

Impacto de um programa de promoção da saúde na qualidade de vida do idoso

Impact of a program to promote health and quality of life of elderly

Silvia Affini Borsoi Tamai¹, Sergio Márcio Pacheco Paschoal¹, Julio Litvoc², Adriana Nunes Machado¹, Pedro Kallas Curiati², Luis Felipe Prada¹, Wilson Jacob-Filho¹

RESUMO

Objetivo: Avaliar os efeitos na qualidade de vida de idosos matriculados no Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial (GAMIA) do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Métodos:** Nos 83 idosos participantes do grupo entre 2000 e 2002, a qualidade de vida foi avaliada pelo *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref)* no início e no fim do programa. A funcionalidade foi avaliada pelas Escalas de Katz e Lawton e os dados sociodemográficos foram obtidos nos prontuários. **Resultados:** Houve predomínio do sexo feminino (79,5%) e a média geral de idade foi de 69,30 anos. A análise dos dados mostraram uma redução no domínio físico do WHOQOL-bref ($p = 0,014$) e a elevação dos domínios psicológico e meio ambiente ($p = 0,029$ e $p = 0,007$, respectivamente), detectando-se tendência de elevação nos domínios relações sociais e geral ($p = 0,062$ e $p = 0,052$, respectivamente). **Conclusões:** Como a avaliação clínica desses idosos revelou doenças desconhecidas previamente e determinou a utilização de novos medicamentos, a percepção que os idosos tinham, em relação à sua saúde, pode ter sido o fator preponderante para a piora no domínio físico. A melhora dos domínios psicológico e meio ambiente pode estar relacionada ao suporte psicológico e social que o idoso recebeu dos colegas e profissionais e dos benefícios das atividades em grupo, bem como à tendência de elevação observada nos domínios relações sociais e geral. A participação em um programa de promoção do envelhecimento saudável mostrou-se eficaz na melhora da qualidade de vida do idoso.

Descritores: Idoso; Qualidade de vida; Promoção da saúde; Questionários; Envelhecimento

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effect on quality of life of elderly people enrolled in the Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial (GAMIA) of the Geriatric Service of the Hospital das Clínicas of the Faculdade de Medicina of Universidade de São Paulo. **Methods:** In 83 elderly participants of group between 2000 and 2002 the quality of life was assessed by the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref)

at the beginning and the end of the program. Functionality was assessed by the Katz and Lawton scales and socio-demographic data were obtained from medical charts. **Results:** Females predominated (79.5%) and overall mean age was 69.30 years. Data analysis showed a reduction in the physical domain of WHOQOL-bref ($p = 0.014$) and increased psychological health and environment domains ($p = 0.029$ and $p = 0.007$ respectively), detecting a trend of increase in social relationships and in general domains ($p = 0.062$ and $p = 0.052$ respectively). **Conclusions:** The clinical evaluation of elderly may have the predominant factor for the deterioration of their perception in the physical domain because of the detection of previously unknown diseases and determination of the use of new drugs. Improvement in psychological health and the environment can be related to psychological and social support that the elderly received from peers and professionals and the benefits of group activities, as well as the upward trend observed in the social relationships and general domains. Participation in a program to promote healthy aging was effective in improving the quality of life of the elderly.

Keywords: Aged; Quality of life; Health promotion; Questionnaires; Aging

INTRODUÇÃO

Viver mais, sim, mas com qualidade: é o que almeja a maioria das pessoas que compreendem o envelhecimento como um processo e vislumbram a velhice como um fato, decorrente de estudos demográficos que apontam para o aumento de quase 25 anos na expectativa de vida do brasileiro nos últimos 50 anos⁽¹⁾.

Com a transição epidemiológica que acompanha a transição demográfica, houve diminuição das doenças infectocontagiosas e aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, culminando com maior proporção de pessoas idosas portadoras dessas doenças. Diante desse quadro, a longevidade propicia a vivência de uma situação ambígua, vivenciada por muitas pessoas

Estudo realizado no Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – USP, São Paulo (SP), Brasil.

¹Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

²Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

Autor correspondente: Silvia Affini Borsoi Tamai - Rua Dr Tirso Martins 100 - Conjunto 510 - Vila Mariana - CEP 04120-050 - São Paulo (SP), Brasil - Tel.: 11 5539-3417 - e-mail: silviatamai@hotmail.com

Data de submissão: 08/07/2010 - Data de aceite: 24/01/2011

Conflito de interesse: não há.

(em menor escala pelas pessoas não idosas), que é o desejo de viver cada vez mais e, ao mesmo tempo, o temor de viver em meio à incapacidade e à dependência⁽²⁾.

Cientes dessa mudança e da importância de planejar políticas públicas para essa população, os profissionais envolvidos na questão do envelhecimento passaram a planejar e desenvolver ações globais que promovessem a saúde do idoso no âmbito da promoção da saúde. Segundo a Carta de Ottawa⁽³⁾ “promoção da saúde é o processo político e social global que abrange não somente ações dirigidas para o fortalecimento de habilidades e capacidades dos indivíduos, mas também, aquelas dirigidas para a modificação das condições sociais, ambientais e econômicas, com finalidade de atenuar seu impacto na saúde pública e individual”.

Dez anos após a publicação da Carta de Ottawa, realizou-se, em Jacarta, a Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde. A Declaração de Jacarta⁽⁴⁾ reafirma o conceito de promoção da saúde e incentiva a participação da comunidade. Nesse sentido propõe o treinamento da população para a liderança e acesso aos recursos de saúde disponíveis.

Dois anos antes da Carta de Ottawa, iniciavam-se as atividades do Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial (GAMIA) do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), formado por uma equipe multidisciplinar. Na época, o idealizador do programa, Professor Doutor Wilson Jacob Filho, cunhou o termo senecultura⁽⁵⁾ como sendo “o conjunto de ações interdisciplinares cujo resultado contribui para a Promoção da Saúde do Idoso”, conceito que passou a caracterizar o trabalho desse grupo de profissionais.

Dessa forma, o GAMIA estruturou um trabalho pioneiro à época, elaborando uma proposta de atendimento grupal, na qual o idoso, previamente selecionado, passaria a frequentar o Ambulatório de Geriatria semanalmente, desenvolvendo atividades que visavam à promoção de sua saúde, por meio de consultas médicas, orientações especializadas e atividades físicas, sociais e de lazer.

O GAMIA apresenta-se como um grupo em busca de conhecimento acerca de sua própria saúde. As atividades propostas seguem a ideia de que o idoso precisa conhecer sua condição de saúde, as alternativas de atuação de cada profissional e ter poder de decisão sobre sua saúde⁽⁶⁾. Instrumentalizar o idoso quanto aos seus direitos e deveres implica construir cidadania e promover acesso à integralidade da saúde.

Atualmente, a equipe conta com um corpo de profissionais formado pelas áreas de enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, psicologia, serviço social e terapia ocupacional. O GAMIA seleciona 30 idosos para participar de seu programa anual a partir de um processo de triagem daqueles interessados inscritos, tendo como critérios de inclusão idosos de ambos os sexos, idade igual ou superior a 60 anos, capacidade de locomoção independente de outrem, capacidade de comunicação que permita a atuação em grupo, e interesse e compromisso em participar do programa⁽⁷⁾.

Os 30 idosos selecionados são divididos em dois grupos de 15 pessoas e passam a frequentar o Ambulatório de Geriatria todas as quartas-feiras, das 8h às 15h. Todas as atividades são realizadas em grupo, com exceção das consultas médicas. Os dois grupos são atendidos concomitantemente às quartas-feiras. As áreas de fisioterapia

Quadro 1. Cronograma de atividades do Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial – Grupos Amarelo e Verde

HORÁRIO		SEQUÊNCIA A			HORÁRIO		SEQUÊNCIA B							
08:00 – 09:00		NUTRIÇÃO			08:00 – 09:00		FARMÁCIA							
09:00 – 10:00		SERVIÇO SOCIAL			09:00 – 10:00		FISIOTERAPIA							
10:00 – 11:00		FISIOTERAPIA			10:00 – 11:00		PSICOLOGIA							
11:00 – 12:30		ALMOÇO			11:00 – 12:00		ALMOÇO							
12:30 – 13:30		ENFERMAGEM			12:00 – 13:00		TERAPIA OCUPACIONAL							
13:30 – 15:00		TERAPIA OCUPACIONAL			13:00 – 14:00		ATENDIMENTO MÉDICO							
MARÇO			ABRIL			MAIO			JUNHO			JULHO		
Data	AMARELO	VERDE	Data	AMARELO	VERDE	Data	AMARELO	VERDE	Data	AMARELO	VERDE	Data	AMARELO	VERDE
03	Apresentação		07	A	B	05	B	A	02	A	B	07	B	A
10	A	B	14	B	A	12	A	B	09	B	A	14	A	B
17	B	A	21	Feriado		19	Passeio		16	A	B	17	Festa de Aniversário do GAMIA	
24	A	B	28	A	B	26	B	A	23	B	A	21 e 28 - Férias		
31	B	A							26	Festa Junina				
									30	A	B			
AGOSTO			SETEMBRO			OUTUBRO			NOVEMBRO			DEZEMBRO		
Data	AMARELO	VERDE	Data	AMARELO	VERDE	Data	AMARELO	VERDE	Data	AMARELO	VERDE	Data	AMARELO	VERDE
04	B	A	01	B	A	01	Dia do idoso		03	B	A	01	AGG	
11	A	B	8	A	B	06	A	B	10	A	B	11	Festa de Natal	
18	B	A	15	B	A	13	B	A	17	B	A			
25	A	B	22	A	B	20	Passeio		24	A	B			
			29	B	A	27	A	B						

e de terapia ocupacional atendem aos dois grupos semanalmente e as demais áreas alternam-se atendendo a cada grupo quinzenalmente. O cronograma de atividades do GAMIA está exemplificado no quadro 1.

Os idosos participam das atividades sociais e de lazer juntamente dos idosos do grupo Pós-GAMIA (formado por idosos que já participaram do GAMIA), como passeios, festas e bazares.

Desde 2002, os idosos fundaram o Jornal do GAMIA, cuja comissão é formada por idosos do GAMIA, Pós-GAMIA e da assistente social do GAMIA. O objetivo dessa atividade é estimular e propiciar o exercício de participação dos idosos, sendo o papel do profissional apenas o de facilitador e colaborador. O Jornal do GAMIA é um espaço aberto para entrevistas, artigos de prevenção e saúde, temas relacionados ao envelhecimento, dicas, receitas, piadas, divulgação de informes referentes aos grupos, enfim, um espaço de participação.

Pensar no envelhecimento como uma experiência positiva expõe uma visão que a Organização Mundial da Saúde (OMS) chama de envelhecimento ativo⁽⁸⁾: "...processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas".

Entende-se por qualidade de vida⁽⁹⁾ "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações".

OBJETIVO

Este estudo teve como objetivo verificar alteração na qualidade de vida dos idosos participantes do programa do GAMIA.

MÉTODOS

O estudo foi realizado no Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas da FMUSP, com idosos participantes do programa do GAMIA nos anos 2000, 2001 e 2002. Foram observadas 83 pessoas em 1 ano de acompanhamento, sendo aferidas medidas de qualidade de vida utilizando-se o instrumento *World Health Organization Quality Of Life* (WHOQOL-bref) em dois momentos: no início e no final do programa. Terminaram o estudo com todas as avaliações preenchidas 83 das 90 pessoas avaliadas na primeira fase.

O instrumento selecionado foi o WHOQOL-bref, uma versão abreviada do instrumento WHOQOL-100, ambos validados para população brasileira⁽¹⁰⁻¹²⁾. O WHOQOL-Bref é composto por 26 questões dentre as que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos, cobrindo 4 domínios específicos (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e 1 domínio geral.

Esse instrumento foi desenvolvido pela OMS em estudo multicêntrico, baseando-se nos pressupostos de que qualidade de vida é uma construção subjetiva (per-

cepção do indivíduo em questão), multidimensional e composta por elementos positivos (por exemplo, mobilidade) e negativos (dor)⁽¹³⁾.

Os dados sociodemográficos foram extraídos de um questionário elaborado pela autora e por informações contidas em prontuários.

Para medir os índices que avaliam as atividades de vida diária foi utilizada a escala de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) de Katz e a escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) de Lawton.

O Índice de Katz^(14,15) avalia as ABVDs. As atividades estão divididas nos itens banho, alimentação, higiene pessoal, vestir-se, transferência e continência. O escore total é determinado pela soma respostas afirmativas e o máximo de 6 pontos significa plena independência para as ABVDs.

A escala de Lawton⁽¹⁶⁾ avalia as AIVDs. As atividades estão divididas em habilidade de usar o telefone, ir a locais distantes, fazer compras, preparar as próprias refeições, arrumar a casa, fazer trabalhos manuais domésticos, lavar e passar a roupa, tomar seus remédios, cuidar das finanças. Para cada questão, a primeira resposta significa independência; a segunda, capacidade com ajuda; a terceira, dependência. A pontuação máxima é de 27 pontos e os escores têm um significado apenas para o paciente individual, servindo como base de comparação evolutiva.

Para responder os objetivos do estudo, foram utilizadas as diferenças na qualidade de vida nos domínios do WHOQOL com uso de testes Wilcoxon pareados⁽¹⁷⁾ e foram calculadas as diferenças sofridas em cada domínio (final – inicial). Foi testada a normalidade de distribuição das diferenças nos domínios com uso de testes Kolmogorov-Smirnov⁽¹⁷⁾, aceita a suposição de normalidade de distribuição dos dados ($p > 0,05$). Os testes foram realizados com nível de significância inferior a 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da FMUSP e o termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi obtido de todos os participantes.

RESULTADOS

Dos 83 sujeitos, 79,5% eram do sexo feminino e 20,5% do sexo masculino, e a média de idade foi de 69,30 anos.

A Escala de Katz mostrou que todos os idosos obtiveram a pontuação máxima, enquanto que, segundo a Escala de Lawton, 92,8% obtiveram a pontuação máxima (Tabela 1).

Tabela 1. Descrição dos escores de atividades de vida diária

Escala	N	Escore	%
KATZ	83	6	100
LAWTON	1	24	1,2
	2	25	2,4
	3	26	3,6
	77	27	92,8

Tabela 2. Descrição dos escores de qualidade de vida no início e fim do programa e resultado da comparação entre os momentos

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

DP: desvio padrão.

A Tabela 2 mostra que as pessoas participantes do programa GAMIA tiveram uma redução estatisticamente significativa no domínio físico ($p = 0,014$) e melhoram nos domínios psicológico e meio ambiente ($p = 0,029$ e $p = 0,007$, respectivamente). Os domínios relações sociais e geral mostraram tendência de melhora.

DISCUSSÃO

Em função dos critérios de seleção, os participantes do programa do GAMIA caracterizam-se por serem idosos independentes em relação às atividades de vida diária e cognitivamente preservados, possuindo, assim, plena autonomia.

Kalache et al.⁽¹⁸⁾ observaram que a manutenção da autonomia está intimamente ligada à qualidade de vida e que uma forma de se procurar quantificar esta variável pode ser pelo grau de autonomia com que o indivíduo desempenha as funções cotidianas que o torna independente dentro do seu contexto socioeconômico cultural. Na prática, uma forma adequada de medir tais características é por meio do desempenho das atividades de vida diária.

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

O declínio observado nos índices do domínio físico podem estar relacionados à percepção que o idoso tem de seu estado atual de saúde, devido à descoberta e à consciência de novos diagnósticos e, conseqüentemente, à necessidade de novos tratamentos. Isso, porém, não é indicativo de que seu estado de saúde tenha piorado no período.

Estudo de Xavier et al.⁽¹⁹⁾ mostrou que idosos insatisfeitos com sua qualidade de vida tinham mais problemas de saúde segundo a *Cumulative Illness Rating Scale* (CIRS) e mais sintomas depressivos quando avaliados pela *Geriatric Depression Scale* (GDS); a causa desse descontentamento era a falta de saúde física. Concluiu-se que o conceito de uma qualidade de vida negativa

seria equivalente à perda de saúde, enquanto que o conceito de uma qualidade de vida positiva seria equivalente a uma pluralidade maior de categorias, como atividade, renda, vida social e relação com a família, categorias diferentes de sujeito para sujeito.

A revisão realizada por Fortin et al.⁽²⁰⁾ mostrou a existência de uma relação inversa entre multimorbidades e qualidade de vida, apontada também no estudo de Miranda et al.⁽²¹⁾. Em ambos os estudos, as pessoas tinham doenças crônicas estabilizadas, não apresentavam limitações funcionais, dores ou complicações. Os dados sugeriram que pacientes com esse perfil, quando conscientizados de sua real condição de saúde, mudam sua percepção em relação à sua saúde física e, conseqüentemente, à avaliação de sua qualidade de vida.

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

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

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

Ao entrar no GAMIA, o idoso sente-se acolhido devido ao suporte que o atendimento em grupo oferece e pelo fato de sentir a disponibilidade de profissionais interessados em auxiliá-lo nos diferentes aspectos relacionados ao seu envelhecimento. Existe a oportunidade de desenvolvimento de novas amizades, contribuindo ao aumento da autoestima e dos sentimentos positivos relacionados à velhice.

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

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

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

O conhecimento e a percepção de tais alterações propiciaram o desenvolvimento de respostas adaptativas e fortalecedoras, capazes de potencializar um melhor desempenho dos idosos no meio social ao qual pertenciam, propiciando sua permanência ativa e atuante no mesmo pelo maior tempo possível⁽²²⁾.

O idoso compartilha, além de suas próprias percepções, da percepção do outro, podendo, dessa forma, ampliar para seu relacionamento familiar, afetivo e social⁽²²⁾.

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

A literatura⁽²³⁻²⁵⁾ aponta para uma questão importante ligada à problemática da relações pessoais nas grandes metrópoles. Fatores como a alta densidade demográfica, heterogeneidade da população, falta de segurança e de adaptação dos espaços públicos acabam por não estimular o crescimento pessoal e social de seus membros, pois dificultam a convivência e as oportunidades de lazer.

Torna-se difícil organizar espaços nos quais os idosos possam desenvolver a cidadania e a convivência, incentivando, assim, sua participação social. Dessa forma, as atividades em grupo acabam contribuindo para o exercício de novos papéis e retomada de outros abandonados no decorrer de sua vida.

Segundo Lima e Pasetchny⁽²³⁾, as dificuldades nas relações interpessoais e sociais nas grandes metrópoles, aliadas à falta de espaços públicos e ao aumento do número de idosos, fazem da instituição de grupos de terceira idade uma necessidade, pois elas auxiliam na promoção da inclusão social do idoso.

Da mesma forma, no domínio geral, que se reporta à autopercepção da qualidade de vida e de seu grau de satisfação com a própria saúde, acredita-se que a tendência de melhora seja devida ao melhor conhecimento sobre suas capacidades e aptidões, porém, em consonância com a consciência recém-adquirida de doenças e limitações até então desconhecidas, fruto de um processo de acurada avaliação geriátrica global.

O estudo longitudinal realizado por Rudinger e Thomae (*apud* Neri)⁽²⁶⁾ ofereceu informações valiosas sobre o ajustamento e a satisfação na velhice, enfatizando que a saúde percebida e as maneiras como as pessoas lidam com os problemas de saúde são mais preditivas do que as condições objetivas de saúde, avaliadas segundo parâmetros médicos.

O fato de o encaminhamento dos idosos para triagem do GAMIA ser realizado por meio da indicação dos idosos do Pós-GAMIA, não sendo necessária a divulgação por parte do Serviço de Geriatria, mostra a influência positiva do programa no cotidiano do idoso, que passa a exercer o papel de agente multiplicador. O idoso do Pós-GAMIA almeja que seu familiar, seu vizinho, seu amigo se beneficiem da mesma forma que ele se sentiu beneficiado.

Segundo Melo et al.⁽²⁷⁾, em qualquer sistema de saúde, não se pode conceber o planejamento de ação sem antes considerar as premissas do planejamento educativo.

A OMS pontua que os objetivos da educação em saúde são o de desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertençam, e a capacidade de participar da vida comunitária de maneira construtiva. Essas assertivas fazem da educação em saúde um dos mais importantes elos entre os desejos e as expectativas da população por uma vida melhor, além de projeções e estimativas dos governantes ao oferecer programas de saúde mais eficientes⁽²⁸⁾.

O trabalho com grupos de idosos funciona como instrumento a serviço da autonomia e do desenvolvimento contínuo do nível de saúde e das condições de vida, promovendo a saúde do idoso⁽²⁷⁾.

O modelo de atendimento proposto pela equipe de profissionais do GAMIA tem a possibilidade de ser reproduzido na rede pública, pois sua estrutura é simples e de baixo custo, visto que funciona há 26 anos no Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas da FMUSP.

As ações voltadas para a promoção do envelhecimento saudável, portanto, quebram os paradigmas da atenção ao idoso, que visa fundamentalmente ao tratamento sintomático das doenças. Acredita-se na importância de modelos de atuação que permitam a quem envelhece uma habilitação para participar ativamente da construção de seu futuro, conceitos estes muito bem sintetizados por Litvoc e Brito⁽²⁹⁾, pontuando que as ações de prevenção e

promoção de saúde, que incluem medidas referentes às doenças e aos aspectos do bem-estar social e cultural, são fundamentais tanto para os idosos com capacidade funcional preservada como para aqueles já com incapacidade. No caso dos idosos com função preservada, essas ações são necessárias para manter o estado funcional íntegro.

CONCLUSÃO

Embora a literatura relacione a importância da saúde física ao desenvolvimento de uma boa qualidade de vida na velhice, este estudo mostrou que, apesar do declínio nos índices do domínio físico, o idoso teve melhora da qualidade de vida em decorrência do desenvolvimento de suporte psicológico, social e ambiental.

REFERÊNCIAS

- Ramos LR. Epidemiologia do Envelhecimento. In: Freitas EV, PY L, Caçado FAX, Gorzoni ML. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.72.
- Paschoal SMP. Qualidade de vida na velhice. In: Freitas EV, PY L, Caçado FAX, Gorzoni ML. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.79.
- World Health Organization (WHO). The Ottawa Charter for Health Promotion, 17-21 November 1986.
- World Health Organization (WHO). Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21 st century, 21-25 July, 1997.
- Jacob-Filho W. Promoção da saúde do idoso. São Paulo: Lemos; 1998.
- Viude A. Atividade de fonoaudiologia. In: Jacob-Filho W. Prática a caminho da senescultura – Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial, GAMIA. São Paulo, Atheneu, 2003. p.49.
- Jacob-Filho W. Prática a caminho da senescultura – Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial, GAMIA. São Paulo: Atheneu; 2003.
- World Health Organization (WHO). Active Ageing. A Policy Framework. Madrid, Spain, 2002.
- The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995;10(41):1403-9.
- Fleck MPA, Chachamovich E, Louzada S, Pinzon V, Vieira G. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL – 100). Rev Saúde Públ. 1999;33(2):198-205.
- Fleck MPA, Louzada S, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida “WHOQOL-Bref”. Rev. Saúde Públ. 2000;34(1)0: 178-83.
- Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. Ciência e Saúde Coletiva. 2000;5(1):33-8.
- Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida: um debate necessário. Ciência e Saúde Coletiva. 2000;5(1):7-18.
- Katz S, Akpomk CA. A measure of primary sociobiological functions. Int J Health Serv. 1976;6(3):493-508.
- Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffee MW. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA. 1963;185:914-9.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969;9:179-86.
- Conover W J . Practical nonparametric statistics. New York, Wiley, 1980.
- Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. Rev Saúde Públ. 1987;21(3):200-10.
- Xavier FMF, Ferraz MPT, Marc N, Escosteguy NU, Moriguchi EH. Elderly peoples definition of quality of life. Rev Bras Psiquiat. 2003;25(1):37-49.
- Fortin M, Lapoint L, Hudon C, Vanasse A, Ntetu ATL, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. Health Qual Life Outcomes. 2004;2:51.
- Miranda de Nóbrega TC, Jaluul O, Machado AN, Paschoal SMP, Jacob Filho W. Quality of life and multimorbidity of elderly outpatients. Clinics. 2009;64(1): 45-50.
- Izzo H. Atividade de fisioterapia. In: Jacob-Filho W. Prática a caminho da senescultura – Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial, GAMIA. São Paulo: Atheneu; 2003.
- Lima LJC, Pasetchny. Atividades em grupo: uma alternativa para inclusão social na terceira idade. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 1998;9(1):37-42.
- Schicchi MC. A arquitetura e os idosos: considerações para elaboração de projetos. SESC. 2000;xi(19):63-79.
- Rolnik R. A cidade e o idoso. SESC. 1998:X(14):45-50.
- Neri AL. Qualidade de vida e idade madura. Campinas: Papirus; 1993.
- Melo MC, Souza AL, Leandro EL, Mauricio HA, Silva ID, Oliveira JMO. A educação em saúde como agente promotor da qualidade de vida para o idoso. Ciência e Saúde Coletiva. 2009;14(Supl.1):1579-86.
- Levy SN, Silva JJC, Cardoso IFR, Werberich PM, Moreira LLS, Montiani H, et al. Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.
- Litvoc J, Brito C. Prevenção e promoção da saúde. São Paulo: Atheneu; 2004.