

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA/ÉVORA/PORTUGAL
MESTRADO EM EXERCÍCIO E SAÚDE**

**ESTUDO COMPARADO ENTRE IDOSOS DO BRASIL E PORTUGAL: UMA
ANÁLISE DA SAÚDE, ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA EM
CIDADES DISTINTAS**

**PATRÍCIA GUEDES VERAN
ORIENTADOR: PROF.DR. ARMANDO MANUEL MENDONÇA RAIMUNDO
COORIENTADOR: PROF. DR. GUSTAVO GUSO**

**ÉVORA
2012**

MESTRADO EM EXERCÍCIO E SAÚDE

**ESTUDO COMPARADO ENTRE IDOSOS DO BRASIL E PORTUGAL: UMA
ANÁLISE DA SAÚDE, ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA EM
CIDADES DISTINTAS**

PATRÍCIA GUEDES VERAN

**ÉVORA
2012**

Dedico este estudo ao meu anjo e protetor, amigo e companheiro, meu marido Miguel Angelo, pelo seu amor, por estar ao meu lado e por acreditarmos no mesmo Deus;

Aos meus filhos, Gabriel, João Vitor e Gustavo, que acreditaram e acreditam no amor que nos une e que a vida vale a pena quando fazemos o bem...

Sair da zona de conforto e poder ter vivido e sentido Portugal com vocês foi o maior presente da vida para nós;

Dedico também aos idosos Portugueses e Brasileiros que voluntariamente participaram deste estudo, seus sorrisos, abraços e histórias enriqueceram o meu saber e coloriram a minha vida, sem vocês nada valeria;

E por fim, recordar os idosos mais importantes do meu laço, da minha vida...

Meu avô, Dr. Eduardo Luiz Guedes, médico de excelência na sua essência e para todo o sempre (*in memoriam*);

Minha avó, Ercília M^a Gomes Guedes, 91 anos, uma jóia de mulher que ama a vida e tudo o que é vivo intensamente e me ensinou a amar;

A minha querida amiga, companheira de todas as horas “professora do meu alemão”, amante da saúde pública, profissional da saúde exemplar, avó de meus filhos, Dona Blanca Kasper Accetta (*in memoriam*) que brilhou como as estrelas, serenou no palco da vida, contou histórias, cantou, dançou, coloriu nossos dias e nos deixou antes do combinado...

Aos meus pais, idosos ou não eles serão sempre jovens, pois pais não envelhecem nunca para mim... Obrigada Pai por me ensinar a seguir em frente sempre e pelo seu amor... Obrigada Mãe, meu anjo que flutua, chega e alivia as incertezas dos meus dias no momento certo, com muita sabedoria e amor...

A minha tia Sônia que acredita na vida e um dia me ensinou que envelhecemos diferentes, temos histórias diferentes, mas o que importa é a leveza dos dias e estar feliz até o fim...

Aos que ficaram tão longe, mas tão perto do meu coração... Aos meus irmãos, primas, amigos e amigas e especialmente aos meus estimados tios: Fanor, Osmar e Roberto alegrias na minha vida sempre...

Aos meus anos de vida...

Ao menino, ao cavalo e ao cachorro... Arquétipos da minha infância.

À minha Virgem Mãe Maria e sua proteção...

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que convivem e conviveram comigo e que me ajudaram até aqui na trajetória da minha vida profissional. Ao lerem, sintam-se incluídos.

Minha eterna gratidão e um agradecimento especial aos colegas de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, a “minha” equipe de Saúde da Família do Centro de Saúde Canto da Lagoa, pelo acolhimento recebido e por acreditarmos numa saúde pública cheia de vida. Agradeço aos Diretores e equipes dos Distritos Sanitários, um carinho especial pela equipe do Centro e Leste.

Uma homenagem especial para uma pessoa sábia, incansável, colega de profissão e amigo que construiu, acredita, luta e ama o nosso SUS. É amigo do conhecimento e proporciona as pessoas à oportunidade de vivenciarem outras realidades e que fez este sonho ser real, obrigada Ilmo.Dr. João Candido da Silva. Cumprimentos extensivos a Prefeitura Municipal de Florianópolis/SC.

Também gostaria de agradecer a todos os meus Mestres da Universidade de Évora, colegas e amigos, especialmente ao meu orientador Prof. Dr. Armando Raimundo pelo acolhimento na minha chegada e pelo conhecimento compartilhado; agradeço também ao meu Coorientador, Dr.Gustavo Gusso.

Tampouco posso deixar de agradecer a minha amiga brasileira Fernanda Paese e a minha amiga portuguesa Susana Rocha, obrigada por compartilharem os saberes e pelo estímulo recebido desde o início desta trajetória.

Cumprimentos extensivos a Câmara Municipal de Nisa e a Presidente Ilma. Sra. Eng^a Maria Gabriela Menino Tsukamoto e a Dra. Manuela, que permitiram a realização deste estudo.

Agradeço aos amigos que deixei e aos amigos Portugueses que ganhei João, Olga, Ana, Alda, Beth, M^a João, Joana, Nuno, Miguel, Pedro, Bruno.

Aos anjos e as pessoas que foram como anjos em Portugal, Diana, Nuno, Paulo, minha amiga Conceição, Cris e Otilia que me disseram na chegada: “o importante é que sejam felizes em Portugal”, e fomos...

Agradeço a cidade de Évora. Évora é linda, parece uma Deusa, bem desenhada e esculpida, cheia de mistérios e segredos. Bucólica, com seus Castelos e Igrejas seculares e um povo a encantar. Idosos, que com sorriso respondem e jovens a permear. Vida nova e velha em um mundo à parte que é até difícil de dizer que existe. Agradeço aqueles que acreditam no mesmo Deus e são capazes de acreditar num mundo cada vez melhor, justo e igual para todos.

“(...) Mas também queria pedir uma coisa, Mário, que só você pode cumprir. Todos os meus outros amigos ou não saberiam o que fazer ou pensariam que sou um velho caduco e ridículo. Quero que você vá com este gravador passeando pela Ilha Negra e grave todos os sons e ruídos que vá encontrando. Preciso desesperadamente de algo, nem que seja o fantasma da minha casa. A minha saúde não anda nada bem. Sinto falta do mar. Sinto falta dos pássaros. Mande para mim os sons da minha casa. Entre no jardim e faça soar os sinos. Primeiro grave esse repicar suave dos sininhos pequenos quando o vento bate neles, e depois puxe o cordão do sino maior cinco, seis vezes. Sinos, meus sinos! Não há nada que soe tão bem como a palavra sino se a pendurarmos num campanário junto ao mar. E depois vá até as pedras e grave a rebentação das ondas. E se ouvir gaivotas, grave. E se ouvir o silêncio das estrelas siderais, grave. (...)”

Pablo Neruda O carteiro e o poeta.

RESUMO

Este estudo objetivou analisar comparativamente a Qualidade de Vida entre os idosos que participam de Programas de Atividade Física Públicos em Nisa/Portugal (Programa Activ Sénior) e Florianópolis/Brasil (Programa Floripa Ativa). Foi realizado um estudo descritivo transversal com 258 idosos (129 portugueses e 129 brasileiros) de ambos os sexos no período de outubro a dezembro de 2011 através da aplicação do questionário *Short form 36*, nas versões portuguesa e brasileira. Foram categorizados por faixa etária, gênero e país. Os resultados da análise descritiva mostraram que os idosos tinham idade média de 69,56 anos (DP: +/- 5,74 anos) sendo a maioria mulheres (84,8%). As melhores pontuações, em ambas as cidades/países, foram obtidas nas dimensões do Componente Mental: Função Social (83,8), Desempenho Emocional (75,5) e Saúde Mental (73,8). As piores foram em Dor Corporal (63,9), Saúde Geral (67,9) e Vitalidade (69,1). Há diferenças estatisticamente significativas nas dimensões: Dor Corporal, Saúde Geral e Vitalidade sendo os idosos de Florianópolis/Brasil com melhores desempenhos. Através da análise comparativa observou-se diferenças significativas entre os gêneros com melhores desempenhos nos idosos homens que nas mulheres nas dimensões: Saúde Geral e Vitalidade. Quanto à categorização por faixa etária não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas e as melhores pontuações correspondem ao grupo de idade de 60 a 64 anos nas dimensões: Função Física, Desempenho Físico, Desempenho Emocional, Função Social e Saúde Mental. Os idosos considerados mais velhos, 85 a 99 anos apresentaram-se com melhores pontuações nas dimensões: Dor Corporal e Saúde Geral. Conclui-se que o percentual mais expressivo de participação são mulheres (55,7% portuguesas e 44,3% brasileiras), de 60-99 anos, que estar na faixa etária mais envelhecida não tem relação com a pior Qualidade de Vida e que as dimensões relacionadas ao Componente Mental apresentam as melhores pontuações para qualidade de vida em ambas as cidades/países. Os resultados deste estudo sugerem que as estratégias em saúde coletiva adotadas em Nisa/Portugal e Florianópolis/Brasil através dos seus Programas estabelecem laços sociais, proporcionam ganhos em saúde trazendo benefícios para um envelhecer ativo.

Palavras chaves: Atividade Física, Idosos, Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Ageing Comparative Study between diferents cities in Brasil and Portugal: a health analyses, ageing and quality of life.

The aim of this study was to analyze comparatively Life Quality between the senior citizens who participate in the Public Physical Activity Programs in Nisa, Portugal (Program Activ Sénior) and Florianópolis, Brazil (Programa Floripa Ativa). A transversal descriptive study was carried out including 258 senior citizens (129 Portuguese subjects and 129 Brazilian ones), both genders, from October to December 2011 using the Brazilian and Portuguese versions of the Short Form 26 questionnaire. The categories used were: age, gender and country. The results of the descriptive analysis showed that the subjects' average age was 69,56 years old (PD: +/- 5,74 years) and that most of them were women (84,8). The best scores for both cities/countries were obtained for the Mental Component: Social Function (83,8), Emotional Performance (75,5) and Mental Health (73,8). The worst scores appeared in Physical Pain (63,9), General Health (67,9) and Vitality (69,1). There were statistically significant differences for the following dimensions: Physical Pain, General Health and Vitality, and the senior citizens from Florianopolis obtained the best performances. It could be observed through the comparative analysis that there were significant differences between both genders. The senior men had better performance than the women regarding General Health and Vitality. There were not statistically significant differences on the topic of age and the best scores belonged to the 60 to 64 years-old group for Physical Function, Physical Performance, Emotional Performance, Social Function and Mental Health. The oldest senior citizens showed the best scores for Physical Pain and General Health. Therefore, it was possible to conclude that: the most significant percentage belongs to the women (55,7% in Portugal and 44,3% in Brazil), from 60 to 69 years old; that being in the oldest age category is not related with the worst Life Quality and that the dimensions that were related to the Mental Component show the best scores for life quality in both cities/countries. The results of this study suggest that the collective health strategies that have been adopted in Nisa/Portugal and Florianópolis/Brazil through their Programs establish social bonds and provide health gains, bringing benefits for active ageing.

Keywords: Physical activity, Senior citizens, Life Quality.

RESUMEN

Estudio comparativo de las personas mayores de Brasil y Portugal: un análisis de la salud, el envejecimiento y la calidad de vida en diferentes ciudades

El objetivo de este estudio fue comparar la calidad de vida entre los adultos mayores que participan en los Programas Públicos de Actividad Física en Nisa/Portugal (Programa Senior Activ) y Florianópolis / Brasil (Programa Floripa Activa). Se realizó un estudio descriptivo transversal con 258 personas mayores (129 portuguesas y 129 brasileños), de ambos sexos en el periodo octubre a diciembre de 2011 a través de la aplicación del cuestionario Short Form 36, versiones portuguesa y brasileña. Ellos fueron clasificados por edad, sexo y país. Los resultados del análisis descriptivo mostraron que los adultos mayores tenían una edad promedio de 69,56 años (DP: +/- 5,74 años), siendo en su mayoría mujeres (84,8). Los mejores puntajes, en ambas ciudades/países, se obtuvieron en las dimensiones del componente Mental: Función Social (83,8), Desempeño Emocional (75,5) y Salud Mental (73,8). Los peores fueron en Dolor Corporal (63,9), Salud General (67,9) y Vitalidad (69,1). Hay diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones: Dolor Corporal, Salud General y Vitalidad, siendo los adultos mayores de Florianópolis/Brasil los que tuvieron los mejores desempeños. A través del análisis comparativo se observaron diferencias significativas entre los sexos, teniendo los adultos mayores hombres un mejor desempeño que las mujeres en las dimensiones Salud General y Vitalidad. Con relación a la clasificación por edad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas y los mejores puntajes corresponden al grupo de edad de 60 a 64 años en las dimensiones: Función Física, Desempeño Físico, Desempeño Emocional, Función Social y Salud Mental. Los adultos mayores considerados más viejos, 85 a 89 años, presentaron mejores puntajes en las dimensiones Dolor Corporal y Salud General. Se concluye entonces que el porcentaje más expresivo de participación son mujeres (55,7% portuguesas y 44,3% brasileñas), de 60-99 años, que estar en la edad más avanzada no tiene relación con la peor Calidad de Vida y que las dimensiones relacionadas al Componente Mental presentan los mejores puntajes para calidad de vida en ambas ciudades/países. Los resultados de este estudio sugieren que las estrategias de salud colectiva adoptadas en Nisa/Portugal y Florianópolis/Brasil a través de sus Programas establecen vínculos sociales, proporcionan mejorías en términos de salud, trayendo beneficios para envejecer de forma activa.

Palabras clave: Actividad Física, Adultos mayores, Calidad de Vida.

LISTA DE SIGLAS

ACMS	American College of Sports Medicine
ANOVA	Análise de Variância
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
GM	Gabinete do Ministro
INE	Instituto Nacional de Estatística
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
KS	Kolmogorov Smirnov
MOS	Medical Outcomes Study
MS	Ministério da Saúde
PT	Portaria
PNS	Plano Nacional de Saúde
SF	Short Form
SISAP	Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Indicadores de Brasil e Portugal	60
Tabela 2 - Avaliação da Consistência Interna dos Componentes Físico e Mental	61
Tabela 3 - País	61
Tabela 4 - Gênero	62
Tabela 5 - Faixa Etária	62
Tabela 6 - A1-Saúde Geral	63
Tabela 7 - A2-Classificação da Saúde	63
Tabela 8 - A3-Função Física	64
Tabela 8.1 - A3-Continuação da Tabela Função Física	65
Tabela 9 - A4 - Desempenho Físico	66
Tabela 10 - A7 e A8 –Dor Corporal	66
Tabela 11 - A11 Saúde Geral.....	67
Tabela 12 - A5 - Desempenho Emocional.....	68
Tabela 13 - A6 e A10 - Função Social.....	68
Tabela 14 - A9 Vitalidade	69
Tabela 15 - A9 Saúde Mental.....	70
Tabela 16 - Teste de Normalidade da Amostra Kolmogorov-Smirnov	76
Tabela 17 - A11 Medidas de Tendência Central das Dimensões dos Componentes Físico e Mental	77
Tabela 20 - Estatística Descritiva das oito Dimensões – Brasil.....	78
Tabela 21 - Teste Mann-Whitney das oito Dimensões por País.....	81
Tabela 22 - Teste Mann-Whitney das oito Dimensões por Sexo.....	82
Tabela 23 – Teste Kruskal-Wallis das oito Dimensões por Faixa Etária	82
Tabela 24 – Estatística Descritiva para Componente Físico	83
Tabela 25 – Teste <i>t</i> para Uma Amostra Componente Físico	83
Tabela 26 – Estatística Descritiva para Componente Mental	84
Tabela 27 – Teste <i>t</i> para Uma Amostra Componente Mental	84
Tabela 28 – Estatística Descritiva para Duas Amostras Relacionadas (CF e CM) ...	84
Tabela 29 – Correlação entre Componente Físico e Mental	84
Tabela 30 – Teste <i>t</i> para Amostras Relacionadas (CF e CM)	85

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Modelo Estrutural do Estudo.....	59
Quadro 1- Atribuição de Pontuação para as respostas do Questionário.....	57
Gráfico 1 - Histograma FF – Função Física.....	72
Gráfico 2 - Histograma DF – Desempenho Física.....	72
Gráfico 3 - Histograma DC – Dor Corporal.....	73
Gráfico 4 - Histograma SG – Saúde Geral	73
Gráfico 5 - Histograma DE – Desempenho Emocional	74
Gráfico 6 - Histograma FS – Função Social	74
Gráfico 7 - Histograma V – Vitalidade	75
Gráfico 8 - Histograma SM – Saúde Mental.....	75
Gráfico 9 - Comparativo do SF36 por Total e País.....	79
Gráfico 10 - Comparativo do SF-36 por Total e Gênero.....	80
Gráfico 11 - Comparativo do SF-36 por Total e Faixa Etária	80
Gráfico 12 - Escore do Componente Mental Maior e Menor que 70 pontos.....	86

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	9
LISTA DE TABELAS	10
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	11
INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA/ESTADO DA ARTE	16
2.1 ENVELHECIMENTO	16
2.2 ENVELHECIMENTO ATIVO E QUALIDADE DE VIDA	23
2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO NOS PAÍSES EM ESTUDO.....	29
3 OBJETIVOS	45
3.1 OBJETIVO GERAL	45
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	45
4 METODOLOGIA.....	46
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS EM ESTUDO.....	46
4.2 QUESTIONÁRIO MOS-SF36 (THE MEDICAL OUTCOMES STUDY 36-ITEM SHORT-FORM HEALTHY SURVEY).....	51
4.3 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	53
4.4 AMOSTRA.....	54
4.5 TRATAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	55
4.6 MODELO ESTRUTURAL DO ESTUDO	59
5 RESULTADOS	60
5.1 CONFIABILIDADE	60
5.2 PERFIL DOS ENTREVISTADOS	61
5.3 AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DA SAÚDE GERAL.....	62
5.4 AVALIAÇÃO DO COMPONENTE FÍSICO.....	64
5.5 AVALIAÇÃO DO COMPONENTE MENTAL	68
5.6 AVALIAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO E NORMALIDADE DAS OITO DIMENSÕES DOS COMPONENTES FÍSICO E MENTAL	71
5.7 COMPARATIVO POR PAÍS.....	81
5.8 COMPARATIVO POR GÊNERO	81
5.9 COMPARATIVO POR FAIXA ETÁRIA	82
5.10 TESTE T - STUDENT DA HIPÓTESE NULA	83
5. 11 DIFERENÇAS ENTRE OS COMPONENTES FÍSICO E MENTAL	85
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	87
CONCLUSÃO.....	96
REFERÊNCIAS.....	99
ANEXOS	110

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional mundial é um fenômeno que está no palco das atenções de todas as áreas relacionadas ao desenvolvimento, cuidado, manutenção, sustentação e preservação da vida. Nas últimas décadas tem sido evidente tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento o interesse por práticas socioeconômicas que alicercem e subsidiem este fenômeno.

Para Kalache (1987) é fato concreto e de conhecimento público, não há limites geográficos, é universal, característica tanto dos países desenvolvidos, como de modo crescente nos em desenvolvimento.

Para Barreto (2006) o envelhecimento da população mundial, em especial o crescimento acelerado da população idosa nos países em desenvolvimento, é certamente o maior desafio do século XXI.

Avanços tecnológicos e na área da saúde, conquistas deste século, as modificações nos indicadores de saúde, especialmente a diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade e o incremento da esperança de vida ao nascer são repercussões positivas para as sociedades, transformando as pirâmides etárias desenhando uma base mais estreita e um topo alargado semelhante à situação encontrada na Europa ocidental e no norte das Américas. Esta constatação suscita algumas reflexões: como perceber as manifestações biológicas da terceira idade, o comportamento cultural e inserção social, as fragilidades, dificuldades e discriminações, os problemas de abandono, as manifestações de violência, a dependência familiar, física ou emocional e as garantias para uma vida envelhecida, exitosa, livre, independente, ativa e sem doenças.

Para Benedetti (2004), as reflexões acerca da temática do envelhecimento iniciaram a partir do aumento da população idosa a nível mundial e as movimentações por parte das sociedades e de governantes.

Para a OMS (WHO), o envelhecimento populacional mundial pode ser reconhecido como o êxito dos países e suas Políticas Públicas de Atenção ao Idoso. Somado a este está o desenvolvimento econômico que é capaz de nortear ações construtivas para as sociedades que devem compreender este fenômeno, participar ativamente para a promoção e produção de práticas saudáveis e sustentáveis, proporcionando um envelhecer funcional, seguro e com indivíduos ativos e participativos socialmente.

Este momento de viver 60 anos ou mais “faz parte de um novo e irreversível processo para os próximos cinquenta anos. No início do século passado a expectativa de vida não chegava aos 40 anos” (PÊGO apud MARTINS, RM, 2010, p.16).

Os estudos acerca do envelhecimento são contemporâneos e consensuais, pois se identifica uma linguagem estatística universal de crescimento e “fértil” envelhecimento populacional. Através da pura e simples observação somada à capacidade de percepção humana, visualiza-se pelas ruas notadamente o predomínio, diferentemente das décadas anteriores, de uma população mais velha a circular participando efetivamente da sociedade.

As projeções da OMS (2011) entre os anos de 2000 e 2050 estimam que a população mundial com 60 anos ou mais triplicará e passará de 600 milhões a 2000 milhões. O crescimento maior será nos países em desenvolvimento, com projeções de 400 milhões em 2000 para 1,7 bilhões no ano de 2050.

Segundo relatório da ONU (2005), o percentual mundial de pessoas acima de 60 anos era 11,7%, sendo que os países com maiores percentagens: Japão (31,1%), Itália (30,7%), Alemanha (29,5%), Suécia (28,7 %), Portugal (26,1%), França (25,8%), Suíça (26,3%), Grécia (26,6%), Espanha (25,5%) e para este relatório o Brasil apresenta-se com 10% (BENEDETTI, 2007).

Para 2011, a ONU refere que há 893 milhões de pessoas no mundo com mais de 60 anos e que no meio do século as projeções estarão para além de 2,4 bilhões de idosos.

Ao analisar o contexto demográfico europeu em que este cenário já se faz presente há muitos anos percebe-se que a origem deste fenômeno está na combinação da baixa natalidade e aumento da expectativa de vida. Desde 1960, a expectativa de vida cresceu em oito anos sendo que as projeções estatísticas demográficas para os próximos quarenta anos apontam um novo aumento em cinco anos (COMISSÃO EUROPEIA, 2010). Para a comunidade científica comemora-se este fato e Portugal já está na lista dos países mais envelhecidos do mundo e o Brasil, no contexto da América Latina, não há dúvida que o número de pessoas com sessenta anos ou mais cresce em velocidade muito superior a de todas as demais faixas etárias e de forma heterogênea, rápida e silenciosa.

O cenário mundial em relação à expectativa de vida publicado pela Comissão Europeia (BRUXELAS, 2010) demonstra os seguintes dados para a situação

Europeia: Itália e Espanha (82anos), Alemanha e Reino Unido (80 anos), Portugal (79 anos). No contexto da América Latina, Chile (79 anos), Colômbia, Uruguai e México (76 anos), Argentina e Venezuela (75 anos), Paraguai (74 anos) e Brasil (73 anos).

Nesta perspectiva, esta dissertação de mestrado tem como proposta caracterizar o processo de envelhecimento nos países em estudo, Portugal e Brasil, em cidades distintas, Nisa e Florianópolis. De forma analítica, descritiva e observacional dar a conhecer e aprender as Políticas em Saúde para um Envelhecer Ativo e avaliar a qualidade de vida em um grupo de idosos participantes dos Programas Públicos de Atividade Física nas cidades já citadas através da aplicação do questionário MOS-SF36.

Cabe refletir que apesar de todo desenvolvimento alcançado tanto na melhora das condições de senescência como no suporte técnico social ainda engatinham as reais modificações e vislumbra-se um caminho ainda longo, tortuoso a espera de soluções pragmáticas para as situações encontradas nesta população que estão sendo abraçadas de forma muito lenta para uma realidade que é global e que clama há muitos anos pela mudança de paradigma.

Diminuir as diferenças, encurtar as distâncias entre os Países, ampliar o saber e o olhar para a construção e manutenção de equipes multiprofissionais na área da saúde e reforçar que o mundo está a envelhecer e que prolongar a vida só terá sentido se mantivermos qualidade.

2 REVISÃO DE LITERATURA/ESTADO DA ARTE

Explorar e definir determinados conceitos em uma dissertação é, sem dúvida, a construção da aprendizagem, um novo saber. Com respaldo teórico de vários autores, realidades distintas e para contribuir com o estado da arte, este capítulo apresenta alguns conceitos relacionados ao envelhecimento aborda o envelhecer ativo e as Políticas Públicas específicas para Idosos. Propõe-se a avaliar e caracterizar a qualidade de vida de idosos, praticantes de atividade física em Programas Públicos específicos em Nisa/Portugal e Florianópolis/Brasil, através da aplicação do questionário MOS-SF36.

2.1 ENVELHECIMENTO

O processo de envelhecimento pode ser entendido como as transformações biopsicossociais que ocorrem com o passar dos anos na vida dos indivíduos e que depende dos fatores genéticos, hábitos de vida e ambiente.

Por ser um processo fisiológico foi entendido por muitos anos como um processo evolutivo inalterável.

Envelhecer é um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade, maior incidência de processos patológicos que terminam por levar a morte (PAPALÉO, Netto apud Tratado de Geriatria e Gerontologia, 2006). Torna a definição biológica do envelhecimento como um processo, e a velhice como uma fase da vida e as manifestações somáticas da velhice, caracterizadas por redução da capacidade funcional e redução da capacidade de trabalho e da resistência, entre outras, associam-se a perda dos papéis sociais, solidão e perdas psicológicas, motoras e afetivas (STACHESKI; MASSI, 2011).

É importante considerar que não existe um só envelhecer, mas processos de envelhecimento – de gênero, etnia, de classe social, de cultura, – socialmente determinados. As desigualdades do processo de envelhecimento se devem principalmente às condições desiguais de vida e de trabalho a que estiveram submetidas às pessoas idosas. Portanto, o processo de envelhecimento é

multifatorial, tem seu componente genético, que parece influenciar 30% de todo o processo, e que é fortemente modulado pelo ambiente e ainda pelos componentes sociais e psicológicos (CELICH, 2008).

Considera-se também que o envelhecimento resulta da “interação de múltiplos fatores endógenos e exógenos que caracterizam a resposta biológica adaptativa e determinam o papel do envelhecimento individualmente” (OLIVEIRA et al, 2008, p.11). Esta fase da vida é o “final” do desenvolvimento humano, não é um momento, é um processo evolutivo gradual, um prolongamento da vida que acontece de forma harmônica quando o desenvolvimento fetal, a infância, a carga genética e o meio ambiente orquestram-se dando forma à trajetória de vida dos indivíduos. É processo biológico natural, irreversível, heterogêneo e dá-se devido alterações bioquímicas, fisiológicas e anatômicas.

Existem diversas teorias sobre o envelhecimento, como as teorias de base celular, teorias baseadas em órgãos e sistemas, teorias populacionais e as integrativas. Para Finch (1990) as teorias podem ser divididas em dois grandes grupos: as evolutivas e as não evolutivas. A primeira se ocupa em classificar, organizar e justificar o papel da senescência através dos genes e grupos filogenéticos e a segunda esta focada nos mecanismos celulares, fisiológicos e ambientais que atuam no processo. Em outra revisão, sugere-se que efeitos exercidos intracelularmente, ramos das teorias intracelulares, perpassam à arquitetura intercelular, modificam a estrutura dos sistemas e são retroalimentadas por alterações hormonais (ARKING, 1998; Finch, 1990 apud PAPALÉO, 2002).

A partir da simples observação é possível perceber que as alterações anatômicas são as mais visíveis e manifestam-se primeiramente. Manchas pela pele, rugas, pele seca, diminuição da acuidade visual, auditiva, alterações no paladar, na postura e na marcha refletem as mudanças múltiplas dos sistemas: endócrino, músculo esquelético, cardiovascular, neurológico, ósseo, pulmonar entre outros.

A tendência é que as pessoas percam suas habilidades físicas, ocorre à diminuição da resistência cardiorrespiratória e muscular, da mobilidade articular, da flexibilidade e da coordenação. As alterações ainda continuam: degeneração e achatamento dos discos vertebrais, enfraquecimento dos ligamentos e o afrouxamento dos músculos levam a uma diminuição da altura. Segundo Spirduso

(2005), “tanto os homens quanto as mulheres perdem altura, porém as mulheres perdem mais e mais rápido” (2005, p.93).

A diminuição da audição e da visão compromete o equilíbrio, a postura e a marcha, tornando-se mais lenta e sendo importante fator de risco para quedas. Os ossos tornam-se ainda mais fracos e poderá ocorrer um aumento de gordura generalizado ou a perda de peso involuntária, emagrecimento e o início da fragilidade do idoso (PAPALÉO, Netto apud Tratado de Geriatria e Gerontologia, 2006; SPIRDUSO, 2005). O processo de alterações do sistema nervoso periférico e central leva a dificuldades na compreensão de situações ora simples ora muito complexas revelando-se como alterações na capacidade de memória tanto imediata quanto tardia.

Como considerado anteriormente, a construção desta trajetória é individual, heterogênea e manifesta-se como senescência ou senilidade.

A senescência caracteriza-se como a diminuição progressiva do controle das funções orgânicas, cognitivas e comportamentais, um processo natural, com a diminuição da reserva funcional e que no cotidiano apresentam-se como posturas positivas, não provocando quaisquer problemas. Já a senilidade, como consequência de doenças, acidentes e estresse emocional podem requerer assistência e vir a apresentarem-se como posturas negativas dependentes do contexto familiar e sócio cultural em que os indivíduos estão inseridos.

A Geriatria e a Gerontologia, ciência que estuda o envelhecimento, teve início no século XX com desenvolvimento crescente após a 2ª Guerra Mundial, seu principal objetivo está em alcançar a longevidade com qualidade de vida no período da vida a qual chamamos “velhice.” (AREOSA, 2008, p.36). Elie Metchnikoff, sucessor de Pasteur, em 1903, defendeu a ideia da,

criação de uma nova especialidade, a Gerontologia, e este previa que essa área de estudo seria um dos ramos mais importantes da ciência, conseqüente a modificações que ocorrem nesta etapa final da vida. Propunha um campo de investigação e acreditava que algum dia uma velhice fisiológica normal poderia ser alcançada pelos homens (METCHNIKOFF, 1903 apud PAPALÉO, Netto 2002, Tratado de Geriatria e Gerontologia, 2006, Cap.1; p.2).

É uma especialidade de diferentes profissões, multiprofissional, interdisciplinar e transversal, porque se explica cientificamente de forma

multidimensional ao abordar todos os aspectos relacionados à velhice: físico, biológico, psíquico, emocional, cultural, social, ambiental, político, econômico entre outros.

A importância do tema não fica restrita a arte médica, desperta interesse em outras áreas a partir de 1930, e entre 1969 e 1979 a pesquisa na área aumentou em 270% e é ascendente nos dias atuais (PAPALÉO, Netto 2002).

Este enfoque que é respaldado pela Organização das Nações Unidas (ONU), define de forma ética e normativa que as pessoas idosas não compõem um grupo vulnerável, objetos de proteção, mas sim indivíduos de direitos (MACINKO, 2007).

Há convenções sócio-demográficas e para a Organização Mundial de Saúde (OMS), é considerado idoso qualquer indivíduo com 60 anos de idade ou mais, para os países em desenvolvimento, e 65 anos de idade ou mais para os países desenvolvidos. Esta definição de idoso para OMS está diretamente ligada à qualidade de vida propiciada pelos países aos seus cidadãos é convenção e estão relacionadas às condições gerais, a organização social, educacional, cultural e a dinâmica nas sociedades (OMS, 2011).

As projeções avançam com um efetivo total de idosos que, em 2050, se estima serem 2000 milhões, constituindo mais de 20% da população mundial. Em consonância com tais projeções, em 2045, o número de pessoas com 60 anos ou mais irá mesmo ultrapassar, pela primeira vez, o número de pessoas na faixa etária de 15 anos ou menos (OMS, 2011).

Para fins de levantamento demográfico, nesta pesquisa, considera-se idoso o corte definido pela OMS de 65 anos ou mais para idosos em solo Português e 60 anos ou mais idosos em solo Brasileiro.

A história do contexto demográfico europeu desenhado a partir da segunda metade do século XX manifesta o envelhecimento populacional e divulga que a origem deste fenômeno está pautada na combinação das baixas taxas de natalidade e mortalidade e subsequente aumento da esperança média de vida ao nascer e este é um fato presente na grande maioria das sociedades do mundo. É válido apontar que o envelhecimento no continente europeu apresentou-se de forma lenta, vagarosa e iniciou há quase cem anos (INE, 2002).

Em Portugal, tal como os dados a nível mundial, há um assinalável envelhecimento sequencial nas últimas quatro décadas e a proporção populacional de idosos cresceu de 8% no ano de 1960, para 16,4% no ano 2001. Os nascidos em

1960 podiam esperar viver 60,7 anos se fossem homens e 66,4 anos se mulheres. A partir de 2007, registra-se um incremento significativo na esperança de vida: 75,5 anos para os homens e 81,7 anos para as mulheres. Este ganho de 15 anos nas últimas décadas para os autores Rosa e Chitas (2010, p.20) “é uma das mudanças mais estruturantes do panorama demográfico nacional” e que acompanha a tendência dos países desenvolvidos e irá manter-se durante as próximas décadas, estimando-se que para 2050 represente já quase 1/3 do efetivo da população nacional (INE, 2011).

Dados atualizados denotam que os ganhos na esperança média de vida da população portuguesa são, cada vez mais, provenientes do aumento da sobrevivência em idades avançadas. A esperança média de vida aos 65 anos tem mantido uma tendência positiva, atingindo 18,47 anos no período entre 2008 e 2010. Para o mesmo período, a esperança média de vida à nascença foi estimada em 79,20 anos, sendo de 76,14 anos para os homens e de 82,05 anos para as mulheres (INE, 2011).

Ao analisar a população por idades verifica-se que em 2010, segundo as estimativas de população residente, atualizadas pelo INE, o número de indivíduos no grupo dos 65 anos ou mais atingia os 1.931.457 (18,2%) e em 2009, a percentagem pelos mesmos, era de 17,9% e esta evolução de 2009 para 2010 vem uma vez mais confirmar e laurear o envelhecimento da população portuguesa. Este envelhecimento é visível quer pela diminuição da proporção da população jovem, quer pelo aumento da proporção da população idosa. O índice de envelhecimento, nos últimos dois anos, passou de 117,6 para 120,1 idosos (65 ou mais anos) por cada 100 jovens (do zero aos 14 anos), quando em 2000 ainda se situava em 102,2. Para Rosa e Chitas (2010, p.20) “ambos os sexos envelhecem embora as mulheres vivam mais comparados aos homens: a cada cinco indivíduos com 75 anos ou mais, pelo menos três são mulheres”. Este fenómeno é denominado como feminização do envelhecimento (INE, 2011).

A distribuição da população de idosos no território do país não é homogênea sendo que as regiões de maior contingente estão no sul de Portugal, na zona do Alentejo e Centro.

Portugal surge já entre os países mais envelhecidos do mundo assumindo a décima posição em percentagem de idosos e a décima quarta posição no índice de envelhecimento.

No contexto da América Latina também está sendo produzido um paulatino e volumoso envelhecimento populacional generalizado, de diferentes ritmos e características. Para o Brasil, país mais populoso desta região, esta realidade já não é mais diferente. O Brasil de hoje apresenta um acelerado processo de envelhecimento com transformações profundas na composição etária de sua população cujo processo começou na década de sessenta. O declínio é significativo na taxa de fecundidade que em 1960 era de 6,21 e para o ano de 2010 é em 1,85 e a projeção estimada para 2020 será de 1,81. A estes se soma a queda na taxa de mortalidade e o aumento na esperança de vida ao nascer apresentando o país como o sexto em população de idosos no mundo para o ano de 2025. As projeções populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística são de 15% de idosos da população total, correspondendo a 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais. Em 2000, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos, havia 18,3 idosos de 65 anos ou mais. Para os próximos 50 anos, a relação poderá ser de 100 para 105,6 (IBGE, 2004).

A partir de 1960 o grupo com 60 anos ou mais foi o que mais cresceu proporcionalmente no Brasil, enquanto a população jovem desacelerou seu processo de crescimento, mais notadamente a partir de 1970. O grupo etário de 60 anos ou mais vem, desde então, apresentando taxas de crescimento progressivamente mais altas e sempre muito superiores às da população total e às da população jovem (KALACHE, VERAS, RAMOS 1987).

Em menos de 50 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um desenho caracterizado por enfermidades complexas e mais onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas. Toda esta transição, entretanto, vem ocorrendo de forma muito desigual, fato associado, em grande parte, às diferentes condições sociais observadas no País (IBGE, 2009).

Além do descenso populacional, o País tem experimentado mudanças no perfil epidemiológico, com alterações relevantes no quadro de morbimortalidade. As doenças infectocontagiosas, que representavam cerca de metade das mortes registradas no País em meados do Século XX, hoje são responsáveis por menos de 10%, ocorrendo o oposto em relação às doenças cardiovasculares (IBGE, 2009).

Destaque para as diversas faces e situações críticas dos países em desenvolvimento tais como: os problemas sanitários e epidemiológicos, o volume populacional, o acesso à água potável, saneamento, as carências nutricionais,

garantia de moradia, educação, saúde, seguridade, lazer, e as rotinas sedentárias por falta de estrutura e urbanização, acarretando enfermidades crônicas sem acesso a tratamentos e medicamentos ou até mesmo os excessos da medicalização levando a um nível de vida relativamente inferior e desgastante em comparação com os países desenvolvidos (IBGE, 2010).

Na América Latina os países mais pobres e com menor desenvolvimento são os que apresentam um envelhecimento demográfico menos avançado. No Brasil, considerando sua vasta extensão territorial e as diferentes características e desigualdades sociais, de norte a sul, leste a oeste há desconformidades e encontram-se várias formas de envelhecer. A maior expectativa de vida ao nascer do Brasil está para as populações que vivem nas regiões Centro, Sudeste e Sul do país. A região do Distrito Federal figura com a maior expectativa de vida e que está em torno de 75,79 anos e Santa Catarina, no sul do Brasil, com 75,59 anos, em segundo lugar. A média nacional de expectativa de vida ao nascer em 2010 é de 73,5 anos. Para os homens, neste mesmo ano, é de 69,73 anos e para as mulheres 77,32 anos (IBGE, 2010).

Para Minayo, Hartz e Buss (2000) devem-se situar os discursos que se constroem na área da saúde, em outros setores e em outras disciplinas tais como: as garantias previdenciárias e de proteção social, a regulamentação de direitos e integração das idades, juntamente com os avanços tecnológicos, científicos advindos da indústria químico-farmacêutica que proporcionaram mais anos as vidas das pessoas.

Acredito assim como Minayo, Hartz e Buss na importância em reorganizar estas discussões e valores que perpassam os vários setores da sociedade, suscitam desafios tais como assegurar e garantir um envelhecimento saudável e desmistificar que esta fase não deve estar atrelada a perdas, deterioração, dependência ou deficiências.

Sendo realidade mundial e comum aos dois países em estudo, Portugal e Brasil, em conjunto com a transição epidemiológica está o principal fenômeno demográfico do século XX, o envelhecimento populacional e, atendendo as várias causas do envelhecimento, deve-se enfatizar a redução da taxa de fecundidade, o declínio da mortalidade e aumento da esperança de vida, devido aos progressos, impulsos e melhorias em saúde pública (NASRI, 2008).

Por fim, para sustentar uma vida harmônica e acompanhar a matemática deste fenômeno estrutura-se um dos pilares para um estilo de vida saudável: o envelhecimento ativo ou envelhecimento bem sucedido.

2.2 ENVELHECIMENTO ATIVO E QUALIDADE DE VIDA

Acreditar na possibilidade de que se pode envelhecer de forma positiva e que esta etapa da vida possa vir a ser frutífera com graças e prazer, bem estar e qualidade de vida faz compreender as inúmeras pesquisas e estudos que estão sendo desenvolvidos na área do envelhecimento saudável.

Pela grande heterogeneidade entre os idosos e suas distintas funcionalidades, aspectos culturais, psicológicos e filosóficos e a diversidade desta população, vários são os questionamentos sobre o conceito de normalidade e envelhecimento bem sucedido levando a uma não definição consensual.

O que é consenso para os vários autores é que “velhice” e envelhecimento não são sinônimos de doença, inatividade e contração do desenvolvimento humano (LIMA apud SILVA, 2009; NERI, 2008 apud SILVA, 2009, p.02).

Deve-se reconhecer que é nesta faixa etária que se inicia o declínio das funções vitais. Para a função cardiorrespiratória é estimado uma perda de função entre 25% e 40%, respectivamente. Os ossos enfraquecem e há perdas de estruturação na arquitetura da massa óssea. A mobilidade articular diminui aumentando o risco para quedas a partir dos 65 anos. A estatura também se modifica por achatamento da coluna vertebral com perdas em até 1,2 cm a cada 10 anos. A massa muscular reduz em 25% e o consumo de oxigênio cai de 5% a 10 % por década. O tecido adiposo aumenta em ambos os sexos, 30% nos homens e 40% nas mulheres. As paredes dos vasos sanguíneos engrossam e enrijecem-se, depósitos de gorduras se aderem às paredes sanguíneas, principalmente em vasos arteriais, predispondo a alterações e elevações pressóricas, resultando em enfraquecimento do músculo cardíaco disfunção no débito e conseqüente surgimento das doenças cardiovasculares (FURQUIM, 2010; SPIRDUSSO, 2005).

Por outro lado, envelhecer não é adoecer. Envelhecer, é seguir sendo, seguir existindo, realizando, criando vida. É superar os limites dos que nos antecederam e de nossa própria geração (BARRETO, 2006).

Na gerontologia, o conceito de envelhecimento bem sucedido, proposto por Havighurst (1954), nasce a partir de 1960 sugerindo ser produto da participação em

atividades, sendo estas associadas à satisfação, manutenção da saúde e participação social. O outro tema existente na teoria da atividade, preconizado pelo autor, trata da questão da mudança de papéis sociais, verificando-se uma alteração principalmente ao nível da natureza das atividades que são desenvolvidas durante a velhice e da necessidade em se ser flexível para se adaptar a essa mudança. Partindo do pressuposto e baseado na pesquisa empírica, a atividade desenvolvida pelo desempenho de múltiplos papéis sociais está positivamente relacionada com a felicidade e com a boa adaptação social na velhice (HAVIGHURST, 1954 apud TRATADO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2006, p.309; SILVA, LIMA, GALHARDONI, 2009).

Admitem-se duas formas de envelhecer: a usual ou comum e a bem sucedida ou saudável. Para a forma comum os fatores extrínsecos tais como alimentação, sedentariedade e causas psicossociais intensificariam as perdas funcionais como efeitos adversos com o passar dos anos, enquanto na forma saudável estes não estariam presentes ou sendo de pequena importância (PAPALÉO, 2002).

No final da década de 1980 e início da década de 1990, o conceito e o modelo proposto por Rowe e Kahn, para o envelhecimento bem sucedido elenca três fatores principais: “o engajamento com a vida, manutenção de altos níveis de habilidades funcionais e cognitivas e baixa probabilidade de doenças apostam nas possibilidades dos indivíduos manterem e melhorarem suas capacidades físicas e mentais” (TEIXEIRA, 2008, p.84).

No constructo deste paradigma e citado por vários autores estão às proposições essenciais de Baltes e Baltes (1990) que para um envelhecer bem sucedido deve-se reconhecer a heterogeneidade do processo e a existência de capacidades de reserva relacionadas aos ganhos e perdas, perceber que há limitações funcionais desenhadas nesta fase e que há mecanismos para adaptação, plasticidade comportamental e resiliência. Considera que a trajetória do desenvolvimento humano não é linear, desde sua concepção e que ganhar, perder e recuperar habilidades e conhecimentos adquiridos ao longo da vida são capacidades tangíveis bem como a utilização da tecnologia com os recursos externos e a ciência como ferramentas favoráveis que podem minimizar o impacto das mudanças advindas com o avançar dos anos. Nesta mesma linha de investigação o envelhecimento bem sucedido pode ser compreendido segundo o modelo de seleção, otimização e compensação. A seleção define-se pela “delineação de seus

objetivos por parte dos idosos, a otimização descreve o processo de procura e maximização das condições necessárias, e a compensação entende-se como aquisição dos meios, tangíveis ou simbólicos para alcançar os objetivos” (BALTES; STAUNDINGER; LINDENBERGER, 1999 apud GONÇALVES, 2006, p.138).

Para a OMS, a expressão envelhecimento bem sucedido foi substituída, desde 2005, por envelhecimento ativo e definindo o processo como “otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”; é um processo de vida moldado por vários fatores que de forma singular ou coletiva, favorecem o bem estar sobre a saúde dos indivíduos. Enfatiza que envelhecer bem faz parte da construção coletiva e que deve ser garantida pelas Políticas Públicas e por melhorias no acesso a saúde ao longo do curso da vida. (OMS, 2005, p.13).

O idoso pode apresentar um envelhecimento ativo que é caracterizado pela manutenção ou melhora da capacidade funcional do indivíduo. Também para Celich (2008), envelhecer ativamente é um “processo de otimização de oportunidades de bem estar físico, mental e social, através do curso da vida, de forma a aumentar a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida na velhice” (FREITAS, 2006 apud CELICH, 2008, p.21). Envelhecer é uma dádiva, uma conquista da humanidade e motivo especial para celebrar. Envelhecer significa prolongar a vida, vencer a morte precoce, superar os enormes desafios da pobreza extrema, das doenças infecciosas e da falta de acesso a cuidados adequados de saúde. Envelhecer significa também menor fertilidade, um novo equilíbrio demográfico na sociedade, uma sociedade predominantemente adulta (BARRETO, 2006).

As mudanças de atitude e a crença que um estilo de vida saudável parte da prática de exercícios físicos, sistemáticos e regulares, de um equilíbrio alimentar e a moderação na ingestão de bebidas alcoólicas bem como a cessação do tabagismo, entre outros, e uma vida social participativa são condicionantes para um envelhecimento bem sucedido ou ativo. Manter a autonomia e a máxima independência funcional com melhora na qualidade de vida é um desafio subjetivo para esta população.

Neste sentido, o envelhecimento ativo e a qualidade de vida dependem de diversos fatores determinantes que envolvem os indivíduos, as famílias e as nações. As citações descritas anteriormente tais como: fatores sociais, comportamentais, culturais, econômicos, as questões de saúde e ambientais integram-se não só ao

processo de envelhecimento, mas também ao conceito de qualidade de vida tendo em vista a importância do viver bem diante do aumento da expectativa de vida.

Discorrer a respeito do significado do termo qualidade de vida tem se constituído em um desafio para a humanidade por ser esse um indicador de caráter subjetivo, complexo e com múltiplos aspectos.

Muitos referenciais filosóficos buscaram conceituar o que seria uma vida satisfatória ou viver com qualidade. Para Montaigne, a arte de viver está em se fazer bom uso de nossas adversidades:

devemos aprender a suportar aquilo que não podemos evitar. Nossa vida compõe-se, como a harmonia do mundo, de dissonâncias e de diferentes tons, maviosos ou estridentes, sustentidos e bemóis, suaves e grandiosos. Se um músico gostasse de apenas alguns deles, o que lhe restaria para cantar? Ele precisa saber como usar e combinar todas as variedades de tons. Da mesma forma devemos agir com relação ao bem e ao mal, pois são eles que formam a essência de nossa vida (MONTAIGNE apud DE BOTTON, 2001 p.253).

Trezentos anos depois, Nietzsche abordou o mesmo tema: “se fôssemos ao menos terrenos férteis, não permitiríamos que nada se tornasse inútil e veríamos em cada acontecimento, em cada coisa e em cada homem um adubo bem-vindo” e para Sêneca, “escolha a melhor forma de viver e o costume a tornará agradável” (NIETZSCHE apud DE BOTTON, 2001, p.253-254).

Traços e marcas desenvolvidos há mais de dois milênios pela medicina hipocrática e que tem presença até hoje na prática da arte médica ocidental relaciona o meio e a saúde, a cultura e a natureza do homem, ao que lhes dá prazer e descreve os homens como ativos, “se são amantes do exercício e do esforço e são vorazes e pouco bebem, e os outros, que são amantes da bebida e comem durante o dia, como inativos” (CAIRUS, 2005, p.94).

Para Paschoal (2004), as avaliações de Qualidade de Vida vêm sendo incorporadas ao setor saúde cada vez mais e nos últimos trinta anos, o constructo tem emergido como um atributo importante da investigação clínica e da formulação de Políticas de Saúde. Qualidade de vida tem sido usada, para distinguir diferentes pessoas ou grupos de pessoas e avaliar intervenções terapêuticas implementadas. Este enfoque tem mudado e os resultados das condutas em saúde têm sido avaliados por diferentes categorias profissionais das ciências da saúde, através de

variáveis subjetivas, que analisam as percepções dos indivíduos em relação ao seu bem estar e à sua Qualidade de Vida.

Para Minayo , Hartz e Buss é a:

noção eminentemente humana e tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e a própria estética existencial, pressupõe a capacidade efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera como padrão de conforto e bem estar (MINAYO, HARTZ E BUSS, 2000, p.08).

Para a OMS (2005), segundo o grupo de especialistas em qualidade de vida, WHOQUOL (1995), o conceito pode ser estruturado como “a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (TRENTINI, XAVIER, FLECK, 2006 apud CELICH, 2008, p.24).

Tais significados refletem o momento histórico, a classe social e a cultura a que pertencem os indivíduos (SOUZA, CARVALHO, 2010; MINAYO, HARTZ E BUSS, 2000).

No campo da saúde, esta discussão paira desde o nascimento da medicina social, nos séculos XVIII e XIX, quando investigações sistemáticas começaram a referendar esta tese e dar subsídios para as Políticas Públicas e movimentos sociais. Como determinantes da saúde o estilo de vida, os avanços da biologia humana, o ambiente físico e social e os serviços da saúde prestados, tendo no conceito de promoção da saúde a estratégia central para Qualidade de Vida (MINAYO, HARTZ E BUSS, 2000).

Inúmeros são os significados associados para o entendimento de Qualidade de Vida e à medida que um indivíduo envelhece, sua Qualidade de Vida é fortemente determinada pela capacidade em manter a autonomia e independência para as realizações das atividades de vida diárias. Manter a saúde física, desempenhando papéis sociais, permanecendo ativos, provavelmente a Qualidade de Vida pode ser muito boa (FLECK, 2002 apud FARENZENA, 2007).

Para Ferreira, “Qualidade de Vida é a percepção única e pessoal de vida, marcada por muitos fatores inter-relacionados como a situação socioeconômica, a política, o ambiente, educação, moradia, emprego entre outros.” Relacionada à saúde: “é um subconjunto dos aspectos de Qualidade de Vida relacionados, na

existência individual, com o domínio da saúde” e ainda relacionada aos cuidados de saúde, em sentido mais restrito, corresponde aos aspectos da Qualidade de Vida em que são os prestadores de cuidados os responsáveis pelos resultados de suas ações (FERREIRA, 2001, p.17-18).

Os modelos de Qualidade de Vida vão desde a satisfação com a vida ou bem estar social a modelos baseados em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas (LEAL, 2010).

Assim, em razão da multiplicidade de definições operacionais, e dada a importância frente à transição demográfica e epidemiológica, faz-se necessário avaliar o impacto na Qualidade de Vida dos idosos sob a perspectiva da promoção da saúde e do envelhecer ativo associado ao hábito de práticas de atividades físicas sistemáticas e regulares bem como a adoção de um estilo de vida saudável.

Há diferentes instrumentos de avaliação da qualidade de vida e que apresentam variadas abordagens, enfoques e conteúdos. Para a escolha de um instrumento deve-se verificar sua aplicabilidade e facilidade na compreensão por parte dos participantes de modo a garantir a fidedignidade dos resultados. Deve-se levar em conta o propósito da pesquisa e o tempo apropriado para administração e a legitimidade das traduções, adaptações culturais e estudos que foram construídos e desenvolvidos de maneira coordenada e científica em consonância ao conceito de pesquisa estratégica que segundo Bulmer (1978), significa “a execução de investigações que associam o desenvolvimento de conceitos básicos, com estratégias interdisciplinares e de aplicação tanto para a formulação de Políticas Públicas como para criação de instrumentos de inovação tecnológica” (BULMER, 1978 apud MINAYO, 2010, p.45-46).

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO NOS PAÍSES EM ESTUDO

Toda a trajetória da construção das Políticas Públicas em saúde dos países desenvolvidos e em desenvolvimento é estruturada nas manifestações e conquistas da sociedade civil, transições epidemiológicas, demográficas e sociais. Tanto para Portugal quanto para o Brasil os Sistemas de Saúde são frutos de condições político-sociais favoráveis e instituídos pelas Constituições. Em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), instituído pela Constituição de 1976, baseia-se no princípio que:

todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. Efetiva-se através da criação de um sistema nacional de saúde universal, geral e gratuito. Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição econômica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, bem como uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar de todo país (PORTUGAL/CONSTITUIÇÃO, 1976 art.64º apud SNS, 2009, p.01).

Portugal é uma República com forma mista de governo, democrática, com mudança em seu regime político em 1974, com uma população total estimada em 10.651 milhões de habitantes. Durante as últimas cinco décadas, a demografia portuguesa transformou-se designadamente: a quebra da fecundidade, o prolongamento do tempo médio de vida e o envelhecimento da população, acompanhando as mudanças sociais, econômicas e políticas (ROSA et al.,2010).

Em 1979, a Lei nº56/79, de 15 de setembro, cria o Serviço Nacional de Saúde, nos termos da Constituição, estrutura-se numa organização,

descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais, e dispendo de um sistema de serviços prestadores de cuidados de saúde primários (centros comunitários de saúde) e de serviços prestadores de cuidados diferenciados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas), tendencialmente gratuito, tendo em conta as condições econômicas e sociais dos cidadãos e a gestão participada (SNS, 2009, p. 01).

Na senda da procura de soluções inovadoras que permitem identificar os ganhos em saúde pública da população, nestas últimas três décadas

transformações aconteceram adaptando-se permanentemente as condições da realidade nacional, às suas necessidades e aos recursos estabelecidos visando garantir uma atenção integral, eficiente, evolutiva e participativa (Lei de Bases da Saúde, 48/90).

O Brasil foi uma colônia de Portugal desde o ano de 1.500 e a integração de pelo menos “três diferentes povos, o europeu, o indígena e o africano, causou os hábitos, crenças e comportamentos” que caracterizam a população brasileira de hoje (GURGEL, 2011, p.12).

O Brasil apesar de conquistar sua independência em 1822 tornou-se República somente no ano de 1889. Nos anos subsequentes passou por intenso período de industrialização, instabilidade política, golpes militares e governos autoritários. Há, politicamente, tentativas e breves períodos democráticos. O Brasil de hoje é uma República Federativa, com uma população estimada em 190.732.694 milhões de habitantes, e o quinto mais populoso do mundo (IBGE, 2010).

Por ser um país de dimensões geográficas continentais, a escalada para a construção das Políticas Públicas em Saúde, efetivas e garantidas pelo Estado, só iniciaram a partir das discussões com identificação das necessidades regionais, baseadas nas diferenças populacionais, dificuldades e desigualdades étnicas e sociais encontradas e espalhadas pelo vasto território. As últimas duas décadas representam os mais longos anos democráticos do país e simultaneamente ao processo de democratização do país a reforma no setor saúde acontece com o movimento sanitário brasileiro, a partir de 1970, sendo este impulsionado pela sociedade civil, e não pelo governo, por partidos políticos ou por organizações internacionais.

A concepção política e ideológica do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público (PAIM et al., 2011,p.18).

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, instituído então pela Constituição de 1988, baseia-se no princípio da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. Estabelece princípios claros e direciona a implantação do modelo alicerçado

na universalidade, integralidade, equidade e controle social ao mesmo tempo em que incorpora o princípio da territorialidade, desenvolvendo e facilitando o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde e está regulamentado pela Lei 8080/90.

Por este direito, entende-se acesso universal, gratuito e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de atenção, primário, secundário e terciário, financiados por impostos e contribuições sociais específicas. A estruturação, organização e ofertas de serviços têm sido destaque do Sistema Único de Saúde e o desenvolvimento, a coordenação do cuidado e a integração do sistema acontecem a partir dos cuidados primários em saúde, ou seja, Atenção Básica em saúde como é chamada a atenção primária no Brasil (PAIM et al., 2011).

Neste contexto, o Sistema Único de Saúde tem o objetivo de promover uma atenção abrangente e universal, preventiva e curativa por meio da gestão descentralizada e a participação da comunidade em todas as esferas de governo, federais, estaduais e municipais.

Nas últimas quatro décadas a demografia brasileira também se transformou com as diminuições nas taxas de fecundidade, assim como a mortalidade infantil, a expectativa vida ao nascer prolongou-se em 40%, e o país observa e organiza-se para responder a realidade do envelhecimento populacional brasileiro.

Mais idosos em Portugal, mais idosos no Brasil, mais idosos no mundo.

Os padrões de morbidade e mortalidade da população idosa caracterizam-se principalmente por enfermidades crônicas o que geralmente resultam em um consumo maior de consultas médicas, internações hospitalares, exames periódicos e consumo de medicamentos. Com o aumento das demandas em saúde provocadas pelo envelhecimento cria-se a necessidade de promover o envelhecimento ativo desafiando as autoridades sanitárias para a elaboração e implantação de novos modelos e métodos de atenção em saúde, especialmente a organização, planejamento, gerência e prestação de cuidados (VERAS, 2003 apud CAMARANO; PASINATO, 2004).

A agenda internacional de Políticas Públicas para a população idosa emerge do acontecimento de duas Assembleias das Nações Unidas, a primeira realizada em Viena no ano de 1982, e a segunda em Madrid no ano de 2002, com recomendações para os Estados Membros referentes a sete áreas: saúde e

nutrição, moradia e meio ambiente, família, bem estar social, previdência, trabalho e educação e proteção ao consumidor idoso.

O Plano Internacional de Viena em 1982 é considerado como marco inicial, ou seja, primeiro instrumento internacional o qual são estabelecidas as Políticas Públicas para a população idosa. Representou uma importante conquista, pois até então a questão do envelhecimento mundial não chamava a atenção de nenhuma agência especializada das Nações Unidas. Os objetivos assim organizados eram para garantir a segurança econômica e social dos idosos bem como identificar as oportunidades para sua integração ao processo de desenvolvimento dos países. Este teve como referência histórica a Conferência dos Direitos Humanos realizada em Teerã no ano 1968. Identificou-se no contexto político econômico e social daquele momento uma significativa situação de desamparo para com esta população conseqüências do racismo, exclusão social, conflitos e práticas do *Apartheid*. A preocupação com a população idosa é então evidenciada a partir das situações globais de conflitos e das tendências demográficas já encontradas na Europa ocidental e norte das Américas e a garantia de bem-estar social, objeto de anseio da humanidade (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Um dos principais resultados do Plano de Viena foi aconselhar que os Estados Membros da ONU salvaguardassem os direitos dos idosos, suas necessidades e especificidades, promovendo a independência através de meios físicos ou financeiros para sua autonomia. Conscientizar os países da necessidade de incorporarem em seus planos, propostas de ações que garantissem um envelhecimento saudável. A sociedade deveria ser trabalhada no sentido de adotar um conceito positivo e ativo de envelhecimento, orientado ao desenvolvimento. É a mudança do papel do idoso na sociedade. Embora naquele momento a atenção tenha sido para os países desenvolvidos, o chamado foi global para identificar e reconhecer as tendências demográficas, os contextos de tradições estruturais sociais e culturais e incorporar progressivamente a questão do envelhecimento nas agendas das Políticas mundiais. Na América Latina, vários países modificaram suas constituições, criando Leis que favoreceram a população idosa com avanços importantes nas Políticas Públicas especiais. Citam-se Brasil (1988), Peru (1993), Bolívia (1994), Equador (1998) e Venezuela (1999) (CAMARANO; PASINATO, 2004).

A Assembleia Geral da ONU realizada em Nova Iorque, no ano de 1992, aprovou a Proclamação sobre Envelhecimento, e define o ano de 1999 como o Ano Internacional dos Idosos, com a temática: “Uma sociedade para todas as idades.” Quatro dimensões são incorporadas a esta: a situação dos idosos, o desenvolvimento individual continuado, as relações multigeracionais e a inter-relação entre envelhecimento e desenvolvimento social. Ao longo da década de 90, a questão do idoso passou a ser considerada em outros Fóruns das Nações Unidas, substituindo gradualmente a visão dos idosos como um subgrupo populacional vulnerável e dependente pela visão de um segmento populacional ativo e atuante, que deve ser incorporado na busca do bem-estar de toda a sociedade (CAMARANO; PASINATO, 2004).

A partir de 1990 torna-se expressiva a questão do envelhecimento para os países em desenvolvimento comparado aos desenvolvidos. Após 20 anos entre Viena e a Assembleia de Madrid, o que chama atenção são as mudanças sociais, culturais, tecnológicas e as profundas transformações econômicas. Os cento e sessenta países Estados Membros da ONU, reuniram-se novamente em Madrid, em 2002, para reavaliar suas reais necessidades, as ações implementadas e as perspectivas de valores que regem as gerações.

A participação do Estado e da sociedade civil na Assembleia de Madrid foram assertivas. Destacam-se três princípios para o Plano de Ação: “participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; fomento da saúde e bem-estar na velhice, promoção do envelhecimento saudável, criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento” (CAMARANO; PASINATO, 2004, p.259).

Para assegurar estes princípios deve-se ampliar o olhar e considerar que o crescimento da população de idosos não é um obstáculo econômico social, mas sim um elemento propulsor para novas Políticas de trabalho, tais como o voluntariado, a integração social, seguridade e bem estar civil. Promover melhorias em saúde desde a infância e ao longo da vida, com acesso universal aos serviços de saúde públicos qualificados para a atenção multiprofissional são bases para um envelhecimento saudável.

Por fim, construir políticas voltadas à família e a comunidade, que valorizem o indivíduo como sujeito inserido no seu núcleo familiar, relacionado e estabelecido

por laços de respeito e afeto, em sintonia com meio social comunitário. Estes são progressos tratados na Assembleia de Madrid que no seu artigo 6º declara:

quando o envelhecimento é aceito como um êxito, o aproveitamento da competência, experiência e dos recursos humanos dos grupos mais velhos é assumido com naturalidade, como uma vantagem para o crescimento de sociedades humanas maduras e plenamente integradas (CAMARANO; PASINATO, 2004, p.260).

Os desdobramentos do Plano de Viena e de Madrid reconhecem as diversidades e especificidades dos países desenvolvidos e dos países em desenvolvimento e elabora documentos regionais com ênfases particulares. Relativo à Europa enfoca a necessidade de assegurar a plena integração e participação dos idosos na sociedade. Para a América Latina, enfoca a preocupação com a proteção dos direitos humanos e a de provisão das necessidades básicas da população idosa tais como: acesso a renda, integralidade dos serviços de saúde, educação e moradias em condições dignas. Atenção especial aos países em desenvolvimento e a problemática do processo de envelhecimento (VASQUEZ, 2008; CAMARANO; PASINATO, 2004).

Ao percorrer a história deste campo de estudos em Políticas Públicas para o envelhecimento, verificam-se características distintas nos diferentes momentos e posicionamentos bem definidos e as áreas de intervenção situam-se, essencialmente, na esfera de proteção social e na da saúde, tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento.

PORTUGAL

Portugal está situado na Península Ibérica, no sudoeste da Europa. É uma nação independente desde 1143, uma República desde 1910, uma democracia desde 1974 e integrou-se a União Europeia em 1986. Tem Centros de Saúde Comunitários desde 1971, um Serviço Nacional de Saúde desde 1979 e iniciou uma reforma da Atenção Primária em 2005. Nos últimos anos, a melhoria sistemática dos serviços de saúde tem sido internacionalmente reconhecida.

O sistema de saúde Português oferece cobertura universal, uma gama completa de serviços de saúde, sendo financiado principalmente através de impostos e apoiando-se, sobretudo na prestação Pública de cuidados. Atualmente é

estruturado a partir dos Centros de Saúde, Hospitais, equipamentos e profissionais de elevada qualidade. A população portuguesa está cada vez mais consciente dos seus direitos, mais exigente e atenta à proteção da sua saúde. No entanto, nem sempre foi assim. Devem-se recordar as décadas em que a maioria da população não tinha acesso a cuidados de saúde e o sistema de saúde era muito frágil (PISCO, 2011).

O escopo das Políticas Públicas para a Terceira Idade em Portugal inicia a partir da declaração na Constituição de 1976 de um novo modo de gerir a velhice, verificando que de 1976 a 1985, há uma alteração na forma de tratar os idosos. A expressiva transformação segue o modelo francês, e preconiza a continuação dos idosos no domicílio, criando condições para que possam aí permanecer integrados socialmente partindo do pressuposto de que é possível retardar o envelhecimento, físico ou mental, através de diferentes oportunidades tais como culturais, recreativas e desportivas.

Criam uma nova representação do envelhecer: participativo, autónomo, integrado e ativo. Estes equipamentos e serviços incluem essencialmente os Centros de convívio, os Centros de dia e o Apoio domiciliário. O que se registrou, então, foi à implementação da política de manutenção do idoso no seu domicílio, enfatizando principalmente as áreas da ação social e da saúde, reduzindo mais concretamente as despesas do Estado, pois esta forma de organização não implicava em elevados investimentos, mas sim em construir e estabelecer parcerias institucionais, redes apoiadoras e garantir a Atenção ao Cuidado do Idoso (VELOSO, 2008).

Entre os anos de 1985 e 1995 foi reforçada a práxis descrita: A política de manutenção dos idosos no seu domicílio é,

o facto de os princípios que fundamentam esta política estarem ancorados numa perspectiva teórica da Gerontologia educativa e que se intitula teoria da Actividade. Será definida e executada uma Política Nacional para os idosos que vise à garantia de um nível de vida condigno, a prestação dos cuidados de saúde possíveis para prolongar a vida e diminuir o sofrimento físico, a manutenção nos limites realizáveis, da autonomia e das privacidades pessoais e familiares, dos deveres de gratidão e solidariedade para com os mais idosos (PROGRAMA DO XI GOVERNO CONSTITUCIONAL, 1987 apud VELOSO, 2008 p. 152).

Nos anos subsequentes até 2002 deve-se assinalar a ausência de uma política global e integral e só as duas áreas de ação social e saúde é que se tornaram expoentes.

No segmento das políticas desenvolvidas em Portugal para a saúde da população se faz necessário salientar a Missão para os Cuidados de Saúde Primários, no período de 2005 até abril de 2010. Esta Missão foi responsável em desenhar e conduzir uma profunda reconfiguração da Atenção Primária em Saúde Portuguesa. Os principais objetivos desta reconfiguração foram: melhorar a acessibilidade, eficiência, qualidade e continuidade dos cuidados e aumentar a satisfação dos profissionais e cidadãos. É um novo momento na saúde com uma nova dinâmica de trabalho com características para o trabalho em equipe, o registro através dos sistemas de informação, a adesão voluntária, o desempenho reconhecido, a contratualização dos serviços, monitoramento das ações e avaliação. Estruturam-se com Unidades de Saúde funcionais e autônomas, as Unidades de Saúde da Família, oferecendo serviços mais próximos à comunidade, melhorando a acessibilidade, a satisfação dos profissionais e cidadãos, com mais eficiência e qualidade. Salienta-se a importância de um forte apoio político e a criação de uma estrutura responsável pelo desenho e implementação das ações sustentadas por uma ampla e boa comunicação social (PISCO, 2011).

Trazer a discussão da saúde para o campo exponencial, “para arena política e vivencial tem por fundamento a convicção de que ela é um bem social compartilhado.” Sua manutenção e promoção são de responsabilidade individual e coletiva que obedecem a leis e regras para as diferentes sociedades e que ao fazer escolhas conscientes ou inconscientes visam assegurar condições aos indivíduos para serem saudáveis (GADAMER, 1999 apud MINAYO, 2010, p.64).

O Plano Nacional de Saúde é uma ferramenta estratégica utilizada por vários países, amplamente utilizada por Portugal e pelo Brasil, que permite o estudo, análise e ajuste das Políticas de Saúde com o objetivo de sistematizar periodicamente os ganhos em saúde das populações e de forma fundamentada segue às Leis invariáveis. Define orientações com a finalidade de sustentar, política, técnica e financeiramente, um diagnóstico situacional, de cunho integrador e facilitador para a coordenação e interlocução dos múltiplos setores que contribuem para a saúde (PNS Portugal, 2004-2010; PNS Brasil, 2008-2011).

São competências do Plano Nacional de Saúde:

Resultar de uma análise crítica do estado de saúde da população, identificando as necessidades em saúde, os recursos sociais existentes, identificar os principais determinantes de saúde, fazendo corresponder intervenções de promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico precoce e controle das doenças e cuidados adequados, identificar os vários atores em saúde e suas responsabilidades, o alinhamento das políticas, linhas de cuidado, custos, monitoramento e avaliação do impacto das propostas e atividades inseridas; ser a base, o eixo norteador para uma linguagem e um referencial comum ao planejamento, execução, monitoramento, atualização e avaliação em Saúde (PNS, 2004-2010, MS/Portugal).

O Plano Nacional de Saúde de Portugal 2004-2010 é um importante instrumento de enquadramento e coordenação das Políticas de Saúde. Define como prioritárias as estratégias centradas na família, no ciclo da vida e na gestão da doença ou enfermidades como forma para obter mais saúde para todos de modo global, tendo em conta a situação na União Europeia e em Portugal.

As estratégias atuantes descritas no Plano para um Envelhecimento Ativo procuram a generalização e prática do conceito de modo a informar e encorajar para a prática de atividade física moderada, regular e a estimulação das funções cognitivas, memória. Incentiva uma boa nutrição, bem como para a adoção de comportamentos saudáveis para a vivência de uma reforma ativa, tendo em conta as diferenças relativas à idade e ao gênero. A manutenção da funcionalidade, autonomia e independência dos idosos é estimulada intersetorialmente, e são oferecidas capacitações para os profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, gestores, profissionais da reabilitação e todos os envolvidos na atenção e produção da saúde. Dedicar também a instrumentalização da família proporcionando melhora para a prestação de cuidados informais. Reconhece e afirma também que as várias alterações decorrentes da evolução da sociedade lançam “o enorme desafio de se viver mais tempo sem incapacidades” (PNS, 2004-2010, p.33-35).

O Plano Nacional de Saúde Português estabelece a articulação com a Rede de Cidades Saudáveis e a Associação Portuguesa de Municípios, no sentido de incentivar o desenvolvimento de projetos que estimulem a prática de exercício físico regular por parte da população e a sensibilização para as vantagens da adoção de uma mudança para um estilo de vida saudável (PNS, 2004).

Como contemplado no Plano, está o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas/Programa de Apoio Integrado a Idosos, tendo início a partir de 1994,

estabelecendo ações conjuntas para o Ministério da Saúde e Ministério do Emprego e da Seguridade Social (DR, II serie de 20/07/1994).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), a convite do Ministério da Saúde e do Alto Comissariado da Saúde de Portugal, elaborou para o ano de 2010 um Relatório Internacional de Saúde com a finalidade de realizar uma análise crítica do Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Neste Relatório são apontados os instrumentos de gestão desenvolvidos e adotados no Plano, o desempenho do Sistema de Saúde como um todo na sua estruturação e organização, os desafios relacionados incluem as lacunas políticas, fragilidades de gestão, as desigualdades em saúde, a manutenção de capital humano qualificado e comprometido com a Saúde Pública, a sustentabilidade do sistema, e conseqüentemente a participação da sociedade e os ganhos em saúde. Anuncia Portugal como um país amplamente comprometido com a Política Nacional de Saúde e é consenso que há ganhos em saúde decorrentes da implementação das estratégias contidas no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e que estas deverão ser norteadoras na construção do próximo Plano. Outra avaliação deste Relatório está em fortalecer a gestão participativa para a construção de planejamentos estratégicos com engajamento das Autoridades regionais e locais de saúde e comunidade respeitando as Diretivas Ministeriais. Para o Ministério da Saúde, estabelecer metas intersectoriais assegurando articulações e alinhamento para a integração de cuidados em saúde e fortalecimento político do sistema (OMS, 2010).

Outro aspecto importante na estratégia do envelhecimento ativo da União Europeia diz respeito aos objetivos de se retardar o envelhecimento, ou seja, o aparecimento de certas doenças através de exercício físico e mental, o que se reveste de uma grande importância devido à possibilidade de se evitar a sobrecarga financeira dos Sistemas de Proteção Social e dos Sistemas de Cuidados em Saúde, idosos mais saudáveis, com capacidade de decisão, autonomia e Qualidade de Vida (VELOSO, 2008).

BRASIL

O Brasil é uma República Federativa cujo território possui 8,5 milhões de quilômetros quadrados, o que representa 47% da América do Sul. Com uma população estimada de 190.732.694 milhões de habitantes em 2010, é o quinto país mais populoso do planeta. Seu sistema político é composto por diversos partidos e

três níveis autônomos de governo: Governo Federal, Estadual e Municipal. Tem 26 estados, um Distrito Federal e 5.563 Municípios.

Nos últimos quarenta anos transitou de um Sistema Ditatorial Militar para um Sistema Presidencialista Democrático (PAIM et al., 2011).

No Brasil, a Constituição de 1988 reformou o Sistema de Saúde com a intenção de criar um único sistema de saúde para todos e uma não fragmentação da assistência. Foram estabelecidos os princípios, diretrizes e a organização das ações e serviços. Os três princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) instituídos são: universalidade do acesso aos serviços em todos os níveis de assistência para todos os cidadãos brasileiros, independente de renda, classe social, etnia, ocupação e contribuição; descentralização em direção aos Estados e Municípios, com redefinição das atribuições e responsabilidades dos três níveis de governo e a participação popular na definição da Política de Saúde através dos Conselhos de Saúde em todos os níveis do sistema com as realizações periódicas das Conferências de Saúde, convocadas para discutir os diferentes interesses para uma plataforma de políticas comum (FLEURY, 2011, p.5).

As desigualdades socioeconômicas, preconceitos, discriminações raciais e iniquidades no acesso aos serviços de saúde são desafios regionais encontrados no país e que geram diferenças prejudicando o desenvolvimento pleno do povo brasileiro. A mudança epidemiológica que vem acontecendo nos últimos anos revela um Brasil com dados estatísticos crescentes para as doenças crônicas não transmissíveis. Não obstante sendo as principais fontes de carga de doença e o escopo de ações para políticas em saúde importantes na promoção, prevenção e controle objetivando cuidados articulados e contínuos para a integralidade e bem estar da população (SCHMIDT et al., 2011; DA COSTA, 2009).

Com a finalidade de organizar suas demandas em Saúde Pública, nortear o processo da prática assistencial e garantir os princípios do sistema, a partir da década de 1990, cria-se os programas dentro da Atenção Primária em Saúde tendo a promoção em saúde e a integralidade como metas. Em 1994, o Ministério da Saúde, desenvolve o Programa de Saúde da Família trazendo mudanças no paradigma de atendimento. Este se torna o eixo político estruturante e imprime uma nova dinâmica nos serviços de saúde, um novo movimento, pois estabelece uma relação de vínculo com a comunidade, responsabiliza para a eficiência e acreditação profissional, equidade e humanização da prática direcionada, trabalha a vigilância

em saúde e os cuidados na perspectiva da intersectorialidade. É eleito o modelo de Atenção dentro dos Cuidados Primários em Saúde e atualmente denomina-se Estratégia de Saúde da Família (ESF) cujo núcleo é a figura do médico de família, responsável pela assistência médica de ambos os sexos e durante todo ciclo vital. As equipes de saúde da família também são compostas por enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes de saúde (DA COSTA et al.,2009; MS, 2006).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) incorpora os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e se aproxima dos pressupostos da Atenção Primária em saúde dimensionados por Starfield: primeiro contacto, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Starfield (2002) postula que “os quatro atributos são fundamentais para caracterizar a atenção primária à saúde nas Redes de Atenção à Saúde. Contudo, o atributo da coordenação tem uma importância relativa maior nas Redes de Atenção, pois sem ele o primeiro contacto tornar-se-ia uma função puramente administrativa, a longitudinalidade perderia muito de seu potencial e a integralidade seria dificultada. A coordenação é um estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum. É pela coordenação da Atenção Primária à saúde que se ordenam os fluxos e os contra fluxos das pessoas e das coisas nos diversos níveis de uma Rede de Atenção à Saúde” (STARFIELD, 2002 apud ESCOREL et al.,2007, p.165).

A Estratégia de Saúde da Família identifica e coloca a necessidade de uma atenção especial aos idosos e suas ações estão baseadas no desenvolvimento de atividades curativas, preventivas e de promoção para garantir a autonomia do idoso, a atenção integral, o convívio e a continuidade da assistência.

Nos últimos anos a Estratégia de Saúde da Família é ampliada atingindo uma cobertura nacional estimada em 49,5% em 2010, e apesar deste avanço a prática ainda é insatisfatória, pois o Brasil tem uma das populações que envelhecem mais rapidamente no mundo.

Concomitante a regulamentação do Sistema Único de Saúde, o Brasil organiza-se legitimando Políticas Específicas para Atenção a Saúde da População Idosa.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa promulgada em 1994 e regulamentada em 1996 assegura direitos sociais à pessoa idosa criando condições para promoção de autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirma o direito a saúde nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de

Saúde. No ano de 1999, esta Política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, perda das suas habilidades físicas e mentais tão necessárias para a realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária. As bases conceituais da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa estão nas recomendações e compromissos internacionais assumidos pelos governos e tem como pressupostos a participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza, a promoção para o envelhecimento saudável e a criação de ambientes propícios e favoráveis.

No ano de 2002 são propostas as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e em 2003, é aprovado o Estatuto do Idoso reforçando as necessidades da população idosa e que destaca no inciso IV o papel do Sistema Único de Saúde na garantia da Atenção a Saúde da Pessoa Idosa de forma integral, em todos os níveis (BRASIL/MS, 2006; PTNº2. 528).

Embora a legislação brasileira esteja bastante avançada quanto aos princípios de seu sistema de saúde e aos cuidados em saúde para a população idosa a prática ainda encontra muitos desafios. As diferenças regionais dentro do país, a territorialização e estruturação do sistema de saúde estão em fase de construção e consolidação. Prova disto é a recente utilização do Plano Nacional de Saúde como instrumento de gestão, apesar do planejamento estar nas Diretrizes Nacionais do Sistema de Saúde.

O Plano Nacional de Saúde, considerado indispensável, está sendo utilizado no Brasil desde 2004 é nesta plataforma que são definidas as ações e atividades específicas, programas e/ou projetos, bem como o cronograma e os recursos necessários. Tal instrumento expressa a direção das Políticas de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito Federal, Estadual ou Municipal. A partir do Plano é possível a revisão periódica dos objetivos, prioridades e estratégias, consideram-se os avanços registrados ou as mudanças de cenários pontuando-se os obstáculos que eventualmente venham a ser defrontados. Desta forma, o Plano requer, como estratégia básica de sua implementação, a gestão compartilhada entre as três esferas de governo que, aliada ao sistema de monitoramento e avaliação correspondente, possibilita aos quadros técnicos e à sociedade acompanhar a execução das ações, de sua eficácia, efetividade e, desse modo, indicar rearranjos em torno dos parâmetros iniciais traçados. O Plano Nacional de Saúde/PNS/Um

Pacto pela Saúde no Brasil é aprovado pelo do Ministério da Saúde através da Portaria nº 2.607, em 10 de dezembro de 2004.

Em fevereiro de 2006, a Portaria nº 399/GM publica as Diretrizes do Pacto pela Saúde, que contempla o Pacto pela Vida e neste documento a Saúde do Idoso que aparece como uma das seis prioridades pactuadas apresentando uma série de ações que visam à implementação de algumas das Diretrizes da Política Nacional de Atenção a Saúde do Idoso. O Pacto pela Vida representa um avanço importante e a meta final deverá ser uma Atenção a Saúde qualificada, adequada e digna para todos os idosos brasileiros indo de encontro a todas as fases encontradas neste momento da vida (MS, PTNº 2528, 2006).

A promoção do envelhecimento ativo e saudável está entre as Diretrizes desta Política que dita o envelhecer com a manutenção de suas capacidades funcionais e autonomia traduzindo a meta de toda ação de saúde. O envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos e princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização das pessoas idosas, determinados pela Organização das Nações Unidas. Considera ações de prevenção e promoção de saúde em todos os níveis de Atenção e para todas as idades bem como fomenta e amplia ações para a difusão da atividade física e combate ao sedentarismo (PTNº 2528, 2006).

Políticas Públicas para a integração social dos idosos também fazem parte do envelhecimento ativo e a incorporação de estratégias multiprofissionais é relativamente nova. Estas pressupõem ativa participação na vida familiar e social desfrutadas em condições econômicas sustentáveis objetivando o bem estar e uma boa avaliação da própria saúde (CAMARANO; PASINATO, 2004).

O espaço de tempo para os acontecimentos aproxima-se dos vinte anos, data da Constituição Federal de 1988 até a aprovação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, instituída pela Portaria Ministerial/2528 no ano de 2006.

A maioria dos idosos brasileiros de hoje nasceu em áreas rurais, mas agora mora em grandes centros urbanos, enfrentou adversidades socioeconômicas significativas durante a vida, recebeu pouca ou nenhuma educação formal e trabalhou em ocupações mal remuneradas e não especializadas (SCHMIDT et al., 2011).

A dignidade humana, a integralidade da atenção, a equidade entre as gerações no acesso a saúde, o respeito, os direitos, as responsabilidades sociais e a Qualidade de Vida são desafios políticos de diversas áreas.

O Brasil vem investindo num sistema universal centrado na Atenção Primária, com estratégias equitativas e considerado destaque na América Latina. É um país considerado emergente junto aos Países emergentes da atualidade: Rússia, China, Índia e África do Sul. Juntos, estes países têm cerca de 273 milhões de pessoas de 60 anos ou mais de idade, correspondendo a 40,6% da população idosa mundial, segundo estimativas das Organizações Nações Unidas para o ano de 2005 (IBGE,2008, p. 29-30 PNAD).

Em última análise identifica-se que as Diretrizes das Políticas de Saúde para um envelhecimento ativo tanto em Portugal quanto no Brasil estão pautadas nos compromissos internacionais assumidos e nos planejamentos de seus serviços a partir das necessidades uma vez identificadas. O êxito está tanto nas Políticas quanto nas mudanças de comportamento e engajamento da sociedade para a adoção de estilos de vida saudáveis.

A prevalência de sedentarismo encontrada em Portugal, no ano de 1997, era de 87,8% na atividade física de lazer sendo que 60% dos adultos não realizavam qualquer tipo de atividade de lazer e 80% não estavam envolvidos em prática desportiva (MARTINEZ, GONZALEZ apud CAMÕES, M; LOPES, C; 2008; p.209-214). Entre os quinze países da União Europeia aqueles ao norte da Europa como a Suécia (43,3%), a Irlanda (44,1%), a Finlândia (48,6%) e a Áustria (46,8%) na Europa Central são os que apresentam menores percentagens de sedentarismo durante o lazer. Dados atuais, em Portugal, demonstram notória mudança com diminuição da prevalência de sedentarismo para 59,1%. A prevalência da inatividade física no Brasil alcança os 30% da população, sendo os homens mais inativos que as mulheres. Quando se analisam as pessoas acima de 65 anos, 56% são inativas, continuando a diferença entre os sexos, homens 65,4% e mulheres 50,3%. A prática de atividade física no lazer contempla somente 12,7% (IBGE, 2007).

Uma das necessidades identificadas após analisar diferentes estudos e autores é que o grande obstáculo para um envelhecer ativo não é a falta de Políticas Públicas para a Promoção da Saúde, mas sim o sedentarismo como comportamento de vida.

Seguindo a linha do tempo e analisando o passado numa perspectiva Aristotélica, a Política é um desdobramento natural da ética. Ambas, na verdade, compõem a unidade do que ele chamava de filosofia prática, ou seja, a busca do conhecimento com aplicabilidade à vida cotidiana. Por esse ponto de vista, registrou o filósofo: “se a ética está preocupada com a felicidade individual do homem, a política se preocupa com a felicidade coletiva da ‘polis’. Desse modo, é tarefa da Política investigar e descobrir quais são as formas de governo e as instituições capazes de assegurar a felicidade coletiva” (CHAVES, 2011, p.125).

Aristóteles desenvolveu essa perspectiva por volta de 320 a.C.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar e caracterizar comparativamente a Qualidade de Vida em um grupo de idosos participantes de Programas Públicos de Atividade Física residentes nos Municípios de Nisa/Portugal e Florianópolis/Brasil, através da aplicação do questionário MOS-SF36 (versão validada para os Países em estudo).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterização dos municípios em estudo e seus respectivos Programas Públicos de Atividade Física;

Análise descritiva das frequências das variáveis categóricas: país, gênero, faixa etária e das oito dimensões dos Componentes Físico e Mental utilizando o questionário MOS- SF36;

Comparar os escores de pontuações da Qualidade de Vida obtidos através do instrumento MOS-SF36.

Comparar as variáveis como gênero, faixa etária e País ao estado de saúde dos idosos com os resultados do instrumento Qualidade de Vida MOS-SF36;

Analisar o comportamento do Componente Físico e do Componente Mental mediante a comparação dos escores de pontuações obtidos na amostra com a pontuação do questionário adotada para este estudo, após revisão de literatura, com valor igual ou superior a 70.

4 METODOLOGIA

Esta seção traz a descrição detalhada da metodologia utilizada no estudo empírico, sendo esta composta pelas seguintes etapas: caracterização dos Municípios em estudo, instrumento utilizado questionário MOS-SF36, delineamento do estudo, amostra, tratamento dos dados, modelo estrutural do estudo e hipóteses de pesquisa.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS EM ESTUDO

NISA/PORTUGAL

Portugal divide-se em sete regiões: Norte, Centro, Lisboa, Alentejo, Algarve e ainda as regiões autônomas dos Açores e da Madeira. A região do Alentejo tem uma população estimada em 749.055 mil habitantes, destes 367.648 mil são homens e 381.407 mil são mulheres, e ainda apresenta a maior percentagem de idosos no país, 23% da população têm 65 anos ou mais.

A realidade demográfica demonstra que a maioria dos idosos vive na região do Alentejo e na região Central do País.

O Município de Nisa, pertencente ao Distrito de Portalegre, está situado na região do Alto Alentejo, no norte Alentejano. O limite norte do Concelho corresponde a cerca de 43 Km do Rio Tejo que faz a fronteira com a Beira Baixa, a oeste é limitada pelo Rio Sever, a sul pelo Concelho de Castelo de Vide e a leste pelo Concelho de Gavião, em Espanha. É enquadrada pelos vales profundos das bacias dos rios Tejo e Sever e encostada aos contrafortes da Crista Quartzítica da Serra de São Miguel e que se estende até às Portas de Ródão (NISA, 2011).

O Município de Nisa tem 575 Km² e é constituído por dez freguesias: Alpalhão, Amieira do Tejo, Arez, Espírito Santo, Montalvão, Nossa Senhora Da Graça, Santana, São Matias, São Simão e Tolosa e uma população estimada em 7350 habitantes. A altitude acentua-se de noroeste ao longo do Rio Tejo, com valores entre os 50 e 100 metros, para o quadrante sudeste (zona de Alpalhão) e parte da região oriental (Montalvão/Monte Queimado), onde apresenta valores entre os 300 e 400 metros. Altitudes superiores a 400 metros só são ultrapassadas na

Crista Quartzíca, correspondendo uma delas ao vértice geodésico São Miguel com 460 metros sendo o ponto mais alto de todo o Concelho (INE, 2011; NISA, 2011).

A Serra de São Miguel é a forma de relevo que mais se destaca, funcionando como um elemento caracterizador da paisagem local quer pela sua localização e forma como pela natureza geológica e vegetação. O perfil étnico do Município constitui-se de descendentes franceses. A cidade é considerada uma Vila famosa por seus artesanatos em barro, a tradição das rendeiras de bilro e alinhavados que expressam a história de vida e cultura do seu povo além da gastronomia elaborada com queijos e enchidos. Representa no Alto Alentejo a tranquilidade com sua beleza natural, plena e majestosa, com termas e barragens nas suas proximidades.

O Município tem características e particularidades do interior Português com uma vasta zona rural, uma população envelhecida fatores que podem predispor ao isolamento social e a desertificação.

Os quantitativos da população de Nisa na faixa etária acima dos 65 anos estão em 36,3 %, ou seja, 2688 idosos. O índice de envelhecimento, expresso pela relação entre a população com 65 anos ou mais e a população com 14 anos ou menos sofreu um acréscimo de 286%, no ano de 1991 para 386%, em 2001 (INE, 2001).

Tendo como Missão a promoção “do desenvolvimento econômico, social e cultural, criando condições inovadoras para melhorar a Qualidade de Vida global do Conselho, fixando os residentes e atraindo novas pessoas, criando competitividade territorial” e considerando a transição demográfica no sentido do acelerado envelhecimento da população residente, os Gestores da Câmara Municipal definem e apoiam a implementação de Estratégias e Políticas de desenvolvimento sustentáveis atuantes sobre os determinantes de autonomia e independência para um envelhecer ativo de forma a informar, estimular e encorajar os idosos para a prática de exercícios físicos, sistemáticos e regulares, valorizando esta população, estimulando a inclusão social e mudanças no estilo de vida através da adoção de comportamentos saudáveis. Numa iniciativa do Gabinete do Desporto e da Câmara Municipal de Nisa, o Programa de Atividade Física Sênior, desde o ano de 2008, tem como principal objetivo,

melhorar a qualidade de vida da população de idosos de 65 anos ou mais residentes do Concelho. Trata-se de um programa cujas actividades predominantes são as de cunho para prática de exercícios físicos, moderados, regulares, programados e organizados em encontros semanais com a frequência de duas ou três vezes por semana, nesse sentido, visa à promoção e melhora da capacidade funcional, trazendo benefícios na realização das actividades de vida diária e por conta dos encontros, proporciona uma vida social activa, prevenindo o isolamento social e melhora na Qualidade de Vida (INE/CM/NISA, 2008, G/D).

A ideia do Programa também é dar seguimento ao trabalho já desenvolvido pelo Município no âmbito da Gerontomotricidade e a pertinência deste projecto surge dada as elevadas taxas de morbilidade por doenças crónicas, quedas e incapacidades específicas desta faixa etária bem como o sedentarismo. A avaliação física dos idosos tem como instrumento a aplicação dos testes de Aptidão Física (Fullerton Functional Fitness Test, versão portuguesa) e é complementada com uma avaliação em saúde mental e bem estar do idoso dando a conhecer as fortalezas e fragilidades dos participantes e as intervenções que se façam necessárias. O Programa privilegia a prevenção de agravos e doenças para a manutenção de um envelhecimento activo agregando à equipe de profissionais do desporto os profissionais da saúde do Centro de Saúde de Nisa, os profissionais dos Centros de Dia e Lares e estabelece parcerias com as entidades como Juntas Freguesias. O Programa de Actividade Física Sênior assume características multidisciplinares e integradoras, cria uma Rede de Assistência Pública para o Envelhecimento Ativo é universal e gratuito para todos os idosos, e está legitimado uma vez que segue os princípios do Sistema Nacional de Saúde de Portugal.

O número de idosos que participam do Programa de Actividade Física Sênior, atualmente, é de aproximadamente 254 pessoas.

FLORIANÓPOLIS/BRASIL

O Município de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, é situado na região sul do Brasil, no litoral catarinense e conta com uma parte insular (ilha de Santa Catarina) e outra parte continental. Segundo dados sócios demográficos têm uma população estimada em 421.204 mil habitantes sendo que 384.852 residentes são alfabetizados e o número de idosos residentes na cidade é de 48.423 mil, ou seja, 11,4% da população total (IBGE, 2010).

O perfil étnico do Município constitui-se de descendentes açorianos. A cidade tem um clima subtropical úmido, uma área de 651km² e encontra-se aproximadamente entre 20 e 40 metros de altitude. Por ser uma das cidades insulares do Brasil consta com 42 praias e é considerada capital turística no país, com intenso movimento. Destes 48.423 mil idosos, 16.658 mil estão na faixa etária entre 60-64 anos, 19.254 mil entre 65-74 anos, 9.548 entre 75-84 anos, 2.915 entre 85-99 anos e 48 idosos tem acima de 100 anos. Da população total de idosos, 20.529 mil idosos são homens e 27.894 mil são mulheres.

Na área da saúde há 134 estabelecimentos de Saúde Pública que estão registrados no IBGE, 2010. Por orientação Política do poder Municipal mudanças importantes acontecem na área da saúde e a expansão e crescimento do setor tornam-se significativos a partir de 2006.

Ancorados numa perspectiva positiva da gestão atual há uma reorientação do modelo assistencial em Cuidados Primários em Saúde e a Estratégia de Saúde da Família é fortalecida e instituída pela Portaria SS/GAB nº 283/2007.

Desde o ano de 2007 a Rede Pública Municipal tem 87 Equipes de Saúde da Família distribuídas em cinco Distritos Sanitários de Saúde com uma cobertura populacional de 82,4% sendo um dos Municípios no Brasil com maior número de equipes. Os Sistemas de Saúde Públicos do Município organizam-se de forma a responder as condições agudas e crônicas da população ampliando o acesso e a integralidade do cuidado. Considera-se a Estratégia de Saúde da Família a fonte integradora e coordenadora do cuidado, tendo como apoio os Núcleos de Apoio a Estratégia de Saúde da Família (NASF), os serviços de atenção secundários, Policlínicas de Especialidades Municipais, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e os hospitais. O número de idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família em 2009 era de 34.704 mil, ou seja, 71,6% da população total de idosos (SISAP, 2011).

Diante deste contexto, desde 2006 algumas estratégias para a Atenção a Saúde do Idoso são pioneiras no país e destaque na saúde em Florianópolis. O Programa de Saúde do Idoso, denominado Capital Idoso desde outubro de 2006 surge em resposta às Diretrizes da Política Nacional da Saúde do Idoso, às Diretrizes do Pacto pela Saúde contemplando o Pacto pela Vida. Tem como finalidades a promoção, manutenção e recuperação da saúde da pessoa idosa

preservando sua autonomia, funcionalidade, independência favorecendo um envelhecimento ativo, integrado socialmente e com Qualidade de Vida.

Dentro das linhas de cuidado contempladas pelo Capital Idoso: Gerontocultura, assistência clínica, assistência especializada e apoio ao cuidador, à linha de ação que visa à promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas degenerativas por meio da prática do exercício físico supervisionado é o Programa Floripa Ativa. As atividades do Floripa Ativa relacionadas à prática de exercícios físicos são desenvolvidas pelos profissionais de Educação Física e Fisioterapeutas com suporte da equipe da Estratégia de Saúde da Família através de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Os exercícios físicos acontecem três vezes por semana, com duração média de uma hora cada sessão. São trabalhados exercícios aeróbios, resistência muscular localizada, flexibilidade, equilíbrio, coordenação motora fina e ampla, esquema corporal e organização espaço-temporal. Os pilares deste Programa estão de acordo com o Colégio Americano de Medicina Esportiva (ACSM, 2000), que referencia as influências do exercício físico sobre o envelhecimento trazendo benefícios para as cinco maiores áreas de importância: as respostas cardiovasculares ao exercício agudo e crônico; o treinamento de força, massa muscular e implicações na densidade óssea; a estabilidade postural, flexibilidade e prevenção de quedas, o papel do exercício sobre a função psicológica; e o exercício para a pessoa muito idosa e frágil. São objetivos do Programa Floripa Ativa a modificação dos hábitos e adoção de práticas saudáveis estimuladas através do exercício físico regular e sistemático, mantendo e melhorando as capacidades funcionais da população idosa. Contribuir para a redução da morbimortalidade por doenças crônicas bem como minimizar os custos e o número de internações por doenças cardiovasculares, pulmonares ou outras na população idosa do município de Florianópolis. Acompanhar os idosos através da aplicação de testes físicos e mentais (Fullerton Functional Fitness Test- versão brasileira), capacitar os profissionais da Rede Municipal de Saúde para a prescrição e acompanhamento da prática de exercícios físicos, avaliar as mudanças de comportamento e fomentar a pesquisa científica dentro da Atenção Primária em Saúde relacionada à prática de exercícios físicos.

Além destas atividades os idosos participam de práticas educativas em saúde realizadas através de palestras e reuniões com profissionais das Equipes de Saúde da Família e também oferecer aos idosos a oportunidade para a socialização através

do exercício físico inserido e apoiado na comunidade. O Programa Floripa Ativa apresenta três fases: A, B e C. Na fase A do programa participam idosos que apresentaram evento cardiovascular recente ou descompensação clínica de natureza cardiovascular, pulmonar e/ou metabólica com ou sem disfunção neuromusculoesquelética moderada. Na fase B, participam idosos vindos da fase A, que permaneceram em reabilitação por no mínimo 12 semanas, já com condição clínica estáveis, idosos apresentando disfunção neuromusculoesquelética em fase inicial como as doenças osteoarticulares, doença de Parkinson ou sequelas de acidente vascular encefálico crônico ou idosos com fatores de risco para doença cardiovascular tais como hipertensão arterial sistêmica, diabetes tipo I ou II, dislipidemia, síndrome plurimetabólica, obesidade, tabagismo e sedentarismo. Na fase C, participam idosos pertencentes a grupos de convivência e grupos comunitários, com comorbidades controladas, apresentando pouco ou nenhum prejuízo funcional. Os idosos podem ser encaminhados após avaliação clínica pelas Equipes de Saúde da Família e os idosos serão incluídos no Programa se a idade for igual ou superior a 60 anos, apresentarem cadastro de usuário do Sistema Único de Saúde, for residente do Município de Florianópolis, e pertencer a área de abrangência do Distrito Sanitário e participar apenas em uma das fases do Programa e possuir independência ou semi-dependência funcional.

O número de idosos que participa do Programa Floripa Ativa, atualmente, é de 400 idosos.

4.2 QUESTIONÁRIO MOS-SF36 (THE MEDICAL OUTCOMES STUDY 36-ITEM SHORT-FORM HEALTHY SURVEY)

Até meados deste século as medições em saúde se centravam na detecção da presença ou ausência de estados negativos de saúde, de limitações funcionais, de sintomas de doença e da existência de problemas agudos ou crônicos. A partir da segunda metade é que apareceram medidas de bem-estar, de desempenho e de funcionalidade, mas só muito recentemente é que estas preocupações, inicialmente existentes no domínio dos investigadores, passaram para área da ação Política prática. Com a aprovação pelo Congresso dos EUA em 1987, da Lei de Investigação dos Resultados de Saúde dos Doentes, estabeleceu-se um programa de investigação em resultados em saúde centrado nas percepções dos doentes. Esta

Lei prevê a utilização de medidas de estado funcional e bem-estar, assim como a satisfação dos doentes. Esta discussão mais recentemente está na pauta das salas e gabinetes de Gestores de cuidados e Políticos da saúde. Ter uma vida mais efetiva, preservar a função e bem-estar são metas que norteiam as ações dos vários atores prestadores de cuidados em saúde (KAPLAN, 198 apud FERREIRA, 1998).

Para Ciconelli et al. (1999), o desenvolvimento e validação de instrumentos para avaliar a Qualidade de Vida ou seus componentes específicos tornou-se uma importante área de pesquisa médica, todavia estes devem ser avaliados e reavaliados em diferentes situações, ou seja, em diferentes centros de pesquisa e por diversos pesquisadores em populações variadas.

Segundo Ferreira, foi neste contexto que John Ware e sua equipe, planejou e executou um Estudo dos Resultados Médicos (MOS- *Medical Outcomes Study*) e um dos objetivos deste projeto era analisar se as variações dos resultados nos doentes eram explicadas pelas diferenças encontradas nos sistemas de cuidados de saúde, formação e prática clínica sendo a missão deste desenvolver instrumentos práticos que possibilitassem monitoração contínua dos resultados, incluindo diferenças entre populações relativamente ao estado físico e mental (WARE, 1992 apud FERREIRA, 1998).

Então, como parte do *Medical Outcomes Study* foi desenvolvido um questionário abreviado constituído por trinta e seis afirmações, designado *Short Form* (SF36), construído como um indicador genérico do estado de saúde das populações. O SF36 é um instrumento multidimensional composto então por trinta e seis itens, com duas a seis possibilidades de respostas objetivas, distribuídos em oito domínios, que podem ser agrupados em dois grandes componentes: o Físico (capacidade funcional, aspectos físico, dor e estado geral de saúde) e o Mental (saúde mental, vitalidade, aspectos sociais e aspectos emocionais). Esta escala foi traduzida em mais de 40 línguas e utilizada em todo mundo (SEVERO et al., 2006).

O SF36 é considerado uma medida genérica de saúde uma vez que se destina a medir conceitos de saúde que representem valores humanos básicos relevantes à funcionalidade e bem-estar de cada um. Além disso, não é específico de qualquer nível etário, doença ou tratamento. Os conteúdos tanto referentes à saúde física como mental, a sua robustez psicométrica e a sua relativa simplicidade são fatores que facilitam a sua utilização. É um dos instrumentos genéricos de

medição de estado de saúde com maior potencial na utilização internacional e na avaliação de resultados clínicos (FERREIRA, 1998).

As aplicações repetidas desses instrumentos no decorrer de um período podem definir a melhora ou piora do paciente em diferentes aspectos, tanto físicos como emocionais tornado-se úteis para avaliação de determinada intervenção.

A tradução e adaptação cultural da escala SF36, e a validação das subdimensões da versão Portuguesa foram apresentadas por Ferreira em um estudo com mulheres grávidas, no Centro de Estudos e Investigação da Universidade de Coimbra em 1998 (FERREIRA, 1998).

Para a versão Brasileira a tradução e adaptação cultural da escala SF36, e a validação das subdimensões foram apresentadas por Ciconelli et al. (1999), em um estudo com pacientes com artrite reumatoide na Divisão de Reumatologia da Universidade Federal de São Paulo/ Escola Paulista de Medicina em 1999.

Ambos os estudos demonstram a reprodutibilidade e validade do questionário SF36, tornando este instrumento um parâmetro adicional útil que pode ser utilizado como instrumento de medição, em mulheres grávidas, pacientes com artrite reumatoide ou até outras doenças, seja em nível de pesquisa em saúde ou em nível assistencial, demonstra a importância do indivíduo dentro de uma comunidade (FERREIRA, 1998; CICONELLI et al., 1999).

O SF36 possui parâmetros de avaliação para a Qualidade de Vida capaz de nortear as ações em Políticas Públicas para promoção e terapêutica em saúde ao desvelar a subjetividade de grupos sociais ainda não conhecidos e distintos.

4.3 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Foi realizado um estudo de delineamento observacional, descritivo, de corte transversal, em idosos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, participantes de grupo de atividade física Públicos na cidade de Nisa/Portugal e Florianópolis/Brasil.

“A pesquisa descritiva tem como objetivo a descrição de algo, normalmente características ou funções do mercado” (MALHOTRA, 2006, p. 100) e o corte transversal único, consiste em um “estudo no qual é extraída da população-alvo uma amostra de entrevistados e as informações são obtidas uma única vez” (MALHOTRA, 2006, p. 102).

4.4 AMOSTRA

A coleta de dados foi realizada pela autora deste trabalho de forma individual no período de outubro a dezembro de 2011 em espaços reservados nas cidades de Nisa (Portugal) e Florianópolis (Brasil). A amostra foi selecionada por conveniência da pesquisadora num universo de cerca de 254 inscritos no “Programa de Actividade Física Sênior”, em Portugal, resultando em 129 idosos participantes. No Brasil, seguindo a mesma linha, num universo de 400 inscritos no “Programa Floripa Ativa”, a amostra resultou igualmente em 129 idosos.

“População é a soma de todos os elementos que compartilham algum conjunto de características [...]”, já a amostra é um subgrupo dos elementos de uma população, selecionada para participação no estudo (MALHOTRA, 2006, p. 320). Neste método de amostragem os elementos são escolhidos por conveniência ou por facilidade de acesso por parte do investigador (PINTO, 2009, p.168).

Os instrumentos foram utilizados na seguinte ordem: Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por cada sujeito participante e pelo pesquisador, em consonância às normas internacionais e a ética de estudos em humanos (DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA, 1975).

Foi realizada a aplicação do questionário SF36, versão validada para os países em estudo, e apesar de ser um instrumento auto preenchível, optou-se pela entrevista pessoal em função das possíveis dificuldades físicas e cognitivas intrínsecas desta faixa etária.

A primeira etapa do estudo aconteceu em Nisa/Portugal, no mês de outubro de 2011. Os idosos que aceitaram participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e, mediante consentimento, responderam por escrito ou verbalmente ao instrumento de pesquisa sendo que neste caso a pesquisadora marcava no instrumento a opção por ele escolhida.

O questionário SF36, versão validada para Portugal, foi respondido com facilidade de entendimento e o período de aplicação por idoso variou entre dez a quinze minutos.

Foram entrevistados idosos nas seguintes Freguesias: Alpalhão, Amieira do Tejo, Arez, Moltalvão, Pé da Serra, Tolosa e no Município de Nisa.

A segunda etapa do estudo aconteceu em Florianópolis/Brasil, nos meses de novembro a dezembro de 2011 seguindo a mesma metodologia, mas com a aplicação do questionário SF36, versão validada para o Brasil. Foram entrevistados idosos nos cinco Distritos Sanitários: Centro, Continente, Leste, Norte e Sul. As entrevistas foram realizadas nos espaços comunitários, associações e salões de Igreja ou nas Unidades de Saúde da Família do Saco Grande e Ingleses pertencentes, respectivamente, aos Distritos Leste e Norte.

As variáveis categóricas, gênero, idade e País foram utilizadas como variáveis associativas.

4.5 TRATAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA

O tratamento dos dados foi feito em três fases distintas: Organização dos dados e pré-análise, Cálculo do Escore padronizado de 0 a 100 pontos das oito dimensões e Estatísticas descritivas e testes estatísticos.

Na etapa de organização dos dados e pré-análise, inicialmente foi feita a classificação da idade dos entrevistados conforme a faixa etária organizada a partir do referencial teórico de Spirduso (2005) que propõe uma classificação de acordo com a idade cronológica considerando **idoso-meia idade** o que possui entre 60 e 64 anos, **idoso-jovem** aquele entre 65 a 74 anos, **idoso** aquele com idade entre 75 a 84 anos, **idoso-idoso** aquele entre 85 a 99 anos e **idoso-velho** aqueles indivíduos acima de 100 anos. Posteriormente, foi feita a codificação e digitação de todos os demais dados da pesquisa em Excel e a base foi exportada para o SPSS versão 17.0.

Na segunda etapa, foi realizado o tratamento dos dados do questionário SF36 para geração do escore padronizado de 0 a 100 para cada uma das dimensões. O SF36 contém 36 itens, dos quais 35 encontram-se agrupados em oito dimensões e a questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhuma dimensão sendo utilizada somente para avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado há um ano. Para cada dimensão, os itens do SF36 são codificados, agregados e transformados em uma escala de zero (pior estado de saúde) a 100 (melhor estado de saúde). Para fazer esta transformação foram necessárias duas fases distintas: 1-

Atribuição de pontuação para as respostas e o cálculo do Escore Padronizado (*Raw Scale*¹) de 0 a 100 pontos.

O quadro 1 apresenta como foi feita a atribuição da pontuação para cada uma das questões pertencentes ao SF36.

¹ É chamado de *Raw Scale* porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Quadro 1- Atribuição de Pontuação para as respostas do Questionário

Questão	Pontuação
1	Se a resposta for 1, 2, 3, 4 ou 5
	Pontuação 5,0, 4,4, 3,4, 2,0 ou 1,0
2	Manter o mesmo valor
3	Soma de todos os valores
4	Soma de todos os valores
5	Soma de todos os valores
6	Se a resposta for 1, 2, 3, 4 ou 5
	Pontuação 5, 4, 3, 2 ou 1
7	Se a resposta for 1, 2, 3, 4 ou 5
	Pontuação 6,0, 5,4, 4,2, 3,1, 2,0 ou 1,0
8	A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7
	Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6)
	Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5)
	Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)
	Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)
	Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)
	Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1) Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:
	Se a resposta for (1), a pontuação será (6)
	Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)
	Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)
	Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)
Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)	
9	Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação:
	Se a resposta for 1, o valor será (6)
	Se a resposta for 2, o valor será (5)
	Se a resposta for 3, o valor será (4)
	Se a resposta for 4, o valor será (3)
	Se a resposta for 5, o valor será (2)
Se a resposta for 6, o valor será (1) Para os demais itens (b, c,f,g, i), o valor será mantido o mesmo	
10	Considerar o mesmo valor.
11	Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:
	Se a resposta for 1, o valor será (5)
	Se a resposta for 2, o valor será (4)
	Se a resposta for 3, o valor será (3)
	Se a resposta for 4, o valor será (2)
Se a resposta for 5, o valor será (1)	

Para o cálculo do Escore Padronizado (*Raw Scale*) de 0 a 100 pontos, os valores das questões anteriores foram transformados em notas que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada dimensão. Dimensões:

Função Física, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral, Vitalidade, Função Social, Desempenho Emocional e Saúde Mental. Para o cálculo de cada dimensão foi aplicada a seguinte fórmula:

$$\text{Dimensão} = [\text{VQC} - \text{LI} \times 100 / \text{V} (\text{SR})]$$

VQC - Valor obtido nas questões correspondentes

LI - Limite inferior

V- Variação (Score Range)

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (*Score Range*) são fixos e estão estipulados conforme quadro 2.

Quadro 2- Variação e Limite Inferior das Pontuações

Dimensão	Pontuação das questões correspondentes	Limite inferior	Variação
Função Física	3	10	20
Desempenho Físico	4	4	4
Dor Corporal	07+08	2	10
Saúde Geral	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Função Social	06 + 10	2	8
Desempenho Emocional	5	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Na terceira etapa foi realizada a estruturação das variáveis através do processamento descritivo das questões para testes de normalidade da amostra: perfil dos entrevistados, frequência das respostas e estatística descritiva das oito dimensões do questionário SF36 e comparativo por país. Com o objetivo de assegurar maior confiabilidade aos resultados apresentados, realizou-se ainda o Teste de normalidade K-S da amostra. Para a comparação das frequências e diferenças de médias entre grupos, utilizou-se o Teste *t- Student* por País e gênero.

Para comprovação das hipóteses formuladas para os Componentes Físico e Mental, foram utilizados os seguintes testes estatísticos: Teste *t- Student*, ANOVA e Teste Kruskal Wallis - KS para a faixa etária. Para finalizar, foi estimada a consistência interna das variáveis do estudo com a determinação e análise do coeficiente Alfa de *Cronbach*.

A seguir apresenta-se o modelo estrutural com as proposições relacionadas aos Componentes Físico e Mental..

4.6 MODELO ESTRUTURAL DO ESTUDO

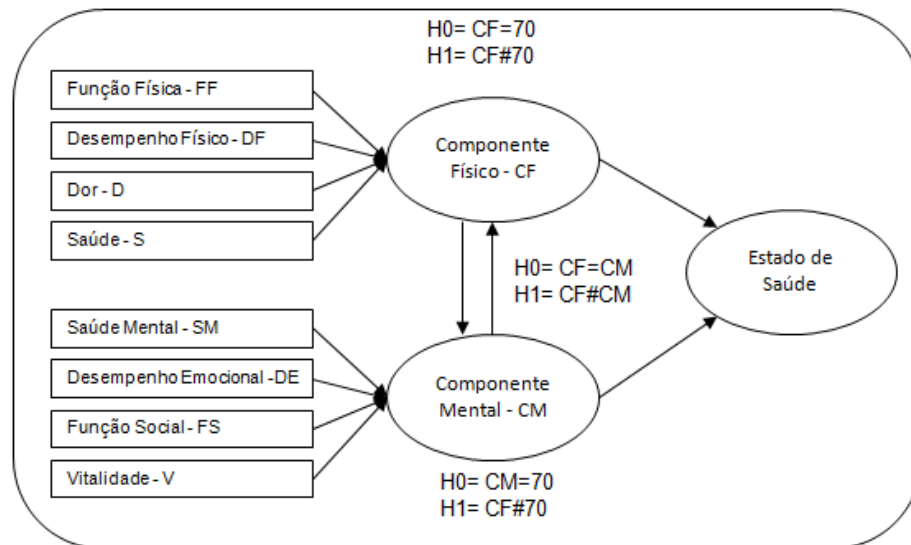


Figura 1- Modelo Estrutural do Estudo

Fonte: Elaborado pela autora.

As proposições apresentadas no modelo estrutural do estudo derivam de conceitos e fundamentações teóricas encontradas em estudos anteriores cujo instrumento de pesquisa utilizado foi o Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida MOS-SF36 (FERREIRA, 1998; CICONELLI, 1999; LOPES et al., 1999; MOTA et al., 2006; SEVERO et al., 2006; ARANHA et al., 2006; PASCHOAL, 2004; PIMENTA et al., 2008; BRITO et al., 2008; RODRIGUES, 2008; TOSCANO; OLIVEIRA, 2009; FREITAS; SCHEIDER, 2010; SOUZA; CARVALHO, 2010; MISHRA et al., 2011).

Mediante este modelo e aceitando a existência prévia dos estudos de validação nos Países Portugal e Brasil e, como estratégia de pesquisa após categorização e classificação dos dados, a pontuação do questionário adotada para este estudo tem valor igual ou superior a 70.

Sendo assim, testar a hipótese nula para o Componente Físico e para o Componente Mental, verificar se há diferenças estatísticas significativas entre os dois Componentes: Físico e Mental e por fim verificar se há diferenças estatísticas significativas nas oito dimensões por faixa etária.

As análises foram realizadas através do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 17.0.

5 RESULTADOS

A fim de comparar os dois países em estudo, inicialmente optou-se por apresentar, conforme tabela 1, indicadores de cada um deles. Pode-se verificar que o Brasil (8.515.215,3 km²) apresenta uma extensão territorial bastante superior a Portugal (799.380 km²), o mesmo ocorre com a população dos dois países. Outro indicador muito importante a ser analisado e que possui relação direta com o estudo em questão é o índice de envelhecimento que no Brasil (0,25) sendo menor do que em Portugal (1,9).

Tabela 1 - Indicadores de Brasil e Portugal

	Brasil	Portugal
Extensão	8.515.215,3 km ²	799.380 km ²
População	190.732.694 hab.	10.566.212 hab
Densidade Demográfica	22,2 H/km ² (2008)	115 H/km ²
Taxa de fecundidade	1,86	1,36
Índice de envelhecimento	0,25	1,9
Expectativa de vida ao nascer	73,5	79,20
Expectativa de vida ao nascer em mulheres	77,3	82,5
Mortalidade infantil	19/1000	3,3/1000
Cobertura populacional na atenção primaria	44,5%	1/3 do país
Gasto sanitário por habitante US\$	322,908	{1500.... 2000}

Fonte: IBGE e Instituto Nacional de Estatística/Portugal. **Nota.** Os dados foram coletados entre os anos de 2004 a 2010.

A seguir os resultados estão organizados e apresentados na seguinte ordem: avaliação da consistência interna das oito dimensões pertencentes aos Componentes Físico e Mental (Alfa de Cronbach), tabelas de frequência para as variáveis categóricas e cada uma das oito dimensões integrantes dos Componentes Físico e Mental, distribuição das respostas por meio dos histogramas, gráficos de barra com processamento pelo total e segmentado por País. Por fim, o Teste *t* das hipóteses nulas.

5.1 CONFIABILIDADE

Na tabela 2 são apresentados os resultados da análise de Cronbach (consistência interna) para as oito dimensões. Para as dimensões do Componente Físico situou-se entre 0,63 a 0,70. Para as dimensões do Componente Mental situou-se entre 0,63 a 0,79. O Alfa de Cronbach Global para o Componente Físico é de 0,72 e para o Componente Mental de 0,73. Tal observação é importante, pois os componentes de um modo geral apresentam um índice de concordância entre si.

Tabela 2 - Avaliação da Consistência Interna dos Componentes Físico e Mental

Componentes	Correlação Item Total	Alfa Cronbach se o item for excluído	Alfa Cronbach Global
Componente Físico			0,725
Função Física	0,510	0,668	
Desempenho Físico	0,535	0,693	
Dor Corporal	0,588	0,629	
Saúde Geral	0,528	0,674	
Componente Mental			0,733
Desempenho Emocional	,482	,790	
Função Social	,606	,640	
Vitalidade	,629	,637	
Saúde Mental	,576	,662	

Fonte: Dados da Pesquisa.

5.2 PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Foram entrevistados 258 idosos, sendo 129 portugueses e 129 brasileiros.

Tabela 3 - País

País	n	%
Portugal	129	50,0%
Brasil	129	50,0%
Base	258	100,0%

Fonte: Dados da Pesquisa.

Destes idosos, a amostra foi composta por um percentual mais expressivo de mulheres (84,9%) do que de homens (15,1%). Em Nisa/Portugal esta diferença é ainda maior, pois 94,6% são do gênero feminino e 5,4% são do gênero masculino. Em Florianópolis/Brasil, 75,2% são mulheres e 24,8% são homens, conforme Tabela 4.

Tabela 4 - **Gênero**

Gênero	Total		Portugal		Brasil	
	n	%	n	%	n	%
Masculino	39	15,1%	7	5,4%	32	24,8%
Feminino	219	84,9%	122	94,6%	97	75,2%
Base	258	100,0%	129	100,0%	129	100,0%

Fonte: Dados da Pesquisa.

As idades dos entrevistados idosos variaram de 60 a 99 anos e foram classificadas em faixas etárias conforme definição teórica proposta por Spirduso (2005) exposta anteriormente na metodologia de pesquisa. Verificou-se que 59,3% do total da amostra estão na faixa etária entre 65 a 74 anos e, portanto considerados idosos jovens. Em Nisa/Portugal e Florianópolis/Brasil, 61,2% e 57,4% respectivamente, estão nesta faixa etária. A distribuição por frequências é homogênea em ambos os países, mas chama a atenção para o fato de que somente em Florianópolis/Brasil há entrevistados na faixa etária de 85 a 99 anos, representando 3,1% da amostra. A distribuição por faixa etária encontra-se na tabela 5.

Tabela 5 - **Faixa Etária**

Faixa Etária	Total		Portugal		Brasil	
	n	%	n	%	n	%
De 60 a 64 anos – idosos meia idade	52	20,2%	27	20,9%	25	19,4%
De 65 a 74 anos – idosos jovens	153	59,3%	79	61,2%	74	57,4%
De 75 a 84 anos - idosos	49	19,0%	23	17,8%	26	20,2%
De 85 a 99 anos – idosos idosos	4	1,6%	0	,0%	4	3,1%
Base	258	100,0%	129	100,0%	129	100,0%

Fonte: Dados da Pesquisa.

5.3 AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DA SAÚDE GERAL

Inicialmente, foi realizado um estudo descritivo das frequências absolutas e as percentagens referentes às respostas atribuídas a cada um dos itens do questionário. Observa-se que no resultado total, 38,8% dos entrevistados

consideram sua saúde boa e 30,2% ruim (Tabela 6). Já no comparativo por País, observa-se o primeiro resultado importante a ser destacado, uma vez que apenas 9,3% dos idosos brasileiros disseram considerar que sua saúde é ruim em contraste a 51,2% dos portugueses. Em contra partida, mais da metade dos brasileiros (53,5%) consideram que sua saúde é boa. Isso denota que a percepção dos brasileiros em relação a sua saúde é mais positiva do que entre os portugueses.

Tabela 6 - A1-Saúde Geral

Em geral, você diria que sua saúde é:	Total		Portugal		Brasil	
	n	%	n	%	n	%
Muito Ruim	10	3,9%	9	7,0%	1	,8%
Ruim	78	30,2%	66	51,2%	12	9,3%
Boa	100	38,8%	31	24,0%	69	53,5%
Muito Boa	45	17,4%	7	5,4%	38	29,5%
Excelente	25	9,7%	16	12,4%	9	7,0%
Base	258	100,0%	129	100,0%	129	100,0%

Fonte: Dados da Pesquisa.

No que se refere à classificação da saúde atual em comparação há um ano, conforme tabela 7, os resultados totais revelam que uma parcela dos idosos percebe que a sua saúde é muito melhor agora do que há um ano (39,9%), enquanto outra acredita que está um pouco melhor agora do que há um ano (34,1%). Contudo, na análise segmentada por País, observa-se que em Florianópolis/Brasil, 46,5% dos entrevistados classifica sua saúde como muito melhor agora do que há um ano e 36,4% um pouco melhor, já entre os idosos de Nisa/Portugal, o percentual que acredita que sua saúde está quase à mesma que há um ano (30,2%) é superior ao percentual dos idosos de Florianópolis/Brasil (10,1%). Novamente percebe-se um resultado mais positivo no Brasil do que em Portugal.

Tabela 7 - A2-Classificação da Saúde

Comparada há um ano, como você classificaria sua saúde em geral agora?	Total		Portugal		Brasil	
	n	%	n	%	n	%
Muito pior agora do que há um ano	1	,4%	1	,8%		
Um pouco pior agora do que há um ano	14	5,4%	5	3,9%	9	7,0%
Quase a mesma de um ano atrás	52	20,2%	39	30,2%	13	10,1%
Um pouco melhor agora do que há um ano	88	34,1%	41	31,8%	47	36,4%
Muito melhor agora do que há um ano	103	39,9%	43	33,3%	60	46,5%
Base	258	100,0%	129	100,0%	129	100,0%

Fonte: Dados da Pesquisa.

5.4 AVALIAÇÃO DO COMPONENTE FÍSICO

No que se refere ao Componente Físico, o mesmo foi composto por quatro dimensões: Função Física, Desempenho Físico, Dor Corporal e Saúde Geral. Cada uma das dimensões foi mensurada por meio de alguns itens indicadores.

A dimensão Função Física foi mensurada através de dez atividades físicas e no geral as respostas foram muito similares em ambos os países. Tanto os idosos de Nisa/Portugal quanto de Florianópolis/Brasil, dizem que atividades vigorosas, tais como levantar objetos pesados, no estado de saúde em que se encontram, dificulta um pouco (43%). Por outro lado, para mais da metade deles, fazer atividades moderadas, tais como passar aspirador, ou ainda, caminhar, subir escadas, ajoelhar-se, tomar banho ou vestir-se, não apresentam dificuldades (tabela 8).

Tabela 8 - **A3-Função Física**

Função Física		Total		Portugal		Brasil	
		n	%	n	%	n	%
Atividades Vigorosas que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	Sim. Dificulta muito	70	27,1%	38	29,5%	32	24,8%
	Sim. Dificulta um pouco	111	43,0%	55	42,6%	56	43,4%
	Não. Não dificulta de modo nenhum	77	29,8%	36	27,9%	41	31,8%
	Base	258	100,0%	129	100,0%	129	100,0%
Atividades Moderadas, tais como mover uma pesar, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	Sim. Dificulta muito	21	8,1%	13	10,1%	8	6,2%
	Sim. Dificulta um pouco	58	22,5%	24	18,6%	34	26,4%
	Não. Não dificulta de modo nenhum	179	69,4%	92	71,3%	87	67,4%
	Base	258	100,0%	129	100,0%	129	100,0%
Levantar ou carregar mantimento	Sim. Dificulta muito	25	9,7%	14	10,9%	11	8,5%
	Sim. Dificulta um pouco	73	28,3%	32	24,8%	41	31,8%
	Não. Não dificulta de modo nenhum	160	62,0%	83	64,3%	77	59,7%
	Base	258	100,0%	129	100,0%	129	100,0%
Subir vários lances de escada	Sim. Dificulta muito	30	11,6%	20	15,5%	10	7,8%
	Sim. Dificulta um pouco	67	26,0%	32	24,8%	35	27,1%
	Não. Não dificulta de modo nenhum	161	62,4%	77	59,7%	84	65,1%
	Base	258	100,0%	129	100,0%	129	100,0%
Subir um lance de escadas	Sim. Dificulta muito	24	9,3%	15	11,6%	9	7,0%
	Sim. Dificulta um pouco	40	15,5%	20	15,5%	20	15,5%
	Não. Não dificulta de modo nenhum	194	75,2%	94	72,9%	100	77,5%
	Base	258	100,0%	129	100,0%	129	100,0%

Tabela 8.1 - A3-Continuação da Tabela Função Física

Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	Sim. Dificulta muito	38	14,7%	26	20,2%	12	9,3%
	Sim. Dificulta um pouco	87	33,7%	45	34,9%	42	32,6%
	Não. Não dificulta de modo nenhum	133	51,6%	58	45,0%	75	58,1%
	Base	258	100,0%	129	100,0%	129	100,0%
Andar mais de 1 quilômetro	Sim. Dificulta muito	29	11,2%	17	13,2%	12	9,3%
	Sim. Dificulta um pouco	43	16,7%	21	16,3%	22	17,1%
	Não. Não dificulta de modo nenhum	186	72,1%	91	70,5%	95	73,6%
	Base	258	100,0%	129	100,0%	129	100,0%
Andar vários quarteirões	Sim. Dificulta muito	32	12,4%	16	12,4%	16	12,4%
	Sim. Dificulta um pouco	58	22,5%	32	24,8%	26	20,2%
	Não. Não dificulta de modo nenhum	168	65,1%	81	62,8%	87	67,4%
	Base	258	100,0%	129	100,0%	129	100,0%
Andar um quarteirão	Sim. Dificulta muito	18	7,0%	10	7,8%	8	6,2%
	Sim. Dificulta um pouco	32	12,4%	17	13,2%	15	11,6%
	Não. Não dificulta de modo nenhum	208	80,6%	102	79,1%	106	82,2%
	Base	258	100,0%	129	100,0%	129	100,0%
Tomar banho ou vestir-se	Sim. Dificulta muito	13	5,0%	9	7,0%	4	3,1%
	Sim. Dificulta um pouco	18	7,0%	8	6,2%	10	7,8%
	Não. Não dificulta de modo nenhum	227	88,0%	112	86,8%	115	89,1%
	Base	258	100,0%	129	100,0%	129	100,0%

Fonte: Dados da Pesquisa.

A Dimensão de Desempenho Físico foi medida através de quatro indicadores, avaliando o desempenho atual em relação às últimas quatro semanas durante as atividades de vida diárias. De modo geral os resultados foram bastante similares, cerca de 7 em cada 10 idosos percebem que não diminuíram a quantidade de tempo gasto para executar o trabalho (69,4%), também não realizaram menos tarefas do que gostariam (69,4%), não consideram que estiveram limitados e nem tiveram dificuldades para executar suas atividades de vida diárias (76,7% e 72,1% respectivamente). Também não foram observadas grandes distinções entre os percentuais na análise segmentada por país, conforme tabela 9.

Tabela 9 - A4 - Desempenho Físico

Desempenho Físico		Total		Portugal		Brasil	
		n	%	n	%	n	%
Diminuiu quantidade de tempo gasto	Sim	79	30,6%	32	24,8%	47	36,4%
	Não	179	69,4%	97	75,2%	82	63,6%
	Base	258	100,0%	129	100,0%	129	100,0%
Realizou menos tarefas do que gostaria	Sim	79	30,6%	37	28,7%	42	32,6%
	Não	179	69,4%	92	71,3%	87	67,4%
	Base	258	100,0%	129	100,0%	129	100,0%
Esteve limitado no seu tipo de trabalho	Sim	60	23,3%	29	22,5%	31	24,0%
	Não	198	76,7%	100	77,5%	98	76,0%
	Base	258	100,0%	129	100,0%	129	100,0%
Teve dificuldades para fazer o seu trabalho	Sim	72	27,9%	37	28,7%	35	27,1%
	Não	186	72,1%	92	71,3%	94	72,9%
	Base	258	100,0%	129	100,0%	129	100,0%

Fonte: Dados da Pesquisa.

A Dor Corporal, de intensidade leve a moderada, ficou estimada, respectivamente, em 24,8% e 31,8% e para 42,2 % a dor corporal nos idosos não interferiu, nas últimas quatro semanas, na realização de suas atividades de vida diária de forma nenhuma.

Tabela 10 - A7 e A8 –Dor Corporal

Dor Corporal		Total		Portugal		Brasil	
		n	%	n	%	n	%
Quanta dor no corpo você teve durante as 4 últimas semanas	Muito grave	5	1,9%	3	2,3%	2	1,6%
	Grave	13	5,0%	7	5,4%	6	4,7%
	Moderada	82	31,8%	49	38,0%	33	25,6%
	Leve	64	24,8%	31	24,0%	33	25,6%
	Muito leve	50	19,4%	20	15,5%	30	23,3%
	Nenhuma	44	17,1%	19	14,7%	25	19,4%
	Base	258	100,0%	129	100,0%	129	100,0%
Durante as 4 últimas semanas quanto a dor interferiu no seu trabalho normal	Extremamente	2	,8%	1	,8%	1	,8%
	Bastante	18	7,0%	14	10,9%	4	3,1%
	Moderadamente	55	21,3%	41	31,8%	14	10,9%
	Ligeiramente	74	28,7%	27	20,9%	47	36,4%
	De forma nenhuma	109	42,2%	46	35,7%	63	48,8%
	Base	258	100,0%	129	100,0%	129	100,0%

Fonte: Dados da Pesquisa.

Ao analisar a Dimensão Saúde Geral, conforme tabela 11, mensurada por quatro indicadores, sendo dois inversos, observou-se que entre os idosos de Florianópolis/Brasil, a percepção é mais positiva do que entre os idosos de

Nisa/Portugal. Quanto ao indicador “Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que outras pessoas”, observa-se que 70,5% dos idosos brasileiros consideram essa afirmação absolutamente falsa, contra apenas 34,9% dos idosos portugueses. Denotando assim que há uma certeza mais evidente entre os brasileiros entrevistados do que entre os portugueses. Resultado semelhante é observado ao analisar o indicador “Eu acho que a minha saúde vai piorar”, 55,8% dos idosos de Florianópolis/Brasil consideram absolutamente falso contra 26,4% dos idosos de Nisa/Portugal.

Outro indicador que apresenta diferenças percentuais e deve ser destacado é “A minha saúde é excelente”, enquanto 78,3% dos idosos brasileiros consideram essa afirmação verdadeira (verdade + absolutamente verdade), apenas 52,7% dos idosos portugueses concordam com tal afirmação.

Tabela 11 - A11 Saúde Geral

Saúde Geral		Total		Portugal		Brasil	
		n	%	n	%	n	%
Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas*	Absolutamente falso	136	52,7%	45	34,9%	91	70,5%
	Falso	72	27,9%	60	46,5%	12	9,3%
	Não sei	25	9,7%	14	10,9%	11	8,5%
	Verdade	15	5,8%	4	3,1%	11	8,5%
	Absolutamente verdade	10	3,9%	6	4,7%	4	3,1%
	Base	258	100,0%	129	100,0%	129	100,0%
Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	Absolutamente falso	12	4,7%	3	2,3%	9	7,0%
	Falso	26	10,1%	16	12,4%	10	7,8%
	Não sei	29	11,2%	20	15,5%	9	7,0%
	Verdade	93	36,0%	56	43,4%	37	28,7%
	Absolutamente verdade	98	38,0%	34	26,4%	64	49,6%
	Base	258	100,0%	129	100,0%	129	100,0%
Eu acho que a minha saúde vai piorar*	Absolutamente falso	106	41,1%	34	26,4%	72	55,8%
	Falso	58	22,5%	39	30,2%	19	14,7%
	Não sei	53	20,5%	35	27,1%	18	14,0%
	Verdade	31	12,0%	15	11,6%	16	12,4%
	Absolutamente verdade	10	3,9%	6	4,7%	4	3,1%
	Base	258	100,0%	129	100,0%	129	100,0%
A minha saúde é excelente	Absolutamente falso	12	4,7%	4	3,1%	8	6,2%
	Falso	44	17,1%	35	27,1%	9	7,0%
	Não sei	33	12,8%	22	17,1%	11	8,5%
	Verdade	107	41,5%	51	39,5%	56	43,4%
	Absolutamente verdade	62	24,0%	17	13,2%	45	34,9%
	Base	258	100,0%	129	100,0%	129	100,0%

Fonte: Dados da Pesquisa. *Itens Inversos.

5.5 AVALIAÇÃO DO COMPONENTE MENTAL

O Componente Mental foi mensurado através das dimensões: Desempenho Emocional, Função Social, Vitalidade e Saúde Mental. Em relação ao Desempenho Emocional não houve nenhuma interferência nas atividades de vida diária, com percentuais próximos ou superiores a 70%. Também não foram evidenciadas diferenças na análise segmentada por País, conforme tabela 12.

Tabela 12 - A5 - Desempenho Emocional

Desempenho Emocional		Total		Portugal		Brasil	
		n	%	n	%	n	%
Diminuiu quantidade de tempo gasto	Sim	67	26,0%	27	20,9%	40	31,0%
	Não	191	74,0%	102	79,1%	89	69,0%
	Base	258	100,0%	129	100,0%	129	100,0%
Realizou menos tarefas do que gostaria	Sim	68	26,4%	35	27,1%	33	25,6%
	Não	190	73,6%	94	72,9%	96	74,4%
	Base	258	100,0%	129	100,0%	129	100,0%
Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz	Sim	53	20,5%	30	23,3%	23	17,8%
	Não	205	79,5%	99	76,7%	106	82,2%
	Base	258	100,0%	129	100,0%	129	100,0%

Fonte: Dados da Pesquisa.

Na Dimensão Função Social 67,4% dos entrevistados responderam não ter qualquer interferência nas atividades sociais tais como visitar amigos, família ou eventos sociais e nota-se que esta frequência é igual em Nisa/Portugal e Florianópolis/Brasil, conforme tabela 13.

Tabela 13 - A6 e A10 - Função Social

Função Social		Total		Portugal		Brasil	
		n	%	n	%	n	%
Maneira que a saúde física ou problemas emocionais interferiram nas atividades sociais	Extremamente	2	,8%	1	,8%	1	,8%
	Bastante	7	2,7%	4	3,1%	3	2,3%
	Moderadamente	34	13,2%	15	11,6%	19	14,7%
	Ligeiramente	41	15,9%	22	17,1%	19	14,7%
	De forma nenhuma	174	67,4%	87	67,4%	87	67,4%
	Base	258	100,0%	129	100,0%	129	100,0%
Quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas atividades sociais	Todo o tempo	7	2,7%	6	4,7%	1	,8%
	A maior parte do tempo	16	6,2%	10	7,8%	6	4,7%
	Alguma parte do tempo	33	12,8%	21	16,3%	12	9,3%
	Uma pequena parte do tempo	50	19,4%	20	15,5%	30	23,3%
	Nenhuma parte do tempo	152	58,9%	72	55,8%	80	62,0%
	Base	258	100,0%	129	100,0%	129	100,0%

Fonte: Dados da Pesquisa.

Em relação à Dimensão Vitalidade, os resultados apresentaram percepções distintas entre os idosos dos dois Países. Observa-se, conforme tabela 14, que os idosos de Florianópolis/Brasil (63%) se sentem mais cheios de vigor, vontade e força do que os idosos de Nisa/Portugal (46,6%). Também é maior o percentual de idosos brasileiros que se sentem com energia a maior parte do tempo e que tem se sentido pouco cansados e esgotados.

Tabela 14 - A9 Vitalidade

Vitalidade		Total		Portugal		Brasil	
		n	%	n	%	n	%
Quanto tempo tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força	Nunca	5	1,9%	4	3,1%	1	,8%
	Pouco tempo	17	6,6%	10	7,8%	7	5,4%
	Algum tempo	53	20,5%	42	32,6%	11	8,5%
	Bastante tempo	41	15,9%	13	10,1%	28	21,7%
	A maior parte do tempo	83	32,2%	34	26,4%	49	38,0%
	Sempre	59	22,9%	26	20,2%	33	25,6%
	Base	258	100,0%	129	100,0%	129	100,0%
Quanto tempo você tem se sentido com muita energia	Nunca	15	5,8%	10	7,8%	5	3,9%
	Pouco tempo	26	10,1%	15	11,6%	11	8,5%
	Algum tempo	52	20,2%	34	26,4%	18	14,0%
	Bastante tempo	30	11,6%	11	8,5%	19	14,7%
	A maior parte do tempo	84	32,6%	36	27,9%	48	37,2%
	Sempre	51	19,8%	23	17,8%	28	21,7%
	Base	258	100,0%	129	100,0%	129	100,0%
Quanto tempo você tem se sentido esgotado*	Nunca	67	26,0%	26	20,2%	41	31,8%
	Pouco tempo	111	43,0%	42	32,6%	69	53,5%
	Algum tempo	55	21,3%	48	37,2%	7	5,4%
	Bastante tempo	13	5,0%	7	5,4%	6	4,7%
	A maior parte do tempo	9	3,5%	4	3,1%	5	3,9%
	Sempre	3	1,2%	2	1,6%	1	,8%
	Base	258	100,0%	129	100,0%	129	100,0%
Quanto tempo você tem se sentido cansado*	Nunca	41	15,9%	20	15,5%	21	16,3%
	Pouco tempo	112	43,4%	42	32,6%	70	54,3%
	Algum tempo	68	26,4%	48	37,2%	20	15,5%
	Bastante tempo	15	5,8%	8	6,2%	7	5,4%
	A maior parte do tempo	16	6,2%	7	5,4%	9	7,0%
	Sempre	6	2,3%	4	3,1%	2	1,6%
	Base	258	100,0%	129	100,0%	129	100,0%

Fonte: Dados da Pesquisa. *Itens inversos.

Ao avaliar a Saúde Mental, verifica-se que os idosos apresentam uma percepção positiva de sua saúde, mais de 60% nunca ou por pouco tempo tem se sentido nervoso. Também nunca estão deprimidos (51,9%), e em 67,1% a felicidade

está presente, sendo que 31,8% são felizes a maior parte do tempo e 35,3% são felizes sempre. De modo geral, pode-se concluir que a saúde mental dos idosos, tanto de Florianópolis/Brasil quanto de Nisa/Portugal, é melhor que a saúde física (tabela 15).

Tabela 15 - A9 Saúde Mental

Saúde Mental		Total		Portugal		Brasil	
		n	%	n	%	n	%
Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa nervosa*	Nunca	58	22,5%	33	25,6%	25	19,4%
	Pouco tempo	106	41,1%	44	34,1%	62	48,1%
	Algum tempo	51	19,8%	30	23,3%	21	16,3%
	Bastante tempo	21	8,1%	9	7,0%	12	9,3%
	A maior parte do tempo	16	6,2%	8	6,2%	8	6,2%
	Sempre	6	2,3%	5	3,9%	1	,8%
	Base	258	100,0%	129	100,0%	129	100,0%
Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo*	Nunca	134	51,9%	65	50,4%	69	53,5%
	Pouco tempo	63	24,4%	22	17,1%	41	31,8%
	Algum tempo	26	10,1%	22	17,1%	4	3,1%
	Bastante tempo	23	8,9%	9	7,0%	14	10,9%
	A maior parte do tempo	9	3,5%	8	6,2%	1	,8%
	Sempre	3	1,2%	3	2,3%		
	Base	258	100,0%	129	100,0%	129	100,0%
Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo	Nunca	13	5,0%	9	7,0%	4	3,1%
	Pouco tempo	31	12,0%	17	13,2%	14	10,9%
	Algum tempo	34	13,2%	23	17,8%	11	8,5%
	Bastante tempo	31	12,0%	9	7,0%	22	17,1%
	A maior parte do tempo	91	35,3%	44	34,1%	47	36,4%
	Sempre	58	22,5%	27	20,9%	31	24,0%
	Base	258	100,0%	129	100,0%	129	100,0%
Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido*	Nunca	80	31,0%	46	35,7%	34	26,4%
	Pouco tempo	109	42,2%	42	32,6%	67	51,9%
	Algum tempo	41	15,9%	27	20,9%	14	10,9%
	Bastante tempo	18	7,0%	7	5,4%	11	8,5%
	A maior parte do tempo	6	2,3%	3	2,3%	3	2,3%
	Sempre	4	1,6%	4	3,1%		
	Base	258	100,0%	129	100,0%	129	100,0%
Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz	Nunca	12	4,7%	9	7,0%	3	2,3%
	Pouco tempo	18	7,0%	12	9,3%	6	4,7%
	Algum tempo	31	12,0%	25	19,4%	6	4,7%
	Bastante tempo	24	9,3%	8	6,2%	16	12,4%
	A maior parte do tempo	82	31,8%	27	20,9%	55	42,6%
	Sempre	91	35,3%	48	37,2%	43	33,3%
	Base	258	100,0%	129	100,0%	129	100,0%

Fonte: Dados da Pesquisa. *Itens Inversos.

5.6 AVALIAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO E NORMALIDADE DAS OITO DIMENSÕES DOS COMPONENTES FÍSICO E MENTAL

A representação gráfica permite analisar as tendências globais dos dados com maior facilidade, demonstrando comportamentos diferenciados e observações que se desviam do padrão comum.

O histograma é uma ferramenta estatística composta de vários retângulos adjacentes, sem espaçamento entre si, representando graficamente a tabela de frequências e a forma de distribuição dos dados com continuidade. Na escala horizontal, marcam-se os intervalos de classes, e cada intervalo é à base de cada retângulo ou barra; na escala vertical, marcam-se as alturas dos retângulos ou barras, que são as respectivas frequências absolutas das classes (PINTO, 2009).

Foram construídos histogramas para todas as dimensões dos Componentes Físico e Mental, e de forma objetiva, visualizar e dar a conhecer a população em estudo. No eixo horizontal ou abscissas estão sendo avaliadas as frequências do escore de cada dimensão e no eixo vertical ou ordenadas estão representadas as frequências absolutas. É importante ainda observar nos histogramas a assimetria e a curtose da curva, as quais revelam resultados referentes à distribuição das respostas.

- Assimetria: Avalia a distribuição de um conjunto em comparação com uma distribuição normal. Quando média, mediana e moda coincidem, a distribuição é simétrica e o coeficiente de assimetria é igual a zero. Quando a média é maior que a mediana e que a moda, tem-se assimetria positiva. Quando a média é menor que a mediana e que a moda, tem-se assimetria negativa.

- Curtose: Avalia o grau de achatamento de uma curva em comparação com uma distribuição normal. Uma distribuição normal tem curtose igual a zero e é dita mesocúrtica. Uma distribuição com curtose positiva é dita leptocúrtica. Uma distribuição com curtose negativa é dita platicúrtica.

No Gráfico 1 está a representação da Função Física, a média foi de 77 pontos e desvio padrão 24,423, evidenciando assim que há uma maior concentração de respostas com pontuações mais próximas de 100. Curva assimétrica, negativa (-1,334), com curtose positiva (1,207) e, portanto leptocúrtica.

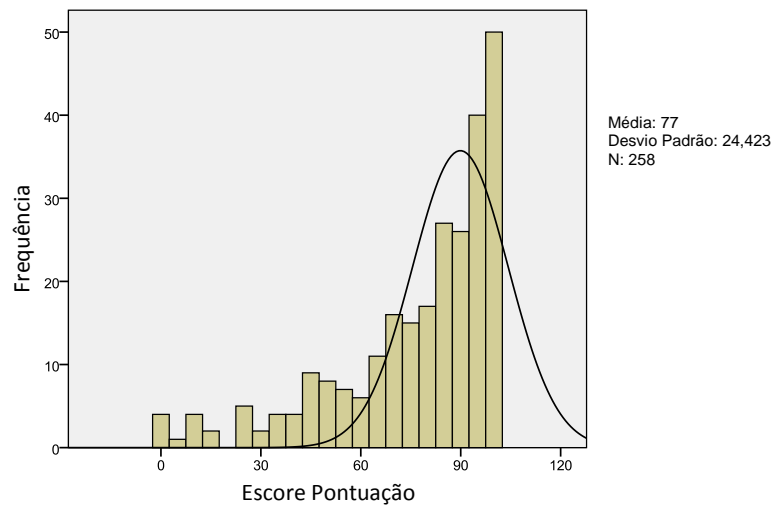


Gráfico 1 - Histograma FF – Função Física

Fonte: Dados da Pesquisa.

No Gráfico 2 está a representação do Desempenho Físico, a média é de 71,9 pontos e o desvio padrão de 35,767. Curva assimétrica negativa (-, 985) e curtose negativa (-,483) denominada platicúrtica.

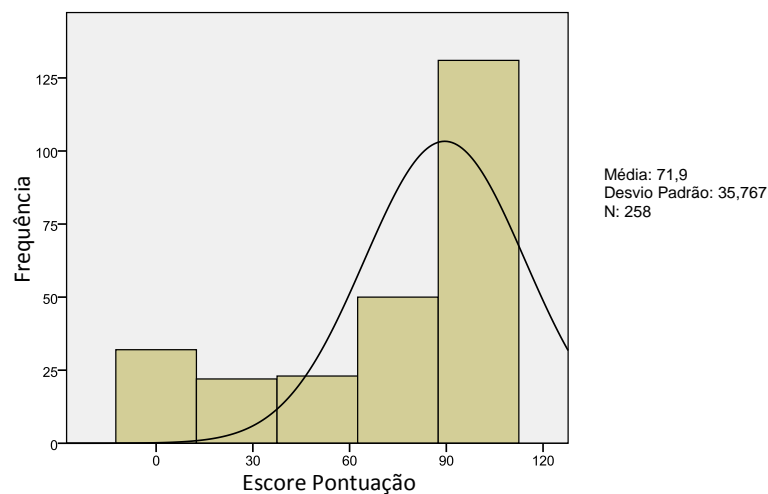


Gráfico 2 - Histograma DF – Desempenho Física

Fonte: Dados da Pesquisa.

No Gráfico 3 está a representação da Dor Corporal, com uma média de 63,9 pontos e desvio padrão 23,325. Distribuição assimétrica negativa (-, 35), com curtose negativa (-, 752), denominada platicúrtica. No entanto, na Dimensão Dor Corporal, apesar de assimetria e curtose serem negativas, observa-se que a curva de distribuição de frequências está mais próxima de zero em relação às demais dimensões. Significa que na amostra há uma distribuição mais igualitária entre os

idosos com baixos escores de pontuação e para esta dimensão, pior percepção no seu estado de saúde.

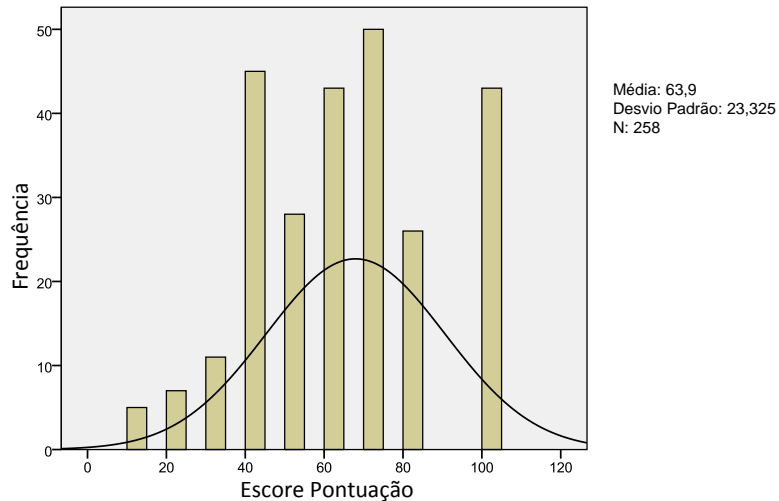


Gráfico 3 - Histograma DC – Dor Corporal

Fonte: Dados da Pesquisa.

No Gráfico 4, representação da Saúde Geral, a média é de 67,97 pontos e desvio padrão 19,478. A assimetria é negativa (-,408) e a curtose negativa (-,685), denomina-se como curva platicútica.

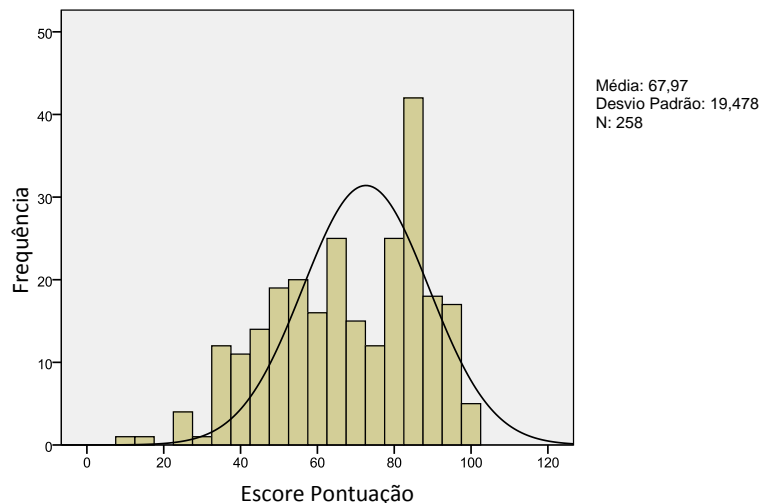


Gráfico 4 - Histograma SG – Saúde Geral

Fonte: Dados da Pesquisa.

No Gráfico 5, representação do Desempenho Emocional, a média é 75,56 e o desvio padrão 35,055. A assimetria é negativa (-1,137) e a curtose negativa (-, 142). A curva é platicúrtica e apresenta diferenciação em relação às demais dimensões, em função da mediana e moda terem apresentado escore igual a 100.

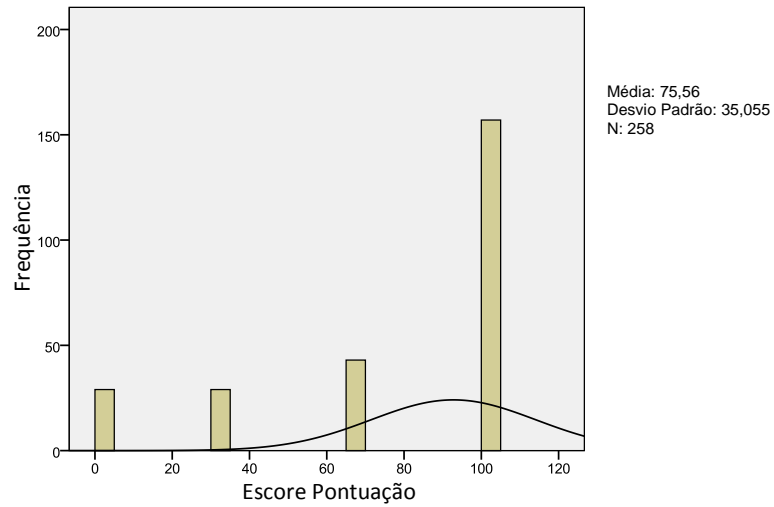


Gráfico 5 - Histograma DE – Desempenho Emocional

Fonte: Dados da Pesquisa.

No Gráfico 6, representação da Função Social, a média é 83,87 e o desvio padrão 19,914. A assimetria negativa (-1,268) e curtose positiva (1,111). Curva leptocúrtica.

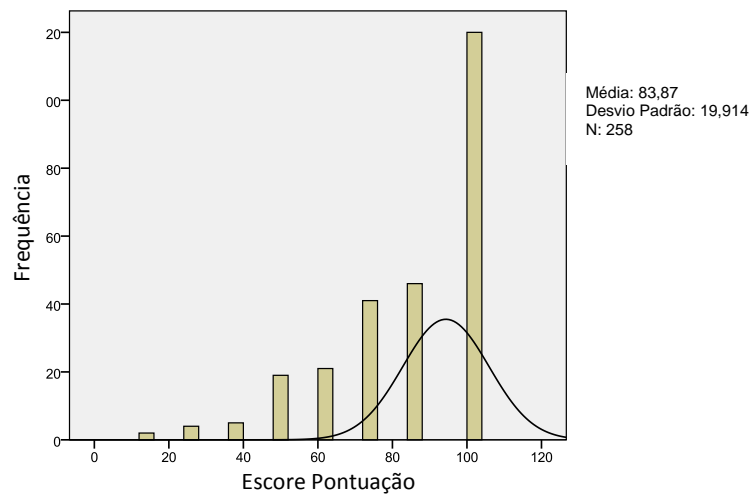


Gráfico 6 - Histograma FS – Função Social

Fonte: Dados da Pesquisa.

No Gráfico 7, representação da Vitalidade, a média é de 69,11 pontos e o desvio padrão de 18,551. Também apresenta uma assimetria negativa (-, 615) e a curtose é positiva (-, 275). A curva é denominada leptocúrtica.

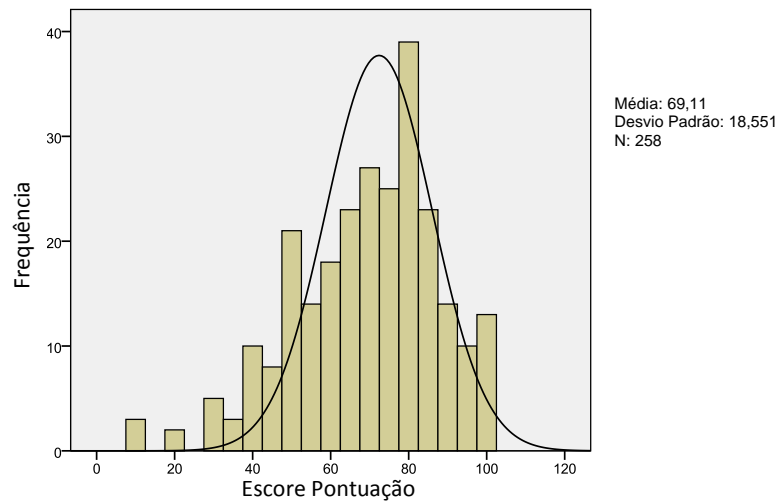


Gráfico 7 - Histograma V – Vitalidade

Fonte: Dados da Pesquisa.

No Gráfico 8, representação da Saúde Mental, a média é 73,83 e o desvio padrão 18,39. Caracteriza-se também como curva assimétrica negativa (-, 692) e curtose negativa (-0,20) denominada platicúrtica.

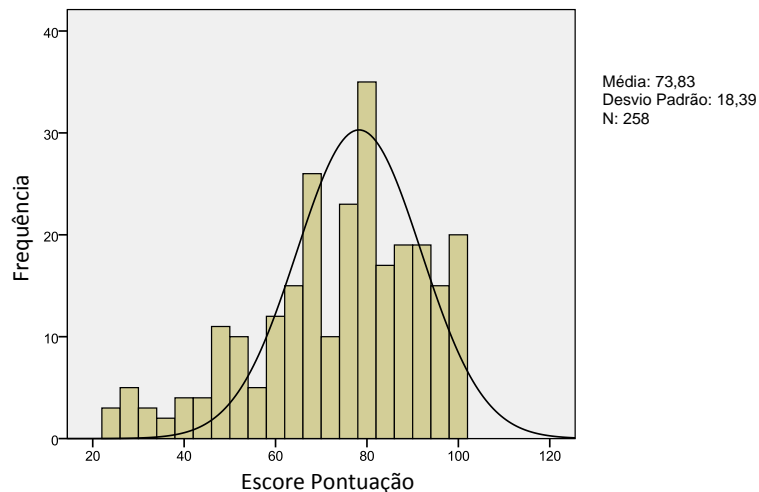


Gráfico 8 - Histograma SM – Saúde Mental

Fonte: Dados da Pesquisa.

Em relação às medidas de dispersão, é importante destacar ainda que as dimensões que apresentaram desvios padrão mais elevados foram: Desempenho Físico e Desempenho Emocional, evidenciando que houve maior variação nas respostas dos entrevistados em tais dimensões.

Através da análise dos histogramas, assimetria e curtose, foram verificados comportamentos diferenciados e resultados que se desviam do padrão comum, não se tendo verificado o pressuposto da normalidade para a amostra. Neste caso utilizou-se em alternativa o teste de comparação não paramétrico, teste KS – Kolmogorov-Smirnov, para cada uma das dimensões integrantes dos Componentes Físico e Mental, conforme apresentação dos dados na tabela 16.

Tabela 16 - Teste de Normalidade da Amostra Kolmogorov-Smirnov

Teste para Uma Amostra Kolmogorov-Smirnov		Escore FF	Escore DF	Escore Dor Corporal	Escore Saúde Geral	Escore DE	Escore FS	Escore Vitalidade	Escore SM
n		258	258	258	258	258	258	258	258
Parâmetros Normais ^{a,b}	Média	77,00	71,90	63,90	67,97	75,56	83,87	69,11	73,83
	Desvio Padrão	24,423	35,767	23,325	19,478	35,055	19,914	18,551	18,390
Diferenças mais extremas	Absoluta	,183	,292	,106	,146	,366	,256	,105	,121
	Positiva	,173	,216	,099	,069	,243	,209	,052	,077
	Negativa	-,183	-,292	-,106	-,146	-,366	-,256	-,105	-,121
Kolmogorov-Smirnov Z		2,935	4,686	1,700	2,351	5,874	4,115	1,690	1,937
Sig*. (bi-caudal)		,000	,000	,006	,000	,000	,000	,007	,001

a. Distribuição do Teste é normal.

b. Calculado para Dados.

Fonte: Dados da Pesquisa. *Significância > 0,05 Dados normais.

Nas tabelas seguintes apresentam-se as estatísticas descritivas das oito dimensões pelo total e por País.

Na tabela 17, os maiores escores de pontuação encontrados no total de idosos entrevistados estão nas dimensões Função Social e Função Física com médias 83,87 e 77,00, respectivamente. Das oito dimensões analisadas cinco delas apresentam médias superiores a 70,00: Função Social, Função Física, Desempenho Emocional, Saúde Mental e Desempenho Físico, com melhores escores para Qualidade de Vida. Os piores escores ficaram para as dimensões Dor Corporal e Saúde Geral, 63,90 e 67,97, respectivamente.

Para o detalhamento das medidas de estatística descritiva foi realizado o cálculo das três principais medidas de tendência central: Média, Mediana e Moda de cada Dimensão. Estas medidas procuram localizar o centro dos dados, representam a todos e a concentração dos mesmos.

Tabela 17 - **A11 Medidas de Tendência Central das Dimensões dos Componentes Físico e Mental**

	Score FF	Score DF	Score Dor Corporal	Score Saúde Geral	Score DE	Score FS	Score Vitalidade	Score SM
Média	77,00	71,90	63,90	67,97	75,56	83,87	69,11	73,83
Mediana	85,00	100,00	61,00	70,00	100,00	87,00	70,00	76,00
Moda	100	100	100	85	100	100	80	80
Base	258	258	258	258	258	258	258	258

Fonte: Dados da Pesquisa.

Todas as Médias são menores que a Mediana ou a Moda, portanto tem Assimetria Negativa. O valor da Média depende do valor de todas as observações enquanto Mediana e Moda o que está em causa é a frequência dos resultados. É interessante ainda destacar que nas dimensões: Função Física, Desempenho Físico e Desempenho Emocional apresentaram o valor mínimo de 0 (zero) pontos e observando as medidas de dispersão (desvio padrão e variância), verifica-se que a maior variação na pontuação das respostas ficou entre as dimensões Desempenho Físico e Desempenho Emocional, conforme análise da tabela 18 e comentado anteriormente, o desvio padrão é a medida de dispersão mais utilizada e assemelhando-se a média depende do valor de todas as observações podendo ser fortemente enviesado quando apresenta alguns valores extremos (PINTO, 2009, p.32-48).

Tabela 18 - **Estatística Descritiva das oito Dimensões - Total**

Dimensões	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Variância	Assimetria	Curtose
Função Física	258	0	100	77,00	24,423	596,486	-1,334	1,207
Desempenho Físico	258	0	100	71,90	35,767	1279,258	-,985	-,483
Dor Corporal	258	10	100	63,90	23,325	544,052	-,035	-,752
Saúde Geral	258	10	100	67,97	19,478	379,403	-,408	-,685
Desempenho Emocional	258	0	100	75,56	35,055	1228,823	-1,137	-,142
Função Social	258	12	100	83,87	19,914	396,558	-1,268	1,111
Vitalidade	258	10	100	69,11	18,551	344,144	-,615	,275
Saúde Mental	258	24	100	73,83	18,390	338,181	-,692	-0,20

Fonte: Dados da Pesquisa.

Na Tabela 19, em que são analisados os escores dos entrevistados idosos em Nisa/Portugal, as maiores pontuações estão nas dimensões: Função Social e Desempenho Emocional com médias de 82,03 e 76,12, respectivamente. São encontrados escores acima de 70,00 em cinco dimensões: Função Social,

Desempenho Emocional, Função Física, Desempenho Físico e Saúde Mental, melhores escores para Qualidade de Vida. Os piores escores estão nas dimensões: Dor Corporal (59,41), Saúde Geral (62,13) e Vitalidade (64,69).

Tabela 19 - Estatística Descritiva das oito Dimensões – Portugal

Dimensões	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Variância	Assimetria	Curtose
Função Física	129	0	100	75,12	26,747	715,416	-1,332	,954
Desempenho Físico	129	0	100	73,84	35,336	1248,637	-1,063	-,335
Dor Corporal	129	10	100	59,41	23,926	572,431	,246	-,838
Saúde Geral	129	10	100	62,13	17,631	310,850	-,184	-,446
Desempenho Emocional	129	0	100	76,12	37,135	1379,016	-1,203	-,171
Função Social	129	12	100	82,03	21,182	448,687	-1,230	1,132
Vitalidade	129	10	100	64,69	17,971	322,950	-,176	-,248
Saúde Mental	129	24	100	71,10	20,465	418,810	-,467	-,575

Fonte: Dados da Pesquisa

Na tabela 20, em que são analisados os escores dos entrevistados idosos em Florianópolis/Brasil, as maiores pontuações estão nas dimensões: Função Social e Função Física com 85,71 e 78,88, respectivamente. Das oito dimensões analisadas seis apresentam médias superiores a 70,00, Função Social, Função Física, Saúde Mental, Desempenho Emocional, Saúde Geral e Vitalidade com melhores escores para Qualidade de Vida. Os escores com menores pontuações nas dimensões: Desempenho Físico (69,96) e Dor Corporal (68,39).

Tabela 20 - Estatística Descritiva das oito Dimensões – Brasil

Dimensões	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Variância	Assimetria	Curtose
Função Física	129	5	100	78,88	21,797	475,094	-1,202	,981
Desempenho Físico	129	0	100	69,96	36,226	1312,303	-,924	-,586
Dor Corporal	129	10	100	68,39	21,893	479,317	-,287	-,279
Saúde Geral	129	15	100	73,80	19,553	382,334	-,852	-,199
Desempenho Emocional	129	0	100	75,00	32,979	1087,594	-1,061	-,100
Função Social	129	25	100	85,71	18,459	340,725	-1,268	,796
Vitalidade	129	10	100	73,53	18,129	328,673	-1,176	,1924
Saúde Mental	129	24	100	76,56	15,658	245,186	-,852	,780

Fonte: Dados da Pesquisa.

A fim de comparar o desempenho dos idosos quanto a sua saúde física e mental nos dois Países em estudo, optou-se por apresentar um gráfico de colunas

comparando as pontuações médias. No eixo horizontal (abscissa), são analisadas as oito dimensões e no eixo vertical (ordenada), as pontuações médias de 0 a 100.

Desta forma, pode-se observar através do gráfico 9 que as dimensões em que os idosos de Florianópolis/Brasil tiveram melhor desempenho foram: Função Física, Dor Corporal e Saúde Geral (Componente Físico) e no Componente Mental: Função Social, Vitalidade e Saúde Mental. A única dimensão na qual os idosos de Nisa/Portugal apresentaram resultado superior na pontuação média foi Desempenho Físico. Destaca-se que a dimensão Desempenho Emocional, foi a única que apresentou média muito similar entre os dois Países, denotando que tanto brasileiros como portugueses apresentam um bem estar psicológico.

As médias de pontuação também representadas no gráfico 9 direcionam a conclusão de que tanto as dimensões relacionadas ao Componente Físico quanto ao Componente Mental dos idosos que residem em Florianópolis/Brasil, estão superiores as dos idosos que residem em Nisa/Portugal.

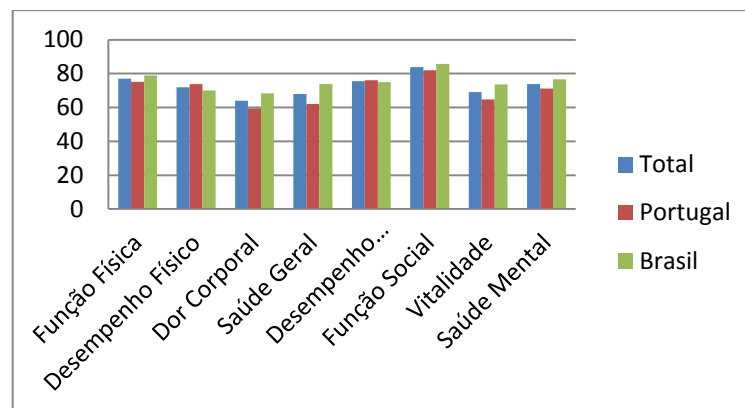


Gráfico 9 - Comparativo do SF36 por Total e País

Fonte: Dados da Pesquisa. Base: 258 entrevistados

Ao fazer o comparativo por gênero do entrevistado, mesmo os homens estando em menor número na amostra, apresentam pontuações médias superiores as das mulheres em todas as dimensões avaliadas, conforme gráfico 10.

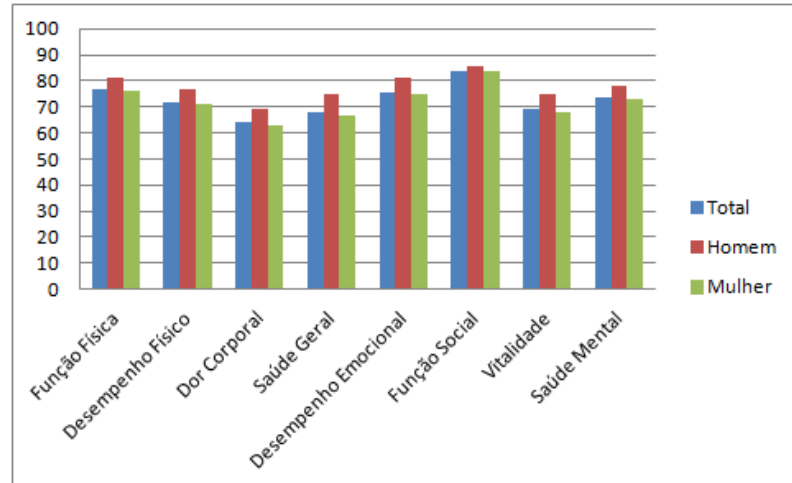


Gráfico 10 - Comparativo do SF-36 por Total e Gênero

Fonte: Dados da Pesquisa. Base: 219 mulheres e 39 homens.

Ao fazer a avaliação por faixa etária, gráfico 11, verificou-se que os idosos com idade entre 60 e 64 anos, considerados idosos de meia idade, têm maiores pontuações que os demais nas dimensões: Função Física, Desempenho Físico, Desempenho Emocional, Função Social e Saúde Mental. Interessante destacar que os considerados idosos-jovens, com idade entre 65 e 74 anos, não apresentaram desempenho superior nas pontuações em nenhuma das dimensões. Já os idosos com idade entre 75 e 84 anos, considerados idosos-idosos possuem maior pontuação que os demais apenas na dimensão Função Física. Curioso destacar ainda que os idosos/velhos, com idade entre 85 e 99 anos, apresentaram desempenho superior nas pontuações médias das dimensões: Dor Corporal e Saúde Geral. Contudo deve-se considerar que foram entrevistados apenas 4 (quatro) idosos dentro dessa faixa etária e é possível que estes selecionados possuíssem uma boa condição de saúde.

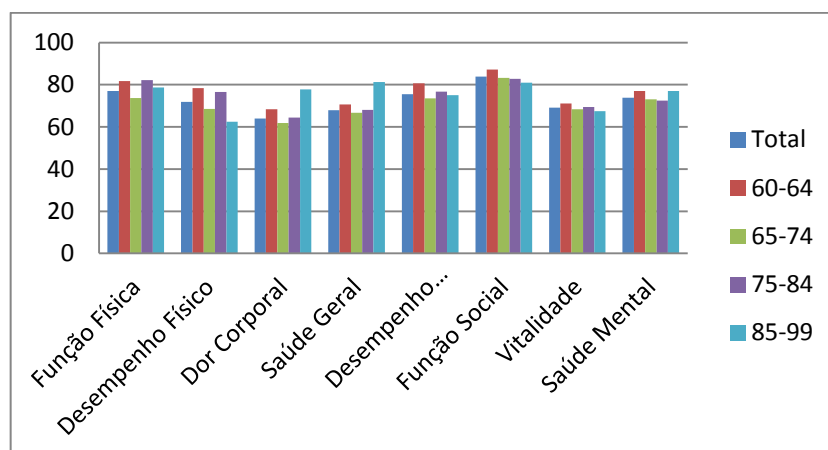


Gráfico 11 - Comparativo do SF-36 por Total e Faixa Etária

Base: 52 (60-64 anos), 153 (65-74 anos), 49 (75-84 anos) e 4 (85-99 anos).

5.7 COMPARATIVO POR PAÍS

O teste de Mann-Whitney é a alternativa mais comum ao teste t para amostras independentes e não paramétricas. Pode-se utilizar este teste para testar a hipótese nula que afirma que as médias populacionais são as mesmas para os dois grupos.

Desta forma, com base nos resultados do teste Mann-Whitney, pode-se afirmar que existe diferença estatisticamente significativa entre as médias das dimensões Dor Corporal, Saúde Geral e Vitalidade, pois apresentam valores de $p < 0,05$, podendo-se afirmar que os entrevistados idosos em Florianópolis/Brasil estatisticamente apresentam melhor desempenho que os entrevistados idosos em Nisa/Portugal nessas três dimensões (Tabela 21).

Tabela 21 - Teste Mann-Whitney das oito Dimensões por País

Dimensões	Média Portugal	Média Brasil	Teste Mann-Whitney
Função Física	75,12	78,88	,397
Desempenho Físico	73,84	69,96	,257
Dor Corporal	59,41	68,39	,001*
Saúde Geral	62,13	73,80	,000*
Desempenho Emocional	76,12	75,00	,329
Função Social	82,03	85,71	,179
Vitalidade	64,69	73,53	,000*
Saúde Mental	71,10	76,56	0,17

Fonte: Dados da Pesquisa. **Nota.***Valores de $p < 0,05$ e portanto denotam que existem diferenças significativas entre as médias dos países.

5.8 COMPARATIVO POR GÊNERO

O teste para verificar a existência da diferença entre os grupos também foi realizado por gênero para cada uma das oito Dimensões e os resultados para as dimensões: Saúde Geral e Vitalidade demonstram diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos entrevistados idosos homens e mulheres, sendo $p < 0,05$ e, portanto, nestas dimensões os idosos homens possuem melhores desempenhos que as mulheres.

Tabela 22 - Teste Mann-Whitney das oito Dimensões por Sexo

Dimensões	Média Homem	Média Mulher	Teste Mann-Whitney
Função Física	81,03	76,28	,147
Desempenho Físico	76,92	71,00	,280
Dor Corporal	68,92	63,00	,095
Saúde Geral	74,62	66,78	,010*
Desempenho Emocional	81,05	74,58	,330
Função Social	85,72	83,54	,981
Vitalidade	74,87	68,08	,030*
Saúde Mental	77,74	73,13	,320

Fonte: Dados da Pesquisa. **Nota.** Valores de $p < 0,05$ e, portanto denotam que existem diferenças significativas entre as médias de homens e mulheres.

5.9 COMPARATIVO POR FAIXA ETÁRIA

O teste H Kruskal-Wallis é a versão não-paramétrica para medições da ANOVA de um fator independente. Esse teste é utilizado quando se tem mais de duas amostras independentes e pode-se assumir que elas são de populações com o mesmo formato, não necessariamente Normal. O teste H de Kruskal-Wallis pode ser usado com dados ordinais, intervalares ou proporcionais. Como neste caso pretende-se comparar os grupos de faixa etária da amostra, que são mais de dois, esse é o teste mais adequado (POCINHO, 2010). Sendo assim, estabelece-se a hipótese nula e a hipótese 1.

$H_0: \mu_1 = \mu_2 = \mu_3 = \mu_4$ (as medianas de todos os grupos de idade são iguais).

$H_1: \mu_i \neq \mu$ pelo menos para um i (pelo menos uma das medianas é diferente das demais).

μ_i - mediana de cada grupo e μ - mediana de todos os grupos.

Como todos os valores de significância são superiores a 0,05, se aceita a hipótese nula de que as medianas de todos os grupos de idade são iguais.

Tabela 23 – Teste Kruskal-Wallis das oito Dimensões por Faixa Etária

	Escore FF	Escore DF	Escore Dor Corporal	Escore Saúde Geral	Escore DE	Escore FS	Escore Vitalidade	Escore SM
Qui-quadrado	7,239	3,386	3,927	3,594	1,747	2,603	,958	1,214
gl	3	3	3	3	3	3	3	3
Sig.	,065	,336	,269	,309	,627	,457	,811	,750

Fonte: Dados da Pesquisa. **Nota.***a Teste de Kruskal-Wallis b Variable de agrupación: P3 (faixa etária). Como $p\text{-value} > 0,05$ se aceita a hipótese nula que afirma que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o escore das dimensões e os quatro grupos de faixa etária.

5.10 TESTE T - STUDENT DA HIPÓTESE NULA

Conforme justificativa apresentada na metodologia será, adotado como valor do teste, a pontuação igual ou diferente de 70 pontos. As hipóteses formuladas para o Componente Físico são:

H0: O escore médio do Componente Físico é igual a 70.

H1: O escore médio do Componente Físico difere de 70.

Tabela 24 – **Estatística Descritiva para Componente Físico**

Media_CF	n	Média	Desvio Padrão	Erro Típico da Média
	258	70,3450	19,56037	1,21778

Fonte: Dados da Pesquisa.

Na estatística descritiva observa-se conforme tabela 24 que a média do Componente Físico é 70,34 pontos com valor de $p=0,777$ (tabela 25) e, portanto maior que 0,05, aceitando-se então a hipótese nula de que o componente físico tem escore médio igual a 70 pontos.

Tabela 25 – **Teste t para Uma Amostra Componente Físico**

Media_CF	Valor do teste = 70					
	t		Sig. (bilateral)	Diferença Superior de médias	95% Intervalo de confiança para a diferença	
	Inferior	Superior			Inferior	Superior
	,283	257	,777	,34496	-2,0531	2,7431

Fonte: Dados da Pesquisa. **Nota.** O nível de significância é superior a 0,05 ($p>0,05$) pelo que se aceita a hipótese nula que afirma que o escore médio do componente físico é igual a 70

Para o Componente Mental também foram formuladas as seguintes hipóteses:

H0: O escore médio do Componente Mental é igual a 70.

H1: O escore médio do Componente Mental difere de 70.

Neste caso os resultados diferem do Componente Físico e conforme tabela 26 a média do Componente Mental é de 75,7 pontos e na tabela 27, o nível de significância observado tem valor igual a zero ($p=0,000$), portanto, permite rejeitar a hipótese nula de que o escore médio do Componente Mental é igual a 70, sendo este diferente e superior a 70 pontos

Tabela 26 – Estatística Descritiva para Componente Mental

Media_CM	n	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média
	258	75,7016	17,88267	1,11333

Fonte: Dados da Pesquisa.

Tabela 27 – Teste *t* para Uma Amostra Componente Mental

Media_CM	t		Sig. (bilateral)		95% Intervalo de confiança para a diferença	
	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior
	5,121	257	,000*	5,70155	3,5091	7,8940

Fonte: Dados da Pesquisa. **Nota.***O nível de significância é inferior a 0,05 ($p < 0,05$) pelo que se rejeita a hipótese nula e desta forma verifica-se que o escore médio do componente mental difere de 70.

Buscou-se ainda testar a diferença dos escores médios dos dois Componentes: Físico e Mental. Para isso foram estabelecidas as seguintes hipóteses:

H0: O escore médio do Componente Físico é igual ao escore Médio do Componente Mental.

H1: O escore médio do Componente Físico é diferente do escore Médio do Componente Mental.

O teste *t* para amostras relacionadas permite comparar as médias das duas variáveis, Componente Físico e Componente Mental. O resultado do teste confirma que há diferenças entre o escore médio do Componente Físico e Mental, conforme tabela 28. Tal resultado conduz a conclusão de que o Componente Físico apresenta escore médio inferior ao Componente Mental. Além disso, conforme tabela 29, observa-se que existe correlação entre os dois componentes, 0,685.

Tabela 28 – Estatística Descritiva para Duas Amostras Relacionadas (CF e CM)

Componentes	Média	n	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média
Media_CF	70,3450	258	19,56037	1,21778
Media_CM	75,7016	258	17,88267	1,11333

Fonte: Dados da Pesquisa.

Tabela 29 – Correlação entre Componente Físico e Mental

Média dos Componentes	n	Correlação	Sig.
Média_CF e Média_CM	258	,685	,000

Fonte: Dados da Pesquisa.

Tabela 30 – Teste t para Amostras Relacionadas (CF e CM)

Componentes	Diferenças relacionadas				t	gl	Sig. (bilateral)	
	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média	95% Intervalo de confiança para a diferença				
	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior
Media_CF - Media_CM	-5,35659	14,94649	,93053	-7,18902	-3,52416	-5,757	257	,000*

Fonte: Dados da Pesquisa. **Nota.***O nível de significância é inferior a 0,05 ($p < 0,05$) pelo que se rejeita a hipótese nula. Desta forma, verifica-se que o escore médio do Componente Físico é diferente do escore médio do Componente Mental, sendo este superior.

É importante ressaltar que os idosos estudados demonstram uma melhor percepção do seu estado de saúde e qualidade de vida em relação ao Componente Mental comparado ao Componente Físico.

5. 11 DIFERENÇAS ENTRE OS COMPONENTES FÍSICO E MENTAL

Os gráficos 11 e 12 a seguir apresentam os percentuais de respostas que obtiveram escore médio maior e menor que 70 pontos em relação ao Componente Físico e Mental. Verifica-se, conforme gráfico 11, que 52% dos entrevistados obtiveram pontuação igual ou superior a 70 pontos.

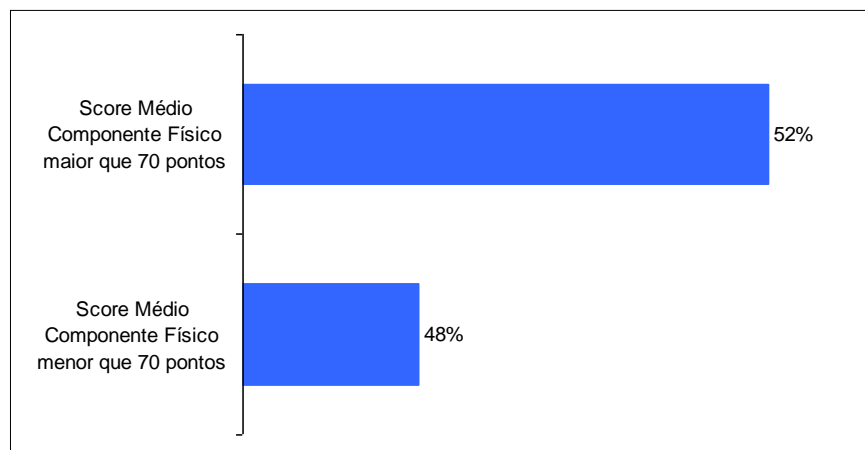


Gráfico 11 - Score do Componente Físico Maior e Menor que 70 pontos

Fonte: Dados da Pesquisa. Base: 258 entrevistados.

Já no Componente Mental, verifica-se que 73% obtiveram escore médio igual ou superior a 70 pontos, evidenciando novamente que o Componente Mental

apresentou melhor resultado na percepção do estado de saúde do idoso do que o Físico.

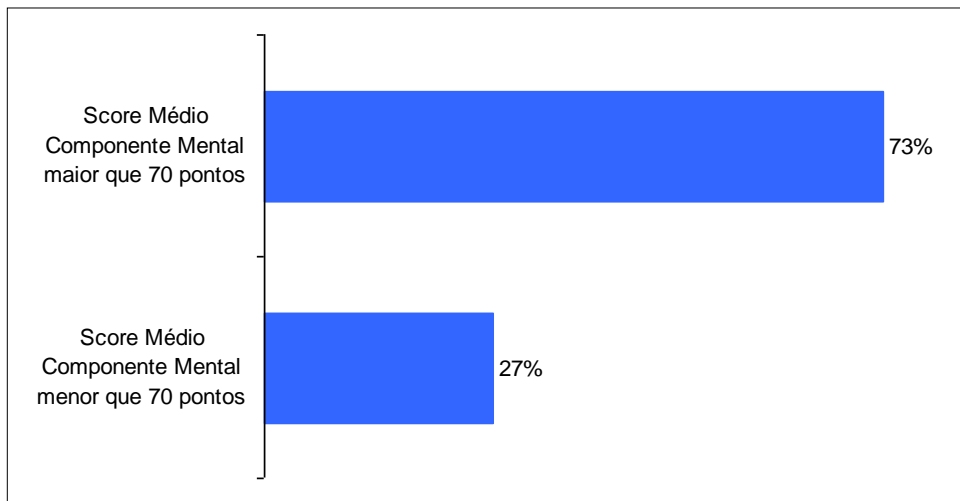


Gráfico 12 - Escore do Componente Mental Maior e Menor que 70 pontos

Fonte: Dados da Pesquisa. Base: 258 entrevistados.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao iniciar a discussão dos resultados deste estudo, deve-se considerar o fato da população em estudo ser uma amostra por conveniência da pesquisadora de indivíduos idosos que participam de Programas de Atividade Física Públicos, em Países e cidades distintas, Nisa/Portugal e Florianópolis/Brasil. Sendo assim, estes resultados podem ser generalizados para estes grupos e não para a população total de idosos dos dois Países em estudo.

Os idosos estudados são, na maioria, mulheres representando 84,88% da amostra sendo que 55,7% são portuguesas e 44,3% são brasileiras. Os homens estão representados em 15,11% e destes 82% são brasileiros e 18% são portugueses. A idade média dos idosos da pesquisa é de 69,56 anos e 5,74 é o desvio padrão da idade. A feminização do envelhecimento, as estimativas para idade média e a participação das mulheres em estudos referentes ao envelhecimento são sempre em maior número, características também encontradas em outros estudos (INE, 2010; IBGE, 2010; FREITAS; SCHEIDER, 2010; DUARTE et al., 2005; AIDAR et al., 2007; MATSUDO et al., 2001; BRITTO et al., 2008; WELLMAN et al., 2007; FARENZENA, 2007; CELICH, 2007; ARANHA et al., 2005; MOREIRA, 1998).

Em Portugal, segundo o Instituto Nacional de Estatística, no ano de 2007, para cada cinco indivíduos com 75 anos ou mais, pelo menos três eram mulheres, no Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2009, dos 21 milhões de idosos, 55,8% são mulheres. Segundo a autora Spirduso (2005), em todo o mundo as mulheres vivem quatro a dez anos a mais que os homens e muitas explicações podem ser elencadas como fatores hormonais, genéticos, comportamentais e sociais, mas ainda não há qualquer consenso satisfatório publicado.

Outra característica encontrada na população em estudo está relacionada à faixa etária. A maioria dos entrevistados idosos, 59,3%, está na faixa etária de 65 a 74 anos, sendo que 61,2% na cidade de Nisa/Portugal e 57,4% na cidade de Florianópolis/Brasil. Segundo a classificação cronológica definida pela Organização Mundial de Saúde em 1991, a idade adulta subdivide-se em quatro estágios: meia idade (45 a 59 anos), idoso (60 a 74 anos), ancião (75 a 90 anos) e velhice extrema (acima de 90 anos). Em 1995, Spirduso adota outra classificação cronológica,

baseada no número crescente de norte americanos mais idosos que em razão do seu estilo de vida mais ativo apresentavam comportamentos semelhantes a pessoas de meia idade ou adultos jovens, com boa saúde para as idades descritas como idosas. Assumiu-se a categorização cronológica em cinco estágios: meia idade (60 a 64 anos), idoso jovem (65 a 74 anos), idoso (75 a 84 anos), idoso idoso (85 a 99 anos) e idoso velho (acima de 100 anos). Nota-se que a maioria dos entrevistados idosos classifica-se cronologicamente em idosos em ambos os Municípios em estudo. Relativamente às idades mais longevas neste estudo encontramos somente participantes em Florianópolis/ Brasil com 3,1 % dos entrevistados idosos na faixa etária de idoso idoso (85 a 99 anos). A maioria destes entrevistados idosos eram homens. Chama atenção este dado uma vez que a estimativa populacional para Florianópolis/Brasil nesta faixa etária de 85 a 99 anos, existem mais mulheres que homens, aproximadamente 2.120 mulheres para 795 homens, segundo censo populacional realizado em 2010 (IBGE,2010).

É importante observar, neste estudo, que o aumento da idade cronológica não tem influência para a pior Qualidade de Vida. Supomos que este fato possa estar relacionado ao bem-estar físico, mental e comportamental no processo de envelhecimento dos idosos deste estudo que são favorecidos por estarem participando de Programas relacionados ao envelhecer ativo através da prática do exercício físico, da promoção da saúde e Qualidade de Vida. As evidências epidemiológicas descritas no estudo de Matsudo et al. (2001) relacionam o exercício físico a mortalidade e a longevidade e que quanto maior o nível de atividade física menores os riscos para eventos cardiovasculares e doenças respiratórias. As evidências epidemiológicas também apontam um decréscimo da saúde física com o aumento da idade cronológica com perdas de massa óssea, perda da flexibilidade, agilidade e amplitude dos movimentos que são fortemente modificados e restringidos, se exercícios não forem realizados regularmente (MATSUDO et al., 2001; SPIRDUSO, 2005).

Dentre as idades organizadas por faixa etária, como já comentado no presente estudo, não houve diferenças nos resultados encontrados. Este fato, para alguns autores, é descrito como Coortes de nascimento, pois é provável que todas as pessoas que nasceram na mesma época possivelmente viveram os mesmos acontecimentos mundiais, mas com reações individuais e diferentes quanto às mudanças nos aspectos ambientais, culturais, de gênero, os acontecimentos

políticos, as dificuldades e oportunidades sociais, as perdas familiares, os desastres naturais e as crises ou recessões econômicas mundiais.

Em relação à Qualidade de Vida avaliada através do instrumento SF36 o melhor escore de Qualidade de Vida observado foi na dimensão Função Social, com média 80, em ambas as cidades tanto nos entrevistados idosos homens quanto nas mulheres, característica que corrobora com grande parte de estudos pesquisados (MISHRA; GAEL, 2011; TOSCANO; OLIVEIRA, 2009; PIMENTA; SIMIL et al., 2008; ARANHA MIRÓN et al., 2006; FERREIRA, 1998; CICCONELLI; FERRAZ et al., 1999). Entrevistados idosos homens também apresentaram maiores escores, acima de 80, nas dimensões Função Física e Desempenho Emocional com consequente melhor Qualidade de Vida em relação às mulheres com escores de 76 e 74, respectivamente. As dimensões e estes aspectos foram relatados em outros estudos. Toscano e Oliveira (2009) destacam em seu estudo a dimensão Função Social com média 80 e cita Farquhar, que refere que os contatos sociais entre os idosos demonstram ser componentes valiosos para boa Qualidade de Vida quanto ao status saúde. Conforme o estudo de Pimenta, Simil et al. (2008) o sexo masculino está relacionado a maiores escores nas dimensões Função Física, Desempenho Físico, Dor Corporal, Função Social, Vitalidade e Saúde Mental com melhor avaliação de Qualidade de Vida. Também no estudo citado as mulheres consideraram sua saúde pior quando comparada aos homens. Em estudo com grupo de idosos e avaliação da Qualidade de Vida, Farenzena (2007) postula alguns outros estudos em que a variável gênero também apresentou influência significativa e as mulheres estavam relacionadas a baixos escores de Qualidade de Vida. As características dos entrevistados idosos do presente estudo no que se referem as oito dimensões do instrumento SF36 analisadas por cidades/países apresentam diferenças estatisticamente significativas nas dimensões: Dor Corporal, Saúde Geral e Vitalidade com os entrevistados idosos em Florianópolis/Brasil com melhores escores de Qualidade de Vida que os entrevistados idosos em Nisa/ Portugal.

Quando as oito dimensões foram analisadas entre o grupo de entrevistados idosos homens e mulheres a população em estudo também apresentou diferenças estatisticamente significativas nas dimensões: Saúde Geral e Vitalidade em que os homens apresentam melhores escores de Qualidade de Vida que as mulheres, como já citado. A importância da nossa vida física, a manutenção das capacidades funcionais e o desempenho para um envelhecimento ativo são aspectos enfatizados

pela autora Spirduso (2005). Também acredita que a função física é central para a maioria das nossas atividades e que a nossa saúde física, competência e eficiência permeia todos os aspectos da vida e tem um papel relevante na determinação da Qualidade de Vida durante o processo de envelhecimento.

Na população em estudo, os escores de pontuação para a dimensão Dor Corporal estão estimados em 60 tanto nos homens quanto nas mulheres e este resultado pode sofrer baixa considerável caso a condição física não seja mantida ou esteja limitada, desta forma corroborando para um declínio ainda maior da Qualidade de Vida. Ainda concordando com Spirduso (2005) sobre a importância da saúde física e o bem-estar, se vivermos muitos anos que seja com melhor Qualidade de Vida mantendo as capacidades vitais e funcionais de flexibilidade, massa óssea, peso corporal, massa muscular e capacidade aeróbia. No estudo de Farenzena (2007) a importância da saúde física também é citada como um fator preditor de uma boa Qualidade de Vida. Conforme Gonçalves, Martin, Guedes et al. (2006) a promoção da Qualidade de Vida nas etapas do envelhecimento devem estar estruturadas com critérios multidimensionais a partir da melhora da função da saúde física, da manutenção de uma rede social e a promoção de atividades significativas. Na perspectiva do envelhecimento ativo enfatiza a importância dos idosos no contributo social através das trocas de experiências intergerações, no fortalecimento das relações familiares até a participação efetiva das Políticas Macro para Promoção de Saúde e Qualidade de Vida.

É importante ressaltar e conforme já citado, que a questão número dois do instrumento SF36 não faz parte do cálculo de nenhum Componente sendo utilizada para avaliar o quanto o entrevistado idoso classifica se a saúde está melhor ou pior comparada há um ano. Neste estudo 74% do total de entrevistados idosos classificaram positivamente sua saúde, pois se sobressaem as respostas um pouco melhor e muito melhor comparadas há um ano. Assim, pode-se pressupor e considerar a importância para estes idosos que estão participando deste estudo em manter exercícios físicos sistemáticos e regulares de forma a suavizar o declínio físico com o avançar da idade e melhorar os aspectos psicológicos e a percepção de bem estar. Este resultado também leva-nos a considerar o impacto positivo da intervenção através do exercício físico, estratégia adotada nas duas cidades/países em estudo, Nisa/Portugal e Florianópolis/Brasil. Em estudo descritivo exploratório realizado por Benedetti (2007) em que programas de atividades físicas para idosos

são apresentados em diferentes contextos: Florianópolis/Brasil, Porto e Coimbra/Portugal, Oleiros e região da Galícia/Espanha, Terranueva Bracciolini/Itália e Maisach/Alemanha denotou-se a importância da participação social dos idosos, o envolvimento com sua saúde e o reconhecimento da necessidade de modificação no estilo de vida através da adoção de práticas saudáveis e melhor Qualidade de Vida. Entre os aspectos mais relevantes do estudo de Benedetti (2007), está a origem multiprofissional das Políticas Públicas para o Lazer e Saúde na Europa. Os Programas são vinculados às Secretarias da Assistência Social, Desporto e Saúde. Em Portugal desde 1997 na cidade do Porto e em 2002 na cidade de Coimbra, os Programas de Atividade Física para Idosos são oferecidos gratuitamente da mesma forma que em Lares e Centros Dias com grande variedade de exercícios para opção dos idosos participantes. Esta característica também é encontrada na cidade de Nisa/Portugal desde o ano de 2008 e em Florianópolis/ Brasil a partir do estudo de Benedetti em 2007. Quanto às questões multiprofissionais é na prática que encontramos as fragilidades, pois os recursos humanos devem ser dimensionados e qualificados bem como espaços físicos adequados. Os profissionais da área da saúde que trabalham com idosos necessitam compreender a natureza do envelhecimento físico, os aspectos psicológicos, mentais e sociais e para além de evitar doenças combinar a promoção de saúde através de estratégias políticas saudáveis, comunitárias, individuais e intersetoriais. Outra fragilidade, já citada, são os espaços físicos públicos adequados para a prática de exercícios físicos e que estão associados ao desenvolvimento sustentável e Qualidade de Vida. Concordando com o estudo de Ferreira (2005) além do quantitativo de pessoas fisicamente ativas, é preciso considerar a disponibilidade dos serviços, acessibilidade e qualidade dos espaços em que as atividades são praticadas. Na cidade de Nisa/Portugal o plano de atividades para os idosos que participam deste Programa e estudo é organizado em atividades de ginástica e hidroginástica em espaços amplos e adequados, com objetivo principal de melhoria da condição física com o desenvolvimento de vários componentes: resistência aeróbia, força muscular, flexibilidade, equilíbrio e funcionalidade. O componente sócio afetivo é também essencial no decorrer das sessões de exercícios físicos, estimulando a cooperação, interação e solidariedade entre os idosos participantes. Na cidade de Florianópolis/Brasil o plano de atividade física para os idosos do Programa deste estudo contempla somente a ginástica e apresenta os mesmos objetivos que

Nisa/Portugal, mas os espaços para a realização das atividades é iníquo entre os diferentes Distritos e na maioria, pequenos e com equipamentos desportivos muito aquém das necessidades reais para os trabalhadores da saúde e população.

Nas estatísticas já descritas não há dúvidas quanto ao envelhecimento da população brasileira. Barreto (2006) reforça que ainda estamos despreparados para tal acontecimento e é por isso que um novo saber em saúde, específico e avançado, faz-se necessário, com parâmetros técnicos, culturais, sociais e biomédicos, que tenham como foco a prevenção e a promoção da saúde.

Mesmo com redes integradas e organizadas para a promoção da saúde e múltiplos esforços a conscientização para adoção de hábitos saudáveis, a percepção do estado de saúde e a crença no envelhecer ativo é pessoal e intransferível. Garantir o acesso a estes programas e a promoção da saúde é fato Político e Público e tem como distintivos as agendas internacionais e a Carta de Otawa (1980), que inspirada na Declaração de Alma Ata (1978) colocou como meta mundial “Saúde para todos no ano 2000”, mas garantir que todos estarão motivados em participar e modificar seu estilo de vida faz parte de algumas virtudes do envelhecimento: independência, autonomia, saúde física, função mental, controle emocional e autoestima. Os profissionais da área da Saúde devem recomendar, prescrever e encorajar a adoção de um estilo de vida ativo durante o envelhecimento, informando e sensibilizando a população sobre os benefícios e ganhos em Qualidade de Vida. É importante abordar a questão do tempo gasto para a prática de exercícios e que realizar pelo menos 30 minutos de exercícios físicos aeróbicos, moderados, cinco dias por semana, de forma contínua, e combinar esta prática com exercícios de fortalecimento muscular e resistência num mínimo de duas vezes por semana. Estas são recomendações do ACSM (2007) e se aplicam como mínimo recomendado para obtenção de benefícios para a saúde acima das rotinas de vida diária. Em estudo recentemente publicado e divulgado internacionalmente Wen et al. (2011) acompanharam entre 1996 a 2008, 416.175 mil indivíduos, sendo 47,88% homens e 52,12% mulheres, os quais participaram de cinco diferentes categorias de intensidade de exercícios por semana: sedentários (inativos), leves, moderados, vigoroso e muito vigorosos. Esse estudo de Coorte prospectivo provou que 15 minutos por dia ou 90 minutos por semana de exercícios físicos de intensidade moderada traz benefícios para a saúde reduzindo o risco cardiovascular e incrementando a expectativa de vida em três anos. Também demonstraram que no

grupo dos sedentários houve aumento em 17 % no risco cardiovascular comparados ao grupo de praticantes de exercícios leves.

Nas evidências deste estudo denota-se que os melhores resultados estão para o Componente Mental do instrumento SF36 com os melhores escores de pontuação para a Qualidade de Vida. Este resultado disponível não é capaz diretamente de dizer o que devemos fazer, entretanto, é capaz de demonstrar como se sentem os idosos deste estudo que praticam exercícios físicos sistemáticos e regulares. Outros estudos também evidenciam associação quanto ao bem estar psicológico e mental e a prática de exercícios físicos (TAYLOR apud PIMENTA et al., 2009; MISHRA et al., 2011).

Estudos mais recentes como o de Matsudo, Matsudo e Marin (2008) destacam os efeitos positivos da prática de exercícios físicos no componente saúde mental com melhoras das capacidades cognitivas, melhor perfusão e oxigenação cerebral vindo a estimular a neurogênese e a estimulação genética com benefícios para a plasticidade cerebral, para capacidade de aprendizagem e freando o declínio cognitivo comportamental.

As evidências apontam inúmeros estudos com utilização de diferentes tipos de instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida com distintas indicações e finalidades com proposições de escalas genéricas ou específicas a determinados acontecimentos ou agravos em saúde.

Para Campos (2008), a Qualidade de Vida é uma importante medida de impacto da saúde. Segundo Campos & Neto (2008), das escalas genéricas de avaliação de Qualidade de Vida nos estudos relacionados à saúde, o instrumento SF36 é considerado o “padrão ouro” e é extensamente utilizado na literatura. É um instrumento inclusivo uma vez que é utilizado em amostras com agravos em saúde diferentes, específicos ou não (FERREIRA, 1998; CICONELLI, 1999; LOPES et al., 1999; MOTA et al., 2006; SEVERO et al., 2006; ARANHA et al., 2006; PASCHOAL, 2004; PIMENTA et al., 2008; BRITO et al., 2008; RODRIGUES, 2008; TOSCANO; OLIVEIRA, 2009; FREITAS; SCHEIDER, 2010; SOUZA; CARVALHO, 2010; MISHRA et al., 2011).

Contrário a estes estudos, está à citação de Campos (2008) que relata que a maioria das amostras estudadas para avaliação de Qualidade de Vida são estudos com pessoas saudáveis.

O instrumento de medida de Qualidade de Vida SF36 consegue mensurar a Qualidade de Vida com uma amplitude e reprodutibilidade confirmadas através do tempo sendo utilizado em publicações do tipo revisões, estudos de Coorte, estudos transversais e ensaios clínicos. Trata-se de um instrumento passível de mensuração e comparação com características básicas de validade, sensibilidade as alterações e reprodutibilidade, como já citado.

É um instrumento que apresenta tradução, adaptação cultural e validação para outros Países de língua não inglesa, como para Alemanha, França, Suécia, e a partir de 1998 para os países de língua portuguesa, Portugal e Brasil.

Em Portugal foi validado com um estudo realizado por Ferreira (1998) em uma população de gestantes e no Brasil (1999) com um estudo numa população de pacientes com Artrite Reumatoide. Nos estudos de validação do questionário genérico SF36 para Portugal e para o Brasil a fiabilidade do instrumento, consistência interna, foi determinada com o cálculo do coeficiente Alfa de Cronbach, excedendo 0,90 no Brasil, e 0,76 para Portugal.

O resultado neste estudo para a consistência interna (Alfa de Cronbach) do Componente Físico é de 0,72 e para o Componente Mental 0,73. Estes valores são semelhantes nos estudos de Rodrigues (2008) e Mishra (2011), com coeficientes entre 0,64 e 0,91 e 0,70 e 0,92, respectivamente.

Os resultados apresentados acima corroboram para a reprodutibilidade do presente estudo.

O conhecimento científico, na área da Saúde, está atrelado a realização de pesquisas e investigações que agregam os conceitos básicos de vida com as várias estratégias de intervenção, aplicação e produção das Políticas Públicas. Concordando com Minayo (2010), a produção do conhecimento científico, sua distribuição e utilização devem ser equitativas. A autora relata os consensos da Conferencia Mundial em Budapeste (1999) em que a afirmativa para a ciência é que esta “deve estar a serviço de toda a humanidade, deve contribuir para o conhecimento mais profundo da natureza e da sociedade, e por fim, deve contribuir para a Qualidade de Vida e para criar um ambiente saudável para as gerações presentes e futuras” (UNESCO apud MINAYO, 2010, p.18, ICSU, 1999).

As Políticas Públicas em Saúde para a população idosa são existentes e respeitam as Diretivas Internacionais para um Envelhecimento Ativo, tanto em Portugal quanto no Brasil. Segundo Mendes (2011), talvez seja necessário alguns

ajustes na rede de serviços em que estrutura-se a área da Saúde. É imperativo que as investigações acerca da temática do envelhecimento ativo prosperem, pois a ciência tem papel fundamental em transmitir as distintas e melhores intervenções provando que não é nenhum “peso” envelhecer.

A área da Saúde é considerada grande produtora de bens e serviços com uma dimensão imensurável para o conhecimento, pesquisas e tecnologias. Representa o grande pilar para o bem-estar e sustentáculo primeiro da longevidade. É objeto de desejo da humanidade e na contemporaneidade um bem propulsor do desenvolvimento humano, das sociedades e dos países. Frente à multiplicidade de expressões e definições que abarcam esta área observa-se que para Envelhecer ativamente o sujeito, ser humano na sua essência, deverá optar por fazer escolhas saudáveis e que estejam em sintonia com as suas preferências, capacidades e habilidades. Nesta fase em que o estímulo externo poderá ser familiar, social ou profissional através da articulação e integração de equipes multidisciplinares organizadas em redes de Atenção a Saúde promovendo a inclusão em todas as esferas comunitárias. Cabe reforçar o escopo das estratégias para um envelhecer ativo conquistadas mundialmente e que nas cidades/países em estudo mantenham-se efetivas, integrando as sociedades pelo sujeito, pelas várias idades, núcleos familiares, comunidades, crenças, atitudes e hábitos sociais, refletindo a cultura de um país em uníssono com o bem estar, a qualidade e o respeito à vida.

Ouso postular a teoria dos 5 “E’s” para um Envelhecer Ativo: Educação, Estímulos, Escolhas, Estratégias integradas e Exercícios.

CONCLUSÃO

Este estudo se dispôs a avaliar e comparar a Qualidade de vida de idosos, em Cidades e Países distintos, que participam de Programas de Atividade Física com caráter público. Foi escrito em língua portuguesa do Brasil respeitando as citações em língua portuguesa de Portugal.

Sabe-se que o instrumento utilizado para avaliação da Qualidade de Vida, o questionário SF36 apresenta parâmetros de pontuação que variam de 0 a 100, sendo que quanto maiores as pontuações, melhor é a Qualidade de Vida. As perguntas contidas neste instrumento são capazes de captar e representar oito dos conceitos mais importantes em saúde (Função Física, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral, Desempenho Emocional, Função Social, Vitalidade e Saúde Mental) e são agrupados em dois componentes: físico e mental. Apesar da regularidade das respostas há precisão de medição dos resultados em saúde, pois além da análise das frequências obtidas, este instrumento permite compreender os significados, as relações e comportamentos expressando as limitações funcionais, funcionalidade social, bem estar físico e mental bem como a percepção holística da saúde pelos idosos, aspectos considerados relevantes. Por não existir um ponto de corte no instrumento que foi utilizado para este estudo, como estratégia de pesquisa, operacionalização e fins de comparação foi adotado o escore de pontuação igual a 70, considerado a partir dos conceitos, fatos teóricos e reflexões de alguns estudos que objetivaram avaliar a qualidade de vida utilizando o SF36.

Os resultados apontam, após a análise das variáveis a que se propôs este estudo, que o percentual mais expressivo de idosos participantes dos programas públicos de atividade física, em ambas as cidades/países, são mulheres, totalizando 219 idosas. A maioria dos entrevistados idosos classificam-se em idosos jovens e estão na faixa etária dos 65 a 74 anos com idade média de 65,74 anos apresentando desvio padrão de +/- 5,74 anos. Também foi encontrado que estar na faixa etária mais envelhecida, 85 a 99 anos, não tem influência na pior Qualidade de Vida.

Quanto às dimensões Função Física, Desempenho Físico, Dor Corporal, Desempenho Emocional e Função Social os resultados são similares tanto em Florianópolis/Brasil quanto em Nisa/Portugal, bem como expressa que na maioria

dos idosos a felicidade está presente e numa linguagem positiva traduz satisfação, bem estar e harmonia.

Por outro lado, destaca-se que são os idosos de Florianópolis/Brasil que apresentam uma percepção mais positiva da sua saúde em relação aos de Nisa/Portugal. Parece que para os idosos brasileiros deste estudo, os preditores de uma boa qualidade de vida estão relacionados à percepção subjetiva de sua saúde de forma não desfavorável e a energia sentida denominada vitalidade. Já para os idosos de Nisa/Portugal uma boa qualidade de vida parece relacionar-se ao bem estar físico.

Os maiores escores de Qualidade de Vida, em ambas as cidades, estão relacionados ao Componente Mental e as dimensões específicas medem as limitações e incapacidades sentidas as quais estão relacionadas ao bem estar pessoal e emocional. Nesse sentido, sugere-se que tais vivências e experiências proporcionam sentimentos positivos aos idosos praticantes de exercícios físicos nas duas cidades, talvez por participarem de atividades na comunidade, por estabelecerem vínculos e relações sociais, ou a própria sensação de bem estar que o exercício físico é capaz de produzir.

Quanto ao modelo estrutural do estudo que adota escore de pontuação com corte igual a 70, nas hipóteses formuladas para os Componentes Físico e Mental, identificou-se que o escore médio do Componente Físico é igual a 70 e que para o Componente Mental difere de 70 e é superior. Quando comparados existem diferenças significativas entre os dois Componentes, sendo o Mental com pontuações superiores ao Físico.

Demonstra que as estratégias em saúde coletiva adotadas em Nisa/Portugal e Florianópolis/Brasil através de seus Programas cumprem com as diretrizes mundiais e locais para um envelhecer ativo trazendo ganhos em saúde para os idosos participantes, pois favorecem a manutenção ou melhora das capacidades funcionais, estabelecem laços sociais, mantendo-os ativos e multiplicadores para um estilo de vida saudável. Representa também uma intervenção de grande impacto e positiva dentro da sociedade uma vez que os mantêm fisicamente ativos, independentes e autônomos, apresentando ou não, doenças crônicas associadas.

Algumas limitações foram encontradas: aplicar o questionário em tempo definido não considerando as diferentes falas, comportamentos, momentos de vida, histórias de vida, emoções e doenças associadas ou não os quais poderiam agregar

aspectos para este estudo; manter o objetivo de pesquisa como foco central e a integração das descobertas através do instrumento utilizado; re-teste para esta mesma população, em momentos distintos, utilizando outras variáveis associadas à saúde como características sócio demográficas, culturais e econômicas contribuindo para um desenho social dentro das ciências da saúde, ampliando o escopo das ações para um envelhecimento ativo.

Por fim, este estudo leva-nos a acreditar na multiplicidade de significados para a explicação do fenômeno do envelhecimento e onde, como e quando começamos a envelhecer é resposta de cada sujeito e da adoção de um estilo de vida saudável e ativo. Um dos desafios está na mudança de comportamento dos sujeitos, na educação em saúde individual e coletiva e em incorporar o exercício físico nas rotinas de vida diária. Outro desafio está em como ampliar o acesso, monitorar e garantir para todos os idosos este benefício com equipes multiprofissionais e intersetoriais articuladas em rede de serviços para a promoção da saúde. Recomenda-se conhecer, estabelecer e manter as Políticas Públicas internacionais e locais para um envelhecer ativo bem como monitorar e avaliar as ações em saúde oferecidas através dos estudos de investigações na área do envelhecimento ativo. O que precisa ser mantido ou não pode deixar de existir para a Qualidade de Vida das pessoas.

Com estes exemplos, que considero bem sucedidos, também citar as semelhanças de etnia entre os povos seus valores, crenças, atitudes e hábitos de vida aproximam estes Países encurtando a distância entre os continentes. E como semelhanças mais simples, mas ricas em história e tradições e para além da língua portuguesa, desponta o artesanato em barro e as rendas de bilro, elo comum entre os idosos e moradores de Nisa/ Portugal e Florianópolis/Brasil.

REFERÊNCIAS

ACSM - American College of Sports Medicine. **ACSM's guidelines for exercise testing and prescription**. 6th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams e Wilkins; Disponível em: <<http://www.acsm.org/>>. Acesso em: 15 jan. 2012.

AIDAR, FJ; CARNEIRO, AL; LEITE, TM; FREITAS, MAD; BRAGA, de SOUZA MA; DANIEL, AS. A prática de atividades físicas e a autonomia funcional de um grupo adultos velhos e idosos. **Revista Digital**, Buenos Aires, año 12, n. 109, 2007.

ALVES, RV; MOTA, J; COSTA, MC; ALVES, Bezerra GJ. Aptidão física relacionada à saúde de idosos: influência da hidroginástica. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 10, n. 1-8, 2004.

ANDRÉA, F. **A atividade física e o enfrentamento do estresse em idosos**. Dissertação [Mestrado] Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

ARANHA, LLM; MIRÓN, Canelo JA; ALONSO, Sardón M; DEL PINO, Montes J; SCIÉNZ, González MC. Qualidade de vida relacionada à saúde em espanholas com osteoporose. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 298-303, 2006.

AREOSA, SVC. **Envelhecimento, contexto social e relações familiares: o idoso, de assistido a provedor da Família**. Dissertação [Tese Doutorado]. Programa de Pós Graduação em Serviço Social-Doutorado da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008.

BARRETO, SM. Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 9, 2006.

BECK, AP; ANTES, DL; MEURER, ST; BENEDETTI, TR; LOPES, MA. Fatores associados às quedas entre idoso praticantes e não praticantes de Atividades Físicas. **Texto e Contexto Enf.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 280-286, 2011.

BENEDETTI, TRB. **Atividade Física: Uma perspectiva de Promoção da Saúde do Idoso no Município de Florianópolis**. Dissertação [Tese Doutorado]. Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade. Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina/Centro de Ciências da Saúde/Doutorado em Enfermagem. Florianópolis, dez. 2004.

BENEDETTI, TRB; GONÇALVES, LHT; MOTA, JAPS. Uma proposta de Política Pública de Atividade Física para Idosos. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 387-398, 2007.

BENEDETTI, TRB; MAZO, GZ; SACOMORI, C. Association between participation in community groups and being more physically active among older adults from Florianópolis, Brazil. **CLINICS**, v. 11, p. 1861-1866, 2011.

BRASIL. Lei n.º 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso/Conselho Nacional do Idoso. **Diário Oficial da União**, Seção 1, p.77, 05 janeiro de 1994.

_____. **Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994.** Política Nacional do Idoso. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 10 dez. 2011.

_____. **Lei nº10.741, de 01 de dezembro de 2003.** Estatuto do Idoso. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 10 dez. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **PT 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 10 dez. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **PT Nº2.528, 19 de outubro de 2006.** Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <www.ciape.org.br/politicapidosas2528.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. O envelhecimento e a saúde da pessoa idosa. **Cad. de Atenção Básica**, n. 19, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP/IDOSO).** 2011. Disponível em <http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/index.php?pag=td_mu>. Acesso em: 08 dez. 2011.

_____. Sistema Único de Saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde do SUS. **Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**, v.15, n. 3, 2006.

_____. Portaria n.º 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 out. 2006. Seção 1, p. 142.

BRITO, DMS; ARAÚJO,TL; GALVÃO,MTG; MOREIRA,TMM; LOPES,MVO. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 933-940, 2008.

BURSZTYN,I; KUSHNIR,R; GIOVANELLA,L; STOLKINER,A; HEIMANN,LS; STEIMAN, L; RIVEROS,MI; SOLAZZO,A. Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud segmentados. **Rev. Salud pública**, v. 12, n. 1, p. 77-88, 2010.

CAIRUS, HF. **Textos Hipocráticos: o doente, o médico e a doença.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CAMARANO, AA. Envelhecimento da População Brasileira: uma contribuição demográfica. In: **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CAMARANO, AA; PASINATO, MT. Como vive o idoso brasileiro? Os novos idosos brasileiros muito além dos 60? In: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMÕES, M; LOPES, C. Fatores associados a atividade física na população portuguesa. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 208-216, 2008.

CAMPOS, MO; NETO, JFR. Qualidade de Vida: um instrumento para Promoção de Saúde. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, p. 232-240, 2008. . Universidade Federal de Montes Claros. Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais.

CARNEIRO, Júnior N, NC; GENÉ, Badia J. La Atención Primaria Catalana vista desde la reforma brasileña de salud. Elsevier España. **S.L. Aten Primaria**, v. 43, n. 11, p. 611-616, 2011.

CARVALHO, J; PINTO, J; MOTA, J. Atividade física, equilíbrio e medo de cair. Um estudo em idosos institucionalizados. **Rev. Port. Cien. Desp.**, v. 79, n. 2, p. 225-231.

CEDU- Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano. Estudo de Avaliação das Necessidades dos Seniores em Portugal. **Relatório Final**. Fundação Aga Khan, Boston Consulting Group, 2008.

CELICH, KLS. **Dominios de qualidade de vida e capacidade para tomada de decisão em idosos participantes de grupo de terceira idade**. Dissertação (Mestrado) Pontífice Universidade Católica, Porto Alegre, 2008.

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

CHAVES, NS. **A política**. Aristóteles, 384-322 a.C. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2011.

CHIANG, KC; SEMAN, L; BELZA, B; TSAI, JHC. "It Is Our Exercise Family" Experiences of Ethnic Older Adults in a Group-Based Exercise Program. Preventing Chronic Disease. **Public Health Research, Practice, and Policy**, v. 5, n.1, p. 1-12, 2008.

CICONELLI, RM; FERRAZ, MB; SANTOS, W; MEINÃO, I; QUARESMA, MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF36 (Brasil SF36). **Rev. Bras Reumatologia**, v. 39, n. 3, p. 143-50, 1999.

COMISSÃO EUROPÉIA. **Decisão do Parlamento Europeu e do Conselho relativa ao Ano Europeu do Envelhecimento Ativo (2012)**. Disponível em: <[www.europarl.europa.eu/...com\(2010\)0462_/com_com \(2010\)0462](http://www.europarl.europa.eu/...com(2010)0462_/com_com (2010)0462)>. Acesso em: 22 ago. 2011.

COMMITTEE OF THE REGIONS. The European Commission. **AGE Platform Europe**. How to Promote Active Ageing in Europe, 2011.

COSTA, MF; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Ciências da Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 700-701, 2003.

DA COSTA, MFBNA; CIOSAK,SI;BARTOLOMÉ,AG;ISERN,MTI.La integralidad em la atención primaria de salud en los sistemas de salud brasileño y español. **Elsevier España, S.L. Aten Primaria**, v. 41, n. 7, p. 402-404, 2009.

DE BOTTON, A. **As consolações da filosofia**. Rio de Janeiro: Rocco Ltda, 2001.

DEL RIO, MPF. La medicina de familia em sei países europeos. **Atencion Primaria**, v. 42, n. 12, p. 620-625, 2010.

DEMO, P. **Metodologia para quem quer aprender**. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

DUARTE, YAO; LEBRÃO, ML; LIMA, FD. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 17, n. 5/6, p. 370-378, 2005.

ESCOREL, S; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, MHM.; SENNA, MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**, v.21, n. 2, 2007.

FARENZENA, WP. **Qualidade de vida de um grupo de idosos de Veranópolis/RS**. Dissertação (Mestrado em Medicina) Pontífice Universidade Católica, Porto Alegre, 2007.

FERREIRA, MS; NAJAR, AL. Programas e campanhas de promoção da atividade física. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, set/dez. 2005.

FERREIRA, PL. A Medição do Estado de Saúde: Criação da versão Portuguesa do MOS SF36. Adaptação cultural e Linguística, Centro de Estudos e Investigação da Universidade de Coimbra1998.

_____. Criação da versão Portuguesa do MOS SF-36,Parte II - Testes de validação. **Acta MedPort.**, v. 13, p. 119-127, 2000.

FLEURY, S. Reforma dos serviços de saúde no Brasil: movimentos sociais e sociedade civil. Saúde no Brasil, Elsevier SA. **The Lancet**, mai. 2011.

FREITAS, EV... [et al]. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. ISBN 978-85-277-1199-9

FREITAS, MAV; SCHEIDER, ME. Qualidade de Vida de Idosos Institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 395-401, 2010.

FURQUIM, Nilton JR, N. **A ação combinada do exercício físico e fisioterapia na lombalgia de indivíduos acima de 60 anos.** Dissertação- Pontifícia Universidade Católica-PUC-RS. Porto Alegre, 2010.

GANDER, B; SINCLAIR, SJ; KOSINSKI, M; WAN, JEJR. Psychometric evaluation of the SF-36 health survey in Medicare Managed Care. **PMID**, 2004. Summer; 25(4): 5-25

GIATTI, L; BARRETO, SM. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 759-771, 2003.

GOLDENBERG, M. **Corpo, envelhecimento e felicidade.** Civilização Brasileira, 2011.

GONÇALVES, E. **Capital Idoso.** Programa Floripa Ativa. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=capital+idoso&menu=6>>. Acesso em: 05 jan. 2012.

GONÇALVES, D; MARTÍN, I; GUEDES, J; PINTO, FC; FONSECA, AM. Promoção da Qualidade de Vida dos Idosos Portugueses através da Continuidade de Tarefas Produtivas. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 7, n. 1, p. 137-143, 2006.

GARRIDO, R; MENEZES, PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Revista Bras. Psiquiatria**, v. 24, Supl., p. 3-6, 2002.

GUERRA, A; CAVALETTI, AC; CALDAS, CP. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. **Ciências da Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2931-2940, 2010.

GURGEL, C. **Doenças e curas:** o Brasil nos primeiros séculos. Contexto, 2011.

HABERMAS, J. **A Lógica das Ciências Sociais.** Porto Alegre, Vozes, 2009.

HUGHES, SL; LEITH, KH; MARQUEZ, DX; MONI, G; NGUYEN, HQ; DESAI, P; JONES, DL. Physical Activity and Older Adults: Expert Consensus for a New Research Agenda. **The Gerontologist**, v. 51, n. 6, p. 822-832, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 15 nov. 2011.

_____. **Síntese dos Indicadores Sociais.** Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 16 nov. 2011.

_____. **Síntese dos Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil.** 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 16 nov. 2011.

_____. **Síntese dos Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil.** 2004. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 16 nov. 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. **Anuário Estatístico de Portugal**. 2010. Disponível em: <www.ine.pt>. Acesso em: 18 nov. 2011.

_____. **Actualidades do INE**. Disponível em: <www.ine.pt>. Acesso em: 18 nov. 2011.

_____. **O envelhecimento em Portugal**. Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. 2002. Disponível em: <www.ine.pt>. Acesso em: 18 nov. 2011.

KALACHE, A; VERAS, RP; RAMOS, LR. O Envelhecimento da População Mundial: um Desafio Novo. **Revista de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 200-210, 1987.

KLUTHCOVSKY, ACG; TAKAYANAGUI, AMM. Qualidade de vida- Aspectos Conceituais/ Quality of life-conceptual issues parte da dissertação de mestrado intitulada: "Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de um município do interior do Paraná", 2005. **Revista Salus-Guarapuava-PR**, v. 1, n. 1, p. 13, 2007.

KNUTH,AG;MALTA,DC;DUMITH,SC;PEREIRA,CM;NETO,OLM;TEMPORÃO,JG;PENNA,G;HALLAL,PC. **Prática de atividade física e sedentarismo em brasileiros: resultados da pesquisa Nacional por Amostra de DOMICÍLIOS (PNAD) - 2008**. Ciênc. saúde coletiva vol.16 no. 9 Rio de Janeiro/Set/2011 Disponível em: <www.ibge.gov>. Acesso em: 12 fev. 2012.

KOSINSKI,M;KELLER,SD;HATOUM,HT;KONG,SX;WARE,JEJR.The SF-36 Health Survey as a generic outcome measure in clinical trials of patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis: tes of data quality, sacling assumptions and score reliability.**Med. Care**, v. 37, 5 Suppl., p. 10-22, 1999.

KRINGOS,OS,BOERMA,WGW;BOURGUEIL,Y;CARTIER,T;HASVOLD,T;HUTCHINSON,A;LEMBER,M;OLESZCYK,M;PAVLIC,DR;SVAB,I;TEDESCHI,P;DEDEU,T&WILM,S. The European primary care monitors: structure, process and outcomes indicators. **BMC Family Practice**, v. 11, p. 81, 2010.

LABRA, ME. Política e saúde no Chile e no Brasil. Contribuições para uma comparação. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, 2001.

LEAL, SMC. **Afetividade, felicidade e saúde**. Estratégias para um envelhecimento bem sucedido. Blumenau: Nova Letra, 2010.

LEBRÃO, ML; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o Estudo SABE no Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 1-16, 2005.

LOPES, HB; RIBEIRO, JLP; LEAL, IP. Estudos sobre a qualidade de vida em mulheres submetidas à histerectomia ou anexectomia para tratamento de cancro do útero ou ovário. **Análise Psicológica**, v.3, n. XVII, p. 483-497, 1999.

MACINKO, J; MONTENEGRO, H; ADELL, Nebott, C; ETIENNE, C; Grupo de trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. **Rev Panam Salud Publica** [periódicos na Internet]. 2007 mar; 21(2-3): 73-84, 2007.

MALHOTRA, Naresh K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. Trad. Laura Bocco. 4. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

MANTOVANI, EP. **O processo de envelhecimento e sua relação com a nutrição e atividade física**. Disponível em: <http://www.fef.unicamp.br/departamentos/deafa/qvaf/livros/alimen_saudavel_qf_af/vinhedo/diagnostico_vinhedo_cap13.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2012.

MARQUES, MO. **Escrever é preciso: o principio da pesquisa**. Porto Alegre: Vozes, 2008.

MARTINS, RM; HAGEN, SI. **Ame todas as suas idades**. Blumenau: Nova Letra, 2010. ISBN 978-85-7682-522-7

MATSUDO, SM; MATSUDO, VKR; NETO, TL. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Rev. Bras Med. Esporte**, v. 7, n. 1, p. 2-13, 2001.

MATSUDO,SM;MATSUDO,VKR;MARIN,RV. Atividade física e envelhecimento saudável. Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (Celafiscs). **Diagn. Tratamento**, v. 13, n. 3, p. 142-147, 2008.

MENDES, EV. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, MCS; HARTZ, ZMA; BUSS, PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário/Quality of life and health: a necessary debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MISHRA,GD;GALE,CR;SAYER,AA;COOPER,C;DENNISON,EM;WHALLEY,LJ; CRAIG,L;KUH,D;DEARY,IJ;HALCyon Study Team. How useful are the SF-36 subscales in older people?? Mokken scaling of data from **The HALCyon Programme**. **Qual Life Res**, v. 20, p. 1005-1010, 2011.

MOREIRA, MM. O envelhecimento da População Brasileira: intensidade, feminização e dependência. **Rev. Bras. Estudos Pop.**, Brasília, v. 15, n. 1, 1998.

MOTA, J; RIBEIRO, JL; CARVALHO, J; MATOS, Gaspar M. Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. **Rev. Bras. Educ. Fís. Esp.**, v. 20, n. 3, p. 219-225, 2006.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo.** Londrina: Midiograf, 2010.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, v. 6, Supl. 1, p. S4-S6, 2008.

NORONHA, KVS; ANDRADE, MV. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. **Revista Panam. de Salud Publica**, v.17, n. 5/6, p. 410-418, 2005.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS). **Relatório Primavera.** 2011. Da depressão da Crise para a governação prospectiva da saúde. Coimbra: Escola Nacional de Saúde Pública; Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra; Universidade de Évora, 2011.

_____. **Relatório Primavera.** 2010 Desafios em tempo de crise. Coimbra: Escola Nacional de Saúde Pública; Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra; Universidade de Évora, 2010.

OLIVEIRA, MR; ORSINI, M. Escalas de Avaliação da Qualidade de Vida em pacientes Brasileiros após Acidente Vascular Cerebral. **Revista Neuroc.**, 2008.

OLIVEIRA, NF. **Capital idoso.** Linhas de Atenção a Saúde do Idoso. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=capital+idoso&menu=6>>. Acesso em: 24 nov. 2011.

OLIVEIRA, CR; ROSA, MS; PINTO, AM; BOTELHO, MAS; MORAIS, A; VERÍSSIMO, MT. **Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa.** GERPI (Gabinete Editorial de Relações Públicas e Imagem da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2008). Disponível em: <www.fmed.uc.pt>. Acesso em: 19 set. 2011.

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Publicacion de las Naciones Unidas. Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas.** Comissão Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago do Chile: ONU, 2009.

_____. **World population prospects.** Disponível em: <www.un.org/esa/populations>. Acesso em: 26 ago. 2011.

_____. **Resolução 39/125.** Assembleia Mundial Sobre o Envelhecimento. Viena: WHO, 1982.

PAIM, J; TRAVASSOS, C; ALMEIDA, C; BAHIA, L; MACINKO, J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** Disponível em: <www.thelancet.com>. Acesso em: 03 ago. 2011.

PAPALÉO, Netto M. O Estudo da velhice no SéculoXX: histórico, definição do campo e termos básicos(2002).Cap.1. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

PASCHOAL, SMP. **Qualidade de vida do idoso**: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico. Doutorado - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

_____. **Qualidade de vida do idoso**: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. Dissertação - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo 2004.

PEREIRA, A. **Guia Prático de Utilização do SPSS**. Análise de Dados para Ciências e Psicologia. Lisboa: Edições Sílabo, 2008.

PIMENTA,FAP;SIMIL,FF;TÔRRES,HOG;AMARAL,CFS;REZENDE,CF;COELHO,TO ;REZENDE,Alves N.Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. **Rev.Assoc. Med. Bras.**, v. 54, n.1, p. 55-60, 2008.

PIRES, MRG; DEMO, P. Políticas de Saúde e Crise do Estado de Bem Estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, v.15, n. 2, p. 56-71, 2006.

PISCO, L. Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autônomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de CENTROS DE SAÚDE. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2841-2852, 2011.

POCINHO, MARGARIDA. Estatística II – Teoria e exercícios passo-a-passo. Disponível em: <<http://www.pt.scribd.com/doc/39887223/Sebenta-estatistica-II-com-anexos-2010>>. Acesso em 14 ago. 2012.

PORTUGAL. **História do Serviço Nacional de Saúde**. Como Nasceu e quais os desenvolvimentos dos últimos 30 anos. Disponível em: <<http://www.min-saude.pt/>>. Acesso em: 18 jul. 2011.

_____. **Lei nº 48/90 de 24 de Agosto**. Lei de Bases de Saúde. Disponível em: <<http://www.min-saude.pt/>>. Acesso em: 18 jul. 2011.

_____.Ministério da Saúde. **Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde no SNS**. Lei nº41/2007. Disponível em: <www.chc.min-saude.pt>. Acesso em: 18 jul. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Alto Comissariado. **Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004-2010)**. 2010. Lisboa: MS, 2010.

_____. **Plano Nacional de Saúde 2004-2010**. v. II. Orientações Estratégicas. Disponível em: <<http://www.acs.min-saude.pt/plano-nacional-de-saude/pns-2004-2010/>>. Acesso em: 18 jul. 2011.

_____. **Plano Nacional de Saúde 2012-2016**. v. II. Orientações Estratégicas.

Disponível em: <<http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/pns-2012-2016>>. Acesso em: 18 jul. 2011.

RAMOS, PR. **Introdução a Análise de Dados** (com recurso ao SPSS).Edições Sílabo,Lda. Lisboa, 2009. ISBN 978-972-618-533-8

RODRIGUES, RMC. Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. **Rev.Panam Salud Publica/Pan Am.**, v. 23, n. 2, 2008.

ROSA, MJ; CHITAS, P. **Portugal: os Números**. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2010.

SANTOS, ML; BORGES, GF. Exercício físico no tratamento e prevenção de idosos com osteoporose: uma revisão sistemática. **Fisoter.Mov.**, Curitiba,v. 23, n. 2, p. 289-299, abr/jun. 2010.

SCHIMDT,MI;DUNCAN,BB;SILVA,AzevedoG;MENEZES,AM;MONTEIRO,CA;BARR ETO,SM;CHOR,D;MENEZES,Rossi P. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais**. 2011. Disponível em: <www.thelancet.com>. Acesso em: 12 jan. 2012.

SCHNEIDER, RH; MARCOLIN, D; DALACORTE, RR. Avaliação Funcional de Idosos. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 4-9, jan/mar. 2008.

SEVERO, M; SANTOS, AC; LOPES, C; BARROS, H. Fiabilidade e Validade dos Conceitos Teóricos das Dimensões de Saúde Física e Mental da Versão Portuguesa do MOS SF -36. **Acta Med Port.**, v. 19, p. 281-288, 2006.

SILVA, HS; LIMA, AMM; GALHARDONI, R. Successful aging health vulnerability approaches and perspectives. **Interface- Comunicação, Saúde e Educação**. 2009.

SILVA, MC. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. **Textos Envelhecimento**, v. 8, n. 1, 2005.

SOUZA, JC; CARVALHO, AB. Pesquisas sobre qualidade de vida, desenvolvidas no Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco. **Psicologo in Formação**, ano 14, n. 14, jan/dez. 2010.

SPIRDUSO, WW. **Dimensões Físicas do Envelhecimento**. [Tradução Paula Bernardi] Barueri/SP; Editora Manole Ltda. 2005 ISBN: 85-20413141-2.

STACHESKI, DR; MASSI, GAA. Índices sociais de valor: *Mass media, linguagem e envelhecimento/Social Value índices: Mass media, language and aging*. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 15, n. 37, p. 425-436, abr/jun. 2011.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, IND; NERI, AL. Envelhecimento bem sucedido: uma meta no curso da vida. **Psicologia**, v. 19, n. 1, p. 81/94, 2008.

TOSCANO, JJO; OLIVEIRA, ACC. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. **Rev Bras Med Esporte**, v. 15, n. 3, p. 169-173. 2009.

VASQUEZ, J. **Derechos Humanos y Salud**. Personas Mayores Asesor de Derechos. Organización Panamericana de la Salud, 2008.

VELOSO, E. **A análise da Política da 3ª Idade em Portugal**, de 1976 a 2002. Doutorado em Educação, área do Conhecimento de Sociologia da Educação. Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, junho/2008.

VICTORA,CG;BARRETO,ML;LEAL,MC;MONTEIRO,CA;SCHMIDT,MI;PAIM,J;BASTOS,F;ALMEIDA,C;BAHIA,L;TRAVASSOS,C;REICHENHEIM,M;BARROS,FC&the LANCET Brazil Series Working Group. **Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer**. 2011. Disponível em: <www.thelancet.com>. Acesso em: 15 dez. 2011.

WELLMAN,NS;KAMP,B; KIRK,Sanchez,NJ; JHONSON,PM. Eat Better & Move More: A Community- Based Program Designed To Improve Diets And Increase Physical Activity Among Older Americans. **American Journal of Public Health**, v. 97, n. 4, 2007.

WEN,CP;WAI,JPM;TSAI,MK;YANG,YC;CHENG,TYD;LEE,MC;CHAN,HT;TSAO,CK; TSAI,SP;WU,X. Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. **The Lancet**, v. 378, p. 1244-1253, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO, 2002). **Active ageing: a policy framework**. Madrid: Second United Nations World Assembly on Ageing, 2002.

_____. **Active ageing: a policy framework**, a contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO, 2005). Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization. Tradução Suzana Gontijo, Brasília/Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p. Título original inglês: **Active ageing: a policy framework**. WHO/NMH/NPH/02.8 ISBN

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO, 2010). Disponível em <http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf> Acesso em Dezembro/2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO, 2011). Disponível em <http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf> Acesso em Dezembro/2011. O Impacto do Envelhecimento da População Mundial

ANEXOS



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

O propósito deste documento é o de informar e solicitar a sua colaboração num projecto que pretende estudar e analisar a qualidade de vida das pessoas idosas que participam de programa de atividade física. Este projecto será controlado e investigado pela aluna de Mestrado em Exercício e Saúde Patrícia Guedes Veran e orientado pelo Prof. Dr. Armando Manuel de Mendonça Raimundo. A metodologia de avaliação será qualitativa e quantitativa. A primeira utiliza a técnica descritiva, analítica e observacional. Na forma quantitativa, será utilizado o questionário SF-36, versão validada para Portugal, o qual pretende caracterizar o estado de saúde dos utentes entrevistados participantes de programa de atividade física. Este questionário poderá ser preenchido pelo participante ou entrevistador, apresenta relativa simplicidade, avalia aspectos físicos e mentais e o tempo médio de respostas varia entre cinco a dez minutos. Neste sentido solicitamos aos participantes seu consentimento.

Vimos então pedir a sua colaboração, agradecendo desde já sua disponibilidade e participação neste projecto. Todos os dados serão tratados de forma confidencial e usados exclusivamente para fins académico-científicos.

_____, com o BI nº _____,
declaro que li e compreendi as características do projecto exposto, concordo em participar e colaborar no estudo supracitado.

_____ de _____ de 2011.

_____ Assinatura



Comissão de Ética - Área de Saúde e Bem-Estar Universidade de Évora

A Comissão de Ética vem deste modo informar que os seus membros, Professor Doutor Manuel Lopes, Professor Doutor Peter Vogelaere e Professor Doutor Jorge Fernandes deliberaram dar, na reunião do dia 18 de Novembro de 2011, o Parecer Positivo para a realização do Projeto "*Estudo comparado entre idosos do Brasil e Portugal: uma análise da saúde, envelhecimento e qualidade de vida em cidades distintas*" da investigadora *Patrícia Guedes Veran*.

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Peter Vogelaere)

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

ACERCA DESTAS PERGUNTAS

As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais. Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível.

Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir a pergunta.

A informação que nos fornecer nunca será usada de modo a poder ser identificado/a.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Óptima	1
Muito boa	2
Boa	3
Razoável	4
Fraca	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor	1
Com algumas melhoras	2
Aproximadamente igual	3
Um pouco pior	4
Muito pior	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos violentos	1	2	3
b. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c. Levantar ou carregar as compras de mercearia	1	2	3
d. Subir vários lanços de escada	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 Km	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

(Por favor, em cada linha, ponha um círculo à volta do número 1, se a sua resposta for *Sim*, e à volta do número 2, se a sua resposta for *Não*)

	SIM	NÃO
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades	1	2
b. Fez menos do que queria	1	2
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades	1	2
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a).

(Por favor, em cada linha, ponha um círculo à volta do número 1, se a sua resposta for *Sim*, e à volta do número 2, se a sua resposta for *Não*)

	SIM	NÃO
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades	1	2
b. Fez menos do que queria.	1	2
c. Não executou o trabalho ou outras actividades tão cuidadosamente como era costume	1	2

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	1
Pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Imenso	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	1
Muito fracas	2
Ligeiras	3
Moderadas	4
Fortes	4
Muito fortes	5

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	1
Pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Imenso	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreva a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo,
nas últimas quatro semanas ...

	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5	6
b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5	6
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5	6
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5	6
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Se sentiu triste e em baixo?	1	2	3	4	5	6
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5	6
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	1
A maior parte do tempo	2
Algum tempo	3
Pouco tempo	4
Nunca	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é óptima	1	2	3	4	5

Terminou aqui o questionário de estado de saúde. Na página seguinte inicia-se o questionário relativo à função eréctil. Preencha-o completamente, marcando um X sobre o círculo da sua opção.