

**JOSIANE SOUZA PINTO ALBERTE**

**FATORES BIOPSIKOSSOCIAIS NO ENVELHECIMENTO E  
PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO**

Campinas  
Julho / 2009

**JOSIANE SOUZA PINTO ALBERTE**

**FATORES BIOPSIKOSSOCIAIS NO ENVELHECIMENTO E  
PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO**

Tese de doutorado apresentada a  
Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas para  
obtenção do título de doutora em  
Ciências Médicas, área de Ciências  
Biomédicas.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Elena Guariento**

Campinas

Unicamp

2009

*FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP*

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

AL14f      Alberte, Josiane Souza Pinto  
Fatores biopsicossociais associados ao envelhecimento e a  
percepção da qualidade de vida do idoso / Josiane Souza Pinto  
Alberte. Campinas, SP : [s.n.], 2009.

Orientador : Maria Elena Guariento  
Tese ( Doutorado ) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade  
de Ciências Médicas.

1. Idosos. 2. Condição social. 3. Atividade física. 4. Saúde  
mental. 5. Fases do ciclo de vida. 6. Comorbidade. I. Guariento,  
Maria Elena. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de  
Ciências Médicas. III. Título.

**Título em inglês :** " Biopsychosocial factors associated with ageing and elders  
perception of life quality "

**Keywords:** • Elders  
• Social condition  
• Physical activity  
• Mental health  
• Life cycles stages  
• Comorbidity

Titulação: Doutor em Ciências Médicas  
Área de concentração: Saúde Mental

Banca examinadora:

Profa. Dra. Maria Elena Guariento  
Prof Dr Sigisfredo Luis Brenelli  
Prof Dr José Eduardo Martinelli  
Profa. Dra. Maria Eugênia Scatena Radomile  
Profa. Dra. Maria Aparecida Barone Teixeira  
Profa. Dra. Olga Maria Fernandes de Carvalho

Data da defesa: 31-07-2009

---

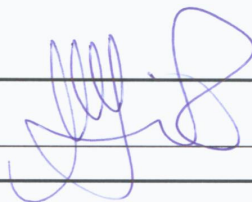
**Banca examinadora da Tese de Doutorado**  
**Josiane de Souza Pinto Alberte**

---

---

Orientadora: Profa. Dra. Maria Elena Guariento

---



---

**Membros:**

---

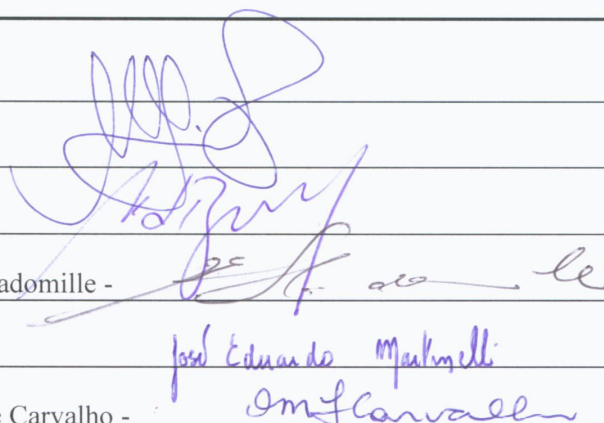
1. Profa. Dra. Maria Elena Guariento -

2. Prof. Dr. Sigisfredo Luís Brenelli -

3. Profa. Dra. Maria Eugênia Scatena Radomille -

4. Prof. Dr. José Eduardo Martinelli -

5. Profa. Dra. Olga Maria Fernandes De Carvalho -



Curso de pós-graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas.

---

**Data: 31/07/2009**

---

À Marcílio, Rafael e Ricardo pelo  
carinho e afeto em todos os  
momentos.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Marcílio, Rafael e Ricardo que me apoiaram e me incentivaram, pelo carinho e afeto de todas as horas.

Aos meus pais pelo incentivo constante.

A Maria Elena Guariento, minha orientadora e professora de todo esse percurso.

A Sigisfredo Brenelli, Olga Maria, Sandra Botelho, Ana Maria, e todos os professores da disciplina de Medicina Interna e Semiologia.

Aos funcionários da Biblioteca, Estatística, Áudio Visual, Irene secretaria da disciplina do Ambulatório de Geriatria.

A todos os meus amigos que acreditaram neste trabalho.

Aos idosos do Ambulatório de Geriatria e do SESC que, generosamente colaboraram para que esse trabalho fosse realizado.

A Lauri e Aline que me ajudaram sempre que precisei.

A Maria Eugênia pelo apoio e compreensão nas horas difíceis.

## UM TEMPO PARA CADA COISA

Tudo tem seu tempo determinado, e há tempo para todo propósito debaixo do céu:

há tempo de nascer e tempo de morrer; tempo de plantar e tempo de arrancar o que se plantou; tempo de matar e tempo de curar; tempo de derrubar e tempo de edificar; tempo de chorar e tempo de rir; tempo de prantear e tempo de saltar de alegria; tempo de espalhar pedras e tempo de ajuntar pedras; tempo de abraçar e tempo de afastar-se de abraçar; tempo de buscar e tempo de perder; tempo de guardar e tempo de deitar fora; tempo de rasgar e tempo de coser; tempo de estar calado e tempo de falar; tempo de amar e tempo de aborrecer; tempo de guerra e tempo de paz.

Eclesiastes

## RESUMO

Em vista da relevância que adquire o parâmetro qualidade de vida entre os indivíduos que estão envelhecendo, desenvolveu-se este trabalho que tem por objetivo avaliar e comparar os fatores que interferem na percepção da qualidade de vida (PQV) de dois grupos distintos de idosos que requerem um suporte institucional de duas instituições diferentes. Foram avaliados cento e seis pacientes entre sessenta e oitenta anos de ambos os sexos. Entre esses, 48 eram acompanhados no Ambulatório de Geriatria (AG) do Hospital de Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. O outro grupo constituiu-se de 58 sujeitos do Grupo da Terceira Idade do Serviço Social do Comércio (SESC) de Campinas. Os instrumentos utilizados foram: ficha de avaliação de dados sócio-demográficos, prática de atividade física, doenças / estados mórbidos, número de medicamentos e fatores estressantes auto-relatados, bem como a percepção da qualidade de cada um dos ciclos de vida (infância, adolescência, idade adulta e velhice); *International Neuropsychiatric Interview* (MINI); questionário de qualidade de vida – WHOQOL-bref. Os resultados mostraram que a melhor percepção da qualidade de vida no domínio físico relacionou-se à prática de atividade física, ao não relato de dores, referência à boa infância e boa velhice, uso regular de menor quantidade de medicamentos. No domínio psicológico os idosos com melhor avaliação da qualidade de vida foram os que não apresentavam transtorno distímico, relatavam boa adolescência e velhice, usavam menor número de medicamentos e se consideravam felizes. No domínio social, a maior pontuação para qualidade de vida relacionou-se a: considerar-se feliz, não ter evidência de hipomania, negar solidão como evento estressante e referir boa adolescência. Quanto ao domínio ambiental, a referência à melhor qualidade de vida associou-se a: referir boa infância e velhice, maior nível de escolaridade e negar doença como evento estressante. Esses achados abrem para uma nova avaliação dos conceitos atuais sobre a velhice e processo de envelhecimento considerando-se os fatores que se associam a uma melhor percepção da qualidade de vida entre os idosos. Nesse estudo, verificou-se que a percepção da qualidade dos ciclos de vida, o uso de medicamentos, a prática de atividade física, a evidência de distímia e hipomania, o nível de escolaridade e a referência a dores, solidão e doença como eventos estressantes tinham interferência na percepção da qualidade de vida dos idosos avaliados.

Palavras-chave: Terceira Idade, Idosos, Condição Social, Saúde Mental, Atividade Física, Comorbidades, Fases do Ciclo de Vida.

## ABSTRACT

Considering the relevance of life quality among aging individuals, this study has been developed with the aim to compare factors that interfere with the perception of life-quality (PLQ) between two distinct groups of elderly requiring the support of two different institutions. One hundred and six patients have been assessed between ages sixty and eighty of both sexes. Among these, forty eight were followed closely by the Geriatric Ambulatory of the Hospital das Clínicas at the Faculty of Medical Sciences – UNICAMP. The other group consisted of fifty eight subjects from the group of elderly of the Serviço Social do Comércio (SESC) from Campinas. The instruments used were: a valuation card of sociodemographic data, ie, physical activity, diseases/morbid states, number of medicines taken, stress factors, as well as the perception of their life quality in each of the cycles of life, such as infancy, adolescence, adulthood and old age; The International Neuropsychiatric Interview (MINI); questionnaire on life quality – WHOQOL – BREF. The results showed that the best perception of quality of life in the physical domain were related to physical activity and absence of pain, a good activity and good age, regular minor use of medication. In the psychological area of the elderly, the best life quality valuation was of those who did not present distimic disorder, reported a happy adolescence and old age, used less medication, and considered themselves happy. In the social sphere the best valuation of life quality was related to considering oneself as happy, presenting an absence of hipomania, no stress on account of loneliness, a good adolescence. As for the environmental domain, the best quality of life was associated with a good childhood and old age, a higher level of education, no disease as stressful event. These findings lead to a new appraisal of the concepts on old age and the aging process, considering the possibilities associated with a better life quality for the elderly. In this study the perception of the life cycles'quality, the use of medication, physical activity, evidence of distimia and hipomania, level of education, reference to pains, solitude and disease as stressful events, interfered with the life quality of the valuated elderly.

Key-words: Third aging, aging, social condition, mental health, physical activity, comorbidity, life cycles.

## LISTA DE ABREVIATURAS

---

AG = Ambulatório de Geriatria

SESC = Serviço Social do Comércio

OMS = Organização Mundial da Saúde

CEPAL = Comissão Econômica para a América Latina

FNUAP = Fundo de População das Nações Unidas

OIT = Organização Internacional do Trabalho

BID = Banco Interamericano de Desenvolvimento

SABE = Projeto Saúde, Bem-estar e Desenvolvimento

USP = Universidade do Estado de São Paulo

FAPESP = Fundo de Amparo à Pesquisa no Estado de São Paulo

SOC = Seleção, Otimização e Compensação

MINI = International Neuropsychiatric Interview

WHOQOL = World Health Organization Quality of Life

CAPS = Centro de Atenção Psicossocial

CRI = Centro de Referência do Idoso

UNICAMP = Universidade Estadual de Campinas

ONGs = Organizações não Governamentais

ONU = Organização das Nações Unidas

PQV = Percepção da Qualidade de Vida

FCM = Faculdade de Ciências Médicas

## LISTA DE FIGURAS

---

Figura 1 = Renda

Figura 2 = Escolaridade

Figura 3 = Co-habitação

Figura 4 = Auto-percepção de doenças

Figura 5 = Uso de medicamentos

Figura 6 = Atividade física

Figura 7 = Mediana da pontuação nos domínios do WHOQOL-bref para a população de 106 idosos

Figura 8 = Mediana da pontuação nos domínios do WHOQOL-bref para o idosos do grupo AG

Figura 9 = Mediana da pontuação nos domínios do WHOWOL-bref para os idosos do grupo SESC

## LISTA DE TABELAS

---

Tabela 1 - Tamanhos amostrais segundo diferenças de proporções dos resultados mais freqüentes do MINI entre os locais

Tabela 2 – Principais enfermidades/quadros mórbidos relatadas pelos idosos entrevistados

Tabela 3 - Análise descritiva e comparativa das variáveis entre renda, co-habitação, escolaridade, auto-percepção de doenças, uso de medicamentos e atividade física entre os grupos AG e SESC

Tabela 4 - Análise descritiva e comparativa das variáveis auto-percepção da qualidade de vida, auto-percepção de felicidade e MINI entre os grupos AG e SESC

Tabela 5 – Variáveis que não apresentaram diferença significativa quando se comparou o grupo AG com o grupo SESC

Tabela 6 – Comparação das pontuações nos domínios do WHOQOL-bref para os grupos AG e SESC

Tabela 7 – Variáveis associadas à pontuação mais alta no domínio físico do WHOQOL-bref.

Tabela 8 – Variáveis associadas à pontuação mais alta no domínio psicológico do WHOQOL-bref.

Tabela 9 – Variáveis associadas à pontuação mais alta no domínio social do WHOQOL-bref

Tabela 10 - Domínio Ambiental do WHOQOL – bref.

## LISTA DE ANEXOS

---

ANEXO 1 – Entrevista semi-estruturada da história de vida

ANEXO 2 – Mini International Neuropsychiatric Interview – Screen

ANEXO 3 – Questionário de Qualidade de Vida - WHOQOL-bref

ANEXO 4 – Termo de Consentimento

## SUMÁRIO DE CONTEÚDOS

---

|                                              |    |
|----------------------------------------------|----|
| 1 – INTRODUÇÃO                               | 14 |
| 1.1. Epidemiologia do envelhecimento         | 17 |
| 1.2. Concepções de velhice                   | 18 |
| 1.3. Velhice Cronológica                     | 19 |
| 1.4. Velhice Funcional                       | 20 |
| 1.5. Velhice Etapa Vital                     | 21 |
| 1.6. Desenvolvimento e envelhecimento        | 22 |
| 1.7. Envelhecimento saudável ou bem-sucedido | 26 |
| 1.8. Envelhecimento patológico               | 31 |
| 1.9. Qualidade de vida                       | 38 |
| 2 – JUSTIFICATIVA                            | 45 |
| 3 – OBJETIVOS                                | 47 |
| 3.1. Objetivo geral                          | 47 |
| 3.2. Objetivos específicos                   | 47 |
| 4 - PACIENTES E MÉTODOS                      | 48 |
| 4.1. Casuística                              | 48 |
| 4.2. Tamanho amostral                        | 49 |
| 4.3. Critérios de inclusão                   | 51 |
| 4.4. Instrumentos                            | 51 |
| 4.5. Análise dos dados                       | 53 |
| 4.6. Aspectos éticos                         | 53 |
| 5 – RESULTADOS                               | 55 |
| 6 – DISCUSSÃO                                | 72 |
| 7 – CONCLUSÃO                                | 87 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS                   | 91 |

## 1 – INTRODUÇÃO

Se tratarmos o ser humano como ele é,  
ele continuará sendo como sempre foi,  
mas se o tratarmos como se ele fosse o  
que poderia ser, ele se transformará  
naquilo que poderia ser.

Goethe

O termo “terceira idade” surge no final dos anos 60 na França, para expressar novos padrões de comportamento de uma geração que se aposenta e envelhece ativamente.

O crescimento da população idosa brasileira é um fato incontestável.

É questão desafiante para a pesquisa, transcendendo a mera análise de dados estatísticos, referentes à população, instituições, doenças ou renda.

E refletindo sobre este contexto nossa pesquisa buscou analisar e comparar duas Instituições que prestam serviço a esses idosos diferentemente mas com um objetivo único que é a melhoria da qualidade de vida dessa população.

O Ambulatório de Geriatria da Unicamp (AG) atua no setor da saúde, contando com uma equipe multiprofissional que tem por objetivo melhorar, prevenir, orientar e apoiar os idosos que chegam encaminhados das unidades básicas de saúde. O atendimento é feito uma vez por semana e em média são atendidos 100 idosos mensalmente, é um trabalho novo que tem objetivo didático visando a ampliação de conceitos e ações referentes ao idoso, sua saúde e qualidade de vida.

O outro grupo estudado pertence ao Serviço Social do Comércio (SESC) de Campinas, Instituição conhecida no Brasil, tendo diversos centros espalhados por várias cidades. O objetivo principal desta Instituição mantida pelo governo é oferecer lazer, informação através de cursos, palestras, atividade física, atividades lúdicas e entretenimento de modo geral visando um espaço para essa população que almeja melhor qualidade de vida.

Sabemos que o fenômeno do envelhecimento, na atualidade, é um desafio que nos está sendo imposto. As estatísticas demonstram que o número de pessoas idosas no mundo aumenta progressivamente em associação com o decréscimo da fecundidade e o aumento da longevidade (1).

Desde a Antigüidade a velhice tem sido associada à dependência e à perda do controle sobre a própria vida. Os critérios médicos, biológicos e psicológicos tendem a confirmar o envelhecimento como tempo de declínio e decadência.

A maioria dos indivíduos deseja viver cada vez mais, porém a experiência do envelhecimento (a própria e a dos outros) está trazendo angústias e decepções. Podemos nos perguntar: o que é esse desafio chamado “velhice”?

Também esta não é uma pergunta de fácil resposta, pois não há uma definição clara e precisa das características físicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais que anunciam o começo da velhice.

Se os conceitos sobre velhice não são unânimes, menor consciência se verifica quando são considerados os diferentes extratos sociais e culturais, tanto nacionais como planetários.

As sociedades tecnológicas, particularmente, são sensíveis aos eventos de perdas e de declínio fisiológico, psicológico e social próprios da velhice. Vê-se o processo de envelhecimento estreitamente associado a enfermidades, incapacidade produtiva e perda da adaptação, além de considerar que esse processo representa uma carga onerosa para os não idosos.

Nos últimos cinqüenta anos, o conceito de saúde tem passado de uma negação para uma afirmação. Saúde, antes definida como ausência de doença, tem sido novamente conceituada, para significar um estado positivo de bem-estar. Concomitantemente, essa carga de preconceitos que acompanha o processo de envelhecimento tem sido repensada.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1947, redefiniu saúde como estado de completo bem-estar físico, psíquico e social e não meramente ausência de doença ou enfermidade. Isto significa que uma pessoa idosa, mesmo portadora de uma doença, poderá sentir-se saudável, desde que seja capaz de desempenhar funções, atividades, capaz de alcançar expectativas e desejos, capaz de manter-se ativo em seu meio, ter alguma função social, efetivar projetos, conseguindo assim, boa qualidade de vida, podendo realizar-se como ser humano e o que é mais importante – ser feliz (1).

Portanto, a melhora da qualidade de vida em decorrência do desenvolvimento científico e da atenção à saúde, propiciou que novas pesquisas, olhares, políticas e grupos de trabalho se tornassem efetivos para maior conhecimento desta etapa da vida. Essa abertura para o estudo do envelhecimento, por sua vez, contribui para que idosos vivam mais e melhor. Como resultado verifica-se um aumento do número de idosos no país, com as conseqüências que o processo de envelhecimento populacional acarreta.

### **1.1. Epidemiologia do envelhecimento**

O Brasil dobrou o nível de esperança de vida ao nascer em relativamente poucas décadas, numa velocidade muito maior que os países europeus, que levaram cerca de cento e quarenta anos para envelhecer. Segundo Veras (2), a esperança de vida em 1900 era de 33,7 anos; em 1950 era de 43 anos; em 1990 era de 65 anos, chegando a quase 70 anos na entrada do novo século; e prevê-se que ultrapasse os 75 anos em 2025. De 1950 a 2025 a população idosa brasileira terá crescido quinze vezes, enquanto o restante da população crescerá cerca de cinco vezes. Entretanto, apesar de todo esse crescimento, a maioria dos idosos situa-se na faixa de sessenta e sessenta e nove anos, e constitui menos que 10% da população total, quando na Europa, o segmento etário acima dos 70 anos é o que mais cresce.

Um país pode ser considerado “velho” quando 7% de sua população é constituída por idosos. A previsão dos demógrafos é de que no ano 2020 existam cerca de 1,2 bilhão de idosos no mundo, dentre os quais estarão 34 milhões de brasileiros

acima de sessenta anos, que, neste caso, corresponderão à sexta população mais velha do planeta, ficando atrás apenas de alguns países europeus, do Japão e da América do Norte (3).

Por tudo isso, é muito importante ouvir a “lógica interna desse grupo societário” e contar com ele para a realização de seus anseios e para a construção de um padrão de vida que lhes seja adequado.

Com a finalidade de compreender as vivências e os desejos no processo de envelhecimento, é preciso situar esta etapa da vida de forma a se positivar o envelhecimento como um tempo produtivo específico em nível da vida emocional, intelectual e social, superando-se os estigmas da discriminação e refletindo sobre as perdas, os sofrimentos e as limitações que representam acontecimentos dolorosos, mas não são sinônimos de velhice.

Assim, definiremos alguns conceitos prévios para situar os indivíduos de nossa pesquisa.

## **1.2. Concepções de velhice**

Seguem três concepções de velhice (4):

### **1.3. Velhice cronológica**

Definida pelo fator tempo, ou seja, considera-se idoso o indivíduo que atingiu sessenta e cinco anos ou mais (sessenta anos para os países em desenvolvimento). É objetiva em sua medida, visto que todas as pessoas nascidas na mesma data têm idêntica idade cronológica e formaram uma unidade de análise social, utilizada freqüentemente por demógrafos e estudiosos da vida social. A vantagem que se obtém com o dado objetivo – idade cronológica – transforma-se em inconveniente, quando fica comprovado o impacto diferente do tempo para cada pessoa, de acordo com o que tenha sido a sua maneira de viver, sua saúde, suas condições de trabalho, entre outras. Um trabalhador braçal de um país em desenvolvimento pode morrer por condições insalubres de trabalho e de desnutrição aos quarenta anos, enquanto, com a mesma idade, um cidadão de uma nação desenvolvida está em plena atividade, com direitos, e proteção social e trabalhista garantidos.

A estabilização das categorias etárias deu-se ao longo do século XIX, de modo que, no século XX, pôde-se observar maior uniformidade no interior dos grupos etários, marcação razoavelmente precisa da transição entre diferentes idades e institucionalização de ritos de passagem, como o ingresso na escola e na universidade e a aposentadoria (5). Essa estabilização favoreceu a formação de identidades etárias que passaram a definir, por meio de características de conduta, crenças, hábitos corporais e ideais de satisfação, a experiência de 'habitar' cada uma dessas etapas da vida. De fato, ser criança, adolescente ou adulto constitui grande parte da identidade dos sujeitos modernos. A crescente institucionalização das etapas da vida e o processo

de identificação dos sujeitos com as categorias etárias atingiram praticamente todas as esferas da vida social, fazendo-se presentes no espaço familiar, no domínio do trabalho, nas instituições do Estado, no mercado de consumo e nas esferas de intimidade.

Segundo Katz (6), a construção das classes etárias com base num sistema cronológico de datação está fortemente relacionada com o que ele chama de “curso de vida moderno”.

#### **1.4. Velhice funcional**

Corresponde ao emprego do termo “velho” como sinônimo de “incapaz” ou “limitado”, e reflete a relação tradicional de velhice e de limitações. Trata-se de um conceito errôneo, pois a velhice não representa necessariamente incapacidade. A velhice humana origina reduções na capacidade funcional devidas ao transcurso do tempo, como ocorre com qualquer organismo vivo, mas essas limitações não impossibilitam o ser humano de desenvolver uma vida plena como pessoa que vive, não somente com o físico, mas particularmente com o psíquico e o social.

As barreiras à funcionalidade dos idosos são, com freqüência, fruto das deformações e dos mitos sobre a velhice, mais do que o reflexo de deficiências reais.

Muitos são os mitos que se formaram em torno da velhice. Geralmente temos medo do que desconhecemos. Ainda prevalece a visão tradicional do idoso como

alguém inútil, isolado, em declínio biológico e mental, marcado por um tempo linear, com problemas de saúde, e na maioria das vezes dependente física e economicamente de alguém.

Bobbio (7), aos 87 anos, nos diz: “A marginalização dos velhos em uma época em que a marcha da história é cada vez mais acelerada, é um dado de fato que é impossível ignorar... Nas sociedades evoluídas, as transformações cada vez mais rápidas, quer dos costumes, quer das artes, viraram de cabeça para baixo o relacionamento entre quem sabe e quem não sabe. Cada vez mais o velho passa a ser aquele que não sabe em relação aos jovens que sabem...”

É de extrema importância que se faça a desconstrução da imagem estigmatizada desse idoso. O estigma encarcera o idoso, calando e excluindo-o do convívio social e profissional.

### **1.5. Velhice, etapa vital**

Esta concepção da velhice é a mais equilibrada e moderna. Baseia-se no reconhecimento de que o transcurso do tempo produz efeitos na pessoa, que entra numa etapa diferente das vividas previamente.

De acordo com este ponto de vista, a velhice constituiu um período semelhante ao das outras etapas vitais, como pode ser a infância ou a adolescência. Possui certas

limitações que, com o passar do tempo, vão se agravando, especialmente nos últimos anos de vida. Por outro lado, tem potencialidades únicas e distintas: serenidade, experiência, maturidade, perspectiva de vida pessoal e social, que podem compensar, caso sejam utilizados adequadamente, as limitações desta etapa da vida.

O enfoque da velhice como etapa vital se insere nas modernas teorias e práticas da psicologia de desenvolvimento humano, da sociologia do possível, do trabalho social integrador (4).

Tem-se que abrir possibilidades para o idoso ser um novo ser, um novo sujeito, que não é um velho acomodado, de acordo com a identidade cultural que lhe é imposta, mas um sujeito psíquico existente, manifestando seus sonhos, desejos, esperanças e com novas necessidades psicológicas, sociais, éticas e políticas. Assim sendo, falar em envelhecimento como uma etapa vital, requer uma visão mais focada no desenvolvimento, no ciclo vital do nascimento à finitude.

## **1.6. Desenvolvimento e envelhecimento**

O desenvolvimento humano começa com o nascimento e não cessa até a morte, variando, em cada etapa, os tipos, as manifestações e as reações individuais e sociais.

Existem algumas correntes psicossociais que nos ajudam a entender um pouco mais sobre como conduzir nosso raciocínio para atingir os objetivos de nossa pesquisa

considerando a visão de velhice como uma etapa vital, um novo ciclo, um novo ajuste às novas tecnologias médicas, psicológicas e educacionais.

O paradigma ontogenético: Erikson (8) propõe a existência de processos de mudanças que seriam universais e intrínsecos ao desenvolvimento humano. Essas mudanças normalmente ocorrem na forma de crises, como a dialética entre a integridade do ego e o desespero na idade avançada.

As teorias ontogenéticas, exemplificadas pela teoria dos estágios de Erikson, têm suas origens na metáfora biológica e concebe o desenvolvimento como processo de mudanças qualitativas, seqüenciais, irreversíveis, universais e orientadas à meta (9).

Erikson (10) descreve oito estágios do desenvolvimento do ego, que abrangem desde o nascimento até a morte e diz que cada estágio apresenta aspectos positivos e negativos, é marcado por crises emocionais e é afetado pela cultura particular do indivíduo e pela sua interação com a sociedade da qual faz parte.

Erikson (10) considera, ainda, que o conflito psicossocial básico da velhice é: integridade do ego versus desespero. Aqueles mais afortunados, que sempre tiveram um saldo positivo em cada fase do desenvolvimento da personalidade, conseguem, na idade avançada, a integridade do ego necessária para adaptar-se às mudanças pessoais e sociais. Conseguirão ver o mundo com simplicidade e possuirão maior tolerância para as ocorrências da vida, atingindo, como resultado de toda experiência vivida, o dom da sabedoria.

Por outro lado, se o desenvolvimento da personalidade não se realizou de forma satisfatória, as situações internas e externas, que levam o velho a uma posição de maior dependência, reativam os mesmos conflitos que ocorrem nas primeiras fases do ciclo vital e que permaneceram mais ou menos reprimidos.

O ego mal integrado, para suportar estas novas vivências com os agravantes da freqüente falta de apoio do meio, coloca o indivíduo no outro pólo do conflito psicossocial da velhice, o desespero.

Levenson e Crumpler (11) criticaram a escola ontogenética, principalmente, por aceitar a noção de uma seqüência universal de estágios, destacando que estes são um reflexo das influências culturais.

A perspectiva sociogenética propõe que o curso de vida adulta baseia-se no desempenho de diferentes papéis sociais que ocupamos, normalmente definidos por eventos sociais e históricos (12).

Na idade adulta, os indivíduos abandonam papéis vividos na adolescência e assumem outros, tais como: o conjugal, o parental e o profissional, que se desdobram e se alteram nas idades subseqüentes.

Ser esposa traz a possibilidade de ser viúva; ser pai, a oportunidade de ser avô e, ser trabalhador, a oportunidade de ser aposentado.

Neugarten (13) sugeriu que fossem estudadas as normas e restrições sociais que determinam mudanças no curso da vida. Ford e Lerner (14) combinaram os enfoques ontogenéticos e sociogenéticos e assumiram que o desenvolvimento é um processo aberto e não determinista.

Na perspectiva de autodesenvolvimento, o enfoque combina os determinismos sociais com a intencionalidade na descrição dos processos necessários ao alcance de metas de vida pelo ser humano adulto.

Bühler (15) foi um dos primeiros estudiosos do desenvolvimento a organizar o ciclo da vida em termos de metas a serem alcançadas. A autora reconheceu o valor da intencionalidade, que pressupõe motivação, para identificar e definir necessidades e prioridades.

Segundo a autora, é importante compreender a distância que existe entre a intencionalidade relacionada à satisfação das necessidades básicas e a intencionalidade associada às metas influenciadas por valores e crenças pessoais.

O modelo liberador. Este modelo é definido como a redução intencional das atividades condicionadas, o que corresponderia ao alcance de uma relativa liberdade do determinismo exercido pelas influências biossociais. O modelo busca sua origem nas abordagens contemplativas tradicionais, que fazem parte do budismo, do sufismo, da ioga e das teorias cristãs contemplativas. Considerá-las como base para as teorias do desenvolvimento adulto pode parecer estranho, talvez porque exista atualmente uma

tendência a definir religião como um conjunto de crenças que confortam o EU ou como uma base de autoridade política.

Porém, segundo Jung (16) religião é algo completamente diferente. Esse autor acreditava que a religião deveria preparar para os desafios da idade avançada, assim como para eternidade. Para JUNG, religião é “uma escola para pessoas depois dos quarenta anos”.

### **1.7. Envelhecimento saudável ou bem-sucedido**

A promoção do envelhecimento saudável integra, atualmente, as diretrizes para as políticas de atenção ao idoso em nível internacional. As preocupações partem das análises demográficas que apontam o envelhecimento da população mundial como fenômeno sem precedentes na história humana (17).

A perspectiva do envelhecimento ativo é a que norteia atualmente o programa da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre envelhecimento. O conceito é definido como: “o processo de otimizar oportunidades para saúde, participação e segurança de modo a realçar a qualidade de vida na medida em que as pessoas envelhecem” (17). Na visão dos formuladores, este conceito adotado a partir da década de 1990 é mais inclusivo do que envelhecimento saudável, na medida em que seu fundamento é o sentido de participação e não somente a habilidade para manter-se fisicamente ativo ou

inserido na força de trabalho. A participação é pensada em sentido abrangente, na família, em assuntos sociais, econômicos, cívicos, culturais e espirituais, e como possibilidade afeita também aos idosos portadores de doença ou incapacidade, nos limites de sua condição (17).

O programa da OMS articula saúde e bem-estar e destaca como desafios, ao lado da provisão de cuidados e da prevenção, questões éticas, políticas e socioculturais como a feminização da velhice, intergeracionalidade, discriminação étnica, segurança econômica e iniquidades sociais, entre outras. Propõe a abordagem do curso de vida para o envelhecimento ativo, ou intervenções que criem ambiente de suporte e favoreçam escolhas saudáveis em todos os estágios da vida, bem como a possibilidade de prevenir ou postergar o surgimento de doenças não transmissíveis, principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade de idosos em todo o mundo (19).

No Brasil, um grande Projeto organizado pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Lúcia Lebrão em 2003 e que juntamente com a Organização Pan Americana da Saúde, em convênio interagencial integrado pela Comissão Econômica para América Latina e o Caribe (CEPAL), o Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP), o Programa de Envelhecimento das Nações Unidas, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e com a colaboração de diversos países da região, desenvolveu a Pesquisa SABE (Saúde, Bem-estar e envelhecimento) em sete cidades. O objetivo foi preencher a urgente necessidade de informação especializada e de indicadores sobre as diversas esferas da vida de um segmento

populacional que, além de apresentar as maiores taxas de crescimento, aumentará a uma velocidade poucas vezes vista. O SABE é um dos primeiros esforços para coletar sistematicamente informações sobre condições de vida do idoso (sociais, econômicas, de saúde, redes de apoio, acesso aos serviços públicos etc.). No caso do Brasil, isto foi possível graças à participação fundamental da USP, FAPESP e Ministério da Saúde

As avaliações de saúde auto-referidas hoje não são mais consideradas meramente impressões relacionadas a condições reais de saúde. Muitos estudos recentes têm mostrado que os indivíduos que relatam condições de saúde escassa ou pobre têm riscos de mortalidade consistentemente mais altos que aqueles que reportam melhor estado de saúde (2).

Em revisão da literatura, Phelan e Larson (20) analisaram trabalhos que buscaram definir o envelhecimento bem-sucedido e identificar os prováveis indicadores do sucesso. Apesar de haver diferentes definições operacionais enfatizando a capacidade funcional, as seguintes características foram também consideradas: satisfação com a vida, longevidade, ausência de incapacidade, domínio/crescimento, participação social ativa, alta capacidade funcional/independência e adaptação positiva. Os fatores preditores variaram conforme os autores, destacando-se: nível educacional elevado; prática de atividade física regular; senso de auto-eficácia; participação social e ausência de doenças crônicas.

O conceito de envelhecimento bem-sucedido tem sido discutido sob a perspectiva biomédica e psicossocial, conforme ressalta Glass (21). Rowe e Kahn (22)

consideram que o envelhecimento bem-sucedido inclui três elementos: (a) probabilidade baixa de doenças e de incapacidades relacionadas às mesmas; (b) alta capacidade funcional cognitiva e física; (c) engajamento ativo com a vida. A hierarquia entre os componentes é representada pela integridade das funções física e mental. Essas funções atuam como potencial para a realização das atividades sociais, envolvendo as relações interpessoais e as atividades produtivas, remuneradas ou não.

Essa noção de envelhecimento bem-sucedido considera a existência dos déficits cognitivos e fisiológicos associados à idade que são geneticamente determinados, mas pressupõe também que algumas condições podem ser modificadas (23). Um dos resultados importantes *do MacArthur Study of Successful Aging* relaciona-se às mudanças possíveis nos níveis e padrões da função física pela influência de fatores potencialmente modificáveis, tais como: atividade física, suporte social e senso de auto-eficácia, independente de doenças crônicas e diferenças nas características sociodemográficas. Unger et al. (24) investigaram os efeitos do apoio social nas mudanças da função física em indivíduos de 70 a 79 anos, por um período de sete anos. Os resultados indicaram que os participantes que mantinham mais laços sociais demonstraram menos declínio da capacidade funcional.

Baltes (25) propõe que o curso de vida segue um roteiro de mudanças referentes às metas e aos meios de consecução das mesmas. O envelhecimento bem-sucedido pode ser alcançado por uma seqüência de seleção, otimização e compensação (SOC). A etapa da seleção consiste no direcionamento eletivo do desenvolvimento, incluindo a

escolha das estruturas disponíveis para a obtenção satisfatória de metas. Essas metas são redefinidas conforme a repercussão das perdas nas atividades individuais e sociais. A otimização é o processo de potencializar os meios selecionados para o percurso, envolvendo o uso de recursos internos e externos para que o resultado seja eficiente. A compensação associa-se à otimização e se caracteriza pela aquisição ou ativação de novos meios e aprendizagens para compensar o declínio que coloca em risco a funcionalidade efetiva (26).

Riley e Riley (27) enfatizam que há necessidade de se considerar o desenvolvimento humano, observando os aspectos ambientais, sociais e históricos da vida pessoal. Os autores propõem que o dinamismo do envelhecimento humano se encontra à frente das mudanças estruturais, havendo uma “defasagem estrutural”. Segundo esses pesquisadores, o modelo atual que organiza a sociedade por faixas etárias deverá transformar-se em uma sociedade integrada pela idade. A idade não mais será um valor com poder de limitações na vida das pessoas nas instituições sociais, tais como educação, trabalho e aposentadoria. Para isso, no entanto, haverá a necessidade de mudanças revolucionárias que são iniciadas quando as pesquisas sobre o envelhecimento complementam, em uma relação interacional, o conhecimento atual sobre as estruturas sociais.

Kahn (19) observa que os modelos de Rowe e Kahn (28), Baltes (29) e Riley e Riley (27) podem ser complementares. O primeiro enfatiza a possibilidade de os indivíduos manterem e melhorarem a capacidade física e mental, enquanto o segundo

considera a importância da satisfação com a vida, a participação social e os recursos psicológicos. O terceiro estabelece que as sociedades podem proporcionar oportunidades de envelhecimento bem-sucedido ao implementarem recursos externos por meio de políticas públicas.

### **1.8. Envelhecimento patológico**

Na introdução de um interessante artigo sobre doença de Alzheimer na Índia, o antropólogo Lawrence Cohen narra um curioso episódio por ele presenciado. Era o ano de 1988, e antropólogos de várias partes do mundo estavam em Zagreb, para um congresso internacional. Várias sessões foram dedicadas à velhice. Em uma delas, um antropólogo indiano apresentou um trabalho, especulando sobre a longevidade dos idosos de uma determinada tribo do nordeste da Índia. Em seguida, abriu-se a mesa para perguntas. E conforme narra Cohen (30):

“Um antropólogo americano perguntou ao conferencista qual a prevalência de demência entre esses idosos. O palestrante, no entanto, pareceu não entender a pergunta. O americano repetiu-a, variando as palavras: demência senil? Doença de Alzheimer? O conferencista, que havia abordado questões profundas sobre a antropologia e o campo emergente da gerontologia na Índia, parecia não ter familiaridade com tais termos. Outras pessoas da platéia, a maioria da Europa, do Canadá e dos Estados Unidos, procuraram ajudar, tentando explicar algo que, para eles, era o óbvio. Os termos fluíam pelo ar, até que um empolgado participante exclamou: ‘Ah! Velhos loucos!’ A atenção da audiência voltou-se irritadamente para o novo participante. Asseguraram que “velhos loucos” certamente não era o que eles queriam dizer. Estavam referindo-se a uma doença biológica. ‘Estamos nos referindo’, falou um outro participante, à ‘senilidade’. ‘Ah, senilidade’, notou o antropólogo indiano. E, nesse

momento, a audiência pareceu finalmente relaxar. 'Mas veja', e ele pacientemente sorriu, 'não há senilidade nessa tribo'."

O episódio descrito relata o que Cohen chama de "um conflito de mundos morais": por um lado, a noção médica ocidental, que vê a doença de Alzheimer como um mal biológico e universal; por outro, evidencia-se que mesmo os fenômenos pretensamente biológicos podem ser percebidos de diferentes maneiras, e que, no caso, a compreensão indiana sobre a velhice/senilidade é distinta da ocidental.

Cohen (30) propõe, portanto, uma 'heurística' para a percepção da senilidade. Isso significa pensar que a percepção da senilidade estaria relacionada a uma atribuição de diferença ou descontinuidade para uma pessoa idosa, a partir de mudanças no afeto, na cognição, no caráter, no comportamento ou no discurso. Desse modo, 'ficar fraco do cérebro', na Índia, ou 'ter doença de Alzheimer', no Ocidente, seria "um processo dialógico, envolvendo tanto o idoso, quanto o outro, que o define como 'diferente' ou 'mudado'".

Para Moragas (4), a fronteira entre o normal e o patológico nos aspectos orgânicos da saúde é, com frequência, imprecisa. Sobre os aspectos psíquicos, ainda é mais difícil estabelecer a diferença entre saúde e doença.

Devido a isto, muitos profissionais fogem da categorização de normalidade ou patologia, e preferem falar da intensidade de uma condição ou de outra, supondo, explicitamente, que toda pessoa possui um potencial patológico que se manifesta, ou

não, na conduta, dependendo de suas condições psíquicas da influência do meio, dos fatores de risco, etc.

Do ponto de vista fisiológico, o envelhecimento é caracterizado por uma limitação da capacidade de cada sistema em manter o equilíbrio do organismo. O declínio fisiológico tem início após a terceira década da vida, sofrendo influência dos fatores genéticos, do meio ambiente e dos fatores de risco, segundo Freitas (32).

Sabe-se que o envelhecimento está relacionado com a perda da massa óssea, que predispõe à osteoporose e diversas fraturas; a uma elevação da pressão arterial, que predispõe à cardiopatia isquêmica e ao acidente vascular encefálico; o envelhecimento se acompanha do aparecimento de resistência periférica à insulina, que, associado a outros fatores, facilita o desenvolvimento do diabetes; o envelhecimento também se acompanha de alterações do sistema imunológico, que predispõe ao aparecimento de infecções e a alguns tipos de tumores.

Além disso, o envelhecimento também se acompanha de perdas psicológicas (memória, inteligência fluída) e perdas sociais (aposentadoria, falecimento de familiares e amigos, diminuição de redes de apoio social) que repercutem negativamente para a manifestação das enfermidades e interferem no prognóstico das mesmas (33).

No presente trabalho os idosos foram avaliados pelo MINI (International Neuropsychiatric Interview) que segundo Sheehan et al (34), é uma entrevista diagnóstica padronizada breve (15-30 minutos), compatível com os critérios do DSM-III-

R/IV e da CID-10, que é destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa em atenção primária e em psiquiatria, e pode ser utilizada por clínicos após um treinamento rápido (de 1 a 3 horas). A versão Plus do MINI, mais detalhada, gera diagnósticos positivos dos principais transtornos psicóticos e do humor do DSM-IV.

O MINI é organizado por módulos diagnósticos independentes, elaborados de forma a otimizar a sensibilidade do instrumento, a despeito de um possível aumento de falso-positivos. Para permitir a redução da duração da entrevista são utilizadas as seguintes estratégias:

- a prioridade é a exploração dos transtornos atuais, de forma a guiar o clínico na escolha da terapêutica mais adaptada;
- a cotação das questões é dicotômica (SIM/NÃO);
- para todas as seções diagnósticas (exceto a seção transtornos psicóticos), uma ou duas questões de entrada que exploram critérios obrigatórios permitem excluir o diagnóstico em caso de respostas negativas;
- a disfunção induzida pelos transtornos e a exclusão de causas somáticas e/ou tóxicas dos sintomas não são sistematicamente exploradas;
- os algoritmos são integrados à estrutura do questionário, permitindo estabelecer ou excluir os diagnósticos ao longo da entrevista.

Apesar da maioria dos idosos apresentarem pelo menos uma doença crônica, esse fato não necessariamente determina uma limitação para a realização de suas atividades desde que exista controle sobre a enfermidade ou enfermidades existentes, emergindo, de forma marcante, o conceito de capacidade funcional.

Assim, as ações preventivas, ao longo da vida, são fundamentais para a manutenção da saúde e capacidade funcional do idoso (35).

Um trabalho de Almeida et al (36) com objetivo de descrever características clínicas e sócio demográficas, realizado no Departamento de Saúde Mental da Santa Casa de São Paulo, avaliou 124 pacientes com média de idade de 70 anos, usando como instrumentos o MINIMENTAL e o CAGE; concluíram que os diagnósticos mais freqüentes foram: depressão em 41,9% e demência em 24,2%. Verifica-se, pois, que no envelhecimento patológico, são os quadros depressivos que predominam entre as reações psicopatológicas.

Em um estudo epidemiológico em indivíduos acima de sessenta e cinco anos, Blazer et al (37) encontraram que sintomas depressivos estavam diretamente relacionados ao aumento da idade, sexo feminino, baixa renda, limitações físicas, distúrbios cognitivos e baixo nível de suporte social.

A associação entre sintomatologia depressiva e dependência física, ou seja, as limitações decorrentes de uma doença física são tidas como bastante freqüentes.

Fenton et al (38), em estudo com pacientes idosos internados, encontraram depressão maior em 27,4% dos casos e, entre os fatores mais intimamente relacionados com o achado desse diagnóstico estavam as dificuldades para desempenhar tarefas rotineiras, devido à doença física.

Por outro lado, a demência pode ser etiologicamente relacionada à depressão pelo acometimento cerebral em si, ou por suas conseqüências psicossociais. Migliorelli et al (39) encontraram que os quadros de distímia, usualmente, iniciaram-se após a instalação da demência, caracterizando-se como reação emocional à doença.

Diversos eventos psicossociais que ocorrem ao longo da vida podem ser relacionados à depressão em qualquer faixa etária. Estes eventos afetam os indivíduos de modos diferentes, dependendo de fatores específicos como a idade, o tipo de evento, a personalidade e a história de vida do indivíduo. Paykel (35), por sua vez, diz que existe significativa correlação entre eventos vitais e depressão. Dentre esses eventos destacam-se, as perdas, que num sentido mais amplo incluem separação, mortes, perda de auto-estima, além de outros tipos de perdas.

Os estudos sobre suporte social (renda familiar, situação conjugal, relações interpessoais, etc.) mostram uma nítida associação entre diminuição de suporte social com sintomas e distúrbios psicológicos.

De uma forma geral, os eventos vitais são considerados desencadeadores, enquanto o suporte social é visto como fator predisponente na depressão (40).

Bruce et al (41) encontraram que o evento “luto por perda de um cônjuge” aumentava o risco de desenvolvimento de episódios depressivos e disforia em idosos.

Kivelã (42) diz que a diminuição de suporte social tem sido relacionada a uma maior predisposição para o surgimento de transtornos depressivos em idosos.

Lewinsohn et al (43), para estabelecer em que grau as variáveis psicossociais associadas à depressão estavam também associadas ao envelhecimento, examinaram três grupos de indivíduos da comunidade (n=4617), acima de cinquenta anos. A depressão em idosos estava correlacionada com as mesmas características psicossociais “negativas” encontradas em pacientes mais jovens. Nesse estudo, depressão e envelhecimento estavam, ambos, fortemente relacionados a diminuição de saúde física e nível de atividade, a sintomas relatados de disfunção cognitiva, queixas somáticas, dificuldades sexuais, diminuição da saúde, diminuição de independência, grande número de doenças e aumento no uso de medicações.

Verifica-se, pois, a existência de uma visão tradicional de que envelhecer está associado à maior para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

Diversos estudos procuram estabelecer, de forma mais precisa, o modo como esta relação se dá, mas seus resultados nem sempre têm sido consistentes.

Nos últimos anos, uma perspectiva crítica e, sobretudo, a adoção de uma abordagem holística do envelhecimento favorece a emergência de um consenso sobre

a necessidade de “quebrar preconceitos” (3), “rever esteriótipos” (44), “abandonar pressupostos” (45), ou, mais precisamente ainda, “desconstruir a velhice” (46).

Nesse contexto, passa-se a interrogar a atitude alarmista e seu fundamento básico: uma visão negativa e homogeneizadora do envelhecimento. Surge, então, em torno da noção de terceira idade, um movimento de transformação de representações e práticas relativas à velhice e ao envelhecimento.

E foi em torno desta noção de um envelhecimento sem preconceitos, integrando todos os recursos disponíveis (individuais e coletivos) em um processo no qual compensação pela incapacidade, redefinição de prioridades e adaptação à situação permitam aos idosos continuar, mesmo quando têm graves problemas de saúde, que essa pesquisa se desenvolveu.

### **1.9. Qualidade de vida**

A OMS define qualidade de vida como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (47).

A qualidade de vida na velhice, segundo Lawton (48), está relacionada a uma multiplicidade de aspectos e influências referentes ao processo de envelhecimento. O

autor define quatro dimensões inter-relacionadas: ambiente, competência comportamental, qualidade de vida percebida e bem estar subjetivo.

Refletindo a partir da definição da OMS (42) e de Lawton (43), pode-se dizer que a qualidade de vida na velhice está diretamente relacionada à interação de vários fatores construídos ao longo da vida; e que essas construções se fazem através de comportamentos aprendidos e comportamentos que temos a aprender. Essa é uma questão central, tanto para um envelhecimento e desenvolvimento pessoal saudável e satisfatório como para uma atenção sócio-sanitária de qualidade.

Preocupar-se por um envelhecimento com qualidade é uma das metas mais valorizadas na gerontologia e geriatria. Para Kaplan (49), a qualidade de vida dos idosos tem que se situar preponderantemente como objeto de estudo gerontológico e do comportamento.

O interesse em conceitos como padrão de vida e qualidade de vida foram inicialmente partilhados por filósofos, cientistas sociais e políticos. "No campo da medicina, a preocupação com os conceitos aumentou a partir de um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida" (44). A avaliação da qualidade de vida foi acrescentada nos estudos clínicos como a terceira dimensão a ser avaliada, além da eficácia (modificação da doença pelo efeito da droga) e da segurança (reação adversa a drogas).

Com o aumento de estudos nessa área, cresceu também o número de instrumentos disponíveis para avaliação da qualidade de vida dos pacientes. Esta busca, levou a Organização Mundial da Saúde a desenvolver um projeto para a elaboração do WHOQOL-100, um instrumento de avaliação de qualidade de vida disponível em 20 idiomas que faz esta medida dentro de uma perspectiva internacional. Segundo Fleck (50), a vantagem destes novos instrumentos é a valorização da opinião do próprio paciente: "nas mais diversas áreas do conhecimento, parece haver um consenso de que o cliente é o foco do interesse".

Para analisar a percepção da qualidade de vida dos idosos foi aplicado o Questionário de Qualidade de Vida - WHOQOL- Bref elaborado a partir do Questionário WHOQOL- 100 (World health organization quality of life) (51).

A necessidade de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref.

O WHOQOL-bref consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original. Assim, diferente do WHOQOL-100 em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de 4 questões, no WHOQOL-bref cada faceta é avaliada por apenas uma questão. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes (51).

O critério de seleção das questões para compor o WHOQOL-bref foi tanto psicométrico como conceitual. No nível conceitual, foi definido pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS de que o caráter abrangente do instrumento original (o WHOQOL-100) deveria ser preservado. Assim, cada uma das 24 facetas que compõem o WHOQOL-100 deveria ser representada por uma questão. No nível psicométrico foi então selecionada a questão que mais altamente se correlacionasse com o escore total do WHOQOL-100, calculado pela média de todas as facetas. Após esta etapa, os itens selecionados foram examinados por um painel de peritos para estabelecer se representavam conceitualmente cada domínio de onde as facetas provinham. Dos 24 itens selecionados, seis foram substituídos por questões que definissem melhor a faceta correspondente. Três itens do domínio meio ambiente foram substituídos por serem muito correlacionados com o domínio psicológico. Os outros três itens foram substituídos por explicarem melhor a faceta em questão.

A validação do Inventário WHOQOL-100 (46) para o Brasil e sua versão em português foi desenvolvida no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a coordenação do Dr. Marcelo Pio Fleck. O WHOQOL-100 é um instrumento que contém 100 questões, formuladas para escala de resposta do tipo “likert”, com uma escala de “intensidade” (nada–extremamente), “capacidade” (nada–completamente), “frequência” (nunca–sempre), e “avaliação” (muito insatisfeito–muito satisfeito– muito ruim–muito bom), e que são agrupados em seis domínios:

- Físico (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso);
- Psicológico (sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal, aparência e sentimentos negativos);
- Nível de independência (mobilidade, atividade de vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamento, e capacidade para o trabalho);
- Relações sociais (relações pessoais, suporte /apoio social, atividade sexual);
- Ambiente (segurança física e proteção, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação de recreação, lazer e ambiente físico: poluição, ruídos, clima e transporte);
- Aspectos espirituais (religião e crenças pessoais).

A saúde, as crenças positivas, as condições materiais, as habilidades sociais, o apoio social podem ser importantes, porém não são determinantes para uma vida de qualidade. O comportamento do indivíduo constitui-se em questão central para se chegar a uma velhice com qualidade. Yela (52) diz que é através do comportamento que os indivíduos elaboram e realizam ações biológicas muito significativas. Deste modo, o comportamento representa a dimensão funcional do corpo em interação com o ambiente e o mundo (53).

Um dos grandes desafios da psicologia do envelhecimento consiste cada vez mais, em conhecer e otimizar situações para que o comportamento do indivíduo idoso possa favorecer uma boa qualidade de vida. Assim, as ações preventivas, ao longo da

vida, são fundamentais para a manutenção da saúde e a manutenção da capacidade funcional do idoso (35).

Qualquer pessoa que chegue aos oitenta anos capaz de gerir sua própria vida e determinar quando, onde e como se darão suas atividades de lazer, convívio social e trabalho, certamente, será considerada uma pessoa saudável.

Loures (54) avaliou 85 alunos da Universidade Aberta da Terceira Idade, em Brasília, quanto à depressão, estresse e qualidade de vida no início e no final do curso. Os resultados foram os seguintes: a percentagem de 52,9% de alunos que tinham traços depressivos no início do curso caiu para 38,8% no final. Entre os 24,7% que apresentavam sintomas de estresse, no final do curso só 10,5% continuavam a apresentar esses sintomas. No final em relação à qualidade de vida, os aspectos positivos aumentaram de 49,4% para 57,6%. A conclusão foi de que oportunidades novas, valorização dos aspectos positivos, oportunidade de novos aprendizados propiciam melhora do estado mental.

Conforme Fleck et al (50), qualidade de vida é uma noção eminentemente humana que aproxima-se do grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental. Pressupõe uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera como seu padrão de conforto e bem estar.

Em Campinas existem várias instituições que prestam assistência física, social e psicológica aos idosos (CAPS, CRI, UNICAMP, SESC, ONGs ) com objetivo de melhorar a qualidade de vida de seus usuários, geralmente indivíduos com mais de 60 anos.

## 2 – JUSTIFICATIVA

O que for a profundidade do teu ser, assim será teu desejo.

O que for o teu desejo, assim será tua vontade.

O que for a tua vontade, assim serão teus atos.

O que forem teus atos, assim será teu destino.

Upanishad IV

O envelhecimento populacional não é mais uma preocupação apenas dos países desenvolvidos, onde este fenômeno foi observado inicialmente. Hoje, é nos países em desenvolvimento que se verificam os maiores índices de mudanças nesse sentido (55).

No Brasil, o crescimento da população idosa é cada vez mais relevante, em termos tanto absolutos quanto proporcionais (56).

Assim, no contexto brasileiro, o acelerado crescimento da população idosa faz surgir um grande desafio: como garantir uma sobrevivência digna a todos aqueles que tiveram suas vidas prolongadas em anos?

É complexo o ciclo do envelhecimento, pois complexos são todos os processos vitais experimentados desde o nascimento, a infância e a adolescência até a vida adulta (57).

A presente pesquisa estudou fatores biopsicossociais no envelhecimento, considerando o mesmo na perspectiva de um tempo produtivo da vida, em nível

emocional, intelectual e social, superando, assim, os estigmas da discriminação. Pois segundo Lins de Barros (53) é essa discriminação internalizada que, freqüentemente, leva os idosos a uma atitude de negação, buscando parecerem mais jovens para serem aceitos e acolhidos obscurecendo suas características, seus atributos e sua identidade.

Assim, torna-se cada vez mais importante entender os fatores biopsicossociais que possam ter influência positiva ou negativa sobre a percepção da qualidade de vida considerando quais recursos essa população necessita ter para um envelhecer bem-sucedido, de forma a permitir um planejamento de intervenções que permitam o bem-estar dos idosos.

### **3 – OBJETIVOS**

Todo homem tem de encontrar e definir sua própria verdade.

Masud Kahn

#### **3.1. Objetivo geral**

Comparar a percepção da qualidade de vida (PQV) de dois grupos distintos de idosos que demandam suporte institucional diferente em instituições que prestam assistência a idosos.

#### **3.2. Objetivos específicos**

- Comparar a PQV desses dois grupos de idosos segundo a auto-percepção de saúde;
- Comparar a PQV segundo a condição sócio-demográfica;
- Comparar a PQV segundo a atividade física;
- Comparar a PQV segundo a percepção da qualidade de cada ciclo de vida (infância, adolescência, idade adulta e velhice);
- Comparar a PQV segundo a percepção do “estado mental”;
- Avaliar os eventos relacionados à percepção de melhor qualidade de vida em idosos que residem em um grande centro urbano.

## 4 – METODOLOGIA

Ser ético é não se constituir no desejo do outro.

Lacan

### 4.1. Casuística

Esta pesquisa se utilizou de uma abordagem quantitativa com grupo comparativo.

Este estudo foi conduzido com idosos assistidos no Ambulatório de Geriatria do Hospital de Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas de Campinas da Unicamp (Campinas), e com idosos que freqüentam o grupo de Terceira Idade do Serviço Social do Comércio (SESC – Campinas).

O Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas da Unicamp (AG) constitui-se em um dos serviços de referência para atenção à saúde dos idosos encaminhados das Unidades Básicas de Saúde de Campinas. Este ambulatório faz em média 60 atendimentos mensais e conta com equipe multiprofissional, tendo seu foco centrado no cuidado à saúde e na prevenção das doenças crônicas do idoso, bem como de suas complicações. A região de Campinas tem uma população de 2.928.896 habitantes em 2008, dos quais 321.299 constituíam-se de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos (52).

O Serviço Social do Comércio (SESC), por sua vez, foi criado em 1946 por administradores da área do comércio, tendo por finalidade promover o bem estar social e melhorar a qualidade de vida da comunidade, considerando-se, particularmente, os trabalhadores do comércio aposentados (52). O objetivo deste trabalho desenvolvido pelo SESC é ser um local onde os idosos se encontram para práticas de atividade física, conveniência, recreação, palestras informativas, lazer, contribuindo assim para melhoria da qualidade de vida.

A população desse estudo foi composta por 106 indivíduos de ambos os sexos, com idade entre 60 a 80 anos, incluindo-se 48 do AG e 58 do SESC.

Inicialmente, realizou-se um levantamento de uma amostra piloto composta por quinze pacientes do Ambulatório de Geriatria do Hospital de Clínicas da Unicamp e sete indivíduos do grupo de Terceira Idade do SESC-Campinas, com o objetivo de analisar se o método e seus instrumentos eram adequados para a pesquisa, além de possibilitar um treino prévio na forma de melhor verbalizar as questões para a população em estudo.

#### **4.2. Tamanho amostral**

Para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizada a comparação de proporção de transtornos pelo MINI entre os grupos da amostra piloto de  $n=23$  idosos. Foram

fixados: alfa (nível de significância ou erro tipo I) em 5% ou  $\alpha=0,05$ , e beta (1 – poder do teste ou erro tipo II) em 20% ou poder do teste de 80%, ie,  $\beta=0.20$ . A tabela, a seguir, apresenta os resultados do cálculo amostral considerando a comparação das proporções dos transtornos mais freqüentes do MINI entre os grupos dos locais AG e SESC, conforme demonstra a tabela 1, apresentada a seguir:

Tabela 1 - Tamanhos amostrais segundo diferenças de proporções dos resultados mais freqüentes do MINI entre os locais

| Transtornos MINI                     | Freq AGA (%) | Freq SESC (%) | Tamanho Amostral para cada Grupo (n) | Tamanho Amostral Total |
|--------------------------------------|--------------|---------------|--------------------------------------|------------------------|
| Episódio Depressivo Maior            | 84,6         | 50,0          | n=25                                 | N=50                   |
| Transtorno Distímico                 | 61,5         | 50,0          | n=289                                | N=578*                 |
| Episódio Maníaco                     | 76,9         | 30,0          | n=14                                 | N=28                   |
| Transtorno de Pânico                 | 76,9         | 70,0          | n=640                                | N=1280*                |
| Agorafobia                           | 38,5         | 50,0          | n=289                                | N=578*                 |
| Fobia Social                         | 46,2         | 20,0          | n=47                                 | N=94                   |
| Transtorno Obsessivo Compulsivo      | 38,5         | 50,0          | n=289                                | N=578*                 |
| Dependência de Substância            | 53,9         | 20,0          | n=28                                 | N=56                   |
| Transtorno de Ansiedade Generalizada | 76,9         | 50,0          | n=47                                 | N=94                   |

\* tamanho amostral inviável, provavelmente, devido à falta de diferença obtida na amostra piloto entre os locais.

Assim sendo, optou-se por utilizar o maior tamanho amostral para obtenção de um menor erro amostral, excluindo os tamanhos inviáveis através das análises.

No final da coleta, conseguiu-se 106 idosos sendo 48 do AG e 58 do SESC.

#### **4.3. Critérios de Inclusão**

- Faixa etária de sessenta a oitenta anos de ambos os sexos. Tal critério de escolha se deve ao utilizado pela Organização Mundial da Saúde - OMS, referente ao conceito de população envelhecida. O ponto de corte de oitenta anos se deve ao limite biológico da vida humana, tendo-se em vista que por volta dos oitenta anos, as taxas de mortalidade aumentam abruptamente (1).
- Ausência de antecedentes de abuso ou dependência de álcool ou outra substância psicoativa durante pelo menos um ano precedendo o estudo, em função dos transtornos físicos e de personalidade que a dependência acarreta.
- Capacidade de compreender e responder às perguntas de entrevista e das escalas de avaliação, que compõem os instrumentos desta pesquisa.
- Ciência dos objetivos da pesquisa, concordando em participar espontaneamente e fornecendo consentimento por escrito.

#### **4.4. Instrumentos**

- Entrevista Semi-Estruturada de História de Vida

Utilizou-se instrumento composto por perguntas referentes a dados que nos possibilitem uma descrição da história de vida com perguntas referentes a dados sócio

demográficos (idade, sexo, situação conjugal, co-habitação, renda), à percepção da qualidade de vida nos distintos ciclos de vida, fatores auto referidos sobre eventos estressantes, doenças, medicamentos, prática de atividade física e percepção da felicidade na etapa da velhice (Anexo 1).

- Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI)

Os participantes deste estudo foram também avaliados através do Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) que é uma entrevista diagnóstica padronizada, que explora os principais transtornos psiquiátricos do eixo 1 do DSM IV (51).

O MINI compreende 19 módulos que exploram 17 transtornos do eixo 1 do DSM IV, bem como o risco de suicídio e o transtorno de personalidade anti-social (Anexo 2).

- Questionário de Qualidade de Vida - WHOQOL-bref

O WHOQOL-bref consta de 26 questões, sendo duas questões gerais sobre qualidade de vida. As demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original. Relacionam-se a quatro domínios: físico, psicológico, social e ambiental. Diferente do WHOQOL-100 em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de 4 questões, no WHOQOL-bref cada faceta é avaliada por apenas uma questão. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes (51). (Anexo 3)

#### **4.5. Análise dos Dados**

Os dados coletados foram analisados pelo setor de estatística da FCM – Unicamp.

Para análise dos dados quantitativos foram calculadas as estatísticas descritivas (médias, desvio padrão, valores mínimos e máximos), foram feitas tabelas de frequência (frequência absoluta e relativa), assim como para as variáveis categóricas (ex: sexo, escolaridade).

Para comparação das variáveis categóricas foi utilizado o teste de associação do Qui-Quadrado e/ ou Teste Exato de Fisher (quando os valores esperados forem inferiores a cinco).

As variáveis contínuas foram categorizadas pelo valor da mediana da amostra geral em valores baixos e valores altos, para utilização na análise de regressão logística.

Os resultados da análise multivariada foram utilizados conforme o critério Stepwise de seleção de variáveis (Beta,  $R^2$ ) .

#### **4.6. Aspectos Éticos**

Foi apresentada uma solicitação de colaboração à equipe médica do Ambulatório de Geriatria do Hospital de Clínicas da Unicamp, a fim de se obter o encaminhamento

de idosos atendidos nesse Serviço para a participação na pesquisa. O mesmo procedimento foi feito para se obter a anuência da direção do SESC – Campinas.

A participação desses indivíduos no processo implicou em explicações preliminares sobre a justificativa, a finalidade do estudo e seus objetivos e procedimento, o sigilo (preservação de sua identidade), a função do profissional e o interesse da pesquisa. O consentimento por escrito dos sujeitos foi solicitado para que o estudo fosse levado a efeito (Anexo 4).

Este trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, com o número 310/2004.

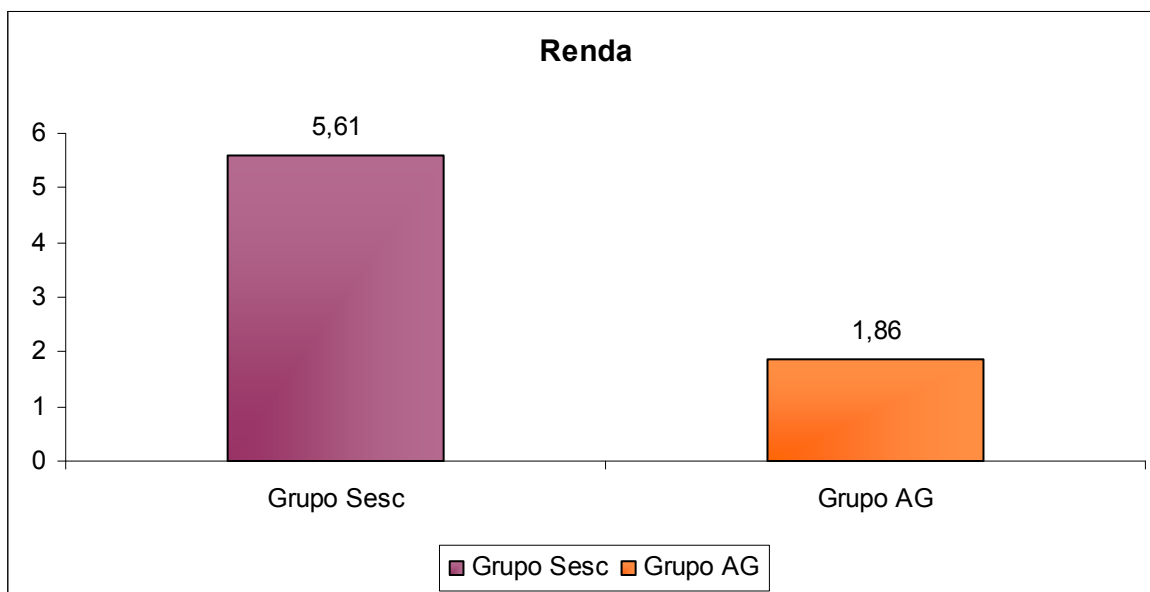
## 5 – RESULTADOS

Ninguém pode construir em teu lugar as pontes que precisarás passar para atravessar o rio da vida, ninguém exceto tu, somente tu. Existem, por certo, algumas veredas, e pontes, e semideuses que se oferecerão para levar-te do outro lado do rio; mas isso te custaria a tua própria pessoa: tu te hipotecarias e te perderias. Existe no mundo um único caminho, por onde só tu podes passar.  
Para onde leva?  
Não perguntes, segue-o.

Nietzsche

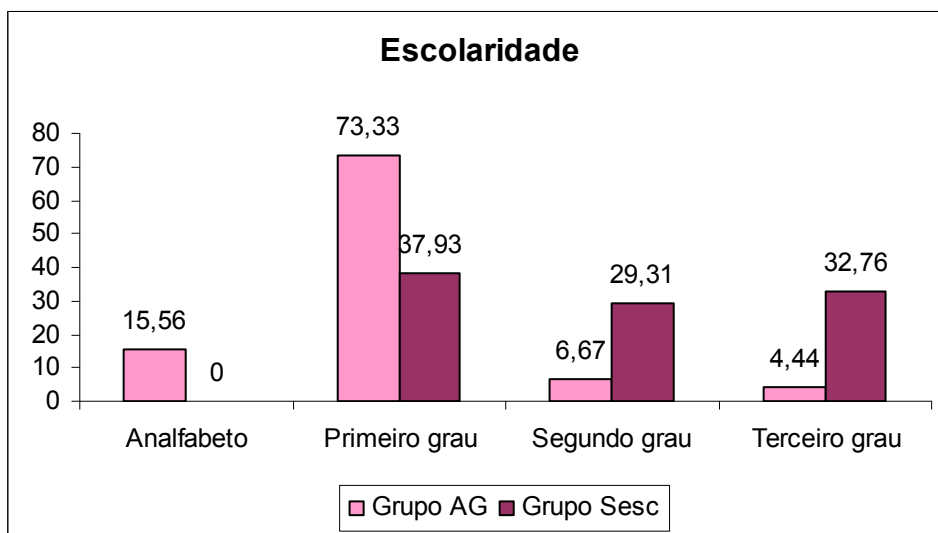
A análise descritiva dos dados mostrou que 33 (56,90%) dos idosos do SESC estavam na faixa etária entre 60 a 69 anos, e que 31 (64,58%) dos idosos do AG tinham idade igual ou superior a 70 anos ( $p = 0,027$ ) Nesse estudo, evidenciou-se que havia 28 mulheres entre os 48 idosos do AG e 16 homens entre os 58 do SESC ( $p = 0,128$ ).

A avaliação da renda mensal constatou o seguinte: os idosos do SESC tinham renda mensal igual a 5,61 +/- 4,58 salários mínimos, enquanto que os idosos do AG recebiam, em média, 1,86 +/- 1,59 salários-mínimos/mês, conforme demonstra a figura 1.

*Figura 1 - Renda*

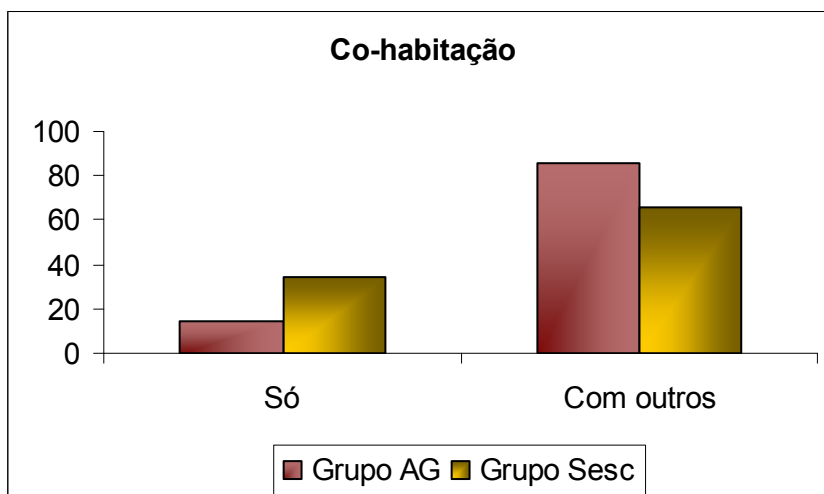
Em relação ao nível de escolaridade, sete (15,56%) idosos do grupo AG eram analfabetos, 33 (73,33%) do grupo AG e 22 (37,93%) do SESC tinham até no máximo 4 anos de escolaridade, 3 (6,67%) dos idosos do AG e 17 (29,31%) do SESC tinham entre 5 a 11 anos de escolaridade, e somente 2 (4,44%) do grupo AG e 19 (32,76%) do SESC tinham nível universitário ( $p \leq 0,001$ ), conforme a figura 2.

*Figura 2 - Escolaridade*



Quanto à variável co-habitação, 41 (85,42%) dos idosos do AG informaram morar com outras pessoas (membros da família ou não), enquanto 20 (34,38%) dos idosos do SESC referiram morar só ( $p < 0,001$ ), conforme a figura 3.

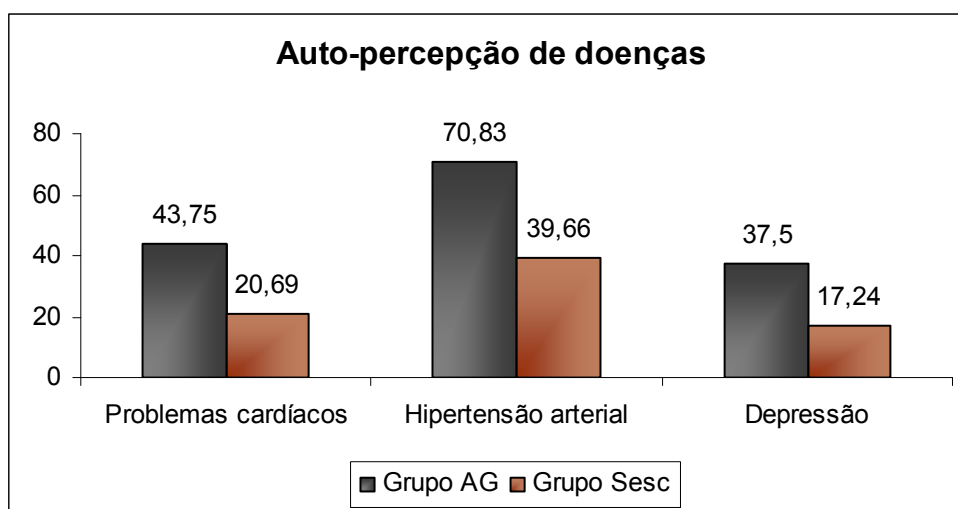
*Figura 3 – Co-habitação*



No presente estudo, 56 dos idosos avaliados (de ambos os grupos) responderam positivamente quanto à variável doenças crônicas.

Entre esses, 32 (57,14%) eram do grupo AG e 24 (58,62%) entre os 58 idosos do SESC negaram ser portadores de enfermidades crônicas ( $p = 0,009$ ), de acordo com a figura 4.

*Figura 4 – Auto-percepção de doenças*



As principais enfermidades/quadros mórbidos relatadas pelos idosos entrevistados foram: problemas cardíacos (21 ou 43,75% do grupo AG e 12 ou 20,69% do SESC;  $p = 0,011$ ); depressão (18 ou 37,50% do grupo AG e 10 ou 17,24% do SESC;  $p = 0,019$ ); hipertensão arterial (34 ou 70,83% do grupo AG e 23 ou 39,66% do SESC;  $p = 0,001$ ); dores crônicas (29 ou 60,4% do grupo AG e 28 ou 48,2% do SESC;  $p =$

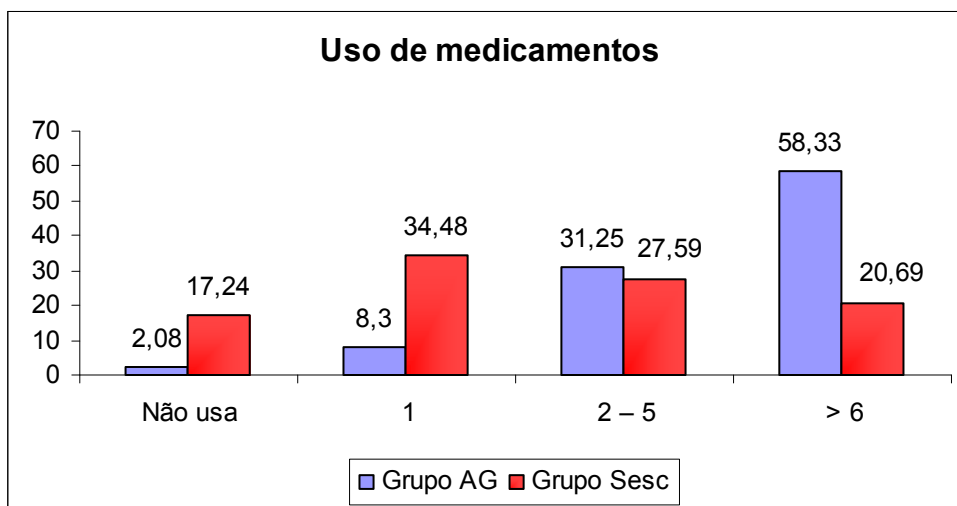
0,212); diabetes (14 ou 29,1% do grupo AG e 12 ou 20,6% do SESC;  $p = 0,313$ ), conforme demonstra a tabela 2.

*Tabela 2 – Principais enfermidades/quadros mórbidos relatadas pelos idosos entrevistados*

| Variáveis            | N<br>Grupo AG | %     | N<br>Grupo SESC | %     | P Valor |
|----------------------|---------------|-------|-----------------|-------|---------|
| Problemas cardíacos  | 21            | 43.75 | 12              | 20.69 | P=0.011 |
| Depressão            | 18            | 37.50 | 10              | 17.24 | P=0.019 |
| Hipertensão arterial | 34            | 70.83 | 23              | 39.66 | P=0.001 |
| Dores crônicas       | 29            | 60.4  | 28              | 48.2  | P=0.212 |
| Diabetes             | 14            | 29.1  | 12              | 20.6  | P=0.313 |

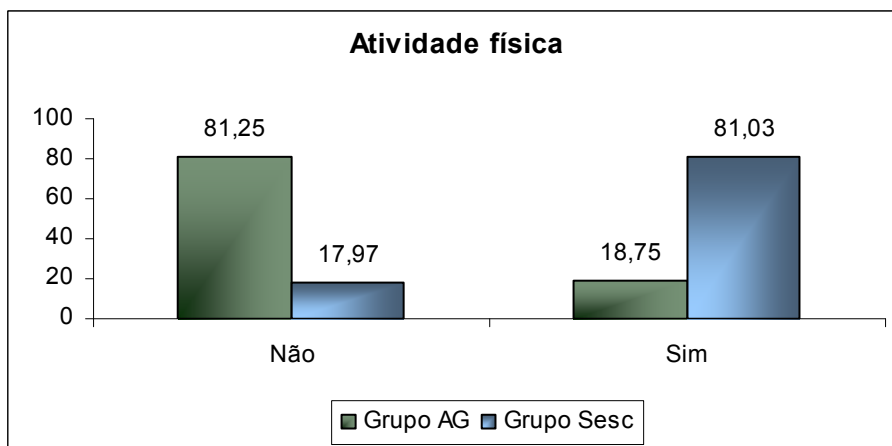
Em relação ao uso regular de medicamentos, um (2,08%) idoso do grupo AG e dez (17,24%) do SESC informaram não fazer uso regular de nenhum tipo de medicamento; quatro (8,33%) dos idosos do AG e vinte (34,48%) dos idosos do SESC relataram usar apenas um tipo de medicação regularmente; para dois a cinco medicamentos de uso regular, quinze (31,25%) do AG e 16 (27,59%) do SESC responderam positivamente; vinte e oito (58,33%) idosos do grupo AG e doze (20,69%) do SESC informaram fazer uso de seis ou mais medicamentos de forma regular ( $p < 0,001$ ), conforme demonstrado na figura a seguir.

*Figura 5 – Uso de medicamentos*



Considerando-se a variável atividade física, obteve-se que apenas nove (18,75%) idosos do grupo AG e a maioria dos idosos do grupo SESC (47 ou 81,03%) responderam positivamente para esse item ( $p \leq 0,001$ ), conforme se verifica na figura 6.

*Figura 6 – Atividade física*



A Tabela 3 apresenta a análise descritiva e comparativa das variáveis que apresentam diferença significativa, conforme a distribuição dos mesmos nos dois grupos AG e SESC.

*Tabela 3 - Análise descritiva e comparativa das variáveis renda, co-habitação, escolaridade, auto-percepção de doenças, uso de medicamentos e atividade física entre os grupos AG e SESC)*

| Variáveis                   |                      | Grupo AG    |       | Grupo SESC  |       | P       |
|-----------------------------|----------------------|-------------|-------|-------------|-------|---------|
|                             |                      | M ± DP      |       | M ± DP      |       |         |
| Renda                       |                      | 1,86 + 1,59 |       | 5,61 + 4,58 |       | 0,001   |
|                             |                      | N           | %     | N           | %     |         |
| Co-habitação                | Só                   | 7           | 14,58 | 20          | 34,48 | 0,019   |
|                             | Com outros           | 41          | 85,42 | 38          | 65,52 |         |
| Escolaridade                | Analfabeto           | 7           | 15,56 | 0           | 0,0   | < 0,001 |
|                             | Primeiro grau        | 33          | 73,33 | 22          | 37,93 |         |
|                             | Segundo grau         | 3           | 6,67  | 17          | 29,31 |         |
|                             | Terceiro grau        | 2           | 4,44  | 19          | 32,76 |         |
| Auto-percepção de doenças   | Problemas Cardíacos  | 21          | 43,75 | 12          | 20,69 | 0,011   |
|                             | Hipertensão arterial | 34          | 70,83 | 23          | 39,66 | 0,001   |
|                             | Depressão            | 18          | 37,50 | 10          | 17,24 | 0,019   |
| Uso regular de medicamentos | Nenhum               | 1           | 2,08  | 10          | 17,24 | < 0,001 |
|                             | 1                    | 4           | 8,3   | 20          | 34,48 |         |
|                             | 2 – 5                | 15          | 31,25 | 16          | 27,59 |         |
|                             | > 6                  | 28          | 58,33 | 12          | 20,69 |         |
| Atividade Física            | Não                  | 39          | 81,25 | 11          | 18,97 | < 0,001 |
|                             | Sim                  | 9           | 18,75 | 47          | 81,03 |         |

M = média; DP = desvio-padrão

\*As variáveis contínuas foram comparadas confrontando-se os grupos AG e SESC utilizando-se o teste de Mann-Whitney, enquanto que as variáveis categóricas foram comparadas através do teste de qui-quadrado e teste exato de Fisher.

A tabela 4 apresenta a comparação dos idosos do grupo AG e SESC quanto às variáveis percepção da qualidade de vida nos ciclos da infância, adolescência e velhice, auto-percepção de felicidade e nos seguintes itens do MINI: depressão, distímia, fobia social, drogaadicção, ansiedade, qualquer tipo de problema, tendência ao suicídio.

*Tabela 4 - Análise descritiva e comparativa das variáveis percepção da auto-qualidade de vida, auto-percepção de felicidade e MINI entre os grupos AG e SESC*

| Variáveis                      |                            | Grupo AG | %     | Grupo SESC | %     | P      |
|--------------------------------|----------------------------|----------|-------|------------|-------|--------|
| Percepção da qualidade de vida | Infância                   | 22       | 45,83 | 8          | 13,79 | <0,001 |
|                                | Adolescência               | 19       | 39,58 | 9          | 15,52 | 0,005  |
|                                | Velhice                    | 23       | 47,92 | 4          | 6,90  | <0,001 |
| Auto-percepção de felicidade   |                            | 35       | 72,92 | 52         | 89,66 | 0,025  |
| MINI                           | Depressão                  | 29       | 60,42 | 17         | 29,31 | 0,001  |
|                                | Distímia                   | 23       | 47,92 | 15         | 25,86 | 0,018  |
|                                | Fobia social               | 15       | 31,25 | 6          | 10,34 | 0,007  |
|                                | Adicção de drogas          | 24       | 50,00 | 18         | 31,03 | 0,047  |
|                                | Ansiedade                  | 29       | 60,42 | 22         | 37,93 | 0,021  |
|                                | Qualquer transtorno mental | 45       | 93,75 | 45         | 77,59 | 0,021  |
|                                | Tendência suicida          | 08       | 16,67 | 0          | 0     | 0,001  |

M = média; DP = desvio-padrão

\*As variáveis contínuas foram comparadas confrontando-se os grupos AG e SESC utilizando-se o teste de Mann-Whitney, enquanto que as variáveis categóricas foram comparadas através do teste de qui-quadrado e teste exato de Fisher.

As variáveis que não apresentaram diferença significativa quando se comparou o grupo AG com o grupo SESC foram as seguintes: idade ( $p = 0,184$ ); sexo ( $p = 0,128$ ); cor ( $p = 1,000$ ); percepção da qualidade de vida na idade adulta; morte como evento estressante ( $p = 0,789$ ); aposentadoria como evento estressante ( $p = 0,908$ ); solidão como evento estressante ( $p = 0,106$ ), considerando-se que morte, aposentadoria e solidão não foram apontados como evento desencadeadores de estresse. Também não foram significativos: diabetes como doença auto-referida ( $p = 0,313$ ); dor auto-referida ( $p = 0,212$ ), hipomania no MINI ( $p = 0,136$ ); pânico no MINI ( $p = 0,429$ ); agorafobia no MINI ( $P = 0,198$ ); distúrbio obsessivo compulsivo no MINI ( $p = 0,100$ ); bulimia no MINI ( $p = 0,367$ ), número de eventos estressantes ( $p = 0,203$ ) e o domínio social no WOQHOL-bref ( $p = 0,287$ ) conforme demonstrado na tabela 5.

*Tabela 5 – Variáveis que não apresentaram diferença significativa quando se comparou o grupo AG com o grupo SESC*

| Variáveis                                      |           | Grupo AG | %     | Grupo SESC | %     | P     |
|------------------------------------------------|-----------|----------|-------|------------|-------|-------|
| Idade                                          |           | 48       | 70,96 | 58         | 69,50 | 0,184 |
| Sexo                                           | Feminino  | 28       | 58,33 | 42         | 72,41 | 0,128 |
|                                                | Masculino | 20       | 41,67 | 16         | 27,59 |       |
| Cor (Branca)                                   |           | 44       | 91,67 | 52         | 89,66 | 1,000 |
| Percepção da qualidade de vida na idade adulta |           | 32       | 66,67 | 47         | 81,03 | 0,091 |
| Morte como evento estressante                  |           | 17       | 35,42 | 22         | 37,95 | 0,789 |
| Aposentadoria como evento estressante          |           | 7        | 14,58 | 8          | 13,79 | 0,908 |
| Solidão como evento estressante                |           | 7        | 14,58 | 16         | 27,59 | 0,106 |
| Diabetes como doença auto-referida             |           | 14       | 29,17 | 12         | 20,69 | 0,313 |
| Dor auto-referida                              |           | 29       | 60,42 | 28         | 48,28 | 0,212 |
| Hipomania no MINI                              |           | 22       | 45,83 | 35         | 60,34 | 0,136 |
| Pânico no MINI                                 |           | 27       | 56,25 | 37         | 63,79 | 0,429 |
| Agorafobia no MINI                             |           | 30       | 62,50 | 43         | 74,14 | 0,198 |
| Distúrbio obsessivo compulsivo no MINI         |           | 29       | 60,42 | 42         | 72,41 | 0,100 |
| Bulimia no MINI                                |           | 42       | 87,50 | 47         | 81,3  | 0,367 |
| Número de eventos estressantes                 |           | 47       | 2,11  | 58         | 3,38  | 0,203 |
| Domínio social no WOQOL-bref                   |           | 48       | 61,98 | 58         | 64,51 | 0,287 |

Comparando-se a pontuação dos grupos AG e SESC, em relação aos quatro domínios do instrumento WHOQOL-bref, evidenciou-se o que segue: no domínio físico registrou-se uma diferença significativa ( $p < 0,001$ ) na pontuação do grupo AG (49,63 +/- 13,85) e SESC (67,92 +/- 13,24); o mesmo ocorreu nos domínios psicológico (57,90

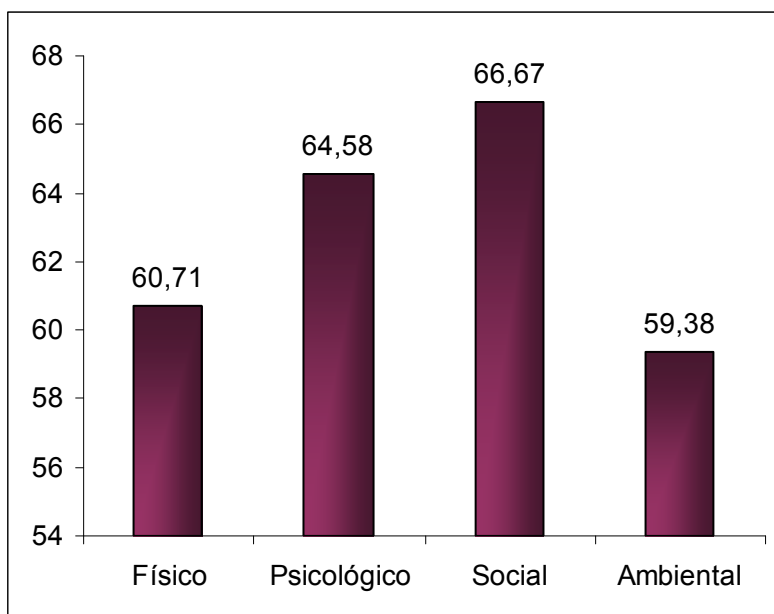
+/- 12,84 vs. 68,97 +/- 12,78,  $p = 0,001$ ) e ambiental. . Entretanto, no domínio social não se observou diferença significativa na pontuação dos dois grupos (61,98 +/- 14,88 vs. 64,51 +/- 18, 04,  $p = 0,287$ ), conforme apresentado a seguir.

*Tabela 6 – Comparação das pontuações nos domínios do WHOQOL-bref para os grupos AG e SESC*

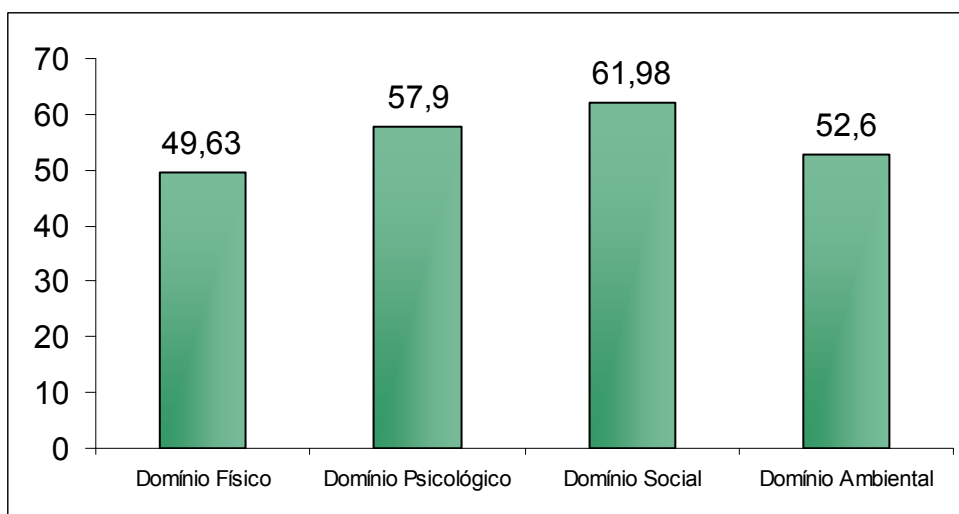
| Domínios do WHOQOL-bref | Grupo AG      | Grupo SESC    | P       |
|-------------------------|---------------|---------------|---------|
|                         | M $\pm$ DP    | M $\pm$ DP    |         |
| Domínio físico          | 49.63+/-13.85 | 67.92+/-13.24 | <0,001  |
| Domínio psicológico     | 57.90+/-12.84 | 68.97+/-12.78 | <0,001  |
| Domínio ambiental       | 52.60+/-9.61  | 66.06+/-11.90 | <0,001  |
| Domínio social          | 61.98+/-14.88 | 64.51+/-18.04 | = 0.287 |

Em termos de classificação da pontuação de cada um dos domínios do WHOQOL-bref, utilizou-se a mediana de ambos os grupos, colocando-se na categoria “pontuação alta” os valores acima da mediana e “pontuação baixa” os valores inferiores a essa. No domínio físico, a mediana foi de 60,71 ( $p < 0,0001$ ; R.R.: 1,00 – 8,41; I.C. : 95% - R.R.: 3,20 – 20,20); no domínio psicológico, essa foi de 64,58 ( $p < 0,001$ , R.R.: 1,00 – 4,99; I.C.: 95% - R.R. : 2,18 – 11,49). Nos domínios social e ambiental, esses valores foram respectivamente de 66,67 ( $p = 0,447$ ; R.R. : 1,00 – 1,35; I.C. : 95% - R.R. 0,62 – 2,96) e 59,38 ( $p < 0,001$ ; R.R. : 1,00 – 8,44; I.C. : 95% - R.R. 3,46 – 20,59).

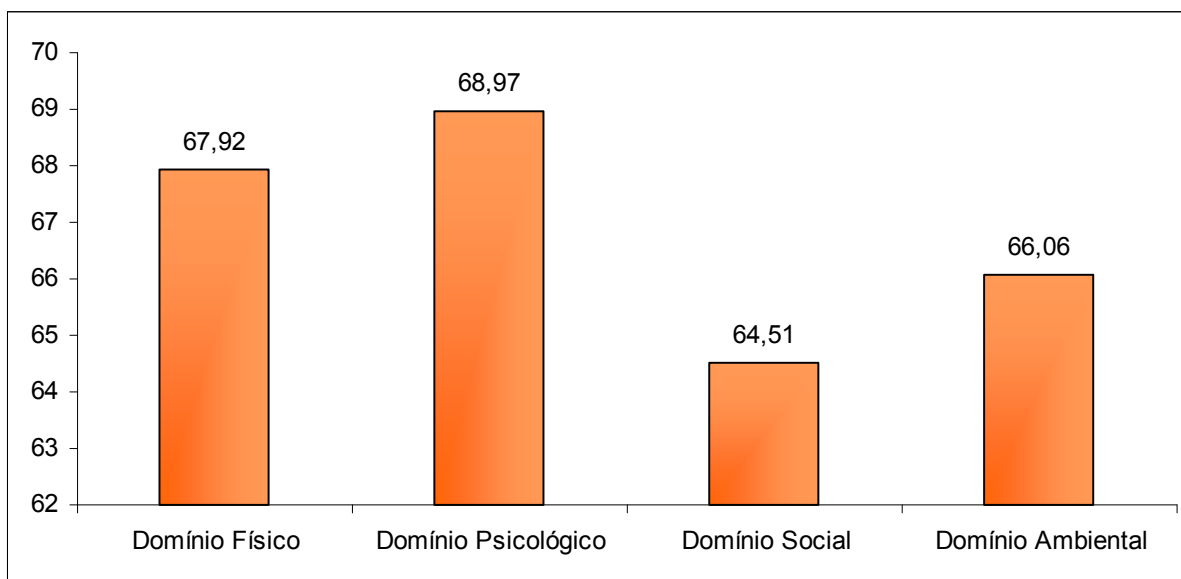
*Figura 7 – Mediana da pontuação nos domínios do WHOQOL-bref para a população de 106 idosos*



*Figura 8 – Mediana da pontuação nos domínios do WHOQOL-bref para os idosos do grupo AG*



*Figura 9 – Mediana da pontuação nos domínios do WHOQOL-bref para os idosos do grupo SESC*



Quando se aplicou a análise de regressão linear multivariada para cada um dos domínios do WHOQOL-bref, constatou-se que, em nível do domínio físico, as variáveis atividade física, não referência à dor, percepção positiva dos ciclos da infância e da velhice e menor uso regular de medicamentos estavam relacionadas à pontuação mais alta nesse domínio, conforme demonstra a Tabela 7.

*Tabela 7 – Variáveis associadas à pontuação mais alta no domínio físico do WHOQOL-bref.*

| Variáveis                                  | Categorias | Beta (EP)*    | Valor-P | R <sup>2</sup> Parcial |
|--------------------------------------------|------------|---------------|---------|------------------------|
| Prática de atividade física                | Não        | ---           |         |                        |
|                                            | Sim        | 8,72 (2,77)   | 0,002   | 0,2853                 |
| Dor auto-referida                          | Não        | ---           |         |                        |
|                                            | Sim        | -10,91 (2,33) | < 0,001 | 0,1345                 |
| Percepção da qualidade de vida na infância | Ruim       | ---           |         |                        |
|                                            | Boa        | 8,92 (2,84)   | 0,002   | 0,0599                 |
| Número de Medicamentos/dia                 | <3         | ---           |         |                        |
|                                            | >3         | - 6,79 (2,68) | 0,013   | 0,0406                 |
| Percepção da qualidade de vida na Velhice  | Ruim       | ---           |         |                        |
|                                            | Boa        | 6,27 (2,94)   | 0,036   | 0,0214                 |

\* Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (slope) na reta de regressão; EP: erro padrão de beta.  
R<sup>2</sup>: coeficiente de determinação.

Critério Stepwise de seleção de variáveis. R<sup>2</sup> Total: 0,5418. Intercepto (EP): 54,23 (3,75); P < 0.001.

No domínio psicológico, as variáveis relacionadas à maior pontuação foram as seguintes: não referência à distímia no MINI, auto-percepção positiva em relação aos ciclos da adolescência e velhice, auto-percepção de felicidade e menor uso regular de medicamentos, de acordo com a Tabela 8.

*Tabela 8 – Variáveis associadas à pontuação mais alta no domínio psicológico do WHOQOL-bref.*

| Variáveis                                      | Categorias | Beta (EP)*       | Valor-P | R <sup>2</sup> Parcial |
|------------------------------------------------|------------|------------------|---------|------------------------|
| MINI – Distímia                                | Não        | ---              | < 0,001 | 0,2313                 |
|                                                | Sim        | - 9,20<br>(2,21) |         |                        |
| Percepção da qualidade de vida na velhice      | Ruim       | ---              | 0,014   | 0,1283                 |
|                                                | Boa        | 6,3 (2,58)       |         |                        |
| Número de Medicamentos/dia                     | <3         | ---              | 0,004   | 0,0510                 |
|                                                | >3         | - 6,78<br>(2,28) |         |                        |
| Auto-percepção de felicidade                   | Não        | ---              | 0,012   | 0,0422                 |
|                                                | Sim        | 7,23 (2,83)      |         |                        |
| Percepção da qualidade de vida na adolescência | Ruim       | ---              | 0,017   | 0,0317                 |
|                                                | Boa        | 5,98 (2,45)      |         |                        |

\* Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (slope) na reta de regressão; EP: erro padrão de beta.  
R<sup>2</sup>: coeficiente de determinação. Critério Stepwise de seleção de variáveis.

Em relação ao domínio das relações sociais, as variáveis que se vincularam à pontuação mais alta foram: auto-percepção de felicidade, não referência à hipomania no MINI, não referência à solidão como evento estressante, e percepção positiva a respeito da adolescência (Tabela 9).

*Tabela 9 – Variáveis associadas à pontuação mais alta no domínio social do WHOQOL-bref*

| Variáveis                                      | Categorias | Beta (EP)*       | Valor-P | R <sup>2</sup> Parcial |
|------------------------------------------------|------------|------------------|---------|------------------------|
| Auto-percepção de felicidade                   | Não        | ---              | < 0,001 | 0,1287                 |
|                                                | Sim        | 13,34<br>(3,83)  |         |                        |
| MINI – Hipomania                               | Não        | ---              | 0,008   | 0,0653                 |
|                                                | Sim        | - 7,85<br>(2,88) |         |                        |
| Solidão como evento estressante                | Não        | ---              | 0,013   | 0,0546                 |
|                                                | Sim        | - 8,70<br>(3,45) |         |                        |
| Percepção da qualidade de vida na adolescência | Ruim       | ---              | 0,049   | 0,0293                 |
|                                                | Boa        | 6,66 (3,34)      |         |                        |

\* Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (slope) na reta de regressão; EP: erro padrão de beta.  
R<sup>2</sup>: coeficiente de determinação. Critério Stepwise de seleção de variáveis.

Finalmente, quando se considerou o domínio ambiental, demonstrou-se uma associação significativa entre a pontuação mais alta e as seguintes variáveis: percepção positiva da infância e velhice, não referência à doença como evento estressante, nível mais elevado de escolaridade, de acordo com a Tabela 10, apresentada a seguir.

*Tabela 10 - Domínio Ambiental do WHOQOL – bref.*

| Variáveis Seleccionadas                    | Categorias         | Beta (EP)*    | Valor-P | R <sup>2</sup> Parcial |
|--------------------------------------------|--------------------|---------------|---------|------------------------|
| Percepção de qualidade de vida na velhice  | Ruim               | ---           |         |                        |
|                                            | Boa                | 8,24 (2,62)   | 0,002   | 0,1867                 |
|                                            | Analfab ou 1º Grau | ---           |         |                        |
| Escolaridade                               | 2º Grau ou 3º Grau | 6,91 (2,17)   | 0,002   | 0,0698                 |
|                                            |                    |               |         |                        |
| Percepção da qualidade de vida na infância | Ruim               | ---           |         |                        |
|                                            | Boa                | 6,05 (2,49)   | 0,017   | 0,0485                 |
|                                            |                    |               |         |                        |
| Doença como evento estressante             | Não                | ---           |         |                        |
|                                            | Sim                | - 5,19 (2,21) | 0,021   | 0,0372                 |

\* Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (slope) na reta de regressão; EP: erro padrão de beta.  
R<sup>2</sup>: coeficiente de determinação. Critério Stepwise de seleção de variáveis.

## 6 – DISCUSSÃO

“De tudo, ficam três coisas: a certeza de que estamos sempre começando, a certeza de que é preciso continuar, e a certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminarmos. Fazer da interrupção um caminho novo, da queda um passo de dança, do medo uma escada, do sonho uma ponte, da produção um encontro.....”

Fernando Pessoa

Esse estudo permite verificar a associação entre diferentes fatores biopsicossociais e a percepção de qualidade de vida, conforme foi avaliado em dois grupos diferentes de pessoas idosas, sendo um deles vinculado ao AG-UNICAMP, que é uma instituição voltada para assistência e prevenção em saúde e o outro ao SESC-Campinas, que é uma instituição privada dedicada, predominantemente, ao lazer, entretenimento e atividade física.

Buscou-se intencionalmente, dois grupos distintos de idosos, considerando-se que o Grupo SESC, em função do vínculo com uma instituição que oferece oportunidades de maior socialização e capacitação física tivesse também maiores condições para um envelhecimento mais saudável acompanhado de melhor apreciação de sua qualidade de vida, em comparação com o Grupo AG que demandava uma instituição voltada para o atendimento de portadores de enfermidades mais complexas e com maior número de complicações.

Essas diferenças entre os dois grupos se confirmaram, considerando-se as pontuações de cada um dos domínios do WHOQOL-bref em cada um dos grupos,

Os idosos do Grupo AG apresentaram piores pontuações na avaliação dos domínios físico, psicológico e ambiental. Também apresentaram pior perfil no que se refere à escolaridade, renda, prática de atividades físicas, uso regular de medicamentos e doenças/estados mórbidos auto-referidos.

Com relação aos aspectos relacionados à área psicológica, os idosos do Grupo AG mostraram auto-percepção negativa de felicidade ( $p = 0,025$ ), além de maior evidência de depressão ( $p = 0,002$ ), distímia ( $p = 0,018$ ), fobia social ( $p = 0,007$ ), adicção de drogas ( $p = 0,047$ ) e ansiedade ( $p = 0,021$ ) no MINI, bem como doença auto referida como evento estressante ( $p = 0,009$ ).

Esses achados estão em consonância com o trabalho de Louvison e Lebrão (58) resultantes do projeto SABE, no qual a auto-percepção positiva de saúde diminui à medida que aumenta o número de doenças referidas, conforme o que se verifica no domínio físico do WHOQOL-bref comparando-se os idosos do AG com os do SESC.

Lembrando que o domínio ambiental está relacionado à segurança física, moradia, recursos financeiros, saúde/assistência, entre outros, verificou-se que os integrantes do grupo AG referiram salário mensal inferior aos do grupo SESC ( $p < 0,001$ ), o que pode ser associado à dificuldade de acesso a melhores condições de moradia e de assistência à saúde.

No domínio relacionado à área social não se observou diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos (  $p = 0,287$  ) mesmo que os idosos do Grupo AG tenham apresentado uma pontuação mais baixa, em comparação com os do SESC.

Em relação a esse achado é preciso considerar a possível percepção do apoio social oferecido pela proximidade dos membros da família ou amigos nos idosos do Grupo AG: 67,3% dos indivíduos desse grupo estavam morando com membros da família ou outros, enquanto 55,7% do grupo SESC estavam morando sozinhos (  $p = 0,037$  ).

Contudo, a categoria “morar só” foi predominantemente encontrada no grupo com melhor percepção de qualidade de vida. De certa forma, isto contradiz os achados de Murphy et al (55) que mostraram uma maior probabilidade do declínio da capacidade funcional dos mais velhos nesta condição. Entretanto, no presente estudo esse resultado deve estar relacionado com o fato de aqueles que estavam morando sozinhos eram mais jovens do que os do Grupo AG, mesmo que essa diferença não tenha sido estatisticamente significativa. Portanto, esses idosos apresentavam maior probabilidade de estarem funcionalmente e economicamente mais aptos, o que significa que eram capazes de manter sua independência. Por outro lado “morar junto” deve ser considerado positivo para o grupo AG porque esta condição social lhes oferece mais possibilidade de serem cuidados por outros na ocorrência de qualquer tipo de disfunção.

Veras (57) considerou que a garantia de ser cuidado na presença de situações adversas diminuía o risco de repetidas hospitalizações entre velhos que necessitavam serviços de saúde em hospitais públicos.

De forma geral, pode-se observar que nem todos os idosos vivem com suas famílias. Em 1998, por exemplo, no Brasil e no Estado de São Paulo, os idosos que moravam sozinhos representavam cerca de 12% do total da população de 60 anos e mais, segundo o IBGE. Assim, surgem alguns questionamentos sobre quais características estariam associadas à condição de morar sozinho entre os idosos e quais seriam os fatores determinantes para que um idoso viva só (56).

Apesar de, atualmente, o número de domicílios unipessoais não ser expressivo em relação aos demais arranjos domiciliares de idosos, cresce, ao longo dos anos, o número de idosos brasileiros morando sozinhos. De acordo com o IBGE (56), a proporção de famílias unipessoais no Brasil aumentou de 7,3%, em 1992, para 8,6%, em 1999, e 9,2%, em 2001. No que diz respeito especificamente aos idosos morando sozinhos, o percentual passou de 10,4% para 12,6%, entre 1999 e 2001.

Alguns fatores que reforçam essa tendência são a redução do número de filhos, o aumento de divórcios, as mudanças de estilo de vida, o individualismo, a melhoria nas condições de saúde da população idosa e a maior longevidade.

Analisando os dados do presente estudo em função da categoria gênero, verificou-se que 28 dos idosos do grupo AG ( 58,7%) e 42 entre os idosos do SESC (

76,3%) eram mulheres. Ora, sabe-se que a taxa de mortalidade entre os idosos é mais alta para os homens do que para as mulheres. De acordo com os dados obtidos no último censo brasileiro (60), 55% dos idosos brasileiros eram mulheres, e esta proporção era mais elevada na região sudeste (56,3% das mulheres entre pessoas com 60 anos ou mais). Portanto, o achado dessa pesquisa está em consonância com a distribuição da população de idosos no Brasil em relação à categoria gênero.

Contudo, a mais alta proporção de mulheres no Ggrupo SESC associada com a condição de viver só, que foi mais evidente nesse grupo, está possivelmente relacionada ao fato de as mulheres serem capazes de passar um tempo maior como viúvas quando comparadas aos homens, sendo que a viuvez pode levar os idosos a aumentarem sua participação em atividades sociais (62).

A Organização das Nações Unidas (ONU) mostra que os arranjos domiciliares variam bastante entre as diversas regiões. Nos países mais desenvolvidos, a proporção de idosos vivendo com os filhos diminui substancialmente com o avançar da idade. Em contrapartida, em muitos daqueles em desenvolvimento, a porcentagem de idosos que vivem com os filhos continua sendo elevada, sugerindo que os pais tendem a residir com pelo menos um dos seus filhos durante todo o ciclo de vida. Constata-se que, quanto maior o nível de desenvolvimento econômico do país, menores são as taxas de co-residência entre os idosos.

Em termos de educação, os resultados mostraram que os idosos que freqüentaram o SESC tinham um nível mais alto de educação formal do que aqueles do grupo AG ( $p < 0,001$ ).

Sabe-se que pessoas com nível de educação formal mais elevado tendem a adotar hábitos mais saudáveis para suas vidas, os quais colaboram na prevenção de doenças crônicas. Já se demonstrou, através da fluência da leitura, que idosos com menor escolaridade tiveram risco mais alto de mortalidade e doenças cardiovasculares (63). Por outro lado, idosos com maior escolaridade estavam inclinados a buscar serviços médicos principalmente por prevenção, já que eles tinham mais informações sobre as doenças e melhor acesso a possíveis diagnósticos e tratamentos, levando-os a valorizar a relação saúde-doença de uma maneira diferenciada. Isto significa que esses idosos buscam a manutenção física e capacidade de trabalho porque eles sabem que a presença de enfermidades crônicas, particularmente quando essas condições mórbidas estão associadas a complicações, podem acarretar incapacidade funcional e sentimento de dependência.

Nessa pesquisa evidenciou-se também, que um grande número de idosos do grupo AG recebia baixos salários (1,86 SM +/- 1,59 SM), o que precisa ser considerado quando se avalia o status clínico daqueles que apresentavam doenças crônicas.

Num trabalho executado por Trentini et al (64) vários pacientes com doenças crônicas não tinham aderência adequada ao tratamento porque não tinham condições econômicas adequadas para adquirir os medicamentos e seguir a dieta alimentar

adequada. Mais recentemente, Lima-Costa et al (65) demonstraram que idosos vivendo em Bambuí/MG-Brasil recebendo menos do que dois salários mínimos (dados de 1997) estavam usando mais medicamentos não prescritos e reclamavam mais sobre problemas de saúde quando comparados aos que recebiam valores maiores.

Em outro estudo Loyola-Filho et al (66) encontraram uma associação negativa entre uso de medicamentos e diminuição cognitiva entre os idosos de menor renda, mas não entre aqueles com renda mais alta. Além disso, Malmstrom et al (67) encontrara risco de mortalidade mais alta entre idosos americanos de origem africana em centros urbanos com renda anual menor que US 10.000,00 (cerca de 2,2 salários mínimos do Brasil por mês no ano de 2007).

Caldas (68) coloca que, apesar de o idoso brasileiro oriundo dos estratos mais pobres contribuir com sua renda para o sustento da família, nem sempre ele recebe o respaldo de que necessita, tanto por insuficiência de recursos quanto pelas dificuldades da família no cuidado, assim como, por necessidades materiais, emocionais ou de informação. Dessa forma, participar das relações de troca com seus familiares, seja com dinheiro ou no cuidado dos netos, não dá garantia ao idoso de que a família terá recursos para apoiá-lo.

No presente estudo, avaliando-se a auto-percepção de doenças crônicas e estados mórbidos, indivíduos de ambos os grupos responderam positivamente. Na literatura, o estudo de Theme Filha et al (69), realizado no Brasil, evidenciou que a referência para doenças como artrite, angina, asma, depressão, diabetes e

esquizofrenia estava relacionada a uma pior auto-avaliação da saúde; contudo, essa pesquisa incluiu adultos de diferentes idades. Os dados do presente estudo mostraram uma maior referência a duas doenças entre a população de idosos: hipertensão arterial e depressão, que foram mais relatados pelos integrantes do grupo AG do que pelos idosos do SESC (respectivamente 70,8% AG e 39,5% SESC). Uma terceira condição mórbida que foi definida como “problemas cardíacos” também foi significativamente mais relatada pelos indivíduos do grupo AG (43,75% AG vs. 20,69% SESC).

A importância das enfermidades cardiovasculares entre as pessoas de baixa renda pode ser medida, avaliando-se o investimento recente para obter a redução da taxa de mortalidade de doenças crônicas em 23 países de média e baixa renda: o custo financeiro de 10 anos foi estimado em 47 bilhões de dólares empregados num programa assistencial de doação de medicamentos evitando a morte cardiovascular em 17,9 milhões de pessoas (70).

Em um estudo conduzido por Lebrão (71) fazendo parte do Projeto SABE observou-se que outras condições podem alterar a percepção das pessoas em relação à sua saúde. A escolaridade é uma delas, pois os idosos com baixa escolaridade têm uma avaliação de regular ou má 1,2 vezes maior do que aqueles com 7 a 12 anos de estudo.

Com relação à depressão, é importante lembrar que alguns anos atrás Murray e Lopez (72), ao avaliarem o impacto das doenças crônicas na incapacidade, descobriram que a depressão foi considerada a quarta causa de sobrecarga global

comparada a qualquer outra condição médica. Nessa pesquisa, um dos aspectos relacionados à pior avaliação encontrada nos domínios físico e psicológico da Escala de WOQOL-bref pode ser, provavelmente, associada com o sofrimento dos idosos deprimidos. De acordo com isso Dombrovski et al (73) demonstraram que a manutenção de tratamento farmacológico para pacientes depressivos idosos tinha preservado a sua qualidade de vida relacionada a saúde. Por outro lado, é importante lembrar que, a percepção da população sobre o diagnóstico de depressão pode não estar relacionada ao modelo biomédico costumeiramente considerado por profissionais da medicina (74).

Levando em consideração o número elevado de referências à hipertensão arterial entre os idosos do grupo AG (70,83%), é necessário pensar sobre o efeito direto da incapacidade funcional relacionado a esta enfermidade, mesmo naqueles que estão livres de infarto cerebral (73), lembrando que o declínio das funções cognitivas se relacionam a uma pior percepção da qualidade de vida (75). Na verdade, já foi mostrado por Ramos (76) que para os idosos a saúde não é mais avaliada em termos de presença ou ausência de doenças, mas pelo nível de manutenção da capacidade funcional.

Considerando a medicação e as atividades físicas, 34,45% dos idosos do Grupo SESC referiram tomar diariamente uma medicação e 81,03% praticavam atividades físicas pelo menos três vezes por semana, enquanto 58,33% de indivíduos do Grupo

AG referiram tomar mais que seis medicações diárias e 81,25% deles negaram a prática de atividade física.

Chamowicz (77) e Rozenfeld (78) reconheceram que diagnósticos incorretos levam ao uso inadequado de medicação e diagnósticos corretos quase sempre levam ao uso de múltiplas medicações. Em geral, observa-se uma alta prevalência de ambas as condições entre os idosos que estão, frequentemente, sujeitos à maioria dos riscos inerentes ao tratamento farmacológico (79) (80).

Pensando sobre a definição de qualidade de vida proposta pelo grupo WHOQOL (75), os resultados desse estudo mostram que os pacientes do grupo AG-UNICAMP perceberam sua Qualidade de Vida de modo diferente do grupo SESC nos domínios físico, psicológico e ambiental.

Considerando os dados medidos pelo WHOQOL-bref, apesar de os dois grupos terem feito referência às doenças crônicas os pacientes do grupo AG-UNICAMP perceberam uma pior Qualidade de Vida nos domínios físico, psicológico e ambiental quando comparados com os indivíduos do SESC.

Os valores da qualidade de vida apresentaram significativas diferenças ( $p < 0,001$ ) nos três domínios.

De fato, a percepção da qualidade de vida associada com saúde depende em parte de variáveis objetivas, tais como o estágio de uma certa doença; contudo,

também depende da interpretação subjetiva que o indivíduo tem dessa doença ou disfunção (82).

Lembrando que o domínio físico está relacionado à dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso, que o domínio psicológico está relacionado a sentimentos positivos; pensar e aprender; memória e concentração; e que o domínio ambiental compreende fatores relacionados à segurança física e proteção, recursos financeiros, cuidados com a saúde, lazer, ambiente físico e transporte, a questão é: quais características contribuem eficazmente para uma percepção diferenciada da qualidade de vida?

Nesse estudo, a análise de regressão linear multivariada mostrou que na área física os fatores: prática de atividade física, menor ingestão de medicamentos, avaliação positiva da infância e da velhice, assim como a não referência de “dores” na categoria doença auto-referida foram os eventos que se relacionaram a uma melhor percepção da qualidade de vida.

No domínio psicológico usando esse mesmo recurso estatístico, encontrou-se os eventos: menor ingestão diária de medicamentos, avaliação positiva da adolescência e da velhice, auto-percepção de felicidade, e ausência de distímia no MINI relacionados à melhor percepção da qualidade de vida neste domínio. No domínio ambiental essa percepção esteve relacionada a uma avaliação positiva da infância e da velhice, além de maior nível de escolaridade, e da não referência às doenças como evento estressante. No domínio social os fatores significativos para percepção de melhor

qualidade de vida foram: auto-percepção da felicidade, avaliação positiva da adolescência, ausência de hipomania no MINI, e não referência à solidão como evento estressante.

Portanto, os fatores que mais se associaram à percepção da qualidade de vida nos quatro domínios do WHOQOL- bref foram: avaliação positiva sobre a velhice (nos domínios físico, psicológico e ambiental), menor ingestão diária de medicamentos (domínios físico e psicológico); auto-percepção da felicidade (domínios físico e psicológico), avaliação positiva sobre adolescência (domínios psicológico e social) e avaliação positiva sobre a infância (domínios físico e ambiental).

Convém enfatizar que, nessa pesquisa, excetuando-se a referência à ausência de dor no domínio físico não houve associação entre a não alusão às doenças mais comuns da velhice e a melhor percepção da qualidade de vida, mesmo que se tenha verificado maior referência a “problemas cardíacos” ( $p = 0,011$ ), depressão ( $p = 0,019$ ) e hipertensão arterial ( $p = 0,001$ ) no Grupo AG.

Outro achado importante relacionou-se à associação entre um menor uso de medicamentos e uma melhor avaliação no domínio físico e psicológico. Sabe-se que para os mais velhos os riscos decorrentes da polifarmácia e a sensibilidade aos efeitos adversos da fármaco-terapêutica são mais elevados do que em outras faixas etárias (83). Além disso, algumas medicações como antidepressivos tricíclicos, sedativos, drogas hipnóticas, beta-bloqueadores, drogas simpatomiméticas, antipsicóticos e corticosteróides estão relacionados a mudanças psicológicas significativas (84).

O MINI contribuiu com dois importantes achados nesta pesquisa: a não referência à distímia, relacionada à mais alta pontuação no domínio psicológico; a não referência de hipomania relacionada à pontuação mais alta no domínio social. Os outros dados que foram coletados através do MINI mostraram que os idosos do Grupo AG apresentaram maior evidência de depressão, distímia, fobia social, adição à drogas, ansiedade, tendência suicida ou qualquer tipo de problema mental, quando comparados com os integrantes do grupo SESC. Essa escala é uma ferramenta importante que permite avaliar a presença ou não de transtornos mentais inclusive nos serviços de Atenção Primária. Isto significa que a aplicação do MINI pode ajudar indiretamente na estimativa da qualidade de vida do idoso. No estudo presente, os achados obtidos através desta escala contribuíram para compreender a pior percepção de qualidade de vida nos domínios físico e psicológico, verificada no Grupo AG.

É importante considerar que a prática da atividade física foi relacionada com nível mais elevado de apreciação no domínio físico. Tal achado pode estar vinculado ao fato de que a maioria dos idosos que integravam o Grupo SESC estavam buscando esse tipo de atividade (32). O estudo não avaliou as motivações associadas à escolha dessa prática.

O sentimento de felicidade pessoal assim como a não alusão à solidão e doenças como evento estressante estavam vinculados a uma melhor percepção da qualidade de vida respectivamente nas áreas social, psicológica e ambiental. É possível

que estes eventos expressem a auto percepção de autonomia e independência que tem reflexo direto nessas áreas, porém a pesquisa não permite afirmar isto.

Finalmente, é importante chamar atenção que ao fato de que, no presente estudo a lembrança referente à história de vida desses idosos com exceção da idade adulta, constituiu-se em fator relevante associado aos distintos domínios do WHOQOL-bref. Já se reconhece a importância dos estudos do ciclo de vida para compreender a etiologia das doenças crônicas (81). Esse achado permite propor a utilização de um instrumento simples e rápido, que pode ser inserido na avaliação global de pacientes idosos, e que possibilitará fazer uma apreciação indireta da qualidade de vida dos mesmos.

Por outro lado, são recentes as pesquisas que passaram a considerar a qualidade dos cuidados parentais relatados pelos indivíduos como um fator etiológico significativo dentro de um modelo de vulnerabilidade psicopatológica, conforme aponta Perris (85). Alguns cuidados parentais na infância, como binômio superproteção/falta de calor afetivo, tem sido considerados importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças afetivas na vida adulta (80). Assim, ser criado por pais biológicos ou substitutos representa uma experiência universal. O impacto dos cuidados parentais no desenvolvimento da personalidade e na psicopatologia da vida adulta dos indivíduos tem sido uma questão de pesquisa freqüente (86).

As recordações de idosos e adultos de suas infâncias e adolescências vêm exercendo significativa influência nas enfermidades/distúrbios de origem psíquica,

partindo do princípio de que as experiências precoces representam o principal determinante tanto de características de personalidade mal-adaptativas quanto de suas manifestações psicopatológicas (87).

Assim podemos dizer que idosos com uma lembrança mais favorável de sua história apresentam-se mais satisfeitos e com uma melhor percepção de sua qualidade de vida.

## 7 – CONCLUSÃO

“O tempo e o espaço são modos pelos quais pensamos e não condições nas quais vivemos”.

Einstein

Com os avanços nas áreas da saúde e social, o envelhecimento populacional torna-se cada vez mais evidente. Sendo assim, é preciso cuidar para que essa etapa da vida seja vivida da maneira mais satisfatória possível, por meio do planejamento de processos que permitam aos idosos o acesso a recursos e oportunidades de manutenção e melhoria da participação social, cuidado da saúde, sensação de bem estar, independência e dignidade.

A coleta de informações junto à população idosa, investigando aspectos biológicos, sócio-culturais e psicológicos, é indispensável para que se estabeleçam estratégias que favoreçam o desenvolvimento de programas que viabilizem a melhora da qualidade de vida dos idosos, tomando-se como referência não somente os direitos constitucionais, mas as reais necessidades dessa população.

No presente trabalho, os achados a respeito da avaliação dos diferentes fatores relacionados à qualidade de vida reforçam a importância de se estudar os determinantes da autopercepção de saúde dos idosos, uma vez que esses podem influenciar diretamente a saúde e o bem-estar desse segmento da população. Nessa

perspectiva, constatou-se, como em outros trabalhos, que um envelhecimento com melhor qualidade de vida depende da interação de vários fatores em diferentes dimensões.

Felizmente, estes temas têm sido estudados, porém, os achados ainda são insuficientes. Um trabalho que começa a trazer informações importantes referentes aos idosos é o projeto SABE coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde, que tem por objetivo coletar informações sobre as condições de vida dos idosos (60 anos e mais) residentes em áreas urbanas de metrópoles de sete países da América Latina e Caribe - entre elas, o Município de São Paulo - e avaliar diferenciais de coorte, gênero e socioeconômicos com relação ao estado de saúde, acesso e utilização de recursos para cuidados na área de saúde.

Em nosso estudo, o perfil dos integrantes do Grupo AG foi caracterizado por predominância feminina, analfabetismo ou ensino fundamental incompleto, e baixa renda. Também se caracterizou pela não referência à prática de atividade física, pela maior referência às doenças crônicas e estados mórbidos como hipertensão arterial, problemas cardíacos e depressão, bem como pela maior utilização de medicamentos de uso diário.

O Grupo SESC apresentou perfil predominante feminino, nível de escolaridade equivalente ao ensino médio, renda mais alta que o grupo anterior, referência à prática de atividade física, além de menor referência às doenças crônicas e estados mórbidos, e menor utilização regular de medicamentos quando comparados ao grupo anterior.

Também nesse estudo, os fatores que se mostraram associados à melhor percepção de qualidade de vida entre os idosos estudados foram os seguintes: prática de atividade física; nível de escolaridade formal superior a quatro anos; negar referência à dor, bem como à solidão e à doença como eventos estressantes; auto-percepção positiva da infância, adolescência e velhice; menor utilização regular de medicamentos; auto-percepção de felicidade; não apresentar hipomania no MINI.

Finalmente, o presente estudo aponta para o fato de que para se alcançar um envelhecimento com melhor qualidade de vida é preciso que os administradores públicos, profissionais de saúde e a população em geral invistam, efetivamente, nos setores da saúde, social e econômico, em favor dos idosos. Políticas públicas voltadas para os fatores passíveis de mudança podem proporcionar um efeito relevante na redução das desigualdades entre os idosos, com repercussão na saúde dos mesmos. Além disso, as ações integradas que abordem, simultaneamente, os principais fatores determinantes da auto-percepção de saúde podem contribuir, significativamente, para a promoção da saúde e do bem-estar e, conseqüentemente, para melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Como uma das sugestões para melhoria das políticas para o idoso temos a lei nº 10.741 publicada no Diário Oficial da União (outubro de 2003) que diz que o Estatuto do Idoso surge como um documento basilar para que se possam tratar oficialmente todas as ações de atenção à pessoa idosa que, até então, vinham sendo praticadas de maneira não oficial. Este documento, segundo os autores que compõem o elenco do

poder público responsável por sancioná-lo, tem como objetivo tornar-se o instrumento essencial que alvitrará as competências legais referentes à política social para a população de idosos, além de servir como base legal para nortear as diversas categorias profissionais e instituições que direta ou indiretamente prestam algum tipo de assistência para as pessoas idosas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Mundial de la Salud. Grupo científico sobre la epidemiologia del Envejecimiento, Ginebra: OMS; 1984.
2. Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume – Dumará-Ueri, 1994.
3. Veras RP. Terceira idade: desafios para o terceiro milênio. Rio de Janeiro: Relume-Dumará-Unati; 1997.
4. Moragas RM. Gerontologia Social: envelhecimento e qualidade de vida. São Paulo: Paulinas; 1997.
5. Hareven T. Changing images of aging and the social construction of the life course. In: Featherstone, M, Wernick A, Org. Images of aging: cultural representations of later life. London: Routledge; 1995. p. 119-35.
6. Katz S. Disciplining old age: The formation of the gerontological knowledge. Charlottesville : University Press of Virgínia; 1996.
7. Bobbio, N. O tempo da memória. Rio de Janeiro: Campus; 1997.
8. Erikson EH. Childhood and society. Nova York: Norton; 1950.
9. Baltes PB, Reese HW, Lipsitt P. Life – span developmental psychology. Ann Rev Psychol.1980, 31:65-110.
10. Erikson EH. O ciclo de vida completo. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
11. Levenson MR, Crumpler C. Three models of adult development. Human Development. 1996, 39:135-149.
12. Dannefer D. The role of the social in lifespan developmental psychology: Past and future. Am Sociol Rev., 1984,49: 847-50.
13. Neugarten B. Interpretive social science and research on aging. In Rossi A. Org. Gender and the life course. Chicago, Aldine, 1984.
14. Bühler C. The general structure of the human life cycle. In: Bühler C, MASSARIK F. Orgs. The course of human life: a study of goals in the humanistic perspective. Nova York: Springer; 1968. p. 12-6.

15. Jung CG. Modern man in search of a soul. Nova York: Harcourt Press World; 1933.
16. Messy JA. A pessoa idosa não existe: uma abordagem psicanalítica. São Paulo: Aleph; 1993.
17. Kalache A. Active ageing makes the difference. Bull WHO, Geneva, 1999,77 (4): 299.
18. World Health Organization – WHO. Active Ageing: a policy framework: a contribution of the World Health Organization to the Second United Nations Assembly on Ageing. Madrid, Spain, 2002.
19. Assis M. (org.), 2002. Promoção da Saúde e Envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de saúde com idosos. Rio de Janeiro: UERJ/UnATI. (Série Livros Eletrônicos: disponível em <http://www.unati.uerj.br>)
20. Phelan E, Larson E. Successful aging: Where next? J Am Geriatr Soc, 2002,50(7):1306-08.
21. Glass T. Assessing the success of successful aging. Ann Intern Med, 2003,139, 382-383.
22. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. Gerontologist, 1997,37(4): 433-40.
23. Kahn RL. On “Successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn”. Gerontologist, 2002,42\*(6):725-6.
24. Unger JB, McAvay G, Bruce ML, Berkman L, Seeman T. Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in elderly persons: MacArthur Studies of Successful Aging. J Gerontol B: Psychol Sci Soc Sci, 1999, 54\*(5): S245-51.
25. Baltes P. (2000). Autobiographical reflections: From developmental methodology and lifespan psychology to gerontology. Washington: American Psychological Association. Recuperado em 20 de dezembro de 2006.
26. Baltes PB, Smith J. New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. Gerontology, 2003,49(2): 123-35.
27. Riley MW, Riley JWjr. Age integration and the lives of older people. Gerontologist, 1994, 34(1), 110-5.
28. Rowe JW, Kahn RL. Human aging: Usual and successful (physiological changes associated with aging). Sci, 1987, 237, 143-147.

29. Baltes PB. On the incomplete architecture of human ontogeny: selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *Am Psychol*, 1997,52(4):366-80.
30. Cohen L. 'Toward an anthropology of senility: anger, weakness, and Alzheimer's in Banaras, India'. *Med Anthropol Q*, 1995, 9 ( 3): 314-34.
31. Cohen L. No aging in India: Alzheimer's, the bad family and other modern things. Berkeley, University of California Press; 1998.
32. Freitas EV. A atividade física na terceira idade. In: Oliveira MAB, Nóbrega ACL, Organizadores. Tópicos especiais em medicina do esporte. Rio de Janeiro: Atheneu: 2003. p. 121-32.
33. Altaire SH, La Valley MP, Evans SR, O'Connor GT, Kelly-Hayes M, Meenan RF, Levy DY, Felson DT. Evidence for decline in disability and improved health among persons aged 55 to 70 years: The Framingham Heart Study. *Am J Pub Health*, 1999; 89: 1678-83.
34. Sheehan DV, Lecrubier T, Hornett SK, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *J Clin Psychiat*, 1998, 59(s20):22-33.
35. Ramos LR. 2002. Epidemiologia do envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Gorzoni ML. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 72-78.
36. Almeida OP, Forlenza OV, Lima NKC, Bigliani V, Arcuril SM, Gentile M, Faria MM, Lourenço CC, Oliveira DAM. Psychiatric morbidity among the elderly in a primary care setting: report from a survey in São Paulo, Brazil. *Int J Geriatr Psychiat*, 1998,12:728-36.
37. Blazer DG, Bruchett B, Service C, George LK. The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration. *J. Gerontol*, 1991, 46: 210-5.
38. Fenton FR, Cole MG, Engelsmann F, Mansouri I. Depression in older medical inpatients. *Int J Ger Psychiatry*, 1994,9:279-84.
39. Migliorelli R, Tesón A, Sabe L, Petracchi M, Leinguarda R, Starkstein SE. Prevalence and correlates of dysthymia and major depression among patients with Alzheimer's disease. *Am. J. Psychiatry*, 1995,152: 37-44.
40. Paykel ES. Life events social support and depression. *Acta Psychiatr Scand*. 1994,377: 50-8.

41. Bruce ML, Kim K, Leaf PJ, Jacobs S. Depressive episodes and dysphoria resulting from conjugal bereavement in a prospective community sample. *AM. J. Psychiatry*, 1990,147: 608-11.
42. Kivela SL. Depression and physical and social functioning in old age. *Acta Psychiatr Scand*. 1994, 377:73-6.
43. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Fischer SA. Age and depression: unique and shared effects. *Psychol. Aging\**, 1991,\* 6: 247-60.
44. Debert GG. *A reinvenção da Velhice*. São Paulo: EDUSP, 1999.
45. Sant'anna MJG. Unati, a velhice que se aprende na escola: um perfil de seus usuários. In: VERAS RP. *Org. Terceira idade: desafios para o terceiro milênio*. Rio de Janeiro: Dumará, 1997.
46. Guedes SL. Dos muitos modos de envelhecer no Brasil: "antropologia e envelhecimento". *Arq ger e gerontol*. 1999,3:86-93.
47. World Health Organization . "Noncommunicable disease prevention and health promotion:ageing in life course". Second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid, Spain, 2002.
48. Lawton MP. Environment and other determinants of well- being of older people. *Gerontologist*, 1983,4 (23): 349-7.
49. Kaplan RM. The Ziggy Theorem: toward an outcomes-focused health psychology. *Health Psychol*,1994, 13, 451-60.
50. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Publica*. 2000; 34(2): 178-83.
51. The Whoqol Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. *Quality of Life Assesment* 1998. *Psychol Med* 1998;28:551-8.
52. Yela M. *Reflexiones de um psicólogo sobre el sentido de la conducta*. Salamanca: Universidad de Salamanca;1987.
53. Ribes E. *Psicologia y Salud: un analisis conceptual*. Barcelona: Martinez Roca. 1990.
54. Loures MC, Gomes L. Prevalência da depressão entre os alunos da universidade aberta à terceira idade, Universidade Católica de Goiás no início e no término de seu

curso. In: Faleiros VP, Loureiro AML. Orgs. Desafios do envelhecimento: Vez, sentido e voz Brasília:Universa; 2006. p.139-58.

55. UNO – United Nations Organization. Department of International Economic and Social Affairs, The world aging situation: strategies and policies; technical report. Nova Iorque, 1985.

56. Berquó E. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: Liberalesso A, Debert GG. Orgs. Velhice e sociedade. Campinas: Papirus; 1999.

57. Lins de Barros MM. Org. Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. 2ª ed. Rio de Janeiro: FGV; 2000.

58. Lima-Costa MF, Barreto SM, Firmo JOA, Uchoa E, Vidigal PG. Ageing with *Trypanosoma cruzi* infection in a community where the transmission has been interrupted: the Bambuí Health and Ageing Study ( BHAS). Intl J Epidemiol, 2001; 30: 887-93.

59. Matsudo SMM. Envelhecimento e atividade física. Atividades físicas para a terceira idade. Brasília: SESC; 1997. p. 22-36.

60. Hulley SB, Cummings SR. Planning the measurements: precision and accuracy. In: Hulley SB, Cummings SR, editors. Designing Clinical Research. Baltimore: Williams and Wilkins, 1988; p. 31-41.

61. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition, Washington, DC. American Psychiatric Association, 1994.

62. Murphy J, Mor V, Masterson-Allen S, Willey C, Jackson ME. Risk of functional decline among well elders. J. Clin. Epidemiol. 1989; 42:895-904.

63. Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. Cad. Saúde Pública 2003,19(3): 705-15.

64. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil. Brasília: IBGE, 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>

65. Bazo MT. El status familiar y la salud, elementos clave en la institucionalización de las personas ancianas. Revista de Gerontología 1991; 1(2): 53-60.

66. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompon JA. Health literacy and mortality among elderly persons. Arch. Int. Med. 2007; 167(4): 1503-9.

67. Trentini M, Silva D, Martins C, Tomaz C. Qualidade de vida dos indivíduos com doenças cardiovasculares crônicas e diabetes mellitus. *Rev Gaúch Enferm.* 1990; 11(2):20-7.
68. Loyola-Filho AL, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Influência da renda na associação entre disfunção cognitiva e polifarmácia: Projeto Bambuí. *Rev. Saúde Pública*, 2008, 42(1): 89-99.
69. Malmstrom TK, Andresen EM, Wolinsky FD, Miller JF. Mortality risk in older inner-city African Americans. *J Am Ger Soc.* 2007; 55(7): 1049-55.
70. Theme Filha MM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB. Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(1): 73-81.
71. Lim SS, Gaziano T, Gakidou E, Reddy KS. Prevention of cardiovascular disease in high-risk individuals in low-income and middle-income countries: health effects and costs. *Lancet* 2007; 370: 2054-62.
72. Murray CJ, Lopez AD. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Boston: Harvard School of Public Health/WHO/World Bank; 1996.
73. Dombrovski AY, Senze EJ, Dew MA, Mulsant BH. Maintenance treatment for old-age depression preserves health-related quality of life: a randomized, controlled trial of paroxetine and interpersonal psychotherapy. *J Am Ger Soc.* 2007; 55(9): 1325-32.
74. Peluso ETP, Blay SL. Percepção da depressão pela população de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*, 2008; 42(1): 41-8.
75. Rosa TEC, Benicio MHA, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev. Saúde Pública*, 2003; 37(1): 40-8.
76. Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Gorzoni ML. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 72-8.
77. Chamowic F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública*, 1997;31(2): 184-200.
78. Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre idosos: uma revisão. *Cad Saúde Pública*, 2003; 19(3): 712-24.

79. Willcox SM, Himmelstein DV, Woolhandler S. Inappropriate drug prescribing for the community – dwelling elderly. JAMA 1994; 272: 292-96.
80. Sichmidt I. Resident characteristics and organizational factors influencing the quality of drug access in Swedish nursing houses. Soc Sci Med. 1998; 47: 961-71.
81. WHOQOL Group. The development of the world health organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyten W. editors. Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag 1994. p. 41-60.
82. Nóbrega OT, Karnikoviski MGO. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. Ciênci Saúde Coletiva, 2005; 10 (2): 309-13.
83. Medeiros-Souza P, Santos-Neto LL, Kusano LTE, Pereira MG. Diagnosis and control of polypharmacy in the elderly. Rev Saúde Pública, 2007; 41(6): 1049-53.
84. Batty GD. Examining life-course influences on chronic disease: the Ribeirão Preto and São Luís birth cohort studies (Brazil). Braz J Med Biol Res. 2007, 40(9): 1159-62.
85. Perris C. Linking the experience of dysfunctional parental rearing with manifest psychopathology: A theoretical framework. In: Perris C, Arrindell WA, Eisemann M. e ds. Parenting and Psychopathology. New York: Wiley, 1994. p. 3-32.
86. Mackinnon A, Henderson AS, Andrews G. Parental affectionless control as an antecedent to adult depression: a risk factor refined. Psychological Medicine, 1993, 23, 135-41.
87. Richter J, Eisemann M. Relationships between perceived parental rearing and adult personality: an overview. Psychologica, 1996, 16: 19-32.

## **Anexo 1 – Entrevista semi-estruturada da história de vida**

## ANEXO I

## ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA DE HISTÓRIA DE VIDA

Nº do HC: \_\_\_\_\_

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Endereço Completo: \_\_\_\_\_

Data da Entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Idade \_\_\_\_\_
2. Sexo \_\_\_\_\_
3. Cor \_\_\_\_\_
4. Estado Civil \_\_\_\_\_
5. Religião \_\_\_\_\_
6. Grau de Escolaridade \_\_\_\_\_
7. Profissão \_\_\_\_\_
8. Se aposentado, o que fazia antes de se aposentar? \_\_\_\_\_
9. Renda \_\_\_\_\_
10. Vínculo Previdenciário \_\_\_\_\_
11. Moradia ( ) Alugada ( ) Própria ( ) Cedida
12. Com quem reside? ( ) Sozinho ( ) Marido ( ) Filhos ( ) Instituição

## ASPECTOS DO DESENVOLVIMENTO

13. Infância ( ) Boa ( ) Ruim

---



---



---



---

14. Adolescência ( ) Boa ( ) Ruim

---



---



---



---

15. Vida Adulta ( ) Boa ( ) Ruim

---



---



---



---

16. Velhice ( ) Boa ( ) Ruim

---



---



---



---

17. Qual evento mais estressante, mais difícil você teve que enfrentar nos últimos anos?

( ) Morte ( ) Doença ( ) Aposentadoria ( ) Solidão ( ) Outros

---



---



---



---

18. Conseguiu superar? ( ) Sim ( ) Não  
Por que? \_\_\_\_\_

---



---



---



---

19. Quando tem um problema sério o que costuma fazer para enfrentá-lo?

---



---



---



---

20. O que significa envelhecer para você?

---



---



---



---

21. Quais doenças você tem?

( ) Diabetes ( ) Problemas cardíacos ( ) Hipertensão  
( ) Dores generalizadas ( ) Depressão ( ) Outras

---



---



---



---

22. Quantos remédios você toma por noite?

( ) Nenhum ( ) Um ( ) Mais que três ( ) Mais que seis  
Quais? \_\_\_\_\_

---



---



---



---

23. Faz exercícios? ( ) Sim ( ) Não

24. Você se considera uma pessoa feliz? ( ) Sim ( ) Não

## Anexo 2 – Mini International Neuropsychiatric Interview - Screen

|                              |                                                           |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| NOME DO(A) ENTREVISTADO(A) : | PROTOCOLO NUMERO :                                        |
| DATA DE NASCIMENTO :         | DATA DA ENTREVISTA :                                      |
| ENTREVISTADOR(A) :           | SE RESPOSTA SIM, PASSAR AO MÓDULO M.I.N.I. CORRESPONDENTE |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, <b>quase todos os dias</b>?</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | NÃO SIM | → A |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Nas duas últimas semanas, <b>quase todo tempo</b>, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente ?</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | NÃO SIM | → A |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo ?</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | NÃO SIM | → B |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Durante o último mês, pensou que seria melhor estar morto(a) ou desejou estar morto(a)?</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | NÃO SIM | → C |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ?</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NÃO SIM | → D |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com quem não era de sua família? Você mesmo(a) ou alguém achou que você estava mais irritável ou hiperativo(a), comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável ?</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                               | NÃO SIM | → D |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Alguma vez teve episódios repetidos durante os quais se sentiu <b>subitamente</b> muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ? Estas crises de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos?</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NÃO SIM | → E |
| COTAR SIM SOMENTE SE « SIM » NAS DUAS QUESTÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |         |     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Sente-se particularmente ansioso(a) ou desconfortável em lugares ou em situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar ou, ainda, em que é difícil ter ajuda como estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, sobre uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião?</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                   | NÃO SIM | → F |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado(a) por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais; por exemplo, quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                     | NÃO SIM | → G |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos/ idéias ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo ? (Por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) ou que tinha micróbios ou medo de contaminar os outros ou de agredir alguém mesmo contra a sua vontade ou de agir impulsivamente ou medo ou superstição de ser responsável por coisas ruins ou ainda de ser invadido(a) por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis ou uma necessidade de colecionar ou ordenar as coisas?</li> </ul> | NÃO SIM | → H |

## SE RESPOSTA SIM, PASAR AO MÓDULO M.I.N.I. CORRESPONDENTE

- Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos? NÃO SIM
- Nos últimos 12 meses, em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...), num período de três horas? NÃO SIM
- Agora, vou lhe mostrar/ ler (MOSTRAR / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos e gostaria que me dissesse se, durante os últimos 12 meses, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar "de cabeça feita / chapado(a)"? NÃO SIM

|            |          |             |         |                   |                     |
|------------|----------|-------------|---------|-------------------|---------------------|
| ANFETAMINA | COLA     | HAXIXE      | MORFINA | ESTERÓIDES        | CHEIRINHO           |
| CANNABIS   | CRACK    | HEROÍNA     | MACONHA | PÍLULAS TIRA-FOME | ARTANE              |
| BASEADO    | ÊXTASE   | LSD (ÁCIDO) | ÓPIO    | REBITE            | RITALINA            |
| MERLA      | GASOLINA | MARIJUANA   | ÉTER    | LOLÓ              | REMÉDIO PARA DORMIR |
| COCAÍNA    | COGUMELO | VEGETAL     | LANÇA   | MESCALINA         | ANABOLISANTES       |
| CODEÍNA    | PEDRA    | CALMANTES   | BOLINHA | PÓ                | DOLANTINA           |
| AYUASCA    | ERVA     | SOLVENTE    | DAIME   | TARJA PRETA       | CHEIRINHO           |

- Qual é a sua altura? | | | | cm
- Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo? | | | | kg

O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO INDICADO PARA A SUA ALTURA?  
(Ver TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO)

NÃO SIM

| Mulheres altura/ peso |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| cms                   | 145 | 147 | 150 | 152 | 155 | 158 | 160 | 163 | 165 | 168 | 170 | 173 | 175 | 178 |
| kgs                   | 38  | 39  | 39  | 40  | 41  | 42  | 43  | 44  | 45  | 46  | 47  | 49  | 50  | 51  |
| Homens altura/ peso   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| cms                   | 155 | 156 | 160 | 163 | 165 | 168 | 170 | 173 | 178 | 180 | 183 | 185 | 188 | 191 |
| kgs                   | 47  | 48  | 49  | 50  | 51  | 51  | 52  | 54  | 55  | 56  | 57  | 58  | 59  | 61  |

- Nos últimos 3 meses, teve crises de "comer descontroladamente" durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas? NÃO SIM
- SE SIM na questão precedente : Durante os últimos 3 meses, teve crises de "comer descontroladamente" pelo menos duas vezes por semana? NÃO SIM
- Durante os últimos 6 meses, sentiu-se **excessivamente** preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana ( trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo? NÃO SIM

### **Anexo 3 – Questionário de Qualidade de Vida – WHOQOL-bref**

### 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 que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

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

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

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas.

Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu “muito” apoio como abaixo.

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

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

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que 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 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<br>insatisfeito | insatisfeito | nem<br>satisfeito<br>nem<br>insatisfeito | satisfeito | muito<br>satisfeito |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------|------------------------------------------|------------|---------------------|
| 16 | Quão<br>satisfeito(a) você<br>está com o seu<br>sono?                                                            | 1                     | 2            | 3                                        | 4          | 5                   |
| 17 | Quão<br>satisfeito(a) você<br>está com sua<br>capacidade de<br>desempenhar as<br>atividades do<br>seu dia-a-dia? | 1                     | 2            | 3                                        | 4          | 5                   |
| 18 | Quão<br>satisfeito(a) você<br>está com sua<br>capacidade para<br>o trabalho?                                     | 1                     | 2            | 3                                        | 4          | 5                   |
| 19 | Quão<br>satisfeito(a) você<br>está consigo<br>mesmo?                                                             | 1                     | 2            | 3                                        | 4          | 5                   |
| 20 | Quão satisfeito(a)<br>você está com suas<br>relações pessoais<br>(amigos, parentes,<br>conhecidos,<br>colegas)?  | 1                     | 2            | 3                                        | 4          | 5                   |
| 21 | Quão<br>satisfeito(a) você<br>está com sua<br>vida sexual?                                                       | 1                     | 2            | 3                                        | 4          | 5                   |
| 22 | Quão<br>satisfeito(a) você<br>está com o apoio<br>que você recebe<br>de seus amigos?                             | 1                     | 2            | 3                                        | 4          | 5                   |
| 23 | Quão<br>satisfeito(a) você<br>está com as<br>condições do<br>local onde mora?                                    | 1                     | 2            | 3                                        | 4          | 5                   |
| 24 | Quão<br>satisfeito(a) você<br>está com o seu<br>acesso aos<br>serviços de<br>saúde?                              | 1                     | 2            | 3                                        | 4          | 5                   |
| 25 | Quão<br>satisfeito(a) você<br>está com o seu<br>meio de<br>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<br>vezes | frequentemente | muito<br>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?**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**Obrigada pela sua colaboração!**

**Anexo 4 – Termo de consentimento**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu \_\_\_\_\_,

RG ou CIC \_\_\_\_\_ SSPI \_\_\_\_\_, nº registro HC  
\_\_\_\_\_ endereço: \_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_

estou ciente e declaro consentir em participar da pesquisa científica intitulada "ASPECTOS BIOPSISSOCIAIS PRESENTES NO CURSO DE VIDA QUE CONTRIBUEM PARA O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL E O ENVELHECIMENTO PATOLÓGICO", realizado pela Pesquisadora JOSIANE SOUZA PINTO ALBERTE, CIC 032.091.708-86, RG 8.492.935 e sob orientação da Profa. Dr<sup>a</sup>. MARIA ELENA GUARIENTO, Departamento de Clínica Médica, FCM/UNICAMP.

Declaro que fui totalmente esclarecido sobre os objetivos dessa pesquisa que foi elaborada a fim de estudar o envelhecimento saudável e patológico dos pacientes atendidos pelos Ambulatórios de Geriatria e Psiquiatria - FCM - Unicamp e pelos integrantes do Grupo de Terceira Idade - SESC - Campinas.

Sei que minha participação consiste em responder cinco questionários de forma anônima e individual, com a garantia de receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento a qualquer dúvida sobre os assuntos relacionados com a pesquisa.

Sei também que posso interromper a entrevista a qualquer momento e abandonar a participação no estudo quando quiser, e que o fato de participar ou não desta pesquisa não prejudicará meu atendimento, cuidado e tratamento no Hospital de Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - Unicamp.

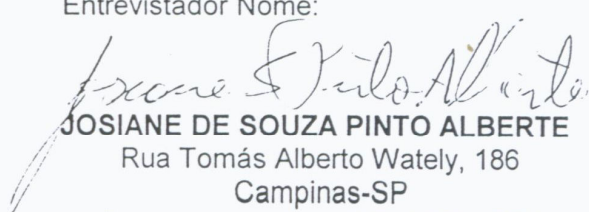
Fui informada que será mantido sigilo (segredo) sobre a minha pessoa e as respostas serão computadas e analisadas estatisticamente sem a minha identificação, com posterior redação do trabalho e tese de Doutorado em Ciências Médicas na área de concentração de Saúde Mental da UNICAMP.

Sei ainda que receberei uma cópia desse TCLE e que poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) caso tenha alguma reclamação a fazer.

Entrevistado Nome:

Entrevistador Nome:

Ass.:

  
**JOSIANE DE SOUZA PINTO ALBERTE**

Rua Tomás Alberto Wately, 186

Campinas-SP

Fone para contato: (19) 3256-1852

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Telefone para reclamações do paciente: (19) 3788-8936