais. (Mello et al, 2009).

Entende-se por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. Enquanto que promoção em saúde é uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam atingir ações e condições de vida conducentes à saúde (Candeias, 1997).

Dessa forma, a educação em saúde procura desencadear mudanças de comportamentos individuais, enquanto que a promoção da saúde, muito embora inclua sempre a educação em saúde, visa provocar mudanças de comportamento organizacional, capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população, particularmente, porém não exclusivamente, por meio da legislação (Candeias, 1997).

Segundo L' abbate (1994):

Entende-se por educação em saúde um campo de práticas que se dão no nível das relações sociais normalmente estabelecidas pelos profissionais de saúde entre si, com a instituição e sobretudo como o usuário, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades. Não se pode pensar os serviços de saúde sem refletir sobre as relações entre esses atores ou sujeitos, uma vez que qualquer atendimento à saúde envolve, no mínimo, a interação entre duas pessoas.

A Organização Mundial de Saúde pontua que os objetivos da

educação em saúde são o de desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertença e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva. Estas assertivas fazem da educação em saúde um dos mais importantes elos entre os desejos e expectativa da população por uma vida melhor e as projeções e estimativas dos governantes ao oferecer programas de saúde mais eficientes (Levy et al, 1997).

Do ponto de vista biopsicológico, a educação tem por objetivo levar o indivíduo a realizar suas possibilidades intrínsecas, com vista à formação e ao desenvolvimento de sua personalidade. Aspiração do trabalho a ser desenvolvido na área de educação e saúde está voltada para a auto-educação (onde existe a participação intencional do educando em procurar influências capazes de lhe modificar o comportamento e submeter-se a elas), pois exprime a tomada de consciência por parte do indivíduo acerca da importância educativa para a formação e desenvolvimento (Levy et al, 1997).

O programa educativo tem como premissa o envolvimento de todos os membros do grupo, por meio da integração dos profissionais com os idosos e seus familiares. A participação familiar ou de uma pessoa próxima do idoso no programa de educação à saúde é fundamental para compreensão das implicações que o processo de envelhecimento traz na vida diária do indivíduo, bem como de seus desdobramentos no contexto familiar. Se a motivação e o interesse dos idosos e familiares não estiverem presentes, o trabalho estará destinado ao fracasso, mesmo com todos

esforços do educador (Diogo et al, 2000).

Segundo Restrepo, apud Derntl e Watanabe (2004), os métodos considerados mais adequados em educação para a saúde estão baseados em técnicas participativas que conduzem a tomada de consciência das pessoas sobre questões que lhes dizem respeito, de acordo com os princípios da escola de Paulo Freire. Nessa lógica, o processo educativo se relaciona mais com a busca da própria autonomia e com o ideal de uma sociedade livre e muito menos com formas de persuasão para que pessoas adotem comportamentos que são considerados apropriados pelos profissionais dos serviços de assistência. Quer dizer que se deve admitir a possibilidade de opção pelo indivíduo oferecendo formas de análise dos próprios comportamentos e atitudes pela informação e apoio técnicos, mas sem imposição.

Ainda segundo Restrepo, essa corrente, que é característica do pós-modernismo, pela forte defesa do direito individual, é a da educação, como instrumento de “empoderamento” do indivíduo, mediante a aquisição de habilidades que lhe permitem controlar a sua vida. O paradigma do autocuidado, particularmente no que se refere aos idosos, serve-se desses postulados para a construção de um referencial teórico que tem na autonomia seu melhor argumento.

Para Minayo e colaboradores (2000), o conceito de promoção da saúde é o foco mais relevante da avaliação da qualidade de vida no âmbito da Saúde, centrando-se “na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade”.

1.5 Qualidade de vida

Historicamente, após a segunda guerra mundial, qualidade de vida se tornou um construto importante, significando melhoria do padrão de vida.

Esta expressão, qualidade de vida, foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964 ao declarar que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos banco. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (OMS, 1998).

Paulatinamente o conceito foi se ampliando, englobando o desenvolvimento sócio-econômico e humano e a percepção das pessoas a respeito de suas vidas (Paschoal, 2000).

O conceito foi incorporado a políticas sociais, como indicador de resultados, em adição ou substituição a outros de significados parecidos, tais como boa vida, felicidade e bem-estar. Na década de 1960, nos Estados Unidos, surgiram movimentos sociais e iniciativas políticas, cuja finalidade era melhorar a vida de todos os cidadãos, minimizando a desigualdade social (Paschoal, 2002).

Segundo o mesmo autor, além de crescimento econômico, o conceito passou a significar desenvolvimento social, expresso em boas condições de saúde, educação, moradia, transporte, lazer, trabalho e crescimento individual.

Os indicadores também se ampliaram, incluindo mortalidade infantil, esperança de vida, taxa de evasão escolar, nível de escolaridade, taxa de violência (suicídios, homicídios, acidentes), saneamento básico, nível de

poluição, condições de moradia e trabalho, qualidade de transporte e lazer, dentre outros.

Não há consenso sobre seu significado, existindo várias correntes de pensamento, complementares entre si (Paschoal, 2000).

Embora todos esses indicadores sejam importantes para avaliar e comparar qualidade de vida entre países (qualidade de vida objetiva), não são suficientes para medir qualidade de vida de indivíduos que se inserem diferentemente em uma determinada sociedade e que podem se distanciar, de forma importante, do índice médio da população como um todo. Parecia necessário avaliar a qualidade de vida percebida pelas pessoas e o quanto estavam satisfeitas ou insatisfeitas com a qualidade de vida de suas vidas (qualidade de vida subjetiva).

Passou-se a valorizar a opinião dos indivíduos, ou seja, o dono da vida é quem deveria avaliar a qualidade de vida. O pesquisador/planejador não poderia construir *a priori* um modelo do que julgasse ser boa qualidade de vida e tentar enquadrar os indivíduos em seu modelo. Denominou-se esse novo conceito de qualidade de vida subjetiva, em contraposição às condições objetivas, que qualificariam, também, a vida das pessoas. (Paschoal, 2002).

Segundo Minayo e colaboradores (2000) qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e a própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu

padrão de conforto e bem estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividade que a ele se reportam em várias épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Ainda segundo os mesmos autores, a relatividade da noção, que em última instância remete ao plano individual, tem pelo menos três fóruns de referência. O primeiro é histórico. Ou seja, em determinado tempo de seu desenvolvimento econômico, social e tecnológico, uma sociedade específica tem um parâmetro de qualidade de vida diferente da mesma sociedade em outra etapa histórica. O segundo é cultural. Certamente, valores e necessidades são construídos e hierarquizados diferentemente pelos povos, revelando suas tradições. O terceiro aspecto se refere às estratificações ou classes sociais. Os estudiosos que analisam as sociedades em que as desigualdades e heterogeneidades são muito fortes mostram que os padrões e as concepções de bem estar são também estratificados: a idéia de qualidade de vida está relacionada ao bem estar das camadas superiores e à passagem de um limiar a outro.

Em resumo, a noção de qualidade de vida transita em um campo semântico polissêmico: de um lado, está relacionada a modo, condições de vida. De outro, inclui as idéias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana. E, por fim, relaciona-se ao campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais. No que se concerne à saúde, as noções se unem em uma resultante social da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece, como parâmetros entre si (Minayo et al, 2000).

1.6 Qualidade de Vida Ligada à Saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como um completo estado de bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença (WHO, 1946).

No entanto, as políticas em saúde e a própria formação dos profissionais sempre colocaram a prioridade no controle da morbidade e a mortalidade. Apenas recentemente vem havendo uma crescente preocupação não só com a frequência e a severidade das doenças, mas também com a avaliação de medidas de impacto da doença e comprometimento das atividades diárias, medidas de percepção da saúde e medida de disfunção/status funcional (Fleck, 2000).

A expressão qualidade de vida ligada à saúde (QVLS) é definida por Auquier, apud Minayo e colaboradores (2000), como o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos; e a organização política e econômica do sistema assistencial.

A versão inglesa do conceito de health-related quality of life (HRQL), em Gianchello, apud Minayo et al (2000), é similar: é o valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando-se o principal indicador para pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções.

Segundo Gold, citado por Minayo e colaboradores (2000), sendo utilizado nessa conotação, o HRQL indicará também se o estado de saúde

medido ou estimado é relativamente desejável. Para esses autores, os conceitos fundamentais de HRQL, seriam igualmente a percepção da saúde, as funções sociais, psicológicas e físicas, bem como os danos a elas relacionados.

1.7 Qualidade de Vida no Envelhecimento

O envelhecimento é considerado uma experiência heterogênea, cada indivíduo pautará sua vida de acordo com padrões, normas, expectativas, desejos, valores e princípios diferentes, pois o processo de envelhecimento difere de uma pessoa para outra. Além disso, para cada pessoa, o processo apresenta inúmeras possibilidades de resultado final, dependendo dos caminhos escolhidos e dos determinantes desse envelhecimento: ótima ou péssima qualidade de vida, com variadas situações intermediárias (Paschoal, 2002).

Assim, viver cada vez mais tem implicações importantes na qualidade de vida; a longevidade pode ser um problema, com consequências sérias nas diferentes dimensões da vida humana, física, psíquica e social. Esses anos vividos a mais podem ser anos de sofrimento para os indivíduos e suas famílias, anos marcados por doenças, declínio funcional, aumento da dependência, perda de autonomia, isolamento social e depressão. No entanto, se os indivíduos envelhecerem mantendo-se autônomos e independentes, a sobrevida aumentada poderá ser plena de significado (Paschoal, 1996).

Lawton (1983) construiu um modelo de qualidade de vida na velhice

em que a multiplicidade de aspectos e influências inerentes ao fenômeno é representada em quatro dimensões interrelacionadas.

A primeira, condições ambientais, diz respeito ao contexto físico, ecológico e ao construído pelo próprio homem, que influi na competência adaptativa (emocional, cognitiva e comportamental) e lhe dá bases.

A segunda, competência comportamental, traduz o desempenho dos indivíduos frente as diferentes situações de sua vida e, portanto, depende do potencial de cada um, de suas experiências e condições de vida, dos valores agregados durante o curso da vida e do desenvolvimento pessoal, que, por sua vez, é influenciado pelo contexto histórico-cultural.

A terceira, qualidade de vida percebida, reflete a avaliação da própria vida, influenciada pelos valores que o indivíduo foi agregando e pelas expectativas pessoais e sociais.

A quarta, bem estar subjetivo, significa satisfação com a própria vida, satisfação global e satisfação específica em relação a determinados aspectos da vida; reflete as relações entre condições objetivas (ambientais), competência adaptativa e percepção da própria qualidade de vida, as três dimensões precedentes.

Para Lawton, a qualidade de vida na velhice pode ser definida como a avaliação multidimensional referenciada a critérios sócio normativos e intrapessoais, a respeito das relações atuais, passadas e prospectivas entre o indivíduo maduro ou idoso e o seu ambiente.

Segundo Fleck (2000) avaliação de qualidade de vida vem crescendo em importância como medida de avaliação de resultados de tratamento em

medicina.

O envelhecimento e a possibilidade de sobrevida aumentada trouxeram a necessidade de se avaliar a qualidade dessa sobrevida.

Frente à transição demográfica e epidemiológica, avaliar qualidade de vida dos idosos assume importância fundamental (Paschoal, 2000).

1.8 GAMIA (Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial)

Dois anos antes da Carta de Ottawa iniciavam-se as atividades do GAMIA (Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial) do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, há vinte e seis anos, formado inicialmente por equipe composta pelas áreas de enfermagem, dentista, fisioterapia, medicina, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional. Na época, o idealizador do programa, Prof. Dr. Wilson Jacob Filho, criou o termo *senecultura*, que passou a caracterizar o trabalho deste grupo de profissionais, como sendo “*o conjunto de ações interdisciplinares cujo resultado contribui, para a Promoção da Saúde do Idoso*” (Jacob-Filho, 2003).

Segundo Jacob-Filho (1998),

até algum tempo atrás, as ações de saúde dirigidas aos idosos eram restritas ao diagnóstico das enfermidades exuberantes (p. ex. fratura de fêmur) e ao tratamento prioritário dos sintomas mais incômodos ao indivíduo (p. ex. tonturas) ou à sociedade (p.ex. distúrbios de comportamento), sem que uma atenção maior fosse destinada aos aspectos fisiopatológicos de cada afecção.

Ainda segundo o mesmo autor, doenças que se manifestavam de forma atípica e/ou camuflada (p.ex. infecções, depressão) tinham sua importância subavaliada ou mesmo negligenciada, da mesma forma que aquelas que evoluíam muito tempo sem sintomas, eram mantidas sem diagnóstico até o momento de sua manifestação crítica (p.ex. osteoporose que culmina em uma fratura).

Pensando nisso, tornou-se imprescindível o desenvolvimento de medidas preventivas, para evitar que o aumento da população idosa tivesse como consequência um proporcional crescimento da população de doentes ou da demanda por suporte assistencial aos dependentes, pois se sabe que as doenças precocemente identificadas e adequadamente tratadas podem permitir ao paciente uma boa qualidade de vida e uma diminuição mínima na sua expectativa de vida (Ramos, 2002).

Desta forma o GAMIA estruturou um trabalho pioneiro para a época, elaborando uma proposta de atendimento grupal, na qual o idoso, previamente selecionado, passaria a frequentar o Ambulatório de Geriatria semanalmente, desenvolvendo atividades visando à promoção da saúde do idoso (consultas médicas, orientações, atividades físicas, sociais e de lazer).

1.9 Organização

Atualmente, o GAMIA seleciona anualmente trinta idosos para participarem de seu programa, divididos em dois grupos de quinze pacientes. Estes trinta idosos são selecionados a partir de um processo de triagem, realizado pelo serviço médico, de assistência social e psicologia.

São critérios de inclusão:

- idosos de ambos os sexos;
- idade igual ou superior a 60 anos;
- capacidade de locomoção independente de outrem;
- capacidade de comunicação que permita a atuação em grupo;
- interesse e compromisso em participar do programa.

Todas as atividades são realizadas em grupo, com exceção das consultas médicas. O local é o Ambulatório de Geriatria do HCFMUSP, no Prédio dos Ambulatórios, no 5º andar, no bloco 4 A. O dia de atividades é toda 4ª feira das 9:00 às 15:00 hs.

Segundo Aranha (2003b),

com o crescente aumento da população idosa e da procura pelos serviços públicos de saúde, torna-se cada vez mais necessária a criação e otimização de recursos para melhor dar conta desta demanda, e a modalidade de intervenção grupal é o que mais se adequa às necessidades apresentadas, principalmente no campo da prevenção.

A equipe conta com um corpo técnico formado pelas áreas de enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional. Já contou, em anos anteriores, com as áreas de fonoaudiologia e odontologia. Os dois grupos são atendidos concomitantemente às quartas-feiras. As áreas de fisioterapia e de terapia ocupacional atendem aos dois grupos semanalmente. As demais áreas alternam-se atendendo a cada grupo quinzenalmente como mostra o Quadro 1.

QUADRO 1 - CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DO GAMIA 2010 – GRUPO VERDE E GRUPO AMARELO

HORÁRIO			SEQUÊNCIA A			HORÁRIO			SEQUÊNCIA B		
08:00 – 09:00			NUTRIÇÃO			08:00 – 09:00			FARMÁCIA		
09:00 – 10:00			SERVIÇO SOCIAL			09:00 – 10:00			FISIOTERAPIA		
10:00 – 11:00			FISIOTERAPIA			10:00 – 11:00			PSICOLOGIA		
11:00 – 12:30			ALMOÇO			11:00 – 12:00			ALMOÇO		
12:30 – 13:30			ENFERMAGEM			12:00 – 13:00			TERAPIA OCUPACIONAL		
13:30 – 15:00			TERAPIA OCUPACIONAL			13:00 – 14:00			ATENDIMENTO MÉDICO		

MARÇO			ABRIL			MAIO			JUNHO			JULHO		
Data	AMARELO	VERDE	Data	AMARELO	VERDE	Data	AMARELO	VERDE	Data	AMARELO	VERDE	Data	AMARELO	VERDE
03	Apresentação		07	A	B	05	B	A	02	A	B	07	B	A
10	A	B	14	B	A	12	A	B	09	B	A	14	A	B
17	B	A	21	Feriado		19	Passeio		16	A	B	17	Festa de Aniversário do GAMIA	
24	A	B	28	A	B	26	B	A	23	B	A	21 e 28 - Férias		
31	B	A							26	Festa Junina				
									30	A	B			

AGOSTO			SETEMBRO			OUTUBRO			NOVEMBRO			DEZEMBRO		
Data	AMARELO	VERDE	Data	AMARELO	VERDE	Data	AMARELO	VERDE	Data	AMARELO	VERDE	Data	AMARELO	VERDE
04	B	A	01	B	A	01	Dia do idoso		03	B	A	01	AGG	
11	A	B	8	A	B	06	A	B	10	A	B	11	Festa de Natal	
18	B	A	15	B	A	13	B	A	17	B	A			
25	A	B	22	A	B	20	Passeio		24	A	B			
			29	B	A	27	A	B						

Quadro 1. Cronograma de atividades do GAMIA de 2010

A coordenação das atividades do GAMIA é rodiziada anualmente pelos membros da equipe de profissionais exigindo-se apenas o mínimo de dois anos de atuação no programa.

Trabalhar com grupos aparentemente é simples, mas o entendimento da dinâmica grupal e de suas derivações, essencial para um bom trabalho, é algo bastante complexo... Conceituar e entender os grupos é tarefa difícil, e muito mais complexa se for em grupos com idosos, pois além das dificuldades inerentes ao trabalho grupal, trazem também especificidades próprias do processo de envelhecimento e as angústias dele decorrentes, tanto dos próprios idosos quanto daqueles que se propõem a trabalhar ou conviver com eles (Aranha, 2003b).

A estruturação do programa do GAMIA deu ênfase a promoção da saúde e à prevenção de agravos e incapacidades, pelo fato da clientela selecionada para dele participar se caracterizar basicamente por idosos livres de alterações funcionais limitantes e, ainda, por ser prerrogativa do programa a compreensão do processo fisiológico de envelhecimento através da percepção das alterações que ocorrem no transcorrer do tempo (Izzo, 2003).

Segundo a mesma autora, um dos pressupostos da equipe organizadora era acreditar que o conhecimento e a percepção de tais alterações propiciariam o desenvolvimento de respostas adaptativas e fortalecedoras capazes de potencializar uma melhor performance destes idosos no meio social ao qual pertenciam, propiciando sua permanência ativa e atuante no mesmo pelo maior tempo possível.

Desta forma, a característica do GAMIA apresenta-se como um grupo em busca de conhecimento acerca de sua própria saúde. As atividades propostas seguem a idéia de que o idoso precisa conhecer a sua condição de saúde, precisa conhecer as alternativas de atuação de um profissional e precisa ter o poder de decisão sobre sua saúde (Viude, 2003).

O principal desafio que a longevidade propõe aos idosos é a preservação da qualidade de vida, na presença de ameaças de restrição da autonomia e da independência, causadas pela deteriorização da saúde e pelo empobrecimento da vida social. A capacidade de tomar decisão e a de autogoverno podem ser comprometidas por doenças físicas e mentais ou por restrições econômicas e educacionais. Elas não afetam apenas as competências do idoso para realizar ações instrumentais, como também, para compreender e avaliar as suas possibilidades, os seus direitos, expectativas e preferências. Estas capacidades são essenciais ao exercício da livre escolha e à rejeição da coerção (Pavarani apud Valente e Santos, 2003).

De maneira geral, a equipe de profissionais do GAMIA busca:

- Prevenir e tratar problemas comuns a esse período como solidão, depressão, problemas familiares e sentimento de inutilidade;
- Auxiliar a manter e adaptar pelo maior tempo possível independência física, mental e social em seus diferentes graus;
- Desenvolver a auto-estima e a satisfação pessoal;
- Estimular a autonomia e independência.

Existe a preocupação de desenvolver tarefas que incentivem a

cooperação entre os membros do grupo, pois o idoso teme situações que gerem ansiedade. É necessário, portanto, criar condições para que cada membro do grupo participe ativamente do processo grupal, tendo o cuidado para que a convivência com as outras pessoas possa ser a mais saudável possível (Valente e Santos, 2003).

“O idoso compartilha além de suas percepções próprias, a percepção do outro e, assim, pode expandir isto para seu relacionamento familiar, afetivo e social” (Izzo, 2003).

Em suas experiências como coordenador de grupos de atividades terapêuticas e educativas para idosos, Lima e Pasetchny (1998) e Lima (2005) pontuam que as instituições que se propõem a trabalhar com atividades grupais para a terceira idade não devem restringir sua atuação a um ou outro tipo de atividade, mas implementar o que chamamos de “Programas de Atividades”, que contemplam a dimensão biopsicossocial do idoso, com grupos que realizem de forma integrada atividades acadêmicas, corporais, de lazer, artístico-culturais e de reflexão e discussão sobre o processo de envelhecimento.

Os mesmos autores ainda enfatizam que os participantes de um grupo somente podem promover sua própria inclusão se aos objetivos descritos anteriormente forem somados os seguintes:

- propiciar exercício da cidadania;
- ser espaço de participação democrática;
- ser espaço de participação social;
- favorecer o reconhecimento e utilização de recursos e serviços da comunidade;

- estimular a melhoria da auto imagem;
- prevenir e tratar de problemas físicos e mentais;
- promover o crescimento pessoal com consequente transformação de papéis na família e sociedade;
- conscientizar acerca do processo de envelhecimento;
- ser facilitador de trocas afetivas.

Cada profissional atuante no programa do GAMIA, utiliza-se de uma forma de intervenção grupal coerente com seus objetivos, que variam da orientação de condutas à construção de novas formas de subjetividades e de espaços sociais (Aranha, 2003b).

1.10 Atividade de Enfermagem (Valente e Santos, 2003)

A atividade de enfermagem no GAMIA tem como objetivo o controle e a orientação da saúde do idoso, procurando manter o equilíbrio bio-psico-sócio-espiritual.

Seu trabalho desenvolve as seguintes atividades:

- consultas de enfermagem prestando os cuidados que se fizerem necessários, ministrando as orientações indicadas no momento e encaminhando o idoso para outros profissionais;
- controle da pressão arterial;
- orientação quanto a exames complementares;
- palestras participativas sobre a saúde do idoso.

O conteúdo programático das palestras concentra os temas sobre:

- conceito holístico da saúde e necessidades básicas;
- características da terceira idade;
- manutenção da saúde e aspectos patológicos do envelhecimento;
- cuidados com a medicação;
- prevenção de acidentes no lar e na rua;

- quedas;
- anatomia e fisiologia dos sistemas;
- doenças mais incidentes na terceira idade;
- doenças infecto-contagiosas;
- tétano e vacinação;
- prevenção de câncer no idoso;
- e temas sugeridos pelos idosos.

1.11 Atividade de Farmácia (Alves, 2010)¹

A atividade de farmácia tem como objetivos da orientação farmacêutica:

- discutir com o grupo assuntos importantes relacionados ao uso de medicamentos, de forma que cada indivíduo seja autônomo para utilizar corretamente e da melhor forma possível os medicamentos prescritos;
- conscientizar o grupo sobre a importância de ser agente multiplicador de informações de qualidade e confiáveis sobre o uso correto de medicamentos;
- otimizar o tratamento medicamentoso, orientando o paciente quanto ao uso correto, considerando a existência de interações medicamentosas e o surgimento de reações adversas, sempre fazendo a interface com a equipe multidisciplinar, quando necessário;
- O acompanhamento dos idosos é realizado em dois momentos diferentes: a oficina com os grupos, pela manhã, e a orientação

¹ Nota de rodapé- Alves P. Atividade de Farmácia. HCFMUSP, 2010

individualizada a tarde, após o atendimento médico.

No atendimento grupal os temas são abordados em dois momentos:

- no primeiro semestre, com assuntos relacionados ao uso correto de medicamentos, formas farmacêuticas e sua utilização; diferença entre medicamentos genéricos, de referência e similares; visita à Farmácia, riscos da auto medicação e uso de medicamentos por idosos;
- no segundo semestre, as oficinas são voltadas ao tratamento das principais doenças que acometem idosos, como hipertensão, diabetes, osteoporose, depressão.

Durante o atendimento individual, cada paciente recebe a orientação após a consulta médica sobre a indicação de seus medicamentos e como tomá-los corretamente (qual o melhor horário e forma de administração, cuidados com interações medicamentosas, entre outros). Esta orientação é feita em consultório farmacêutico em impresso próprio, mês a mês, até o término da intervenção do grupo.

Havendo necessidade, alguns pacientes não aderentes ou com problemas relacionados a medicamentos são discutidos em conjunto com a equipe médica.

1.12 Atividade de Fisioterapia (Izzo, 2003)

As atividades de fisioterapia enfatizam a prevenção, fornecendo ao idoso ferramentas que o auxiliem a conhecer melhor o seu próprio corpo nesta etapa da vida, quer em repouso ou movimento. A ênfase é dada à execução dos movimentos para que o idoso possa perceber se estes

poderiam ou não lhe estar prejudicando e como desempenhá-los sem fazer esforços desnecessários.

Atualmente, os objetivos da área de fisioterapia são:

- desenvolver atividades relacionadas com a prevenção de incapacidades e agravos visando tornar o idoso o mais independente possível no desempenho de suas atividades cotidianas, evitando a ocorrência de acidentes, especificamente quedas;
- evitar, ou, se isto não for totalmente possível, retardar ao máximo a imobilidade através da melhoria da flexibilidade nos movimentos, da capacidade cardiorrespiratória, da autopercepção corporal, do equilíbrio e adequação postural, bem como da potencialização da atenção e memória.
- estimular a criatividade;
- promover atividades de lazer.

O alcance de tais objetivos se dá pelo desenvolvimento de técnicas como a cinesioterapia, a musicoterapia, a antiginástica, a sensibilização corporal, a bioenergética, a biodança, os exercícios relacionados ao melhor desempenho das atividades da vida diária, a psicomotricidade e as atividades relacionadas com a memória. Independente da técnica de escolhida alguns pressupostos estão claramente definidos junto a equipe:

- aquecimento inicial;
- variabilidade dos exercícios, evitando repetições contínuas;
- atividades em duplas, de preferência mistas;
- estímulo à concentração através do desenvolvimento de

atividades direcionadas, por exemplo, à coordenação e ao equilíbrio, sem música;

- atividades relacionadas à adequação postural para a manutenção do equilíbrio utilizando tarefas duplas com os idosos;
- sempre relacionar os atividades/exercícios desenvolvidos com as atividades práticas do cotidiano.

1.13 Atividade de Fonoaudiologia (Viude, 2003)

O programa de fonoaudiologia para os idosos do GAMIA foi elaborado com os seguintes objetivos:

- Promover o conhecimento acerca das áreas compreendidas pela fonoaudiologia;
- Propiciar a troca de experiências e vivências pessoais na construção do conhecimento;
- Propiciar atividades em grupo que estimulem a aplicação dos conhecimentos construídos;
- Propiciar a aplicação de conhecimentos discutidos em grupo em situações concretas da vida;
- Propiciar participação no direcionamento do programa por parte dos participantes que podem opinar, criticar, modificar ou propor atividades;
- Propiciar a construção de conhecimento visando a formação de agente multiplicador.

Propor um programa de intervenção fonoaudiológica junto a um grupo sem queixas prementes propicia a elaboração de atividades que promovam a saúde e sustentem a qualidade de vida, sem o objetivo de reabilitação.

O programa é subdividido em quatro etapas, cada uma com objetivos definidos e com propostas de atividades flexíveis a diferentes composições de grupos:

- 1ª etapa: o conhecimento sobre o querer, o saber e o poder se comunicar: a busca do autoconhecimento enquanto interlocutor;
- 2ª etapa: o conhecimento sobre os mecanismos envolvidos na comunicação: a audição e a fala;
- 3ª etapa: o conhecimento sobre os componentes comunicativos: léxico, sintaxe, memória e atenção;
- 4ª etapa: o conhecimento sobre a deglutição.

Evita-se a utilização de palestras e aulas expositivas por se tratar de um grupo com necessidade de informação sem modelagem acadêmica formal. Sustenta-se dessa forma a idéia de que a comunicação é fruto de interação de pessoas e não um apanhado de informações que podem ser apresentadas e prontamente digeridas.

Cada atividade resgata experiências pessoais que facilitam a construção do conhecimento. Na verdade nesse grupo nada é ensinado, tudo é organizado a partir do que já se sabia de alguma forma mas ainda não havia sido organizado. A teoria específica da fonoaudiologia serve como guia para a organização dos resultados das atividades propostas.

1.14 Atividade de Medicina (Jacob-Filho e Jallul, 2003)

O atendimento médico é feito pelos alunos da graduação da FMUSP, compondo a liga do GAMIA com supervisão dos médicos ligados ao Serviço de Geriatria do HCFMUSP.

No início do ano os profissionais, em conjunto com os acadêmicos organizam um curso de introdução à liga do GAMIA para que os alunos entrem em contato com a Geriatria. Ao final do evento é feita uma avaliação dos alunos da FMUSP que se interessarem por fazer parte da atividade médica.

Os alunos encontram uma oportunidade de conviver com situações muitas vezes pouco valorizadas em sua graduação como o contato com atendimento feito por vários profissionais em busca de um objetivo comum, proporcionando não apenas atendimento especializado como a possibilidade de integração social desta população e o impacto que pode causar na promoção de saúde dos idosos.

Na supervisão os médicos ligados ao Serviço de Geriatria se colocam a disposição durante todo o período de atendimento para auxiliar os alunos em anamneses, exame físico, raciocínio diagnóstico, indicação de exames subsidiários e condutas terapêuticas.

Após um ano de GAMIA os idosos continuam em acompanhamento médico com o mesmo supervisor. Os idosos formam um novo grupo com os participantes dos anos anteriores. O acompanhamento é feito nos outros dias da semana, sendo que cada subgrupo tem o seu próprio dia de atendimento.

1.15 Atividade de Nutrição (Fidelix, 2003)

A nutrição em Geriatria necessita e merece atenção especial, não apenas porque existam diferenças fundamentais das necessidades nutricionais dos idosos, mas também porque o processo de envelhecimento confere a este grupo características próprias.

Especificamente a atividade de nutrição tem como objetivos:

1. Avaliação do estado nutricional
2. Normalização do estado nutricional
3. Orientação nutricional
4. Educação nutricional
5. Prevenção e controle de enfermidades e suas complicações
6. Obtenção e/ou manutenção do peso corpóreo desejável
7. Conscientização do idoso para a importância de uma alimentação equilibrada para manter e/ou melhorar o seu estado de saúde

Além do atendimento grupal é realizado o atendimento individual visando avaliação nutricional, diagnóstico do estado nutricional, seguida da orientação dietoterápica.

No atendimento em grupo utilizam-se dinâmicas e aulas interativas, através de um processo contínuo de educação nutricional, objetivando a aquisição do hábito de uma alimentação mais equilibrada e saudável, abordando temas como:

- conceitos básicos sobre nutrição, alimentos e nutrientes;
- definição, funções e fontes alimentares de macro e micronutrientes;
- orientação dietoterápica geral para hipertensão, obesidade, diabetes, hipercolesterolemia, trigliceridemia, anemia,

osteoporose, obstipação, diarreia e outros distúrbios gastrointestinais;

- informações sobre alimentos funcionais;
- interações medicamentosas e nutrientes;
- elaboração de cardápios.

1.16 Atividade de Odontologia (Amaral, 2003)

O perfil do atendimento odontológico ao paciente geriátrico tem como objetivo estabelecer os conceitos da importância da manutenção de uma dentição natural saudável e funcional, assim como, os aspectos psicossociais, como a valorização da autoestima e integração social, que caracterizam uma nova perspectiva para os pacientes da terceira idade.

Os conceitos da importância da prevenção e manutenção da saúde bucal são enfatizados em palestras ao grupo no início de suas atividades e reforçadas em consultas individuais.

Os tópicos abordados em aula referem-se aos aspectos principais da fisiologia do envelhecimento oral. São apresentadas as alterações fisiológicas e anatômicas a que se submetem as estruturas orais com o avanço da idade, alertando para possíveis lesões em mucosa que podem caracterizar uma patologia. São salientados também os efeitos das perdas dentárias sobre a eficiência mastigatória, a consequente restrição da dieta e “déficit” nutricional.

Descrever a importância dos dentes sejam eles naturais ou artificiais sob o aspecto funcional, fonético e estético, evidencia a correlação com

outras especialidades que caracteriza o atendimento a este grupo.

1.17 Atividade de Psicologia (Aranha,2003a)

Considerando o processo de envelhecimento e as principais necessidades dos idosos atualmente, o Serviço de Psicologia no Gamia tem como principais objetivos:

- fazer com que os idosos reconheçam o envelhecimento como processo, contínuo e inevitável, tornando-se parte dele e responsáveis por seu curso;
- favorecer a troca de experiências e a identificação com os pares, através da análise da problemática do outro o idoso consegue identificar e reconhecer soluções para seus próprios conflitos, só que com menos angústias;
- propiciar convivência em grupo, ampliando o círculo social e favorecendo trocas afetivas;
- resgatar aspectos positivos da história pessoal, principalmente situações em que foi possível resolver conflitos e suportar frustrações e perdas;
- estimular a reflexão sobre temas pertinentes a esta etapa da vida, permitindo ao idoso expressar angústias e ansiedades daí decorrentes, o que contribui para a diminuição de negação e de estereotipias relacionadas ao envelhecimento;
- oferecer escuta e orientação a problemáticas e conflitos emocionais, permitindo maior autoconhecimento, reconhecendo os

próprios limites;

- facilitar a elaboração do processo de envelhecimento, com o que ele traz de perdas e ganhos;
- melhorar qualidade de vida por meio de melhoria na qualidade da saúde mental.

Quando necessário, há a possibilidade de retaguarda em psicoterapia individual. A psicologia no GAMIA não atua por meio de realização de psicoterapia grupal. A intervenção psicológica se dá por meio da realização de grupos operativos, construções feitas pelo próprio grupo, apenas mediadas e coordenadas pelo psicólogo quando necessário, o que não deixa de ter função terapêutica. As questões individuais surgidas são deslocadas e ampliadas para o grupo como um todo, facilitando a elaboração e evitando sentimentos persecutórios por parte do membro que colocou a problemática. Há também discussões semidirigidas de temas propostos pela psicologia ou trazidos pelos próprios membros do grupo, dinâmicas de grupo e técnicas psicodramáticas.

1.18 Atividade de Serviço Social (Gonçalves, 2003)

O objetivo do serviço social no GAMIA é realizar um trabalho sócio-educativo propiciando a vivência e troca de experiências em grupo, o resgate da história de vida, da sabedoria, da autoestima, da potencialidade e da cidadania, incentivando à participação social, a partir de discussões abertas.

O grupo de idosos levanta temas de interesse para discussão e o

plano de trabalho é elaborado tendo em vista as necessidades do grupo. Os temas mais frequentes são solidão e depressão; relacionamento familiar; respeito ao idoso na sociedade; atividade física, lazer e participação social; aposentadoria; ocupação remunerada; prevenção de doenças; sexualidade na 3ª idade; medo de envelhecer.

O planejamento de trabalho do assistente social considera a sabedoria e a memória histórica que cada idoso traz consigo. Os idosos são construtores ativos da história.

Ao propor a seleção de temas de interesse para discussão, objetiva traçar a necessidade que emerge do contexto grupal, pontuá-las dentro da realidade social, buscando a construção coletiva, ao longo do processo grupal, de alternativas no enfrentamento das dificuldades, fortalecendo assim o exercício de participação e cidadania.

1.19 Atividade de Terapia Ocupacional (Tamai, 2003)

A intervenção da terapia ocupacional tem como objetivo levar o idoso a perceber a qualidade da utilização do seu tempo, objetivando a reconstrução de padrões de atividade e o reconhecimento da importância de ter um tempo só para si, oferecendo oportunidade de sociabilização, de participação e de vivência grupal, ajudando o idoso a vencer sua constante dificuldade de lidar com perdas múltiplas.

Incentiva a autoestimulação para realizar múltiplas atividades, visando treinamento sensorial, desenvolvimento da criatividade e estimulação

cognitiva, avaliando o desempenho adaptativo do idoso como um dos indicadores de saúde. Desta forma estimula a reconstrução de padrões de vida e de atividade.

Para alcançar tais objetivos, a terapia ocupacional utiliza os seguintes recursos terapêuticos:

- Palestras abordando temas como aposentadoria, lazer, memória, que se complementam com as vivências descritas adiante;
- Atividades de lazer, como jogos e dinâmicas de grupo, estimulando a sociabilidade, estimulação sensorial e cognitiva e aquisição de novas habilidades;
- Comemoração de aniversariantes do mês, proporcionando ao idoso a oportunidade de sociabilização, e de trabalhar as habilidades de culinárias ;
- Organização de festas (Junina, Aniversário do GAMIA e Natal), proporcionando a interação com o Grupo do Pós-Gamia. Em todas as festas há uma preocupação com as roupas típicas, ensaio de apresentações de dança, coral, jogral, teatro, declamação de mensagens e poesias, preparação dos comes e bebes, ornamentação do espaço físico e a realização de um baile. É aberto à participação dos familiares e amigos dos gamistas;
- Dois passeios externos anuais, realizados na quarta-feira, no horário de atendimento do grupo. Conta com a participação do Grupo do Pós-Gamia e é aberto a familiares e amigos dos gamistas.
- Oficina de Memória, trabalhando a manutenção das funções cognitivas, através de técnicas específicas, os chamados auxiliares de memória. Além de instrumentalizar o idoso com informações técnicas, estimula a atenção, concentração e estimulação sensorial.

Como a velhice e a aposentadoria podem conduzir a um processo de desengajamento do indivíduo da sociedade, torna-se necessário estimular o idoso a se relacionar em grupo e reconhecer os seus limites, buscando alternativas de ações. Ao trabalhar estes aspectos, possibilita-se ao idoso a vivência de um período de participação social intensa e uma forma de renascimento social.

1.20 Atividade do PÓS-GAMIA (Gonçalves et al, 2003)

Após o período de um ano de atividades, os trinta idosos passam a fazer parte do programa denominado Pós-GAMIA, formado por idosos que já participaram do GAMIA. Além do acompanhamento médico ambulatorial, os idosos têm a opção de frequentar o grupo de atividades que acontecem quinzenalmente às segundas-feiras, das 900 às 11:00hs, sendo possível acompanhá-los após sua participação anual no GAMIA.

O grupo de atividades do Pós-GAMIA é aberto não sendo exigida a presença em todos os encontros. A média de frequência é de sessenta idosos por reunião. Os encontros são feitos em uma sala ampla que comporta até cento e cinquenta pessoas sentadas.

Os idosos participam das atividades sociais e de lazer juntamente com os idosos do GAMIA, como passeios e festas.

Nas atividades de segundas-feiras é oferecido ao idoso a oportunidade de rever os colegas de grupo e fazer novas amizades, palestras e oficinas.

Como no GAMIA, a coordenação das atividades é rodiziada entre os

membros da equipe de profissionais.

1.21 Triagem (Gonçalves e Aranha, 2003)

O processo de triagem para ingressar no Gamia inicia-se no primeiro dia útil do mês de julho do ano anterior ao que se tem interesse em participar. As inscrições são realizadas pelos profissionais do GAMIA, com a colaboração dos idosos do Pós-GAMIA. De 2009 para 2010 o número de inscritos foram de 320 pessoas.

Cada idoso inscrito é submetido a um processo de pré-triagem, realizado por toda equipe do GAMIA, previamente agendados, utilizando-se um protocolo próprio.

É interessante ressaltar que não há divulgação formal. Todos os interessados referem ter “ouvido falar” do Gamia por pessoas que fizeram ou fazem parte do programa.

Das 320 entrevistas são selecionados 70 idosos para participarem do processo de triagem, que se inicia em outubro do mesmo ano da inscrição e é realizado pelos profissionais das áreas de medicina, serviço social e psicologia.

Os principais critérios de inclusão e discussão dos aprovados no GAMIA se baseiam em perdas recentes, poucos recursos sócio-econômicos, não participar de outros grupos de convivência, pouco acesso a atividades de lazer, ter condições físicas e cognição preservadas, não ter dificuldades de locomoção nem dependência de outrem, não possuir comprometimentos psicopatológicos que inviabilizem convivência grupal e nem cônjuges ou

parentes participando no mesmo ano.

Após a realização das avaliações, o serviço social e a psicologia discutem todos os casos e indicam os 30 idosos que mais se enquadram aos objetivos do grupo, e que irão compor o Gamia do ano seguinte. Alguns idosos ficam em lista de espera, e caso haja desistência no primeiro mês de atividades, estes idosos são convocados.

Os candidatos que não foram indicados recebem carta explicativa e podem inscrever-se nos anos subsequentes.

Escolher não é tarefa fácil, nem simples e somos passíveis de errar na indicação, porém a redefinição de critérios discutidos pela equipe demonstrou muita eficácia e dividiu o compromisso da triagem numa perspectiva interdisciplinar.

1.22 Bazar do GAMIA

O Bazar do GAMIA iniciou suas atividades em 2001, com o objetivo de angariar fundos para as atividades do GAMIA, como festas, passeios e compra de material específico e estimular os chamados “talentos do GAMIA”, idosos que produzem e vendem suas próprias mercadorias. Depois também passou a ser a principal fonte de renda do Jornal do GAMIA.

O bazar é realizado no Piso Térreo dos Prédios dos Ambulatórios do HCFMUSP, pelo menos duas vezes por ano. É um espaço aberto para que os idosos do GAMIA montem suas bancas individuais. O GAMIA tem sua própria banca representada pelo Jornal do GAMIA.

Foi chamado de Bazar do GAMIA onde se vendem comidas,

artesanato, roupas, bijuterias, brinquedos, etc. O idoso recebe 70% do valor das vendas que realiza e doa 30% para o GAMIA. Se a pessoa não vender nada, também não precisa desembolsar nenhum valor para aluguel da banca.

As bancas não manipulam o dinheiro. Foi criado um caixa central onde os idosos do GAMIA com conhecimento de contabilidade revezam a função pela responsabilidade de gerenciar o caixa. É realizado um fechamento de contas diariamente e no final do bazar o tesoureiro do GAMIA fecha o caixa geral e faz a prestação de contas a equipe e aos idosos.

Todos os idosos do GAMIA podem participar, seja com doações de mercadorias, comidas e bebidas ou no trabalho antes e depois do bazar (separar mercadoria, colocar preço, revezar no trabalho das bancas, divulgação).

A comissão do Jornal do GAMIA compra panos de prato e distribui entre as idosas para que elas façam a barra de crochê.

Utiliza-se a experiência profissional de cada um deles como antigos comerciantes, contadores ou mesmo idosos que descobrem novos talentos a partir do trabalho durante o bazar.

1.23 Jornal do GAMIA (Gonçalves, 2003)

A idéia do Jornal do GAMIA originou-se a partir da produção de textos de idosos do GAMIA de 2001, oriundos das discussões dos temas da atividade do serviço social. Na época, foram eleitos dois representantes de cada grupo do GAMIA e quatro representantes do grupo do Pós-GAMIA para

fazer parte de uma comissão, que teria o papel de representar o grupo e pensar nas possibilidades da criação de um jornal.

O objetivo dessa atividade foi estimular e propiciar o exercício de participação dos idosos, com cada vez mais autonomia, onde o papel do profissional seria de facilitador e colaborador.

Sem pressa e tendo clareza de que o exercício de participação é um longo processo de aprendizagem, tal como se é o conviver em grupo, realizaram-se muitas discussões pontuando vários aspectos tais como: o que seria necessário para se fazer um jornal? Qual seria o nome? O seu conteúdo? Como o jornal seria pago? Qual a periodicidade? Quantas tiragens ele teria? Onde seria divulgado? Qual o papel dos representantes da comissão junto ao coletivo dos idosos?

A primeira reunião da comissão do jornal aconteceu em 31 de agosto de 2001 e um mês depois já existiam algumas definições. O nome do jornal deveria ser sugerido e votado por todos os idosos e caberia à toda comissão a divulgação desse processo “eleitoral” para o coletivo dos idosos. E assim foi feito, houve divulgação, padronização e distribuição de impresso para sugestão do nome do jornal, prazo de um mês para a devolução da sugestão e apuração. O resultado foi divulgado na Festa de Natal do GAMIA de 2001, sendo o nome mais votado: Jornal do GAMIA – Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial.

Quanto ao conteúdo, ficou definido que o jornal deveria ter um espaço para entrevistas, artigos de prevenção e saúde, temas relacionados ao envelhecimento, dicas, receitas, piadas, divulgação de informes referentes

aos grupos, enfim, um espaço para que todos pudessem participar.

Outra definição era que o jornal realizaria rifas, participaria dos bazares promovidos pelo GAMIA com uma banca com arrecadações destinadas ao jornal, buscava patrocinadores e aceitaria doações. As edições seriam trimestrais e com tiragem de 300 exemplares. O jornal seria divulgado para os idosos e profissionais do GAMIA, e o papel da comissão seria incentivar a participação de todos os idosos e organizar as publicações enviadas.

Onze meses depois o sonho se tornou realidade e na Festa de Aniversário do GAMIA de 2002 a primeira edição do jornal foi distribuída.

Outros resultados importantes foram as conquistas individuais que despontaram no grupo, inserindo os idosos socialmente nos recursos da comunidade, como por exemplo, uma senhora que matriculou-se no curso da Universidade Aberta à Terceira Idade da USP, na Faculdade de Matemática, no curso de computação, e outros que já discutiam interesses e possibilidades futuras para inscreverem-se como ouvintes em disciplinas da Faculdade de Jornalismo.

No decorrer das discussões, o grupo foi tornando-se cada vez mais amadurecido e autônomo, e cada qual determinava o seu papel na comissão, seja buscando patrocinadores, doações, gráficas, diagramadores, cotações de preço, tendo idéias para a banca do jornal nos bazares, fotografando ou indo à biblioteca pesquisar. As tarefas sempre divididas, um processo coletivo que resultou em quatro edições até março de 2003. Atualmente o jornal tem uma tiragem de 500 exemplares e é enviado pelo

correio para todos os pacientes do ambulatório do GAMIA.

O GAMIA acredita que ensinar e aprender somente se constroem através de um processo coletivo, respeitando-se e levando-se em conta todos os aspectos abordados até aqui.

Assim, nesse grande processo reflexivo, participativo e coletivo espera-se contribuir para a construção de um novo lugar e significado político e social para o idoso na sociedade. É sabido que pode demorar, mas quem sabe, as futuras gerações possam afirmar:

“Como deveria ser uma sociedade para que na velhice o homem permaneça um homem? Seria preciso que sempre tivesse sido tratado como um homem”
(Beauvoir, citado por Gonçalves, 2003).

1.24 Pesquisa em Qualidade de Vida no GAMIA

Ao longo de todos esses anos, estando o GAMIA inserido em uma instituição que visa a assistência, ensino e pesquisa, e contando com um corpo técnico qualificado e pessoalmente envolvido com os interesses acadêmicos, o desenvolvimento de pesquisa neste grupo efetuou-se de forma gradual, sempre baseado em princípios éticos e mais recentemente com reflexões bioéticas (Viude et al, 2003).

Dentro do universo de estudo das questões relacionadas ao envelhecimento e a partir de reflexões provenientes de anos de atuação junto a esta faixa etária, uma destas questões instigava em especial o grupo, tanto dos profissionais como também de acadêmicos e estagiários do serviço: O quanto o GAMIA contribuía na melhoria das condições da

qualidade de vida do idoso, ao término do programa anual?

Levando-se em consideração o alicerce da proposta de trabalho da equipe do GAMIA, que defende a idéia de que a partir de um programa de baixo custo, de simples execução, altamente eficiente e passível de ser reproduzido em qualquer unidade básica de saúde, é possível manter este idoso autônomo e independente na comunidade durante o seu processo de envelhecimento, foi natural o interesse em estudar o impacto dessas atividades na qualidade de vida do idoso.

Iniciou-se então um levantamento dos instrumentos disponíveis na época, alguns necessitando inclusive de tradução para o português, direcionando os primeiros estudos sobre o tema.

Os primeiros resultados foram publicados por Litvoc et al. (2000), a partir de um estudo usando o instrumento SF-36 (questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical outcomes study 36-Item Short-Form Health Survey”) antes do início das atividades do grupo e ao término das mesmas. Os resultados obtidos mostraram que 51,9% dos idosos melhoraram ou tiveram uma situação favorável, ao passo que 18,5% obtiveram resultados inalterados e 29,6% dos idosos apresentaram piora após o término do programa.

Em outro estudo, Paschoal et al. (2000a) avaliaram a qualidade de vida dos idosos no início e no final do programa do GAMIA, através do instrumento Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (Lawton, 1971). Obtiveram os seguintes resultados: na comparação individual 52% dos

idosos melhoraram a sua pontuação, 11% a mantiveram inalterada e 37% pioraram. Este instrumento apresentava características complementares ao SF-36, privilegiando as dimensões mais emocionais, enquanto o SF-36 centra-se na saúde física.

Num terceiro estudo, Paschoal et.al (2000b) realizaram uma avaliação inicial e uma final de qualidade de vida, através do instrumento GAMIA-QV, em conjunto com o Philadelphia Center Morale Scale e o SF-36. A parte qualitativa do instrumento é composta por desejos (idade que gostaria de ter hoje e quanto quer viver mais), comparações (sua situação de saúde com a de pessoas da mesma idade, sua qualidade de vida com a de seus pais) e autoavaliação de saúde. Foi construído um indicador agregado de qualidade de vida, articulando as respostas a essas variáveis (respostas favoráveis, desfavoráveis e neutras), o que permitiu classificar a qualidade de vida em três situações: favorável, de equilíbrio e desfavorável. Os resultados foram os seguintes: 16 idosos (59,3%) ou melhoraram de situação, ou permaneceram em situação favorável; 6 idosos (22,2%) permaneceram em situação desfavorável ou de equilíbrio, e 5 idosos (18, 5%) pioraram de situação.

Estes resultados foram superponíveis aos do SF-36 e aos do Philadelphia. Comparando-os com os do FS-36, dos dez idosos que tinham uma situação ótima, avaliada por ele no início do programa, seis tinham situação favorável e quatro de equilíbrio pelo indicador agregado GAMIA-QV. Dos 14 que melhoraram, avaliados pelo SF-36 ao final do programa, 11 também melhoraram, 2 mantiveram-se estáveis e 1 piorou quando avaliados

pelo GAMIA-QV. Mais uma intersecção de instrumentos mostrou concordância de resultados.

No estudo de Beresin (2002) foram entrevistados os idosos candidatos ao programa do GAMIA de 1999 (64 idosos), cujo objetivo principal foi avaliar as características psicossociais e a qualidade de vida dos idosos. Primeiramente foi realizado um estudo transversal entrevistando-se todos os candidatos a participar do programa. A seguir realizou-se um estudo de coorte com os 30 idosos selecionados para o programa. Foi utilizado o instrumento para medir qualidade de vida SF- 36, associado com escalas para depressão e cognição e uma entrevista semiestruturada, antes e ao final do programa.

Os resultados mostraram que os 64 idosos que se candidaram ao programa na sua maioria tinham boas condições de funcionalidade, sentiam-se saudáveis, com bom relacionamento familiar e social. A maior parte do grupo não apresentou depressão, tendo cognição normal e, no geral, boa qualidade de vida. Na comparação dos dois grupos os resultados mostraram que trata-se de dois grupos homogêneos em relação aos aspectos psicossociais e de qualidade de vida com exceção do fator idade e de já participar de “Atividade de Terceira Idade”. E na comparação no grupo de idosos selecionados ao programa, antes e após a sua participação, as diferenças estatisticamente significativas foram relacionadas com qualidade de vida onde houve um aumento na média da Capacidade Funcional e da Saúde Mental. É uma variação dos tipos de queixa de saúde física e emocional que os idosos tinham antes e após o programa. E finalmente

quanto às expectativas que os idosos tinham com relação ao que este tipo de grupo poderia lhes oferecer, estas foram atendidas de forma positiva. Concluiu-se que o GAMIA é um programa de promoção de saúde para idosos, onde a meta principal a ser atingida é melhorar a qualidade de vida do idoso, prioritariamente através da prevenção. Os resultados da pesquisa apontaram que os objetivos do programa são atingidos, e que os idosos da população em geral podem se beneficiar deste tipo de programa.

Zoriki (2004) estudou 27 idosos participantes do Programa do GAMIA correspondentes ao ano de 1999 utilizando o questionário SF-36. O questionário foi aplicado por uma pedagoga no início do programa em 1999 e, após um ano, no término das atividades em 2000. Quatro anos após a aplicação dos questionários e análise dos resultados, foram analisados os prontuários dos 27 participantes. Os resultados do questionário foram tabulados e separados pelos diversos domínios do instrumento: capacidade funcional, limitações físicas, dor, estado geral de saúde, vitalidade, vida social, aspecto emocional e saúde mental. Apenas no domínio geral de saúde observou-se um aumento nos índices de qualidade de vida. Com base nestes resultados a autora considerou uma avaliação positiva das atividades do GAMIA, pois não houve piora em nenhum domínio.

A discussão do trabalho de Zoriki (2004) pontuou algumas particularidades interessantes em relação a avaliação de qualidade de vida no idoso utilizando-se o questionário SF-36. No item 3, questão a, pergunta-se sobre a capacidade de se realizar atividades rigorosas, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos. Sabe-se que boa

parte dos idosos não realiza estas atividades em seu cotidiano e, portanto, não seria possível avaliar diferenças neste item antes e após a participação no GAMIA.

Outro item que mereceu atenção foi o de número 9. Ao tentar quantificar como o entrevistado tem se sentido nas últimas quatro semanas, tenta-se mensurar algo não mensurável em escalas do tipo: “todo tempo”, “a maior parte do tempo”, “uma boa parte do tempo”, etc. Para pontuar corretamente neste item é necessário que o entrevistado seja capaz de perceber nuances que nem sempre podem ser identificadas por boa parte da população idosa, principalmente nos de baixa escolaridade. A mesma dificuldade ocorre no item 11.

Assim sendo, a busca por um instrumento de avaliação da Qualidade de Vida que pudesse ser melhor comparado com a literatura, direcionou a escolha para o WHOQOL (instrumento que avalia qualidade de vida dentro de uma perspectiva transcultural), em especial na sua forma reduzida conhecida como WHOQOL-Bref, a fim de facilitar a aplicação do instrumento no início e fim do programa anual, podendo com isso avaliar o impacto deste programa em uma população previamente selecionada para dele participar.

O WHOQUOL- Bref é um instrumento que foi desenvolvido pela OMS (Organização Mundial de Saúde) e validado para a língua portuguesa (Fleck et al, 1999; Fleck et al,2000; Fleck, 2000).

O instrumento foi aplicado nos idosos do GAMIA antes do início e ao final das atividades nos períodos anuais de 2000, 2001, 2002, que se caracterizou no presente estudo. Além de trabalhar com uma casuística

maior, utilizou um instrumento validado.

Albuquerque (2005) utilizou os idosos do GAMIA pertencentes ao ano de 2003 (contabilizando 30 participantes) em seu estudo que teve como objetivo investigar a qualidade de vida de idosos usuários de dois programas públicos de saúde do idoso, no início e ao final da participação nos programas, caracterizando-os demográfica e socioeconomicamente.

O estudo teve duas abordagens: uma quantitativa e outra qualitativa. Na abordagem quantitativa utilizaram-se três instrumentos: o questionário de caracterização demográfica e socioeconômica, e dois questionários genéricos de avaliação de qualidade de vida, o WHOQOL-Bref e o SF-36. Na abordagem qualitativa os dados foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas com os idosos, para coleta de depoimentos com base na metodologia da “História Oral” e da entrevista grupal (grupo focal).

Concluiu-se que os escores do WHOQOL-Bref apresentaram estatisticamente uma melhora entre o início e o fim dos programas no domínio físico ($p=0,03$). Os escores do SF-36 foram estatisticamente significativos nos componentes estado geral de saúde ($p=0,020$) e vitalidade ($p=0,029$). Comparando a correlação entre os dois instrumentos observou-se que dentre os componentes do SF-36 que apresentaram maior correlação com os domínios do WHOQOL-Bref, destacaram-se o estado geral de saúde, nas duas fases do estudo, e vitalidade, principalmente na fase inicial. No estudo qualitativo os idosos valorizaram o envelhecimento ativo e foram exemplos da manutenção da independência.

O presente estudo se propôs a avançar na pesquisa no tema qualidade de vida no programa do GAMIA, procurando investigar não apenas as alterações nos índices dos diferentes domínios da qualidade de vida dos idosos durante o transcorrer do ano da sua participação, mas também tentando identificar os fatores preditores destas alterações em cada um dos domínios.

Desta forma pretendemos ampliar a discussão, determinando o perfil de idoso que melhor se encaixa nas propostas do programa.

2. OBJETIVOS DO ESTUDO

2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

- Avaliar os efeitos de um Programa de Promoção do Envelhecimento Saudável na Qualidade de Vida dos Idosos durante o seu desenvolvimento anual.

2.2 OBJETIVO SECUNDÁRIO

- Identificar fatores preditores dos efeitos observados, correlacionando as variáveis sócio demográficas e clínicas com as variações dos diferentes domínios componentes da avaliação da qualidade de vida:
 - Idade
 - Sexo
 - Estado civil
 - Escolaridade
 - Multimorbidades
 - Condições sócioeconômicas
 - Grau de independência funcional
 - Envolvimento em atividades sociais, de lazer e físicas

3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

O estudo foi realizado no Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas da FMUSP, com idosos participantes do programa do GAMIA (Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial) nos anos de 2000, 2001 e 2002. Foram observadas 83 pessoas, em um ano de acompanhamento, sendo aferidas medidas de qualidade de vida utilizando-se o instrumento World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL-Bref) em dois momentos, no início e ao final do programa. Terminaram o estudo com todas as avaliações preenchidas 83 das 90 pessoas que foram avaliadas na primeira fase.

Foram aferidos índices que avaliaram a multimorbidade das pessoas e as atividades de vida diária utilizando-se informações contidas nos prontuários médicos, a Escala de Atividades Básicas de Vida Diária de Katz, a Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton, a Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) e Questionário sócio-demográfico elaborado pelos autores.

Para responder aos objetivos do estudo foram utilizadas as variações na qualidade de vida dos domínios do WHOQOL com uso de testes Wilcoxon pareados (Conover, 1980) e calculadas as diferenças sofridas em cada domínio (final – inicial).

Foi testada a normalidade de distribuição das diferenças nos domínios com uso de testes Kolmogorov-Smirnov (Conover, 1980) sendo aceita a suposição de normalidade de distribuição dos dados ($p > 0,05$).

Para as medidas de multimorbidades e as variáveis numéricas foram calculadas as correlações de Spearman com as diferenças em cada domínio de qualidade de vida. Para as variáveis cor, estado civil e reside com foram comparadas as diferenças nos domínios de qualidade de vida entre as categorias de cada variável com uso de ANOVAs (Neter et al, 1996) e para as demais variáveis nominais dicotômicas foram comparadas as diferenças em cada domínio de qualidade de vida entre as categorias das variáveis com uso de testes t-Student (Bussab e Morettin, 1987).

Os testes foram aplicados utilizando um nível de significância inferior a 5%.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPesq - da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ANEXO I), incluindo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE ANEXO II).

3.1 WHOQOL – Bref (World Health Organization Quality Of Life)

O WHOQOL-Bref é uma versão abreviada do instrumento WHOQOL-100, ambos validados para população brasileira (Fleck, 1999; Fleck et al 2000; Fleck,2000). É composto por 26 questões dentre as questões que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos, cobrindo quatro domínios específicos (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e um domínio geral (ANEXO III).

Duas questões são gerais de qualidade de vida e as demais representam uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (Fleck, 2000), como mostra o Quadro 2.

Domínios e facetas do WHOQOL-Bref
Domínio I – domínio físico
1. dor e desconforto 2. energia e fadiga 3. sono e repouso 10. atividades da vida cotidiana 11. dependência de medicação ou de tratamentos 12. capacidade de trabalho
Domínio II – domínio psicológico
4. sentimentos positivos 5. pensar, aprender, memória e concentração 6. autoestima 7. imagem corporal e aparência 8. sentimentos negativos 24. espiritualidade/religiosidade/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, e oportunidades de recreação/lazer 22. ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) 23. transporte

Quadro 2. Domínios e facetas do WHOQOL-Bref

Este instrumento foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde em estudo multicêntrico baseando-se nos pressupostos de que qualidade de vida é uma construção subjetiva (percepção do indivíduo em questão), multidimensional e composta por elementos positivos (por exemplo, mobilidade) e negativos (dor) (Minayo, 2000).

3.2 Escala de Atividades Básicas de Vida Diária de Katz

O Índice de Katz avalia as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) (Katz, 1963 e 1976). As atividades estão divididas nos itens banho, alimentação, higiene pessoal, vestir-se, transferência e continência. O escore total é o somatório de respostas “sim”. Total de 6 pontos significa independência para AVD; 4 pontos, dependência parcial; 2 pontos, dependência importante (ANEXO IV).

3.3 Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton

A Escala de Lawton avalia as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) (Lawton, 1969). As atividades estão divididas em habilidade de usar o telefone, ir a locais distantes, fazer compras, preparar as próprias refeições, arrumar a casa, fazer trabalhos manuais domésticos, lavar e passar a roupa, tomar seus remédios, cuidar das finanças. Para cada questão, a primeira resposta significa independência; a segunda capacidade com ajuda, a terceira dependência. A pontuação máxima é de 27 pontos e o escore tem um significado apenas para o paciente individual, servindo como base de comparação evolutiva (ANEXO V).

3.4 CIRS (Cumulative Illness Rating Scale)

A Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) (Fortin, 2004 e 2005) é um instrumento que quantifica as disfunções em catorze sistemas orgânicos

(cardíaco, respiratório, hematológico gastrointestinal superior, gastrointestinal inferior, genitourinário, hepático / pancreático, renal, musculoesquelético/tecidos, endócrino/metabólico/, neurológico, psiquiátrico) em uma escala de gravidade de 0 a 4 pontos. Segundo a literatura o CIRS é a melhor opção dentre os instrumentos elaborados para medir multimorbidades quando o objeto de estudo se relacionar com qualidade de vida, pelo fato de englobar aspectos físicos e mentais (ANEXO VI).

3.5 Questionário do Perfil do Idoso

O Questionário do Perfil do Idoso foi elaborado pelos autores com o objetivo de coletar dados referentes a caracterização dos idosos, da sua autopercepção da saúde e da sua qualidade de vida, expectativas e hábitos relacionados a prática de atividades físicas, sociais e de lazer, utilizando dados contidos nos prontuários dos pacientes, na Avaliação Geriátrica Global (AGG) e no Questionário Bem Estar GAMIA.

Possui questões relacionadas a:

- **Identificação** – nome, idade, gênero, cor, escolaridade, estado civil, com quem reside, renda, se possui casa própria e alguns bens de consumo, como televisão, telefone, geladeira, microondas, carro, seguro de vida, seguro saúde e computador.
- **Autopercepção da saúde e qualidade de vida** – até que idade gostaria de viver, classificação do estado geral de saúde, comparação da qualidade de vida do idoso(a) com sua mãe ou com o seu pai quando tinham a mesma idade do entrevistado, se os idosos podem

ter uma boa qualidade de vida e a nota que daria hoje para sua qualidade de vida.

- **Atividades sociais e de lazer** – se pratica atividades físicas e o que faz para se distrair. (ANEXO VII)

A AGG (ANEXO VIII) foi elaborada após um longo período de debates. Foi estruturada pela equipe de profissionais do GAMIA para ser aplicada no grupo de 30 idosos no início das atividades (março) e no término das mesmas (dezembro). Engloba aspectos de todas as áreas e é um protocolo de coleta de dados para a criação de um banco de dados. Houve a preocupação na elaboração de um manual de instrução, para padronizar a sua aplicação, possibilitando que todos os membros da equipe pudessem utilizá-lo. (Jacob-Filho, 2003)

O Questionário Bem Estar GAMIA (ANEXO IX) foi elaborado por profissionais do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da FMUSP e do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, grupo este que deu início aos estudos em qualidade de vida no GAMIA.

A partir da criação de um banco de dados oriundo de uma coleta realizada nos anos de 2000, 2001 e 2002, foi realizado um recorte que deu origem ao presente estudo. Deste banco de dados retiramos as informações contidas no WHOQOL-Bref e Questionário Bem Estar GAMIA.

3.6 Dinâmica da aplicação das entrevistas e dos instrumentos

Após o processo de triagem e início das atividades do GAMIA, os idosos eram convidados a participar da pesquisa. Depois das explicações dos objetivos do estudo e leitura e assinatura do TCLE eram aplicados o Questionário Bem Estar GAMIA e o WHOQOL-Bref, por uma equipe devidamente treinada. Os autores não participaram da coleta de dados para não interferir nos resultados. Um dos autores era coordenador geral das atividades do GAMIA e o outro coordenador das atividades de terapia ocupacional.

Por se tratar de pessoas idosas e algumas com dificuldade de leitura e escrita optou-se pela leitura de todos os instrumentos, inclusive o WHOQOL-Bref que é um instrumento autoaplicável. Caso o idoso tivesse alguma dúvida, a questão era lida de forma lenta e pausada, não se utilizando sinônimos nem mesmo explicações das questões, para evitar a influência do entrevistador sobre as respostas do entrevistado.

As Escalas de Katz e Lawton foram aplicadas na avaliação de admissão dos idosos. A CIRS foi preenchida pelos dados contidos em prontuários após a primeira consulta médica no GAMIA e na primeira consulta médica do Pós-GAMIA, ou seja, depois do término do programa do GAMIA.

Estas condutas foram seguidas nos anos de 2000, 2001 e 2002. Teve-se o cuidado de estabelecer uma sequência na aplicação dos instrumentos, adotando a mesma conduta durante três anos, propiciando assim a formação de um único grupo para o presente estudo.

Dos 90 idosos entrevistados, 83 terminaram o estudo, sendo três por motivo de falecimento e quatro por motivo de desistência da pesquisa (não tiveram todos os instrumentos reaplicados no final das atividades), mesmo concluindo as atividades assistenciais.

4. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados como dados demográficos e socioeconômicos, seguidos pelos resultados relacionados qualidade de vida com os dados de correlações.

4.1. Caracterização demográfica da amostra

Os dados da tabela 1 mostram que a média de idade da amostra foi de 69,3 anos, com predominância do sexo feminino (79,5%), sendo 77,1% da cor branca.

Em relação a estado civil, 48,8% eram viúvos, 31,7% eram casados, 9,8% solteiros, 9,8% separados, 1,2% outros.

No que se refere à residência, 33,7% moravam sozinhos, 27,7% com os filhos, 14,5% com o cônjuge e filhos, 13,3% com o cônjuge e 10,8% outros, sendo que 66,3% em casa própria.

Quanto à escolaridade, 46 idosos (55,4%) tinham até 4 anos de escolaridade (sendo que 6 deles nunca frequentaram a escola), 24 (28,9%) de 5 a 8 anos e 13 (15,7%) com mais de 8 anos de escolaridade.

Em relação às Atividades Básicas de Vida Diária, todos os idosos da amostra alcançaram a pontuação máxima na Escala de Katz. Nas Atividades Instrumentais de Vida Diária, 77 idosos (92,8%) obtiveram a pontuação máxima Escala de Lawton.

Tabela 1. Caracterização demográfica da amostra

VARIÁVEL	N	%
Sexo		
Masculino	17	20,5
Feminino	66	79,5
Cor		
Branco	64	77,1
Negro	3	3,6
Pardo	9	10,8
Oriental	7	8,4
Reside		
Sozinho	28	33,7%
1 Pessoa	11	13,3%
2 Pessoas	12	14,5%
3 Pessoas	23	27,7%
4 Pessoas	9	10,8%
Anos de estudo		
Analfabeto	6	7,2
1-4 anos	40	48,2
5-8 anos	24	28,9
9 anos ou +	13	15,7
Estado Civil		
Solteiro	9	9,8
Casado	26	31,7
Viúvo	40	48,8
Separado	8	9,8
Casa Própria		
Não	28	34,7
Sim	55	66,3
Média de Idade		69,3 anos
Média de renda individual		R\$ 509,37
Média renda familiar		R\$ 699,01

4.2. Caracterização socioeconômica da amostra

A renda média individual foi de 2,88 salários mínimos e a familiar de 3,95 salários mínimos.

A Tabela 2 mostra a relação de bens materiais.

Tabela 2. Relação de bens materiais

Bens	%
Televisão	94,0
Telefone	94,0
Geladeira	97,6
Microondas	50,6
Carro	38,6
Seguro de Vida	15,7
Computador	25,3
Seguro-Saúde	25,3

4.3 Análise estatística sobre qualidade de vida

A Tabela 3 mostra que as pessoas participantes do programa GAMIA pioram estatisticamente no domínio físico ($p = 0,014$) e melhoram nos domínios psicológico e meio ambiente ($p = 0,029$ e $p = 0,007$ respectivamente). Os domínios relações sociais e geral tiveram uma tendência de melhora ($p = 0,062$ e $p = 0,052$ respectivamente).

Tabela 3. Descrição dos escores de qualidade de vida no início e fim do programa e resultado da comparação entre os momentos.

Domínio	Momento	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	N	p
Físico	Inicial	71,08	16,31	75,0	28,6	100,0	83	0,014
	1 ano	68,46	15,76	67,9	32,1	100,0	83	
Psicológico	Inicial	66,41	15,65	66,7	29,2	100,0	82	0,029
	1 ano	70,08	13,00	70,8	41,7	100,0	83	
Relações Sociais	Inicial	65,75	16,36	66,7	25,0	100,0	82	0,062
	1 ano	69,07	14,52	75,0	25,0	100,0	83	
Meio ambiente	Inicial	58,04	15,87	56,3	25,0	93,8	82	0,007
	1 ano	62,16	12,62	62,5	34,4	96,9	83	
Geral	Inicial	63,86	16,68	62,5	25,0	100,0	83	0,052
	1 ano	67,62	15,38	75,0	25,0	100,0	83	

A Tabela 4 mostra que a diferença nos domínios de qualidade de vida está inversamente correlacionada com algumas das medidas de interesse, por exemplo, quanto maior a nota que o idoso atribuía para sua qualidade de vida hoje menor era a melhora dele no domínio meio ambiente ($r = -0,3$ e $p = 0,006$).

Constatamos que quanto maior a nota que o idoso atribuía ao seu estado de saúde atual menor era a sua melhora no domínio psicológico ($r = -0,3$ e $p = 0,002$).

O mesmo se aplicou quando o idoso avaliava seu estado de saúde atual. Observamos uma tendência na análise estatística ($r = -0,2$ e $p = 0,55$).

A mesma relação inversa ocorreu quando o idoso comparava sua qualidade de vida a de seus pais. Observamos uma tendência para o domínio meio ambiente ($r = -0,2$ e $p = 0,023$).

Nosso estudo também observou esta relação inversa entre multimorbidades e qualidade de vida, principalmente nos domínios físico, relações sociais e meio ambiente.

Pela análise estatística constatamos que o idoso que demonstrava querer viver até idades mais avançadas obtinha uma melhora menor no domínio psicológico ($r = -0,2$ e $p = 0,024$).

Tabela 4. Resultado das correlações de Spearman entre a variação nos domínios de qualidade de vida e os escores de medidas numéricas de interesse.

Correlação		Varição domínio físico	Varição domínio psicológico	Varição domínio relações sociais	Varição domínio meio ambiente	Varição geral
idade	r	-0,036	-0,095	-0,103	-0,071	0,013
	p	0,748	0,397	0,356	0,528	0,904
	N	83	82	82	82	83
CIRS_I	r	-0,146	0,097	-0,05	-0,083	0,05
	p	0,188	0,387	0,658	0,459	0,654
	N	83	82	82	82	83
KATZ I	r	#				
	p					
	N	83	82	82	82	83
LAW I	r	-0,143	0,195	0,152	0,159	0,022
	p	0,196	0,079	0,172	0,154	0,844
	N	83	82	82	82	83
Ate que idade o(a) sr.(a) gostaria de viver	r	0,037	-0,254	-0,094	-0,087	0,104
	p	0,743	0,024	0,409	0,444	0,359
	N	80	79	79	79	80
Classifique o seu estado de saúde atual	r	-0,114	-0,331	-0,067	-0,213	-0,136
	p	0,304	0,002	0,547	0,055	0,22
	N	83	82	82	82	83
Sua qualidade de vida comparado aos seus pais	r	-0,09	-0,03	-0,053	-0,252	-0,088
	p	0,42	0,792	0,636	0,023	0,434
	N	82	81	81	81	82
Como o (a) sr.(a) classificaria sua qualidade de vida hoje	r	0,031	-0,14	-0,103	-0,123	-0,046
	p	0,784	0,211	0,361	0,274	0,685
	N	82	81	81	81	82
Nota para sua vida hoje:	r	-0,034	-0,137	-0,172	-0,3	-0,076
	p	0,757	0,22	0,123	0,006	0,494
	N	83	82	82	82	83

Todos os valores de Katz são iguais

As Tabelas 5 a 8 mostram que a alteração na qualidade de vida não foi influenciada estatisticamente pelas características sociais do indivíduo (cor, estado civil e reside com) ($p > 0,05$).

Tabela 5. Descrição das alterações na qualidade de vida segundo cor e resultado dos testes de comparação.

Variável	Cor	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	N	p
Variação domínio físico	Branco	-0,95	14,39	-3,56	-32,19	39,25	64	0,104
	Negro	-3,56	3,56	-3,56	-7,13	0,00	3	
	Pardo	-5,54	6,72	-3,56	-17,88	3,62	9	
Variação domínio psicológico	Oriental	-13,78	9,57	-10,69	-28,63	0,00	7	0,811
	Branco	3,11	12,67	4,13	-16,69	41,63	63	
	Negro	11,10	17,37	16,69	-8,38	25,00	3	
Variação domínio relações sociais	Pardo	4,16	18,29	4,13	-16,69	37,50	9	0,474
	Oriental	3,57	17,90	4,19	-33,31	25,00	7	
	Branco	3,44	14,17	0,00	-25,00	41,69	63	
Variação domínio meio ambiente	Negro	13,88	17,34	8,31	0,00	33,31	3	0,242
	Pardo	-0,01	10,21	0,00	-8,38	16,69	9	
	Oriental	1,19	8,92	0,00	-16,69	8,38	7	
Variação geral	Branco	4,66	12,96	6,25	-25,00	31,25	63	0,946
	Negro	11,46	16,04	15,63	-6,25	25,00	3	
	Pardo	4,86	17,89	12,50	-18,75	28,13	9	
Variação geral	Oriental	-4,91	7,41	-3,13	-15,63	6,25	7	0,946
	Branco	4,30	16,25	0,00	-25,00	50,00	64	
	Negro	0,00	12,50	0,00	-12,50	12,50	3	
Variação geral	Pardo	2,78	12,15	0,00	-12,50	25,00	9	0,946
	Oriental	1,79	20,95	0,00	-25,00	37,50	7	

Tabela 6. Descrição das alterações na qualidade de vida segundo estado civil e resultado dos testes de comparação.

Variável	Estadocivil	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	N	p
Variação domínio físico	Solteiro	-6,36	6,39	-7,13	-17,88	3,56	9	0,551
	Casado	-4,53	14,13	-8,91	-28,63	35,69	26	
	Viuvo	-0,54	14,61	-3,56	-32,19	39,25	40	
Variação domínio psicológico	Separado	-2,69	12,34	0,00	-17,88	10,69	8	0,853
	Solteiro	2,31	14,30	4,13	-16,69	20,81	9	
	Casado	2,56	12,96	4,19	-16,69	33,31	26	
Variação domínio relações sociais	Viuvo	3,75	15,19	0,00	-33,31	41,63	39	0,215
	Separado	7,29	9,11	8,34	-8,31	20,81	8	
	Solteiro	8,32	15,59	8,31	-16,69	33,31	9	
Variação domínio meio ambiente	Casado	0,32	11,42	0,00	-25,00	25,00	26	0,441
	Viuvo	5,13	14,51	8,31	-25,00	41,69	39	
	Separado	-2,10	10,68	0,00	-16,69	8,31	8	
Variação geral	Solteiro	-2,43	11,02	-6,25	-15,63	15,63	9	0,317
	Casado	3,73	13,38	3,13	-25,00	31,25	26	
	Viuvo	5,61	14,50	12,50	-18,75	31,25	39	
Variação geral	Separado	5,47	9,56	7,81	-12,50	18,75	8	0,317
	Solteiro	1,39	15,87	0,00	-25,00	25,00	9	
	Casado	8,65	16,11	12,50	-25,00	37,50	26	
Variação geral	Viuvo	1,56	15,29	0,00	-25,00	50,00	40	0,317
	Separado	1,56	18,22	0,00	-25,00	25,00	8	

A Tabela 7 mostra que a escolaridade não altera em média os valores de variação dos escores de qualidade de vida ($p > 0,05$).

Tabela 7. Descrição das alterações na qualidade de vida segundo escolaridade e resultado dos testes de comparação.

Variável	Escolaridade	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	N	p
Variação domínio físico	Analfabeto	1,79	14,42	-1,78	-10,69	28,56	6	0,676
	1-4 anos	-3,21	14,62	-5,34	-32,19	35,69	40	
	5-8 anos	-1,20	10,19	-1,78	-17,88	21,44	24	
	9 anos ou +	-5,50	15,94	-7,13	-21,44	39,25	13	
Variação domínio psicológico	Analfabeto	-2,07	8,66	-2,06	-16,69	8,38	6	0,377
	1-4 anos	5,67	13,53	4,19	-16,69	37,50	39	
	5-8 anos	3,81	14,11	4,12	-16,69	41,63	24	
	9 anos ou +	-0,63	15,38	0,00	-33,31	20,81	13	
Variação domínio relações sociais	Analfabeto	13,90	18,00	12,50	-8,31	41,69	6	0,250
	1-4 anos	2,92	10,93	0,00	-16,69	25,00	40	
	5-8 anos	1,73	13,46	0,00	-25,00	25,00	24	
	9 anos ou +	2,08	18,16	8,31	-25,00	33,31	12	
Variação domínio meio ambiente	Analfabeto	3,65	16,70	1,56	-18,75	28,13	6	0,605
	1-4 anos	5,05	13,93	9,38	-25,00	31,25	39	
	5-8 anos	5,21	13,50	6,25	-15,63	31,25	24	
	9 anos ou +	-0,48	10,27	-3,13	-15,63	18,75	13	
Variação geral	Analfabeto	-2,08	12,29	-6,25	-12,50	12,50	6	0,583
	1-4 anos	5,31	15,73	0,00	-25,00	37,50	40	
	5-8 anos	4,69	13,19	6,25	-25,00	25,00	24	
	9 anos ou +	0,00	22,24	-12,50	-25,00	50,00	13	

Tabela 8. Descrição das alterações na qualidade de vida segundo reside com e resultado dos testes de comparação.

Variável	reside com	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	N	p
Variação domínio físico	1	-3,83	10,42	-5,34	-25,00	21,44	28	0,876
	2	-3,26	17,08	-7,13	-28,63	35,69	11	
	3	-0,29	14,95	-1,78	-21,44	32,13	12	
	4	-3,43	15,10	-3,63	-32,19	39,25	23	
	5	0,80	13,92	-3,56	-17,88	25,00	9	
Variação domínio psicológico	1	0,75	16,11	2,09	-33,31	41,63	28	0,489
	2	1,90	10,91	4,19	-12,50	25,00	11	
	3	3,82	12,74	2,06	-12,50	29,19	12	
	4	5,30	13,06	4,16	-16,69	37,50	22	
	5	9,72	11,80	16,69	-8,38	20,88	9	
Variação domínio relações sociais	1	5,65	10,41	8,31	-25,00	25,00	28	0,457
	2	0,76	15,12	0,00	-25,00	25,00	11	
	3	-1,39	7,81	0,00	-16,69	8,38	12	
	4	5,30	18,47	4,16	-25,00	41,69	22	
	5	-0,02	11,79	0,00	-16,69	16,69	9	
Variação domínio meio ambiente	1	4,46	12,91	6,25	-18,75	31,25	28	0,448
	2	6,82	14,31	9,38	-15,63	31,25	11	
	3	-2,08	15,15	-4,69	-25,00	21,88	12	
	4	6,25	13,09	9,38	-15,63	28,13	23	
	5	2,34	12,25	1,56	-12,50	18,75	8	
Variação geral	1	-0,45	16,83	0,00	-25,00	37,50	28	0,200
	2	7,95	17,02	0,00	-12,50	37,50	11	
	3	10,42	12,87	12,50	-12,50	25,00	12	
	4	5,43	15,91	0,00	-25,00	50,00	23	
	5	-1,39	13,18	0,00	-12,50	25,00	9	

Em relação a hábitos e rotinas cotidianas, as tabelas 9 a 17 mostraram que pessoas que tinham o hábito de realizar atividades em grupo mostraram uma piora um pouco mais acentuada na qualidade de vida no domínio físico ($p = 0,013$), enquanto que foi possível detectar, no domínio

geral, uma tendência de melhora para as pessoas que realizavam atividades em grupo ($p = 0,5$) e uma evidência de melhora para aqueles que ouviam rádio ($p = 0,047$). Conforme a tabela 13, verificou-se que a grande maioria dos idosos (79,3%) realizavam 3 ou mais atividades de lazer frequentemente.

Tabela 9. Descrição das alterações na qualidade de vida segundo realização de atividade física e resultado dos testes de comparação.

Variável	Atividade física	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	N	p
Variação domínio físico	Não	0,25	15,36	-3,56	-21,44	39,25	28	0,198
	Sim	-3,78	12,01	-3,56	-28,63	35,69	52	
Variação domínio psicológico	Não	4,48	12,33	4,19	-16,69	33,31	27	0,784
	Sim	3,60	13,98	4,13	-16,69	41,63	52	
Variação domínio relações sociais	Não	6,80	12,45	8,31	-16,63	41,69	27	0,076
	Sim	1,12	13,71	0,00	-25,00	33,31	52	
Variação domínio meio ambiente	Não	5,79	11,78	6,25	-18,75	21,88	27	0,486
	Sim	3,55	14,31	0,00	-25,00	31,25	52	
Variação geral	Não	7,14	17,82	6,25	-25,00	50,00	28	0,253
	Sim	2,88	14,56	0,00	-25,00	37,50	52	

Tabela 10. Descrição das alterações na qualidade de vida segundo prática de leitura e resultado dos testes de comparação.

Variável	Leitura	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	N	p
Variação domínio físico	Não	-2,83	13,98	-7,13	-28,63	28,56	29	0,777
	Sim	-1,96	12,96	-3,56	-25,00	39,25	53	
Variação domínio psicológico	Não	3,58	15,74	4,16	-33,31	41,63	28	0,971
	Sim	3,46	12,88	4,13	-16,69	37,50	53	
Variação domínio relações sociais	Não	6,61	12,87	8,31	-16,63	41,69	29	0,111
	Sim	1,60	13,72	0,00	-25,00	33,31	52	
Variação domínio meio ambiente	Não	4,69	13,99	6,25	-18,75	31,25	28	0,788
	Sim	3,83	13,35	6,25	-25,00	31,25	53	
Variação geral	Não	0,43	16,86	0,00	-25,00	37,50	29	0,139
	Sim	5,90	15,23	0,00	-25,00	50,00	53	

Tabela 11. Descrição das alterações na qualidade de vida segundo hábito de ouvir rádio e resultado dos testes de comparação.

Variável	Rádio	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	N	p
Variação domínio físico	Não	-2,38	12,13	-1,78	-25,00	25,00	24	0,960
	Sim	-2,22	13,79	-3,59	-28,63	39,25	58	
Variação domínio psicológico	Não	6,26	10,64	4,19	-8,31	33,31	24	0,247
	Sim	2,34	14,92	4,13	-33,31	41,63	57	
Variação domínio relações sociais	Não	3,63	12,52	8,31	-16,69	41,69	23	0,923
	Sim	3,30	14,05	0,00	-25,00	33,31	58	
Variação domínio meio ambiente	Não	7,61	11,49	9,38	-18,75	21,88	23	0,145
	Sim	2,75	14,06	0,00	-25,00	31,25	58	
Variação geral	Não	9,38	15,75	12,50	-25,00	37,50	24	0,047
	Sim	1,72	15,61	0,00	-25,00	50,00	58	

Tabela 12. Descrição das alterações na qualidade de vida segundo hábito de assistir TV e resultado dos testes de comparação.

Variável	TV	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	N	p
Variação domínio físico	Não	-10,71	0,04	-10,69	-10,75	-10,69	3	0,263
	Sim	-1,95	13,40	-3,56	-28,63	39,25	79	
Variação domínio psicológico	Não	-1,38	8,69	-4,19	-8,31	8,38	3	0,538
	Sim	3,69	14,00	4,16	-33,31	41,63	78	
Variação domínio relações sociais	Não	0,02	8,34	0,00	-8,31	8,38	3	0,663
	Sim	3,52	13,73	0,00	-25,00	41,69	78	
Variação domínio meio ambiente	Não	-8,33	9,55	-6,25	-18,75	0,00	3	0,103
	Sim	4,61	13,44	6,25	-25,00	31,25	78	
Variação geral	Não	0,00	12,50	0,00	-12,50	12,50	3	0,664
	Sim	4,11	16,10	0,00	-25,00	50,00	79	

Tabela 13. Descrição das alterações na qualidade de vida segundo hábito de ir à igreja e resultado dos testes de comparação.

Variável	Igreja	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	N	p
Variação domínio físico	Não	-0,30	14,08	-1,78	-25,00	35,69	24	0,391
	Sim	-3,08	12,93	-3,56	-28,63	39,25	58	
Variação domínio psicológico	Não	3,65	15,15	4,19	-33,31	41,63	24	0,949
	Sim	3,44	13,39	4,13	-16,69	37,50	57	
Variação domínio relações sociais	Não	5,42	13,91	8,31	-25,00	25,00	23	0,399
	Sim	2,59	13,45	0,00	-25,00	41,69	58	
Variação domínio meio ambiente	Não	5,86	14,67	6,25	-25,00	31,25	24	0,457
	Sim	3,40	13,04	0,00	-18,75	28,13	57	
Variação geral	Não	8,33	19,39	12,50	-25,00	37,50	24	0,111
	Sim	2,16	14,08	0,00	-25,00	50,00	58	

Tabela 14. Descrição das alterações na qualidade de vida segundo hábito de realizar atividades em grupo e resultado dos testes de comparação.

Variável	Atividade em grupo	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	N	p
Variação domínio físico	Não	-0,50	13,60	-3,56	-25,00	39,25	64	0,013
	Sim	-9,46	9,37	-10,69	-28,63	7,13	17	
Variação domínio psicológico	Não	2,98	12,97	4,12	-16,69	41,63	63	0,373
	Sim	6,36	16,74	4,19	-33,31	37,50	17	
Variação domínio relações sociais	Não	3,44	14,41	0,00	-25,00	41,69	63	0,894
	Sim	2,94	10,61	0,00	-25,00	16,69	17	
Variação domínio meio ambiente	Não	3,42	13,37	3,13	-25,00	31,25	63	0,508
	Sim	5,88	14,10	6,25	-15,63	28,13	17	
Variação geral	Não	5,47	14,75	0,00	-25,00	50,00	64	0,051
	Sim	-2,94	18,50	0,00	-25,00	37,50	17	

Tabela 15. Descrição das alterações na qualidade de vida segundo realização de outras atividades em grupo e resultado dos testes de comparação.

Variável	Outras	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	N	p
Variação domínio físico	Não	-2,92	11,69	-3,56	-28,63	32,13	55	0,484
	Sim	-0,69	16,41	-3,56	-25,00	39,25	26	
Variação domínio psicológico	Não	4,02	14,20	4,13	-16,69	41,63	55	0,955
	Sim	3,83	11,28	4,19	-16,69	29,19	25	
Variação domínio relações sociais	Não	2,57	13,41	0,00	-25,00	41,69	55	0,464
	Sim	5,00	14,24	8,31	-16,69	25,00	25	
Variação domínio meio ambiente	Não	3,94	13,67	1,56	-18,75	31,25	54	0,675
	Sim	5,29	13,01	6,25	-25,00	31,25	26	
Variação geral	Não	2,50	13,48	0,00	-25,00	37,50	55	0,130
	Sim	8,17	19,35	6,25	-25,00	50,00	26	

Tabela 16. Descrição das alterações na qualidade de vida segundo prática de atividades de lazer e resultado dos testes de comparação.

Variável	Atividades de lazer	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	N	p
Varição domínio físico	menos de 3	2,10	11,92	0,00	-14,31	25,00	17	0,127
	3 ou mais	-3,41	13,43	-3,63	-28,63	39,25	65	
Varição domínio psicológico	menos de 3	8,10	14,46	8,31	-8,31	41,63	17	0,124
	3 ou mais	2,28	13,52	4,13	-33,31	37,50	64	
Varição domínio relações sociais	menos de 3	5,88	14,36	0,00	-16,63	41,69	17	0,398
	3 ou mais	2,73	13,37	0,00	-25,00	33,31	64	
Varição domínio meio ambiente	menos de 3	8,59	14,14	14,06	-18,75	31,25	16	0,140
	3 ou mais	3,03	13,21	0,00	-25,00	31,25	65	
Varição geral	menos de 3	5,88	17,18	12,50	-25,00	37,50	17	0,580
	3 ou mais	3,46	15,70	0,00	-25,00	50,00	65	

A Tabela 17 mostra que as mulheres melhoram mais no domínio psicológico ($p = 0,035$) e mostraram uma tendência de melhora no domínio relações sociais ($p = 0,074$).

Tabela 17. Descrição das alterações na qualidade de vida segundo sexo e resultado dos testes de comparação.

Variável	Sexo	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	N	p
Varição domínio físico	M	-1,26	14,82	0,00	-25,00	35,69	17	0,645
	F	-2,98	13,33	-3,56	-32,19	39,25	66	
Varição domínio psicológico	M	-2,69	13,48	-8,31	-33,31	20,81	17	0,035
	F	5,19	13,46	4,19	-16,69	41,63	65	
Varição domínio relações sociais	M	-1,97	15,74	0,00	-25,00	25,00	17	0,074
	F	4,61	12,68	0,00	-25,00	41,69	65	
Varição domínio meio ambiente	M	3,49	15,10	6,25	-25,00	31,25	17	0,831
	F	4,28	13,06	6,25	-18,75	31,25	65	
Varição geral	M	4,41	18,19	0,00	-25,00	37,50	17	0,853
	F	3,60	15,47	0,00	-25,00	50,00	66	

As Tabelas 18 a 26 mostram que a posse de alguns bens materiais acarretaram alteração na qualidade de vida com o programa GAMIA. Aqueles que tinham microondas tiveram maior melhora nos domínios psicológicos e meio ambiente ($p = 0,009$ e $p = 0,039$ respectivamente), e uma tendência de melhora nos domínios físico ($p = 0,06$) e relações sociais ($p = 0,05$).

Os que tinham carro mostraram evidência de melhora no domínio físico ($p = 0,034$) e uma tendência de melhora no domínio relações sociais ($p = 0,070$).

Os que possuíam seguro de vida e computador tiveram uma evidência de melhora no domínio de relações sociais ($p = 0,005$ e $p = 0,031$ respectivamente).

Tabela 18. Descrição das alterações na qualidade de vida segundo ter casa própria e resultado dos testes de comparação.

Variável	Casa própria	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	N	p
Variação domínio físico	Não	-3,32	11,46	-3,59	-32,19	28,56	28	0,741
	Sim	-2,27	14,62	-3,56	-28,63	39,25	55	
Variação domínio psicológico	Não	2,09	13,35	0,00	-16,69	37,50	28	0,489
	Sim	4,32	14,04	4,19	-33,31	41,63	54	
Variação domínio relações sociais	Não	4,32	13,95	0,00	-16,69	41,69	27	0,618
	Sim	2,72	13,42	8,31	-25,00	33,31	55	
Variação domínio meio ambiente	Não	2,57	12,09	1,56	-18,75	28,13	28	0,455
	Sim	4,92	14,09	6,25	-25,00	31,25	54	
Variação geral	Não	2,68	12,43	6,25	-25,00	25,00	28	0,661
	Sim	4,32	17,55	0,00	-25,00	50,00	55	

Tabela 19. Descrição das alterações na qualidade de vida segundo ter TV e resultado dos testes de comparação.

Variável	Possui TV	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	N	p
Variação domínio físico	Não	-5,00	5,98	-3,56	-10,75	3,56	5	0,689
	Sim	-2,48	13,93	-3,56	-32,19	39,25	78	
Variação domínio psicológico	Não	-0,82	12,31	-4,19	-8,38	20,88	5	0,466
	Sim	3,84	13,88	4,19	-33,31	41,63	77	
Variação domínio relações sociais	Não	-1,66	6,99	0,00	-8,38	8,38	5	0,406
	Sim	3,57	13,82	0,00	-25,00	41,69	77	
Variação domínio meio ambiente	Não	3,75	10,22	3,13	-6,25	15,63	5	0,950
	Sim	4,14	13,64	6,25	-25,00	31,25	77	
Variação geral	Não	-2,50	10,46	0,00	-12,50	12,50	5	0,368
	Sim	4,17	16,20	0,00	-25,00	50,00	78	

Tabela 20. Descrição das alterações na qualidade de vida segundo ter telefone e resultado dos testes de comparação.

Variável	Telefone	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	N	p
Variação domínio físico	Não	-1,40	6,98	-3,56	-10,69	7,19	5	0,836
	Sim	-2,71	13,91	-3,56	-32,19	39,25	78	
Variação domínio psicológico	Não	0,00	12,17	-4,19	-8,38	20,88	5	0,554
	Sim	3,79	13,90	4,19	-33,31	41,63	77	
Variação domínio relações sociais	Não	-0,01	10,19	0,00	-8,38	16,63	5	0,581
	Sim	3,46	13,75	0,00	-25,00	41,69	77	
Variação domínio meio ambiente	Não	13,75	9,27	12,50	3,13	28,13	5	0,098
	Sim	3,49	13,44	3,13	-25,00	31,25	77	
Variação geral	Não	2,50	10,46	0,00	-12,50	12,50	5	0,856
	Sim	3,85	16,28	0,00	-25,00	50,00	78	

Tabela 21. Descrição das alterações na qualidade de vida segundo ter geladeira e resultado dos testes de comparação.

Variável	Geladeira	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	N	p
Variação domínio físico	Não	-3,56	0,00	-3,56	-3,56	-3,56	2	0,922
	Sim	-2,60	13,74	-3,56	-32,19	39,25	81	
Variação domínio psicológico	Não	6,25	20,68	6,25	-8,38	20,88	2	0,781
	Sim	3,49	13,73	4,16	-33,31	41,63	80	
Variação domínio relações sociais	Não	-4,19	5,92	-4,19	-8,38	0,00	2	0,435
	Sim	3,44	13,63	0,00	-25,00	41,69	80	
Variação domínio meio ambiente	Não	9,38	8,84	9,38	3,13	15,63	2	0,578
	Sim	3,98	13,52	6,25	-25,00	31,25	80	
Variação geral	Não	-6,25	8,84	-6,25	-12,50	0,00	2	0,372
	Sim	4,01	16,04	0,00	-25,00	50,00	81	

Tabela 22. Descrição das alterações na qualidade de vida segundo ter microondas e resultado dos testes de comparação.

Variável	Microondas	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	N	p
Variação domínio físico	Não	-5,63	9,54	-7,13	-32,19	14,31	40	0,064
	Sim	-0,08	16,19	-3,56	-28,63	39,25	42	
Variação domínio psicológico	Não	-0,64	12,11	0,00	-33,31	25,00	39	0,009
	Sim	7,34	14,36	8,31	-16,63	41,63	42	
Variação domínio relações sociais	Não	0,00	11,32	0,00	-25,00	25,00	39	0,053
	Sim	5,75	14,66	8,31	-25,00	41,69	42	
Variação domínio meio ambiente	Não	0,94	12,80	1,56	-25,00	21,88	40	0,039
	Sim	7,09	13,59	9,38	-18,75	31,25	41	
Variação geral	Não	2,19	16,23	0,00	-25,00	37,50	40	0,374
	Sim	5,36	15,89	0,00	-25,00	50,00	42	

Tabela 23. Descrição das alterações na qualidade de vida segundo ter carro e resultado dos testes de comparação.

Variável	Carro	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	N	p
Variação domínio físico	Não	-5,11	9,83	-3,56	-32,19	25,00	51	0,034
	Sim	1,33	17,47	-1,78	-28,63	39,25	32	
Variação domínio psicológico	Não	3,75	13,96	4,13	-33,31	37,50	50	0,876
	Sim	3,26	13,66	4,19	-16,69	41,63	32	
Variação domínio relações sociais	Não	1,14	12,37	0,00	-25,00	41,69	51	0,070
	Sim	6,72	14,82	8,31	-25,00	33,31	31	
Variação domínio meio ambiente	Não	4,25	13,01	6,25	-18,75	28,13	50	0,911
	Sim	3,91	14,22	3,13	-25,00	31,25	32	
Variação geral	Não	2,21	14,08	0,00	-25,00	37,50	51	0,263
	Sim	6,25	18,51	0,00	-25,00	50,00	32	

Tabela 24. Descrição das alterações na qualidade de vida segundo ter seguro de vida e resultado dos testes de comparação.

Variável	Seguro de vida	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	N	p
Variação domínio físico	Não	-2,86	12,72	-3,56	-32,19	39,25	70	0,717
	Sim	-1,37	18,06	-7,13	-21,44	35,69	13	
Variação domínio psicológico	Não	2,66	13,57	4,12	-33,31	37,50	69	0,174
	Sim	8,34	14,32	8,38	-12,50	41,63	13	
Variação domínio relações sociais	Não	1,45	13,41	0,00	-25,00	41,69	69	0,005
	Sim	12,82	9,98	8,38	0,00	33,31	13	
Variação domínio meio ambiente	Não	3,31	13,35	3,13	-25,00	28,13	69	0,210
	Sim	8,41	13,40	6,25	-6,25	31,25	13	
Variação geral	Não	3,04	15,11	0,00	-25,00	50,00	70	0,337
	Sim	7,69	20,12	12,50	-25,00	37,50	13	

Tabela 25. Descrição das alterações na qualidade de vida segundo ter computador e resultado dos testes de comparação.

Variável	Computador	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	N	p
Variação domínio físico	Não	-2,36	12,69	-3,56	-32,19	39,25	62	0,764
	Sim	-3,40	16,23	-7,13	-28,63	35,69	21	
Variação domínio psicológico	Não	3,14	13,62	4,13	-33,31	37,50	61	0,644
	Sim	4,76	14,44	8,31	-16,63	41,63	21	
Variação domínio relações sociais	Não	1,36	12,00	0,00	-25,00	25,00	61	0,031
	Sim	8,73	16,35	8,31	-25,00	41,69	21	
Variação domínio meio ambiente	Não	4,20	13,39	6,25	-25,00	28,13	61	0,923
	Sim	3,87	13,80	0,00	-18,75	31,25	21	
Variação geral	Não	4,03	15,64	0,00	-25,00	50,00	62	0,795
	Sim	2,98	17,19	0,00	-25,00	37,50	21	

Tabela 26. Descrição das alterações na qualidade de vida segundo ter seguro saúde e resultado dos testes de comparação.

Variável	Seguro saúde	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	N	p
Variação domínio físico	Não	-2,71	13,20	-3,56	-32,19	39,25	62	0,922
	Sim	-2,38	14,95	0,00	-21,44	35,69	21	
Variação domínio psicológico	Não	2,32	13,99	0,00	-33,31	37,50	61	0,167
	Sim	7,15	12,71	8,31	-12,50	41,63	21	
Variação domínio relações sociais	Não	2,32	13,71	0,00	-25,00	41,69	61	0,293
	Sim	5,95	12,95	8,31	-16,69	33,31	21	
Variação domínio meio ambiente	Não	2,97	13,15	3,13	-25,00	28,13	61	0,190
	Sim	7,44	13,92	9,38	-12,50	31,25	21	
Variação geral	Não	3,63	16,38	0,00	-25,00	50,00	62	0,895
	Sim	4,17	14,97	0,00	-25,00	37,50	21	

A Tabela 27 mostra que a impressão sobre a qualidade de vida dos idosos não influencia a alteração na qualidade de vida com o programa GAMIA ($p > 0,05$).

Tabela 27. Descrição das alterações na qualidade de vida segundo a impressão sobre a qualidade de vida dos idosos e resultado dos testes de comparação.

Variável	As pessoas idosas podem ter uma boa qualidade de vida	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	N	p
Variação domínio físico	Não	-6,44	17,40	-7,13	-32,19	14,25	5	0,521
	Sim	-2,38	13,39	-3,56	-28,63	39,25	78	
Variação domínio psicológico	Não	-5,00	18,00	-4,19	-33,31	12,50	5	0,153
	Sim	4,11	13,40	4,19	-16,69	41,63	77	
Variação domínio relações sociais	Não	8,33	13,16	8,31	-8,31	25,00	5	0,390
	Sim	2,92	13,57	0,00	-25,00	41,69	77	
Variação domínio meio ambiente	Não	5,00	16,48	3,13	-15,63	28,13	5	0,880
	Sim	4,06	13,32	6,25	-25,00	31,25	77	
Variação geral	Não	-2,50	16,30	0,00	-25,00	12,50	5	0,368
	Sim	4,17	15,95	0,00	-25,00	50,00	78	

Pela Tabela 28, tem-se que a faixa etária não influencia na alteração dos escores dos domínios de qualidade de vida ($p > 0,05$).

Tabela 28. Descrição das alterações na qualidade de vida segundo a faixa etária e resultado dos testes de comparação.

Variável	Faixa etária	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	N	p
Varição domínio físico	< 70 anos	-1,41	13,77	-3,56	-28,63	35,69	43	0,402
	>= 70 anos	-3,93	13,41	-7,13	-32,19	39,25	40	
Varição domínio psicológico	< 70 anos	4,96	14,35	6,25	-33,31	37,50	42	0,347
	>= 70 anos	2,08	13,13	0,00	-16,69	41,63	40	
Varição domínio relações sociais	< 70 anos	4,07	11,98	0,00	-16,69	33,31	43	0,568
	>= 70 anos	2,35	15,17	0,00	-25,00	41,69	39	
Varição domínio meio ambiente	< 70 anos	5,80	13,18	6,25	-25,00	31,25	42	0,245
	>= 70 anos	2,34	13,59	1,56	-18,75	31,25	40	
Varição geral	< 70 anos	4,36	15,64	0,00	-25,00	37,50	43	0,727
	>= 70 anos	3,13	16,44	0,00	-25,00	50,00	40	

5. DISCUSSÃO

A amostra de 83 idosos participantes do programa do GAMIA caracterizou-se por um grupo predominantemente formado por mulheres, com idade média de 69,3 anos, casadas ou viúvas, morando sozinhas ou com o cônjuge, possuindo casa própria e com renda média de 2,87 salários mínimos e, na maioria, com um a quatro anos de escolaridade. Estes dados foram semelhantes aos estudos desenvolvidos no GAMIA em anos anteriores (Beresin, 2002; Zoriki, 2004) ou posterior (Albuquerque, 2005) como mostra o Anexo.X, bem como outros dois grandes estudos epidemiológicos realizados no município de São Paulo (Lebrão e Duarte, 2003; Ramos, 1993).

A predominância do sexo feminino é um fenômeno comum em programas de terceira idade (Beresin, 2002). A intensa participação feminina nesses programas pode estar associada ao que Berquó (1999) chama de 'pirâmide da solidão' (grande número de viúvas) e "feminilização do envelhecimento" (número de mulheres idosas maior do que homens idosos na população geral).

O estudo realizado por Chaimowicz (1998) comprovou que a proporção de mulheres idosas e viúvas era maior do que a dos homens e que as aposentadorias e pensões eram sua principal fonte de renda. Segundo o Censo Demográfico de 2000, 55% do contingente populacional brasileiro com 60 anos ou mais era composto por mulheres, viúvas, com

baixa escolaridade e com menor renda em relação a seus pares masculinos. Entre as maiores de 80 anos, essa proporção subia para 60,1%. (Albuquerque, 2005; Garrido e Menezes,2002).

Segundo Berquó (1999), o último Censo mostrou que a situação de escolaridade dos idosos é bastante baixa, pois 40% dos homens e 48% das mulheres declararam-se analfabetos, e entre aqueles que conseguiram chegar às escolas, apenas 50% puderam completar o ensino primário. Esta situação remete a períodos nos quais a chance de acesso à educação se dava de maneira bastante heterogênea, por classe social e gênero.

Ainda segundo o mesmo autor, em relação ao estado civil, na população idosa, a discrepância por sexo, quanto ao estado marital, radicaliza-se, havendo um elevado contingente de viúvas, em contraste com o alto percentual de homens casados. Mais de três quartos dos homens estão em união conjugal (a primeira, a segunda ou outra ainda), e mais da metade das mulheres permanecem viúvas.

É reconhecido que homens e mulheres vivem e envelhecem de forma diferenciada (Albuquerque, 2005).

Os dados referentes às Atividades de Vida Diária mostraram que todos os idosos da amostra alcançaram a pontuação máxima na Escala de Katz, acusando o “efeito teto” para esta clientela. Na Escala de Lawton 77 idosos (92,8%) obtiveram a pontuação máxima. Estes dados corroboraram o esperado da seleção dos participantes do programa do GAMIA, caracterizando esta população como um grupo formado por idosos independentes em relação as atividades de vida diária e cognitivamente

preservados, possuindo assim plena autonomia.

O conceito de independência é definido como a capacidade de realizar algo com seus próprios meios. Está ligada à mobilidade e à capacidade funcional, onde o indivíduo vive sem requerer ajuda para a execução das atividades básicas e instrumentais de vida diária. A independência necessita de condições motoras e cognitivas satisfatórias para o desempenho dessas tarefas (Neri, 2001 e Paschoal, 1996).

O conceito de autonomia diz respeito a capacidade de decisão, de comando sobre suas ações, de estabelecer e seguir suas próprias regras. A autonomia é mais abrangente do que a independência, visto que o indivíduo pode ser independente e não ser autônomo, como por exemplo, nas demências. E pode ser autônomo sem ser independente, no caso de um indivíduo portador de acidente vascular cerebral com uma grave seqüela motora, dependente fisicamente, porém com total autonomia na determinação e seguimento de suas ações (Neri, 2001, Paschoal, 1996).

Kalache (1987) pontuou que a manutenção da autonomia do idoso está intimamente ligada à qualidade de vida e que uma forma de se procurar quantificar esta variável pode ser pelo grau de autonomia com que o mesmo desempenha as funções cotidianas, tornando-o independente dentro do seu contexto sócio econômico cultural. Na prática, uma forma adequada de medir tais características é através do desempenho das atividades de vida diária.

Devido a importância da manutenção e/ou restauração da autonomia e independência do idoso como uma forma de propiciar um bem estar

funcional, é necessária a utilização de instrumentos de avaliação que permitam um diagnóstico abrangente das condições física, psíquica e social do idoso. Outro aspecto importante é que a autonomia e independência constituem bons indicadores de saúde do idoso (Paschoal, 1996, Papaleo e Ponte, 1996).

Lawton (1971) definiu avaliação funcional como uma tentativa sistematizada de mensurar objetivamente os níveis nos quais uma pessoa está funcionando numa variedade de áreas tais quais integridade física, qualidade da automanutenção, qualidade no desempenho dos papéis, estado intelectual, atividades sociais, atitude em relação a si mesmo e ao estado emocional.

Para Granger, citado por Wilkins et al (2001), a avaliação funcional é um método para descrever habilidades e atividades em ordem de mensurar o uso individual de uma variedade de habilidades incluídas no desempenho de tarefas necessárias na vida diária, nos compromissos vocacionais, nas interações sociais, nas atividades de lazer, e outros comportamentos requeridos.

Baseia-se no conceito de função definido por Araoz (1994) como a capacidade do indivíduo para adaptar-se aos problemas de todos os dias, apesar de possuir uma incapacidade física, mental ou social. Envolve aquelas atividades que são desenvolvidas diariamente e estão diretamente relacionadas ao autocuidado, ao cuidado de seu entorno e à participação social, constituindo, portanto, um fato crítico para a saúde e o bem estar dos idosos.

Envelhecer mantendo todas as funções não significa problema quer para o indivíduo ou para a comunidade. Apenas quando as funções começam a deteriorar é que os problemas começam a surgir (Kalache, 1987).

A Organização Mundial de Saúde aponta para a importância da capacidade funcional e independência como fatores preponderantes para o diagnóstico de saúde física e mental dessa população. Desta forma, na gerontologia, a principal meta no cuidado é a manutenção da independência e da autonomia do idoso (Gomes, 2006).

É importante diferenciar os conceitos de **desempenho e capacidade funcional** no processo de avaliação funcional. As medidas de desempenho avaliam o que o idoso **faz** em situações reais ou seja, na sua vida cotidiana. As medidas de capacidade avaliam aquilo que o idoso **pode fazer** em uma situação padrão ou hipotética, ou seja, sua capacidade remanescente que pode ou não estar sendo normalmente utilizada (Duarte, 2005).

Desempenho funcional envolve questões como motivação e traços de personalidade que podem influenciar o comportamento. Assim essas medidas verificam o que os idosos fazem em determinadas situações e fornecem um retrato real do *status* funcional dos mesmos frente às situações apresentadas.

Capacidade funcional mostra, nos idosos, a real capacidade de execução de atividades existentes e assim, sua avaliação parece ser mais adequada para determinar o curso e o tipo de intervenção terapêutica necessária.

Os conceitos em negrito são oriundos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (OMS, 2003).

Em gerontologia, a *capacidade funcional*, tem demonstrado ser mais significativa para os idosos do que a presença de doenças, sinais clínicos ou mesmo questões biomecânicas (Duarte, 2005).

Um dos aspectos relacionados a perda de capacidade funcional é o sofrimento a que o idoso é submetido quando ocorre a perda de uma função. É importante considerar inicialmente o sofrimento cotidiano, e nesta perspectiva a possível perda de autonomia, decorrente da incapacidade, constituindo seguramente uma situação muito dolorosa (Lawton, 1969).

O estudo SABE (Duarte, 2003) mostrou que o comprometimento do desempenho dos idosos nas AVDs está, por um lado, associado ao avançar da idade e, por outro, está ligado a uma questão de gênero, em especial o feminino. Chama atenção o fato de cerca de 30% dos idosos apresentarem comprometimento em 7 ou mais AVDs, o que está diretamente associado a uma carga sobre a família e sobre o sistema de saúde.

Muitos instrumentos de avaliação funcional baseiam-se no *desempenho funcional referido*, ou seja, no que o idoso e/ou seu cuidador (caso exista) *refere* ser capaz de fazer. Ao se fazer essa avaliação verifica-se, por um lado, as ações que o idoso é capaz de realizar e de outro a presença de necessidade de ajuda para realizá-las. Ela pode ser medida de forma simples e direta pelo relato do próprio idoso ou de seu cuidador. Em outra situação é o nível de dificuldade que será avaliado (nenhuma, alguma, muita dificuldade ou incapaz de realizar a atividade) (Duarte 2005).

As Escalas de Atividades de Vida Diária de Katz e Lawton, utilizadas na avaliação da capacidade funcional dos idosos do GAMIA, encaixam-se justamente nessa última categoria.

Estas escalas foram selecionadas para avaliar os idosos do GAMIA devido sua ampla utilização no Brasil, tanto no contexto assistencial como no acadêmico, rapidez e praticidade na sua aplicação (Escala Katz aferindo capacidades básicas e Escala Lawton aferindo capacidades mais complexas, chamadas de instrumentais).

Atualmente existe um instrumento mais refinado para avaliar a funcionalidade e que seria mais indicado para a população do GAMIA, por detectar precocemente alterações na capacidade funcional do indivíduo.

A Medida de Independência Funcional (MIF) (Riberto, 2004), validada para população brasileira, tem como objetivo medir o grau de solicitação de cuidados de terceiros que a pessoa com deficiência exige para realização de tarefas motoras e cognitivas. Verifica o desempenho da pessoa para realização de um conjunto de 18 tarefas, referentes às subescalas de autocuidados, controle esfinteriano, transferências, locomoção, comunicação e cognição social, que inclui memória, interação social e resolução de problemas. Cada item pode ser classificado em uma escala de graus de dependência de 7 níveis, sendo o valor 1 correspondente a dependência total e o valor 7 correspondente à normalidade na realização de tarefas de forma independente. Diferentemente de outras escalas, consegue quantificar de forma mais objetiva a necessidade de ajuda ou dependência parcial.

O domínio cognitivo da MIF é um dos maiores diferenciais deste instrumento de avaliação funcional frente a outros, pois as atividades incluídas só costumam ser avaliadas em testes neuropsicológicos separados. A idéia de testar a independência funcional para as atividades cognitivas apresenta uma forma inovadora de abordar esses aspectos das funções cerebrais superiores, pois além de verificar a capacidade que o paciente tem na sua realização, ainda permite verificar a que ponto essa capacidade é reconhecida pelos familiares e cuidadores, que passam a delegar tais atividades ao paciente.

Este instrumento é mais longo que os utilizados no GAMIA , porém muito mais sensível às alterações sutis no desempenho das AVDs. Necessita de treinamento e demanda mais tempo em sua aplicação (média de 20 minutos).

Idosos que moram em grandes metrópoles, como é o caso da cidade de São Paulo, convivem e enfrentam dificuldades diárias advindas de seu crescimento desgovernado.

O ambiente não é apenas um local onde a pessoa vive, mas sim um fator determinante da qualidade da condição de o idoso se desenvolver ativamente no seu cotidiano, influenciando diretamente a autonomia e a independência da pessoa. A perda de autonomia e de independência pode ter o seu início não apenas com um quadro orgânico, mas também em decorrência do isolamento e de um ambiente que não favoreça as relações sociais.

Dada sua alta densidade demográfica e à heterogeneidade de sua população, a cidade grande constitui um problema para o crescimento pessoal e social de seus membros. Segundo Rodrigues, apud Lima (1998),

o mundo moderno apresenta a este homem uma temática de vida altamente paradoxal: a coexistência da sofisticação tecnológica e da riqueza ao lado do empobrecimento de parcelas populacionais: a coexistência pacífica e a violência, a pluralidade de relações e grupos e a solidão, etc. Neste cenário o homem urbano procura incessantemente a maior comunicação e condições para a sua maior realização enquanto pessoa.

O arquiteto Wilhein (apud Lima, 1998) alerta que o problema não está na dimensão da cidade, mas nas condições oferecidas às pessoas para desfrutarem e/ou usufruírem da cultura e das oportunidades oferecidas pela cidade. Em São Paulo, o espaço público, nos últimos anos, vem se constituindo como um espaço inimigo, ou, na melhor das hipóteses, como uma terra de ninguém. E no momento em que o cidadão perde seu espaço público, a cidade lhe oferece menos.

O espaço urbano sofreu profundas modificações estruturais ao longo da história. Os espaços internos das residências foram ampliados, favorecendo o isolamento, ao passo que os espaços públicos foram se tornando apenas vias de passagem de veículos e pedestres, dificultando a convivência e o lazer (Rolnik, 1998).

Mesmo sabendo que a população está envelhecendo, a sociedade contemporânea ainda continua estruturada para atender à produtividade e às pessoas que produzem. Países europeus, como a Grã-Bretanha, que

após a segunda guerra tiveram que reconstruir suas cidades atendendo a uma população desabrigada e a demandas por novas habitações para famílias jovens, incluíram em seus projetos soluções para habitação de pessoas idosas, pessoas solteiras, e assim por diante, inseridas nas áreas residenciais destinadas a famílias padrão. Agregados a este planejamento estavam programas sociais voltados para atendimento de todos os grupos sociais (maternidades, escolas infantis, assistência aos idosos, etc).

No Canadá e EUA, no final dos anos 50, já existiam habitações construídas para idosos com este conceito. (Schicchi, 2000)

Em relação às edificações, algumas soluções espaciais poderiam prevenir problemas futuros de adaptação para um idoso, tais como: desníveis vencidos por pequenas e, às vezes, sucessivas escadas na entrada das casas ou edifícios; organização e distribuição dos compartimentos através de corredores extensos e estreitos sem iluminação e ventilação adequados; escadas internas que não respeitam larguras mínimas e o desenvolvimento de cálculo adequado para uma pessoa com maior dificuldade de locomoção; distribuição funcional da casa de forma a segregar os usos, fazendo com que, para realizar uma tarefa doméstica, uma pessoa tenha que percorrer várias vezes longos trajetos entre áreas (Schicchi, 2000).

A mesma autora aponta que, sem retirar a parcela de culpa que cabe aos arquitetos, muitas vezes desatentos a estas questões, cabe ressaltar que o trabalho de projetar e construir é um processo que responde a uma solicitação da sociedade. Avanços serão possíveis à medida que a

sociedade tiver consciência da importância de levar em consideração o processo de envelhecimento, das alterações associadas aos diversos cursos da vida, ou, ao menos, a preocupação com questões menos imediatas, para não dizer de sobrevivência. Essas questões sempre vão nos remeter ao plano político, da ação e da participação nas instâncias de decisão.

Em função desta realidade, torna-se difícil organizar espaços nos quais os idosos possam desenvolver a cidadania e a convivência, estimulando assim a sua participação social.

Segundo Lima e Pasetchny (1998), as dificuldades nas relações interpessoais e sociais nas grandes metrópolis, aliadas à falta de espaços públicos e ao aumento do número de idosos, fazem da instituição de grupos de terceira idade uma necessidade, pois elas auxiliam na promoção da inclusão social do idoso.

Desta forma, as atividades em grupo auxiliam o idoso a manter e alcançar uma vida saudável e integrada socialmente, propiciando aos participantes uma melhor qualidade de vida.

Quando pensamos na problemática das relações pessoais e sociais nas grandes metrópoles, nas características da população idosa destes grandes centros urbanos e nas questões relacionadas ao processo de adaptação às mudanças de papéis durante o envelhecimento, parece-nos que as atividades em grupo podem estar contribuindo para o exercício de novos papéis e retomada de outros abandonados no decorrer de sua vida (Lima e Pasetchny, 1998).

Segundo os mesmos autores, o indivíduo ao casar e terminar os seus estudos passa a dedicar-se quase que exclusivamente ao trabalho e à família. Ao aposentar-se, os filhos geralmente adultos, quase sempre já saíram de casa. É necessário o retorno a papéis que muitas vezes não eram exercitados há 30/40 anos, tais como atividade física e de lazer, cultura, diversão, cuidados com o corpo e mente e espaço para discussão de problemas pessoais, familiares e comunitários.

Kielhofner (1980) pontua que a velhice caracteriza-se pela transição da vida produtiva intensiva para o lazer e aposentadoria. A produtividade, nesta fase da vida, deveria ser focada na automanutenção e na participação na família em vez de na contribuição para a sociedade como um todo.

A aposentadoria bem sucedida giraria em torno da habilidade de transferir-se para um padrão de vida diária no qual o lazer substituiria o trabalho como fonte principal de satisfação pessoal.

Como o trabalho, o lazer requereria seu próprio conjunto especial de habilidades e a reorganização do ritmo do uso do tempo. Na velhice, o impulso principal seria a exploração. A pessoa mais velha explora seu passado e o futuro desconhecido nesse estágio da vida, utilizando sua história substancial pessoal como uma fonte de autosatisfação, na transição do domínio ativo para o passivo.

Segundo Dumazedier (2000),

o lazer é um conjunto de ocupações às quais o indivíduo pode entregar-se de livre vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se ou, ainda para desenvolver sua informação ou

formação desinteressada, sua participação social voluntária ou sua livre capacidade criadora após livrar-se ou desembaraçar-se das obrigações profissionais, familiares e sociais.

Para o idoso isso pode significar a construção de um novo valor em sua vida, pois em muitos casos o lazer não era parte integrante do seu cotidiano, pensar em um elemento diferente da atividade produtiva e de qualquer obrigação social pode ser algo muito perturbador para esse indivíduo. Por isso a importância do suporte e orientação de um profissional especializado para ajudar o idoso a vencer esta dificuldade.

Admite-se que o lazer aliado as AVDs possa contribuir para que o idoso continue a atender as suas necessidades de sentir-se útil e integrante à comunidade, preenchendo seu tempo livre de forma satisfatória, dando-lhe oportunidade de autoexpressão e, estimulação física, mental e emocional adequadas.

Observa-se que essa experiência pode ser positiva e gratificante ou pode tornar-se uma incapacitação social. Dependerá da pessoa, de sua história de experiências de vida e das circunstâncias externas durante a velhice.

Segundo Kielhofner (1980) a velhice não precisa resultar no desengajamento do indivíduo da sociedade, desde que ela lhe forneça um papel valorizado. A velhice pode ser um período de participação social intensa e uma forma de renascimento social. Ao invés de experimentar a desintegração do papel ocupacional, a pessoa aposentada pode mover-se para a integração das experiências da vida.

Portanto, a aposentadoria e a velhice são conceituadas como uma fase natural da vida, com seus papéis próprios. Para tanto, é imprescindível a aceitação, por parte do idoso, da mudança de papel nessa fase, além de contar com um ambiente que lhe dê suporte.

Nesse sentido, a participação em atividades de grupos pode contribuir para mudanças, se considerarmos que o grupo constitui um campo social dinâmico, no qual a mudança de um elemento pode provocar mudanças no conjunto (Lima, 1998).

Por outro lado, há de se considerar que a ocupação é uma necessidade humana, através da qual o homem explora e domina seu ambiente (Kielhofner e Burke, 1980). Portanto através de atividades nos grupos, os idosos, além de se organizarem internamente, podem rever e investir em novos papéis exercitando sua natureza ativa e sendo agentes de uma produção social e histórica.

Neste momento, passaremos a discutir os domínios do WHOQOL. Optamos por analisar faceta por faceta deste instrumento correlacionando-os com os resultados da análise estatística.

O **domínio físico** avalia os aspectos relacionados a dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, além da capacidade de trabalho.

O declínio observado nos índices do domínio físico pode estar relacionado com a percepção que o idoso teve do seu estado atual de saúde, devido a descoberta e consciência de novos diagnósticos e,

consequentemente, necessidade de novos tratamentos. Isso, porém, não é indicativo de que o seu estado de saúde tenha piorado no período.

O estudo de Beresin (2002) constatou que houve diferença estaticamente significativa no tipo de queixas dos idosos. Isto estaria relacionado à assistência médica do GAMIA, na qual os idosos passaram a tomar ciência do parecer do médico sobre sua saúde e novas doenças, tornando-se, desta maneira, mais bem informados sobre sua situação clínica.

A revisão realizada por Fortin (2004) e colaboradores mostrou a existência de uma relação inversa entre multimorbidades e qualidade de vida, apontada também no estudo de Miranda (2009) e colaboradores. Em ambos estudos as pessoas tinham doenças crônicas estabilizadas, não apresentavam limitações funcionais, dores ou complicações. Os dados sugeriram que pacientes com este perfil quando conscientizados de sua real condição de saúde mudaram sua percepção em relação a sua saúde física e consequentemente na avaliação de sua qualidade de vida.

Nosso estudo também observou esta relação inversa entre multimorbidades e qualidade de vida, principalmente nos domínios físico, relações sociais e meio ambiente.

Através da análise de prontuários de idosos participantes das atividades do GAMIA, Zoriki (2004) constatou que o número de diagnósticos por paciente aumentou na maior parte dos casos. A média de diagnósticos passou de 4,5 para 5,7 do início para o final do programa. Já a média de medicações utilizadas passou de 2,8 para 5,1.

Estudo de Xavier (2003) e colaboradores mostrou que idosos insatisfeitos com sua qualidade de vida tinham mais problemas de saúde pela CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) e mais sintomas depressivos quando avaliados pela GDS (Geriatric Depression Scale), e a causa deste descontentamento era a falta de saúde física. Concluiu que o conceito de uma qualidade de vida negativa seria equivalente a perda de saúde enquanto que o conceito de uma qualidade de vida positiva seria equivalente a uma pluralidade maior de categorias como atividade, renda, vida social e relação com a família, categorias diferentes de sujeito para sujeito.

Em função da assistência multidisciplinar o idoso aprende que existem outras abordagens como nutrição saudável, atividade física, cuidados com a saúde, psicoterapia, terapia ocupacional, dentre outras, que atuam como poderosos adjuvantes do tratamento médico.

As abordagens não medicamentosas exigem da pessoa a incorporação de novos hábitos e mudanças comportamentais, muitas vezes alterando as suas rotinas. Essa alteração poderá tornar-se tarefa difícil, pois depende da aderência do idoso e, neste aspecto a atuação da equipe interdisciplinar torna-se fundamental.

Constatamos que quanto maior a nota que o idoso atribuía ao seu estado de saúde atual menor era a sua melhora no domínio psicológico ($r = -0,3$ e $p = 0,002$).

O estudo longitudinal realizado por Rudinger e Thomae, citado por Neri (1993), ofereceu informações valiosas sobre o ajustamento e a satisfação na velhice, enfatizando que a saúde percebida e as maneiras

como as pessoas lidam com os problemas de saúde são mais preditivas do que as condições objetivas de saúde, avaliadas segundo parâmetros médicos.

Deduzimos que o fato dos resultados de Albuquerque (2005) terem sido contrários aos do nosso estudo, se deu em função de um viés na aplicação dos instrumentos. Os autores deste trabalho não participaram da aplicação dos questionário, pois atuavam no programa e, por isso, tiveram o cuidado de contratar aplicadores treinados para este fim, ou seja, pessoas que não tinham nenhum vínculo com os idosos.

No nosso estudo, as mulheres evoluíram melhor do que os homens no domínio psicológico ($p = 0,03$), e a análise estatística mostrou uma tendência de melhora no domínio relações sociais ($p = 0,07$). Acreditamos que as mulheres tenham um maior cuidado em relação à sua saúde e uma maior aderência aos serviços de uma maneira geral, não só aos de saúde, mas também aos educativos e sociais.

O **domínio psicológico** avalia os aspectos relacionados a sentimentos positivos ou negativos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. A melhora observada neste domínio deve estar relacionada há uma série de fatores.

Entendemos que ao entrar no GAMIA, o idoso sinta-se acolhido, devido ao suporte que o atendimento em grupo oferece e pelo fato de sentir a disponibilidade de profissionais interessados em auxiliá-lo nos diferentes aspectos relacionados ao seu envelhecimento. Existe a oportunidade de

desenvolvimento de novas amizades, contribuindo para o aumento da autoestima e dos sentimentos positivos relacionados a velhice.

Pela análise estatística constatamos que o idoso que demonstrava querer viver até idades mais avançadas obtinha uma melhora menor no domínio psicológico ($r = -0,2$ e $p = 0,024$). Concluimos que por estes idosos terem desenvolvido uma visão positiva em relação ao seu processo de envelhecimento atual, projetavam uma idéia também positiva em relação ao seu futuro.

A dinâmica decorrente do atendimento multidisciplinar permitiu maior relacionamento entre a equipe de profissionais do GAMIA e colaborou para que o idoso modificasse seus conceitos e comportamentos na relação com seu processo de envelhecimento e com a condição de ser velho.

Da mesma forma, o atendimento grupal também influenciou o **domínio meio ambiente** que avalia os aspectos relacionados à segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais (disponibilidade e qualidade), oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação/oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte.

O compromisso estabelecido em participar assiduamente do programa de atividades do GAMIA colaborou para que o idoso desenvolvesse a percepção da importância de ter um tempo só para si.

Segundo Izzo (2003), o conhecimento e a percepção de tais alterações propiciariam o desenvolvimento de respostas adaptativas e fortalecedoras, capazes de potencializar uma melhor performance dos

idosos no meio social ao qual pertencem, propiciando sua permanência ativa e atuante no mesmo, pelo maior tempo possível.

O idoso compartilha além de suas próprias percepções, da percepção do outro, podendo desta forma ampliar para seu relacionamento familiar, afetivo e social (Izzo, 2003).

A análise estatística mostrou que quanto maior a nota que o idoso dava para sua qualidade de vida hoje menor era a sua melhora neste domínio ($r = -0,3$ e $p = 0,006$). Levantamos a hipótese que a segurança e oportunidades de crescimento pessoal proporcionadas por um meio ambiente saudável realmente proporcionaram uma melhoria na qualidade de vida, justificando assim os resultados obtidos neste estudo.

O mesmo se aplicou quando o idoso avaliava seu estado de saúde atual. Observamos uma tendência na análise estatística ($r = -0,2$ e $p = 0,55$).

A mesma relação inversa ocorreu quando o idoso comparava sua qualidade de vida a de seus pais. Observamos uma tendência para o domínio meio ambiente ($r = -0,2$ e $p = 0,023$).

O **domínio relações sociais** avalia os aspectos envolvidos nas relações pessoais, suporte social e atividade sexual. Acreditamos que a tendência de melhora observada neste domínio decorreu da maior percepção do idoso quanto às suas possibilidades de articulação e de relacionamentos afetivos adquirida nas atividades em grupo, base fundamental do programa do GAMIA.

Segundo Rudinger e Thomae, citado por Neri (1993), a satisfação com a família é uma importante condição do bem estar na velhice. Existem

efeitos da interação entre *status* social, variáveis de personalidade, interações dentro da família, atividades desempenhadas fora da família e satisfação na vida. Alertam, também, que a situação econômica e psicológica oferece suporte material para o bem estar subjetivo. Este, por sua vez, influencia os modos de lidar como os diferentes graus de qualidade da habitação, com a vizinhança, com a independência econômica e com as expectativas relativas à estabilidade financeira.

A capacidade de iniciar e manter contatos sociais, mediada por fatores motivacionais e cognitivos, influencia a percepção sobre a qualidade de vida diária. A uniformidade e a variação na vida diária podem ser percebidas como prazerosas ou desagradáveis por diferentes pessoas, ou até pela mesma pessoa, em diferentes momentos de sua vida. De qualquer forma, este é um importante preditor de satisfação na velhice.

Segundo os mesmos autores, a avaliação que o idoso faz de sua situação atual é outro mediador importante de sua satisfação na vida. O senso de bem estar pode variar em função do número de eventos importantes e de pressões percebidas durante o ano anterior, do ponto de vista individual sobre a redução de oportunidades e contatos sociais, da forma como o idoso lida com a morte, da extensão de sua perspectiva de tempo futuro, de como valoriza seu passado, e de como faz uso de suas possibilidades atuais.

Dos 83 idosos da amostra, 78 afirmaram que é possível ter uma boa qualidade de vida na velhice.

Em relação a hábitos e rotinas cotidianas, constatamos que pessoas que tinham o hábito de realizar atividades em grupo mostraram uma piora um pouco mais acentuada na qualidade de vida no domínio físico ($p = 0,01$), enquanto que foi possível detectar, no domínio geral, uma tendência de melhora para as pessoas que realizavam atividades em grupo ($p = 0,5$) e uma evidência de melhora para aqueles que ouviam rádio ($p = 0,04$). Observamos, também, que a grande maioria dos idosos (79,3%) realizavam 3 ou mais atividades de lazer frequentemente.

Geralmente as pessoas idosas que costumam ouvir rádio em casa enquanto realizam os serviços domésticos são aquelas que tendem a ficar mais tempo confinadas e sozinhas. Mas, também, tem acesso a informações e atualidades.

Em contrapartida, o GAMIA conta com a participação de alguns idosos que, ao ingressarem no programa, trazem consigo uma experiência prévia semelhante, seja em grupos de lazer, atividade física ou cultural e, conseqüentemente, já usufruíam dos benefícios deste tipo de atividade. Isto justificaria os resultados menos eficazes do GAMIA nestes aspectos destas pessoas. Em verdade, nestes casos, a avaliação do benefício fica reduzida devido a um elevado patamar prévio ao programa.

As ações voltadas para a promoção do envelhecimento saudável quebram os paradigmas da atenção ao idoso que visa fundamentalmente o tratamento sintomático das doenças. Enfatizamos a importância de modelos de atuação que permitam a quem envelhece uma habilitação para participar ativamente da construção do seu futuro.

Segundo Melo (2009) em qualquer sistema de saúde, não se pode conceber o planejamento de ação sem antes considerar as premissas do planejamento educativo.

A Organização Mundial de Saúde pontua que os objetivos da educação em saúde são o de desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertençam e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva. Estas assertivas fazem da educação em saúde um dos mais importantes elos entre os desejos e expectativas da população por uma vida melhor e as projeções e estimativas dos governantes ao oferecer programas de saúde mais eficientes (Levy, 1997).

A partir da análise dos dados, levantaram-se algumas questões interessantes na relação entre a posse de bens materiais e qualidade de vida.

Aqueles que tinham forno de microondas obtiveram uma tendência de melhora nos domínios físico ($p = 0,06$) e relações sociais ($p = 0,05$), e uma evidência de melhora nos domínios psicológico ($p = 0,009$) e meio ambiente ($p = 0,03$).

Os que tinham carro mostraram uma evidência de melhora no domínio físico ($p = 0,03$) e uma tendência de melhora no domínio relações sociais ($p = 0,07$).

Já aqueles que tinham seguro de vida e computador mostraram uma evidência de melhora no domínio relações sociais, ($p = 0,005$ e $p = 0,03$, respectivamente).

Primeiramente, estes dados foram semelhantes aos obtidos pelo estudo SABE (Lebrão, 2003), como mostra o Anexo XI. Levantamos a hipótese de que exista uma melhor evolução para idosos com melhor nível sócioeconômico, o que indicaria uma melhor condição social.

Retornando ao conceito de envelhecimento ativo, este termo refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. As pessoas mais velhas que se aposentam e aquelas que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir ativamente para seus familiares, companheiros, comunidades e países. O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados (WHO, 2002).

Segundo Litvock e Brito (2004):

São necessárias ações intersetoriais e integradas de políticas públicas que abordem os vários determinantes do processo de envelhecimento, procurando desfazer o preconceito de que investimentos na melhoria da saúde e capacidade funcional daqueles que envelhecem levam ao desvio dos recursos necessários para cuidar dos mais jovens. É inegável que a prevenção das morbidades relacionadas com o envelhecimento humano depende, em grande parte, da modificação de hábitos relacionados ao estilo de vida das pessoas, que são causas já conhecidas de doenças crônicas. Além

disso, a promoção da saúde e não exclusivamente a prevenção das doenças é que tem surgido como uma importante ferramenta para se conseguir eliminar as diferenças evitáveis, injustas e desnecessárias que tolhem o direito das pessoas de usufruírem uma qualidade satisfatória de vida e bem estar.

A política do envelhecimento ativo (WHO, 2002) ressalta que as ações de prevenção e promoção de saúde, que incluem medidas referentes às doenças e aos aspectos do bem estar social e cultural, são fundamentais tanto para os idosos com capacidade funcional preservada como para aqueles já com incapacidade. No caso dos idosos com função preservada, essas ações são necessárias para manter o estado funcional íntegro.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando elaboramos o projeto deste estudo não tínhamos idéia que, em verdade, estávamos avaliando o programa de atividades do GAMIA.

Estudos levantados na pesquisa bibliográfica propiciaram uma reflexão profunda no sentido de reavaliar o serviço, propondo novos rumos a serem seguidos.

Litvoc et al. (2005a), no texto intitulado “Qualidade de Vida e Avaliação em Saúde”, analisaram a importância da Qualidade de Vida, como teoria e método de aferição, nas avaliações que são realizadas no setor da saúde. Mais especificamente, analisaram o papel dos instrumentos de qualidade de vida como indicadores de resultados ou efeitos de ações de saúde estruturadas, como por exemplo, as desenvolvidas por Serviços Assistenciais de Saúde ou Programas, nos quais se encaixa o GAMIA.

Neste sentido, as medidas de qualidade de vida se alinham a outros indicadores considerados clássicos, como os de mortalidade e de morbidade.

O campo da avaliação em saúde é um campo recente, principalmente no Brasil, onde coexistem diversas abordagens. Esse quadro antecipa que a inserção da qualidade de vida como proposta de indicador, ocorre num campo do conhecimento em construção e consolidação.

Segundo os mesmos autores,

a utilização de instrumentos da qualidade de vida no setor saúde constitui, atualmente, procedimento cada

vez mais observado nas práticas deste setor. Sua aplicação ocorre em diferentes esferas, como por exemplo, nos ensaios clínicos ou diagnóstico de grupos populacionais(2005b).

Na área da saúde é importante considerar que os instrumentos de qualidade de vida valorizam as percepções e posturas do paciente, são multidimensionais, apresentam particular utilidade, em situações, como quadros graves, quando a clínica tem poucos recursos e constituem uma medida positiva de saúde (Litvoc et col, 2005b).

A OMS (1989), citada por Litvoc et col (2005a),

define avaliação como um meio sistemático de se aprender empiricamente e de se utilizar as lições aprendidas para melhoria das atividades realizadas e para o desenvolvimento de um planejamento mais satisfatório, mediante uma seleção rigorosa entre as distintas possibilidades futuras.

Depois de 26 anos funcionando no Ambulatório de Geriatria do HCFMUSP, podemos afirmar que modelo de atendimento proposto pela equipe de profissionais do GAMIA tem a possibilidade de ser reproduzido na rede pública, pois sua estrutura é simples e de baixo custo.

O baixo índice de desistência do programa mostrou a ótima aderência dos participantes às atividades do GAMIA. Dos 90 idosos entrevistados, 83 terminaram o estudo, sendo que quatro por motivo de desistência da pesquisa. Na prática, 87 idosos terminaram as atividades assistenciais.

Muschenga (1997) enumerou alguns objetivos para avaliar qualidade de vida ligada à saúde (QVLS), tais como: monitorizar a saúde das populações; diagnosticar a natureza, gravidade e prognóstico das doenças; selecionar e avaliar tratamentos; descobrir fatores etiológicos e determinantes da QVLS; avaliar os efeitos de políticas de saúde e sociais; alocar recursos; identificar pacientes com demandas específicas ou demandas específica de determinados grupos de doenças, deficientes ou sequelas; monitorizar a evolução das doenças, especialmente as crônicas; avaliar a qualidade dos serviços prestados e prever medidas-padrão para os resultados das intervenções propostas.

Segundo Minayo et al (2000), existem dois significados para avaliação da QVLS. O primeiro, mais amplo, destinado à compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais, como foco mais relevante na promoção da saúde. O segundo, mais pontual, pautado na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade.

Este trabalho foi fruto da criação de um grupo de pesquisa em qualidade de vida no GAMIA. Foi elaborado um banco de dados que possibilitará o desenvolvimento de novos estudos, complementando esta primeira produção científica.

Já coletamos o material para a próxima fase do estudo. Todos os instrumentos foram reaplicados na amostra após cinco anos do término das atividades do GAMIA, nos anos de 2006, 2007 e 2008. Estes dados já foram tabulados e estão em fase de análise.

Para início de 2011 já nos estruturamos para iniciar a reaplicação de todos os instrumentos na mesma amostra, após os dez anos do término do GAMIA.

7. CONCLUSÕES

1. Além de constituírem franca maioria dos participantes, as mulheres se beneficiam mais que os homens do programa do GAMIA.
2. A idade, estado civil e escolaridade não influencia as diferenças nos índices de qualidade de vida.
3. O GAMIA desempenha importante papel educativo na manutenção da saúde do idoso, mesmo para aqueles que já ingressam com experiência decorrente da participação em outros programas anteriormente.
4. A importância das atividades do GAMIA para os idosos participantes pode ser avaliada pelo baixo índice de desistências (7,8%) durante o ano de atividade e pelo elevado número de encaminhamentos de parentes e amigos para o próximo processo seletivo.
5. Embora seja clássica a correlação da saúde física com a qualidade de vida no envelhecimento, neste estudo, apesar do declínio dos índices no domínio físico, o idoso obtem melhora da qualidade de vida nos demais domínios do WHOQOL.

6. O GAMIA é um modelo de promoção da saúde que contribui, efetivamente, para a melhora da qualidade de vida no envelhecimento.

8. REFERÊNCIAS

- Albuquerque SMRL. Envelhecimento ativo: desafio dos Serviços de Saúde para melhoria da qualidade de vida dos idosos [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2005.
- Amaral TS. Atividade de odontologia. In: Jacob-Filho W. *Prática a caminho da senecultura – Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial, GAMIA*. São Paulo: Atheneu; 2003.
- Aranha VC. Atividade de psicologia. In: Jacob-Filho W. *Prática a caminho da senecultura – Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial, GAMIA*. São Paulo: Atheneu; 2003.
- Aranha VC. O trabalho com grupos. In: Jacob-Filho W. *Prática a caminho da senecultura – Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial, GAMIA*. São Paulo: Atheneu; 2003.
- Araoz GBF. Valoración funcional. In: Llera FG, Martín JPM. *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*. Barcelona: Masson; 1994.
- Beresin R. Caracterização de aspectos psicossociais e qualidade de vida antes e após a participação em um grupo de atendimento multidisciplinar [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002.
- Berquó E. Considerações sobre envelhecimento da população no Brasil. In: Neri AL, Delbert GG. *Velhice e Sociedade*. Campinas: Papirus; 1999.
- Buss PM. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. *Ciênc.Saúde Colet*. 2000; 5(1):163-177.
- Bussab WO, Morettin P A. *Estatística Básica*. São Paulo: Atual; 1987.

- Candeias NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Rev. Saude Publ*, 1997; 31(2):209-213.
- Chaimowicz F. *Os idosos no século XXI – demografia, saúde e sociedade*. Belo Horizonte: Postgraduate Brasil; 1998.
- Conover W J . *Practical nonparametric statistics*. New York: Wiley; 1980.
- Derntl AM, Watanabe HAW. Promoção da Saúde. In: Litvoc J, Brito C . *Envelhecimento. Prevenção e Promoção da Saúde*. São Paulo: Atheneu; 2004.
- Diogo MJD, Ceolim MF, Cintra FA. A implantação do Grupo de Atenção à Saúde do Idoso (GRASI) no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (SP): relato de experiência. *Rev. Latino-am enfermagem*, 2000; 8(5):85-95.
- Duarte YAO, Cianciarullo TI. Avaliação de funcionalidade em Gerontologia. In: Cianciarullo TI, Silva GTR, Cunha ICKO. *Uma nova estratégia em foco: o programa de saúde da família – identificando as suas características no cenário do SUS*. São Paulo: Ícone; 2005.
- Duarte YAO. Desempenho funcional e demandas assistenciais. In: Lebrão ML, Duarte YAO. *SABE (Saúde, Bem Estar e Envelhecimento). O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
- Dumazedier J. *Lazer e cultura popular*. 3ª ed. São Paulo: Perspectiva; 2000.
- Fidelix MSP. Atividade de nutrição. In: Jacob-Filho W. *Prática a caminho*

da senecultura – Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial, GAMIA. São Paulo: Atheneu; 2003.

- Fleck MPA et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL – 100). *Rev. Saúde Públ.* 1999; 33 (2):198-205.
- Fleck MPA, Louzada S, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev. Saúde Públ.* 2000; 34 (1):178-83.
- Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência Saúde Colet.* 2000; 5(1):33-38.
- Fortin M, Lapoint L, Hudon C, Vanasse A, Ntetu ATL, Maltais D. Multimorbidity and Quality of life in primary Care: a Systematic Review. *Health Qual Life Outcomes.* 2004; 2:51.
- Fortin M, Lapoint L, Hudon C, Dubois MF, Almiral J, Lapointe L, Soubhi H. Comparative assessment of three different indices of life multimorbidity from studies on health-related quality of life. *Health Qual Life Outcomes.* 2005; 3:74.
- Garrido R, Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002; 24(1):3-6.
- Gomes GC, Diogo MJD'E. Função Motora, Capacidade Funcional e sua Avaliação em Idosos. In: Diogo MJD, Neri AL, Cachioni M. *Saúde e*

- Qualidade de Vida na Velhice*. São Paulo: Alínea; 2006.
- Gonçalves EMS, Aranha VC. O processo de triagem. In: Jacob-Filho W. *Prática a caminho da senecultura – Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial, GAMIA*. São Paulo: Atheneu; 2003.
 - Gonçalves EMS. Atividade de Serviço Social. In: Jacob-Filho W. *Prática a caminho da senecultura – Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial, GAMIA*. São Paulo: Atheneu; 2003.
 - Gonçalves EMS, Tamai SAB, Santos WF, Aranha CA. Atividade do Pós-GAMIA. In: Jacob-Filho W. *Prática a caminho da senecultura – Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial, GAMIA*. São Paulo: Atheneu; 2003.
 - IBGE (Fundação Instituto de Geografia e Estatística), Dados sobre População do Brasil, PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios). Brasília: IBGE; 2007. [citado 20 outubro 2008]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
 - IBGE (Fundação Instituto de Geografia e Estatística). Brasília; Censo 2000.
 - Izzo H. Atividade de fisioterapia. In: Jacob-Filho W. *Prática a caminho da senecultura – Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial, GAMIA*. São Paulo: Atheneu; 2003.
 - Jacob-Filho W. *Promoção da Saúde do Idoso*. São Paulo: Lemos; 1998.
 - Jacob-Filho W. *Prática a caminho da senecultura – Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial, GAMIA*. São Paulo: Atheneu; 2003.

- Jacob-Filho W, Jaluul O. Atividade Médica. In: Jacob-Filho W. *Prática a caminho da senecultura – Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial, GAMIA*. São Paulo: Atheneu; 2003.
- Kalache A, Kickbuscg I. A global strategy for health ageing. *World Health*. 1997; 4:4-5.
- Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. *Rev Saude Publ*. 1987; 21(3):200-10.
- Katz S, Akpomk CA . A measure of primary sociobiological functions. *International Journal of Health Services*. 1976; 6:493-507.
- Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffee MW. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963; 185:914-919.
- Kielehofner G, Burke JP. A model of human occupation: Part 1. *Am J Occup Ther*. 1980; 34 (9):731-8.
- Kielehofner G. A model of human occupation: Part 2. *Am J Occup Ther*. 1980; 34(10)731-8.
- L'Abbate S. Educação em saúde: uma nova abordagem. *Cad Saude Publica*. 1994; 10 (4):481-490.
- Lawton MP. Environmente and other determinants of well-being in older people. *Gerontologist*. 1983; 4(23):349-357.
- Lawton MP. The functional assessment of elderly people. *J Am Geriatric Soc*. 1971; 19:465-81.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969; 9:179-186.

- Leavell H, Clark EG. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill; 1976.
- Lebrão ML, Duarte YAO. *SABE (Saúde, Bem Estar e Envelhecimento). O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
- Lebrão ML. O projeto SABE em São Paulo: uma visão panorâmica. In: Lebrão ML, Duarte YO. *SABE (Saúde, Bem Estar e Envelhecimento). O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
- Levy SN, Silva JJC, Cardoso IFR, Werberich PM, Moreira LLS, Montiani H et al. *Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas*. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
- Lima LJC, Pasetchny N. Atividades em grupo: uma alternativa para inclusão social na terceira idade. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 1998; 9(1):37-42.
- Lima LJC. *A arte de viver e envelhecer com Qualidade: Interfaces da Terapia Ocupacional, Atividades Artísticas em Gerontologia [Dissertação]*. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2005.
- Linn BS, Linn MW, Gurell. Cumulative illness rating scale. *J Am Geriatrics Soc*. 1968; 16:622-6.
- Litvoc J, Kimura M, Santos VLCGa. Qualidade de Vida e Avaliação em Saúde. In: Gianciarullo TI, Silva GTR, Cunha ICKO. *Uma nova estratégia em foco: o programa de saúde da família – identificando as suas características no cenário do SUS*. São Paulo: Ícone; 2005.
- Litvoc J, Kimura M, Santos VLCGb. Programa da Saúde da Família e

- Qualidade de Vida: resultados da aplicação de um instrumento estruturado. In: Gianciarullo TI, Silva GTR, Cunha ICKO. *Uma nova estratégia em foco: o programa de saúde da família – identificando as suas características no cenário do SUS*. São Paulo: Ícone; 2005.
- Litvoc J, Brito FC . *Envelhecimento. Prevenção e Promoção da Saúde*. São Paulo: Atheneu; 2004.
 - Litvoc J; Paschoal SMP, Mota MJS, Lobo SV, Jacob Filho W. Situação de qualidade de vida de um grupo de idosos, ao final de um programa anual de acompanhamento – utilização do instrumento de qualidade de vida SF-36. In: Anais do XII Congresso de Geriatria e Gerontologia; Brasília: 2000.
 - Melo MC, Souza AL, Leandro EL, Mauricio HA, Silva ID, Oliveira JMO. A educação em saúde como agente promotor da qualidade de vida para o idoso. *Ciêñ Saúde Colet*. 2009; 14(Supl.1):1579-1586.
 - Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de Vida: um debate necessário. *Ciêñ Saúde Colet*. 2000; 5(1):7-18.
 - Ministério da Saúde. *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
 - Ministério da Saúde. *Política Nacional do Idoso*. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
 - Miranda de Nóbrega TC, Jaluul O, Machado AN , Paschoal SMP, Jacob Filho W. Quality of life and multimorbidity of elderly outpatients. *Clinics*. 2009; 64(1):45-50.
 - Muschenga AM. The relation between concepts of quality of life,health

- and happiness. *Journal of Medicine and Philosophy*. 1997; 22:11-8.
- Neri AL. *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas: Papyrus; 1993.
 - Neri AL. *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas: Alínea; 2001.
 - Neter J, Kutner MH, Nachtsheim CJ, Wasserman W. *Applied Linear Statistical Models*. Illinois: Richard D. Irwing; 1996.
 - Organização Mundial de Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: EDUSP; (OMS) 2003.
 - Organização Mundial de Saúde. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL). Brasil: OMS; 1998: [citado 5 maio 2010]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psip/whoqol1.html1/>.
 - (OPAS) Organização Pan-Americana de Saúde. Declaração de Santa Fé de Bogotá: Washington; 1992.
 - Paschoal SMP. Qualidade de vida na velhice. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha S. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
 - Paschoal SMP, Litvoc J, Mota MJS, Lobo SV, Jacob-Filho W. Avaliação inicial e final da qualidade de vida de um grupo de idosos num programa anual de acompanhamento através do instrumento Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (Lawton, 1972). In: Anais do XII Congresso de Geriatria e Gerontologia: Brasília; 2000a.
 - Paschoal SMP, Litvoc J, Mota MJS, Lobo SV, Jacob-Filho W. Avaliação inicial e final da qualidade de vida de um grupo de idosos num programa anual de acompanhamento através do instrumento GAMIA-QV. In: Anais

do XII Congresso de Geriatria e Gerontologia: Brasília; 2000b.

- Paschoal SMP. Qualidade de Vida do Idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2000.
- Paschoal SMP. Autonomia e independência. In: Papaleo-Neto M. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu; 1996.
- Papaleo Neto M, Ponte Jr. Envelhecimento: Desafio na transição do século. In: Papaleo Neto M. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu; 1996.
- Pavarini SCI, Néri AL. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: Duarte YAO, Diogo MJ. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu; 2000.
- Ramos LR. Epidemiologia do Envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, GorzoniML, Rocha S. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
- Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira MZ, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev. Saude Publica*. 1993; 27(2):87-94.
- Ramos LR, Veras RP, Kalache A . Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev. Saude Publica*. 1987; 21(3):211-224.
- Riberto M, Miyazaki MH, Juca SSH, Sakamoto H, Pinto PPN, Battistella LR. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência

- Funcional. *ACTA Fisiatr.* 2004; 11(2):72-76.
- Rolnik R. A cidade e o idoso. *SESC.* 1998; X(14):45-50.
 - Santos LM, Rosa MA, Crepaldi MA, Ramos LR. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. *Rev. Saude Publica.* 2006; 40(2):346-352.
 - Schicchi MC. A arquitetura e os idosos: considerações para elaboração de projetos. *SESC.* 2000; XI (19):63-79.
 - Siqueira RL, Botelho MIV, Coelho FMG. A velhice: Algumas considerações teóricas e conceituais. *Cien. Saúde Colet.* 2002; 7(4):899-906.
 - TAMAI SAB. Atividade de terapia ocupacional. In: Jacob-Filho W. *Prática a caminho da senecultura – Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial, GAMIA.* São Paulo: Atheneu; 2003.
 - The Whoqol Group. The World Health Organization Quality of life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci Med.* 1995; 10(41):1403-9.
 - Wilcock A A . *Pessoas idosas e a justiça profissional.* In: McIntyre A, Atwal A. *Terapia Ocupacional e a Terceira Idade.* São Paulo: Santos; 2007.
 - Wilkins S, Law M, LETS L. Assessment of functional performance. In: Bonder BR, Wagner MB. *Functional performance in older adults.* Philadelphia: FA Davis; 2001.
 - World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. Geneva: (WHO); 1945.

- World Health Organization. Carta de Ottawa. Genebra: WHO; 1986.
- World Health Organization. Declaração de Adelaide. Genebra: WHO; 1988.
- World Health Organization. Declaração de Sundsvall. Genebra: WHO; 1991.
- World Health Organization. Declaração de Jacarta. Genebra: WHO; 1997.
- World Health Organization. Envelhecimento Ativo. Genebra: WHO; 2002.
- Valente MA, Santos WF. Atividade de enfermagem. In: Jacob-Filho W. *Prática a caminho da senecultura – Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial, GAMIA*. São Paulo: Atheneu; 2003.
- Viude A. Atividade de fonoaudiologia. In: Jacob-Filho W. *Prática a caminho da senecultura – Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial, GAMIA*. São Paulo: Atheneu; 2003.
- Viude A, Jaluul O, Tamai SAB, Jacob-Filho W. Perspectivas Futuras. In: Jacob-Filho W. *Prática a caminho da senecultura – Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial, GAMIA*. São Paulo: Atheneu; 2003.
- Xavier FMF, Ferraz MPT, Marc N, Escosteguy NU, Moriguchi EH. Elderly people's definition of quality of life. *Rev Bras Psiquiat*. 2003; 25(1):37-49.
- Zoriki CKS. Qualidade de Vida no GAMIA. Impacto de novos diagnósticos e terapêuticas [monografia]. São Paulo: Serviço de Geriatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2004.

9. ANEXOS

Anexo I



APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 25.05.06, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº 287/06, intitulado: "Avaliação do impacto de um programa de promoção da saúde na qualidade de vida de idosos avaliada pelo WHOQoL - BREF" apresentado pelo Departamento de **PATOLOGIA** inclusive o termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX. 2, letra "c")

Pesquisador(a) Responsável: Dr. Wilson Jacob Filho

Pesquisador (a) Executante: Sra. Silvia Aniffi Borsoi Tamai

CAPPesq, 25 de Maio de 2006.

PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Presidente da Comissão de Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa



HOSPITAL DAS CLÍNICAS

117

DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CAIXA POSTAL, 8091 – SÃO PAULO - BRASIL

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Instruções para preenchimento no verso)

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE :.....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M F
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO Nº
APTO:
BAIRRO: CIDADE
.....
CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)
.....

2. RESPONSÁVEL LEGAL
.....
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
.....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M F
DATA NASCIMENTO.:/...../.....
ENDEREÇO: Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE:
CEP: TELEFONE: DDD (.....)

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA Avaliação do Impacto de um Programa de Promoção de Saúde na Qualidade de Vida de Idosos Avaliada pelo WHOQoL-bref
PESQUISADOR: Silvia Affini Borsoi Tamai
CARGO/FUNÇÃO: Terapeuta Ocupacional INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº CREFITO –2660-TO
UNIDADE DO HCFMUSP: Serviço de Geriatria do HCFMUSP

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO RISCO MÍNIMO RISCO MÉDIO
RISCO BAIXO RISCO MAIOR

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : quatro anos

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

1. justificativa e os objetivos da pesquisa

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar como os atendimentos do GAMIA irão contribuir para a qualidade de vida do senhor, ou a senhora.

2. procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais

Antes do senhor, ou a senhora, iniciarem as atividades do GAMIA será aplicado um questionário que avalia qualidade de vida. Este questionário demora cerca de quinze minutos para ser respondido. No mesmo ano, ao final das atividades do GAMIA, aplicaremos de novo este questionário para poder compará-lo com o questionário feito no início do ano. Como o senhor, ou a senhora, após o término de um ano de atividade, passarão a fazer parte do Grupo do Pós-GAMIA, aplicaremos este questionário novamente após cinco anos para compará-los com os dados colhidos anteriormente.

3. desconfortos e riscos esperados

Não se espera nenhum tipo de desconforto ou riscos devido a aplicação deste questionário, a não ser o tempo que o senhor (a) gastará para responder as perguntas do questionário. Mas caso isto ocorra, o senhor ,ou a senhora, terão garantidos assistência necessária no Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

4. benefícios que poderão ser obtidos

A partir desta pesquisa será possível saber se o programa de atividades do GAMIA ajuda uma pessoa como o senhor, ou senhora, a manter ou melhorar a sua qualidade de vida. Será uma forma de avaliar o GAMIA e poder aperfeiçoar sempre o atendimento prestado aos idosos.

5. procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo

Após a análise dos dados colhidos nos questionários, será possível avaliar como está a qualidade de vida do senhor, ou da senhora, e realizar orientações ou mesmo atendimentos para manter ou melhorar esta sua condição. Será uma forma de poder acompanhar o seu envelhecimento.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

O senhor, ou a senhora, terá acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas.

O senhor, ou a senhora, terá liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.

O senhor, ou a senhora, terá salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

O senhor, ou a senhora, terá disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.

O senhor, ou a senhora, não terá viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa, mas sim assistência que se fizer necessária no Serviço de Geriatria do HCFMUSP.

**V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS
PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE
INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.**

Silvia Affini Borsoi Tamai Rua Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, Prédio dos Ambulatórios, 5º andar, Bloco 4 A. Telefone 30696731. Recados com Juliana

Wilson Jacob Filho Mesmo endereço e telefone

vi. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

Não há observações complementares

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, de de 200.....

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome Legível)

ANEXO III

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

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

Instruções

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

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

duas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO IV

ESCALA DE ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDAD DIÁRIA
Katz et al (1970)

Atividade	Independente	Sim	Não
1. Banho	Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para parte do corpo		
2. Vestir-se	Pega as roupas e veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos		
3. Higiene pessoal	Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala)		
4. Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala)		
5. Continência	Controla completamente urina e fezes		
6. Alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão)		

O escore total é o somatório de respostas “sim”. Total de 6 pontos significa independência para AVD; 4 pontos, dependência parcial; 2 pontos, dependência importante. Modificado de Katz S, Downs TD, Cash HR et al. Gerontologist, 1970; 10:20-30

ANEXO V

ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA DE LAWTON

1. O (a) Sr.(a) consegue usar o telefone?	sem ajuda com ajuda parcial não consegue	3 2 1
2. O (a) Sr. (a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	sem ajuda com ajuda parcial não consegue	3 2 1
3. O (a) Sr. (a) consegue fazer compras?	sem ajuda com ajuda parcial não consegue	3 2 1
4. O (a) Sr. (a) consegue preparar as próprias refeições?	sem ajuda com ajuda parcial não consegue	3 2 1
5. O (a) Sr. (a) consegue arrumar a casa?	sem ajuda com ajuda parcial não consegue	3 2 1
6. O (a) Sr. (a) consegue fazer os trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	sem ajuda com ajuda parcial não consegue	3 2 1
7. O (a) Sr. (a) consegue lavar e passar sua roupa?	sem ajuda com ajuda parcial não consegue	3 2 1
8. O (a) Sr. (a) consegue tomar seus remédios na dose certa e horário correto?	sem ajuda com ajuda parcial não consegue	3 2 1
9. O (a) Sr. (a) consegue cuidar de suas finanças?	sem ajuda com ajuda parcial não consegue	3 2 1

Para cada questão, a primeira resposta significa independência; a segunda, capacidade com ajuda; a terceira, dependência. A pontuação máxima é de 27 pontos, e os cores têm um significado apenas para o paciente individual, servindo como base para comparação evolutiva. As questões 4 e 7 podem ter variações conforme o sexo, podendo ser adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar do jardim.

ANEXO VI

Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

Itens:

1. Cardíaco
2. Vascular
3. Hematológico
4. Respiratório
5. Oftalmológico e Otorrinolaringológico
6. Trato gastrointestinal alto
7. Trato gastrointestinal baixo
8. Hepático e pancreático
9. Renal
10. Genito-urinário
11. Musculoesquelético e cutâneo
12. Neurológico
13. Endócrino, metabólico, mamas
14. Psiquiátrico

Pesos: Acometimento de todos os sistemas graduado de 0 a 4:

0 Sem problemas

1 Discreto

2 Moderado

3 Severo

4 Extremamente severo

Escore final: soma dos pesos de cada sistema

ANEXO VII

Questionário do Perfil do idoso

A. Caracterização

Nome: _____

DN: __/__/____ Idade: ____anos Gênero: M F Cor: _____

Estado civil: _____ Com quem reside: _____

Escolaridade: __anos

Endereço: _____ CEP: _____

Casa própria? Sim Não Telefone: _____

Renda pessoal: _____ Renda familiar: _____

O(a) senhor(a) possui:

- TV Telefone geladeira Microondas
 Carro Seguro de vida Seguro-saúde Computador

B. Autopercepção da saúde e qualidade de vida

1. Até que idade o(a) sr.(a) gostaria de viver? _____ anos

2. Classifique o seu estado de saúde atual:

- péssimo ruim comprometido bom ótimo

3.a. **(para mulheres)** Quando sua mãe tinha a sua idade atual, a qualidade de vida dela, comparativamente com a sua hoje, era:

- muito pior pior igual melhor muito melhor
 Não se aplica

3.b. **(para homens)** Quando seu pai tinha a sua idade atual, a qualidade de vida dela, comparativamente com a sua hoje, era:

- muito pior pior igual melhor muito melhor
 Não se aplica

4. As pessoas idosas podem ter uma **boa** qualidade de vida?

- Não Sim

5. Qual **nota** (de 0 a 10) que o(a) sr.(a) daria para a sua qualidade de vida hoje?

C. Atividades sociais e de lazer

1. Você realiza atividades físicas?

- não sim

2. O que você faz para se distrair?

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> leituras | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| <input type="checkbox"/> artesanato | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| <input type="checkbox"/> ouve rádio | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| <input type="checkbox"/> assiste TV | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| <input type="checkbox"/> igreja | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| <input type="checkbox"/> grupos de
idosos | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| <input type="checkbox"/> outros | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
-

ANEXO VIII

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO GERIÁTRICA GLOBAL

Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial (GAMIA) do Serviço de Geriatria do ICHC-FMUSP

I – Dados de identificação:

Nome: _____ (1) RGHC _____ (2) _ _
 Data de nascimento: _____ (3) Idade: _____ (4)
 Sexo: () masc. () fem. (5) Religião: _____ (6) Praticante: () não () sim (7)
 Situação Conjugal: ()solt. ()cas. () separado ()viúvo () com companheiro.
 () sem companheiro (8)
 Escolaridade: () analf. () alfab. () primário inc. () primário comp. () 1ºgr.inc.
 () 1ºgr.comp. () 2ºgr.inc. () 2ºgr.comp. () sup. inc. () sup. comp. (9)

Endereço Completo:

Rua: _____ (10) n°: _____ (11) apt.: _____ (12)
 Bairro: _____ (13) Cidade: _____ (14) Estado: _____ (15)
 Cep: _____ (16) Fone: _____ (17)
 Profissão: _____ (18) Atividade Atual: _____ (19)
 Situação Previdenciária: _____ (20)
 Nível Sócio-Econômico: () Baixa Inferior () Baixa Superior () Média Inferior
 () Média () Média Superior () Alta (21)

Dados Antropométricos:

Peso habitual: _____ kg (22) Peso Atual: _____ kg. (23)
 Altura: _____ m (24) IMC: _____ kg/m² (25)
 Classificação do IMC: _____ (26)
 Mudou peso nos últimos 6 meses? () Não () Sim, Quanto? _____ (27)

Funções Vitais:

P.A.: ____ X ____ . (28) Pulso: _____ (29)
 Temperatura: _____ (30) Respiração: _____ (31)
 Diagnóstico médico: _____ (32)

II – Condições atuais:

- 1) Faz uso de alguma medicação?
 () não () sim Quais? _____
- 2) Sente alguma coisa? (queixas físicas crônicas)
 () não () sim Quais? _____
- 3) Teve alguma intercorrência durante o último ano? (*quedas, incontinência urinária, infecções etc*)
 () não () sim Quais? _____

4) Tem alguma doença? (diagnóstico auto-referido)

5) Toma cuidado para prevenir acidentes em casa?

() não () sim Quais? _____

6) Toma cuidado para prevenir acidentes na rua?

() não () sim Quais? _____

7) Toma cuidado para prevenir doenças?

() não () sim O que? _____

8) Com que frequência seu intestino funciona?

() Diariamente () Dias alternados () A cada 2 dias () A cada 3 dias () Outros: _____

9) Qual a consistência das fezes?

() Normal () Ressecada () Pastosa () Semi-pastosa

10) Tem dificuldade para mastigar os alimentos?

() não () sim

11) Faz uso de prótese dentária?

() não () sim Qual? () total () superior () parcial () fixa
() inferior () removível
() dupla

12) Com que frequência consome?

Frutas e sucos de frutas	() diário	() semanal	() mensal	() raro	() nunca
Verduras	() diário	() semanal	() mensal	() raro	() nunca
Legumes	() diário	() semanal	() mensal	() raro	() nunca
Carnes ou substituto	() diário	() semanal	() mensal	() raro	() nunca
Leite e derivados	() diário	() semanal	() mensal	() raro	() nunca
Cereais (arroz)	() diário	() semanal	() mensal	() raro	() nunca
Massas, pães, bolachas	() diário	() semanal	() mensal	() raro	() nunca
Doces e balas	() diário	() semanal	() mensal	() raro	() nunca
Frios e embutidos	() diário	() semanal	() mensal	() raro	() nunca
Frituras	() diário	() semanal	() mensal	() raro	() nunca
Refrigerantes e refrescos	() diário	() semanal	() mensal	() raro	() nunca

13) Quais refeições você faz diariamente?

() Café da manhã () Lanche da manhã () Almoço
() Lanche da tarde () Jantar () Lanche noturno

14) Quantos copos (tipo requeijão) de líquidos você bebe por dia?

(Somatória de: água, chá, suco, leite, café, refrigerante, etc)

< 3 3-5 6-8 > ou = 9

15) Tem dificuldade para engolir?

não sim

16) Com que frequência (em dias) você:

Toma banho _____

Lava os cabelos _____

Faz higiene oral _____

Cuida da aparência _____

Corta as unhas das mãos _____

17) Você realiza atividades físicas?

não sim Qual? _____ Frequência (por semana): _____

18) Você tem alguma dificuldade nas Atividades de Vida Diária?

Alimentação não sim

Vestuário não sim

Banho não sim

Higiene pessoal não sim

Locomoção não sim

19) Você tem alguma dificuldade nas Atividades de Vida Prática?

Arrumar a casa não sim

Sair para realizar atividades externas não sim

fazer compras

carregar compras

ir ao banco

utilizar ônibus

sair sozinho

20) O que você faz para se distrair?

leituras diariamente 1x na semana 2/3x na semana < 5x no mês

artesanato diariamente 1x na semana 2/3x na semana < 5x no mês

ouve rádio diariamente 1x na semana 2/3x na semana < 5x no mês

assiste TV. diariamente 1x na semana 2/3x na semana < 5x no mês

igreja diariamente 1x na semana 2/3x na semana < 5x no mês

grupos de idosos diariamente 1x na semana 2/3x na semana < 5x no mês

outros diariamente 1x na semana 2/3x na semana < 5x no mês

21) Tem com quem conversar?

não sim

22) Tem dificuldade para ouvir?

não sim

- 23) Tem alguma dificuldade para enxergar?
 não sim Qual? _____
Corrigível com óculos?
 não sim
- 24) Tem dificuldade para falar?
 não sim
- 25) Você tem amigos?
 não sim
- 26) Você sai com amigos?
 não sim
- 27) No último ano você sentiu-se lesado em seus direitos de cidadão?
 não sim Reclamou? não sim
- 28) Quando tem alguma dificuldade, costuma pedir ajuda a outras pessoas?
 não sim
- 29) Quando pede ajuda, tem quem lhe ajude?
 não sim
- 30) Sente-se dependente de outras pessoas para realizar suas atividades habituais?
 não sim
- 31) Sente-se motivado e disposto?
 o tempo todo a maior parte do tempo algum tempo
 pequena parte do tempo nenhum tempo
- 32) Sente-se triste?
 o tempo todo a maior parte do tempo algum tempo
 pequena parte do tempo nenhum tempo
- 33) Sente-se alegre?
 o tempo todo a maior parte do tempo algum tempo
 pequena parte do tempo nenhum tempo
- 34) O que mais gosta em você?
 suas atitudes seu corpo seus pensamentos outros
- 35) O que menos gosta em você?
 suas atitudes seu corpo seus pensamentos outros
- 36) Como classificaria suas relações afetivas?
 ótima boa regular ruim péssima

37) Como classificaria sua sexualidade?

ótima boa regular ruim péssima

Data: _____

Início: _____

Término: _____

Duração: _____

Aplicador: _____

ANEXO IX

BEM ESTAR - GAMIA

A. **Caracterização**

Nome: _____ RG: _____

DN: __/__/____ Idade: ____anos Sexo: M F Cor: _____

Estado civil: _____ Com quem reside: _____

Escolaridade: ____anos Renda pessoal: _____ Renda familiar: _____

Endereço: _____ CEP: _____

Casa própria? Sim Não Telefone: _____

O(a) senhor(a) possui:

- TV Telefone geladeira Microondas
 Carro Seguro de vida Seguro-saúde Computador

B. **Bem estar**

1. Que idade o(a) sr.(a) gostaria de ter hoje? _____ anos

2. Até que idade o(a) sr.(a) gostaria de viver? _____ anos

3. Classifique o seu estado de saúde atual:

- péssimo ruim comprometido bom ótimo

4. Em comparação com as pessoas da mesma idade, seu estado de saúde atual é:

- pior igual melhor

5.a. **(para mulheres)** Quando sua mãe tinha a sua idade atual, a qualidade de vida dela, comparativamente com a sua hoje, era:

- muito pior pior igual melhor muito melhor
 Não se aplica

5.b. **(para homens)** Quando seu pai tinha a sua idade atual, a qualidade de vida dela, comparativamente com a sua hoje, era:

- muito pior pior igual melhor muito melhor
 Não se aplica

6. As pessoas idosas podem ter uma **boa** qualidade de vida?

- Não Sim

7. Como o(a) sr.(a) classificaria sua qualidade de vida **hoje**?

- péssima ruim satisfatória boa ótima

8. Qual **nota** (de 0 a 10) que o(a) sr.(a) daria para a sua qualidade de vida?

Há 10 anos atrás: _____

Hoje: _____

9. O que é uma **boa** qualidade de vida?

10. O que é uma **má** qualidade de vida?

11. Relacione, por ordem de importância, três determinantes fundamentais para uma boa qualidade de vida na velhice:

a. _____ b. _____ c. _____

12. Examine com calma as opções abaixo:

- | | |
|------------------------|-------------------------------------|
| - independência física | - lazer |
| - amizade | - trabalho |
| - atividade sexual | - saúde |
| - casa própria | - religião |
| - participação social | - sentir-se realizado |
| - ser respeitado | - carro |
| - ter motivo pra viver | - controle sobre a própria vida |
| - fé em Deus | - boa visão e audição |
| - boa memória | - ter planos/projetos para o futuro |
| - riqueza | - boa aposentadoria |
| - família | - atividade física |
| - paz e tranquilidade | |
| - OUTRA: _____ | |

Escolha, por ordem de importância, dentre as opções acima, **3 que são fundamentais** para uma **boa qualidade de vida** na velhice:

a. _____ b. _____ c. _____

13. Relacione, por ordem de importância, **três fatores (coisas) que pioram a qualidade de vida na velhice**:

a. _____ b. _____ c. _____

14. Se pudesse, o que o(a) sr.(a) colocaria em sua vida, para que ela ficasse melhor?

15. Se pudesse, o que o(a) sr.(a) tiraria de sua vida, para que ela ficasse melhor?

16. Qual o seu **maior medo**?

17. Escolha dentre as opções abaixo, uma que represente **seu maior medo**:

- | | | |
|----------------------|-----------------------|------------------------|
| - perder a visão | - ficar dependente | - ter doença incurável |
| - ficar sem dinheiro | - impotência | - morrer |
| - solidão | - morar com os filhos | - violência |
| - sofrer um acidente | - ficar viúvo(a) | - outra: _____ |

18. Possuindo a “**lâmpada mágica do Aladim**”, quais seriam seus 3 desejos?

- a. _____
b. _____
c. _____

Entrevistador:

Início: ____

Fim: ____

Tempo: ____ minutos

Data: __/__/20__

ANEXO X

QUADRO DE ESTUDOS COMPARATIVOS DO GAMIA, SABE E EPIDOSO

VARIÁVEIS	1 - GAMIA Beresin (1998)	2 -GAMIA Zoriki (1999)	3 - GAMIA Tamai (2000 a 2002)	4 - GAMIA Albuquerque (2003)	Epidoso 1987	SABE 2000
SEXO	Masculino 23,0% Feminino 77,0%	Masculino 18,5% Feminino 81,5%	Masculino 20,5% Feminino 79,5%	Masculino 36,7% Feminino 63,3%	Masculino 40,0% Feminino 60,0%	Masculino 41,4% Feminino 58,6%
IDADE-MÉDIA	71,2 anos	75,9 anos	69,3 anos	70 anos	69 anos	68 anos
ESTADO CIVIL	Solteiros - Casados 27,0% Viuvos 57,0% Separados 16,0%	Solteiros 14,8% Casados 29,6% Viuvos 51,8% Separados 0,0%	Solteiros 9,6% Casados 31,3% Viuvos 48,2% Separados 9,6% outros 1,2%	Solteiros 26,6% Casados 36,6% Viuvos 20,0% Separados 16,6% Outros -	Não tem	Solteiros 4,9% Casados 57,0% Viuvos 29,5% Separados 8,5%
ESCOLARIDADE	0 a 3 30,0% 3 a 4 43,0% ###5 a + 27,0%	Não tem	0 anos 7,2% 1 a 4 48,2% 5 a 9 28,9% 10+ 15,7%	0 10,0% 1 a 8 36,6% 8 a 11 50,0% ## 12+ 3,3%	0 35,0% *1 a 3 21,0% **3 a 4 26,0% ***5 + 18,0%	0 21,0% 1 a 4 46,4% 5+ 32,6%
RENDA PER CAPTA	2 salários mínimos	Não tem	2,87 salários mínimos	3,5 salários mínimos	U\$ 50,00 39,0% U\$ 50,00- U\$99,00 32,0% U\$ 100,00-U\$ 250,00 22,0% U\$ 250,00 e + 7,0%	5,5 salários mínimos
RESIDE COM	Sozinho 47,0% Cônjuge 13,0% Familiares 40,0%	Sozinho 44,4% Familia/amigos 55,6%	Sozinho 33,7% Cônjuge 13,3% Cônjuge+filho 14,5% Filhos 27,7% outros # 10,8%	Não tem	Mora só 10,0% Cônjuge 31,0% 2 gerações 34,0% 3 gerações 25,0%	1 pessoa 30,9% 3 a 4 37,2% 5 a 6 13,8% 7 + 4,9%
MORADIA	Própria 63,0% Não própria 33,0%	Não tem	Própria 65,9% Não própria 34,1%	Própria 80,0% Não própria 20,0%	Não tem	Não tem

Legenda:

Reside com Tamai

sozinho 33,7%
 1 pessoa 13,3%
 2 pessoas 14,5%
 3 pessoas 27,7%
 4 pessoas 10,8%

Escolaridade Beresin

nenhuma/Mobral/Ensino fundamental incompleto	30%
ensino fundamental (4 série completa)	43%
ensino fundamental/médio/superior	27%

Escolaridade Albuquerque

sem escolaridade (0) 10,0%
 fundamental (1 a 8) 36,6%
 médio incompleto 20,0%
 médio completo 30,0%
 superior incompleto 3,3%
 superior completo

Escolaridade Epidoso

* primário incompleto
 ** primário completo
 *** pós-elementar (ginásial, colegial e/ou superior)

ANEXO XI**Tabela de posses de bens GAMIA/SABE**

Bens	GAMIA (Tamai, 2010)	SABE (Lebrão, 2003)
Televisão	94,0	96,2
Geladeira	97,6	98,1
Telefone	94	79,1
Microondas	50,6	46,3
Carro	38,6	44,5
Seguro de Vida	15,7	
Computador	25,3	
Seguro Saúde	25,3	