

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**MARIA CRISTINA SANT'ANNA DA SILVA**

**COMPORTAMENTOS PROMOTORES DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE  
PESSOAS IDOSAS PARTICIPANTES DE UM CENTRO DE LAZER EM PORTO  
ALEGRE**

**Porto Alegre**

**2008**

**MARIA CRISTINA SANT'ANNA DA SILVA**

**COMPORTAMENTOS PROMOTORES DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE  
PESSOAS IDOSAS PARTICIPANTES DE UM CENTRO DE LAZER EM PORTO  
ALEGRE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Liana Lautert

**Porto Alegre**

**2008**

S586t Silva, Maria Cristina Sant'Anna da  
Comportamentos promotores de saúde e qualidade de vida de  
pessoas idosas participantes de um centro de lazer em Porto Alegre /  
Maria Cristina Sant'Anna da Silva ; orient. Liana Lautert. – Porto  
Alegre, 2008.  
95 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em  
Enfermagem, 2008.

Inclui resumos em: Português, Espanhol e Inglês.

1. Comportamento. 2. Qualidade de vida. 3. Idoso. 4. Saúde do  
idoso. 5. Auto-eficácia. 6. Enfermagem. I. Lautert, Liana. II. Título.  
Limites para indexação: Humano.

LHSN – 769.1  
NLM – WT 166


MARIA CRISTINA SANT'ANNA DA SILVA

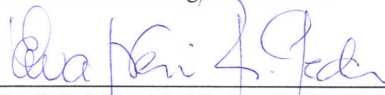
**COMPORTAMENTOS PROMOTORES DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE  
PESSOAS IDOSAS PARTICIPANTES DE UM CENTRO DE LAZER EM PORTO  
ALEGRE**

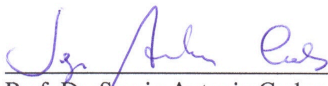
Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

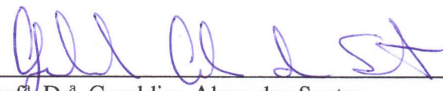
Aprovada em 08 de janeiro de 2008.

**Banca Examinadora**

  
\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Liana Lautert – Orientadora  
Escola de Enfermagem – UFRGS

  
\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Eva Neri Rubim Pedro  
Escola de Enfermagem – UFRGS

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Sergio Antonio Carlos  
Instituto de Psicologia – UFRGS

  
\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Geraldine Alves dos Santos  
Faculdade de Psicologia – Centro Universitário Feevale (RS)

## AGRADECIMENTOS

Aos idosos do Projeto Celari (Centro de Esportes, Lazer e Recreação do Idoso) que participaram desta investigação, à funcionária Ivete e às coordenadoras, em especial à Prof<sup>ª</sup>. Mestre Eliane Blessmann, pela paciência, pela boa vontade e pela disponibilidade.

À Prof<sup>ª</sup>. Dra. Liana Lautert, minha orientadora, exemplo de competência e dedicação, por me conduzir e apoiar ao longo desta jornada, bem como à Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e aos seus professores, pela oportunidade e pelos ensinamentos.

Ao Prof<sup>º</sup>. Mestre Lucas de Mello Souza, pelo auxílio na realização da sintaxe do *WHOQOL-bref* (instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde). A Carla Basso, Karen Carvalho e Eunice Hilleshein, bolsistas de iniciação científica, pelo auxílio na coleta de dados. Ao Juscelino Zemiacki, pela generosidade e pelo empenho na realização da análise estatística. A Maria Isabel Domingues, pela correção da tradução do resumo para a língua inglesa.

Ao Jorge, meu marido, pelo incentivo primeiro e permanente e por garantir as condições para que eu transpusesse esta etapa da minha vida com muito amor e da melhor forma possível. A Isabela e Isadora, minhas *filhas do coração*, pelo acolhimento, pela paciência e pela colaboração, inclusive na correção do português desta dissertação.

## RESUMO

Esta é uma investigação descritiva que utilizou a integração dos métodos quantitativos e qualitativos, cuja análise foi realizada sob a perspectiva da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da teoria da auto-eficácia de Bandura. Foi desenvolvida junto a 125 idosos participantes de um centro de lazer em Porto Alegre (Brasil), no qual realizam atividades físicas e sociais, com o objetivo de compreender a construção dos comportamentos promotores de saúde dessas pessoas. Na primeira etapa, foi aplicado um formulário contendo questões demográficas, socioeconômicas e de autopercepção da saúde e o questionário de avaliação de qualidade de vida – *WHOQOL-bref*. Para analisar esses dados, foram utilizadas a estatística descritiva e a analítica. A idade média foi 69,4 anos (DP  $\pm$  6,4), predominando o sexo feminino (90,4%), a escolaridade de ensino médio (37,6%) e as atividades no lar (79,2%). Metade recebia até cinco salários mínimos mensais, 64,8% morava acompanhado, 52% realizava atividade física e social há 5 anos ou mais, 96% consultou com profissional da área da saúde no ano anterior, 80% referiu autopercepção positiva da saúde atual. As médias dos domínios do *WHOQOL-bref* foram: físico 72,37 ( $\pm$  14,25), psicológico 73,50 ( $\pm$  10,48), relações sociais 79,40 ( $\pm$  12,98), meio ambiente 74,85 ( $\pm$  11,62) e global 78,30 ( $\pm$  13,85), havendo correlação positiva, estatisticamente significativa, entre os quatro domínios com o domínio global. Na análise de regressão linear múltipla, o domínio físico foi o maior preditor de qualidade de vida ( $\beta = 0,39$ ), seguido pelos domínios meio ambiente ( $\beta = 0,19$ ) e relações sociais ( $\beta = 0,17$ ). Na análise de variância (ANOVA), a variável autopercepção atual da saúde apresentou significância estatística com quatro domínios do WHOQOL-bref. Para conhecer as atividades promotoras de saúde e identificar os fatores que influenciaram esses indivíduos idosos a adotar e manter comportamentos que consideram saudáveis, foram entrevistados 11 que alcançaram escores com um desvio-padrão igual ou acima da média do grupo ( $\geq 85,18$ ). Na análise das entrevistas, surgiram três categorias: comportamentos promotores de saúde (prática de atividade física, cuidados com a nutrição e convivência familiar/social), adoção dos comportamentos promotores de saúde (influências na infância/juventude e na maturidade) e manutenção dos comportamentos promotores de saúde (atitudes e atributos pessoais positivos, expectativa de viver melhor e mais tempo). A investigação evidenciou que esses indivíduos mantêm comportamentos promotores de saúde similares aos recomendados pelos profissionais e pelas organizações de saúde. Além disso, supõe-se que a adoção e a manutenção de tais comportamentos foram determinadas pelo senso positivo de auto-eficácia desses indivíduos e porque eles desenvolveram estratégias para facilitar a manutenção.

**Descritores:** Comportamento. Qualidade de Vida. Idoso. Saúde do Idoso. Auto-Eficácia. Enfermagem.

## RESUMEN

*Este es una investigación descriptiva que utilizó la integración de los métodos cuantitativos y cualitativos, cuyo análisis fue realizada bajo la perspectiva de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la teoría de la autoeficacia de Bandura. La investigación fue desarrollada junto con 125 adultos mayores participantes de un centro de ocio en la ciudad de Porto Alegre (Brasil), en el cual practican actividades físicas y sociales, con la finalidad de comprender la formación de sus conductas promotoras de salud. En la primera parte, fueron aplicados un formulario con preguntas demográficas, socioeconómicas y de autopercepción de la salud y el cuestionario de evaluación de la calidad de vida: WHOQOL-bref. Las estadísticas descriptiva y analítica fueron utilizadas para el análisis de los datos. El promedio de edad fue de 69,4 años ( $DS \pm 6,4$ ), con predominio del sexo femenino (90,4%), con enseñanza secundaria (37,6%) y con actividades domésticas (79,2%). La mitad recibía hasta cinco salarios mínimos al mes, el 64,8% vivía acompañado, el 52% realizaba actividades físicas y sociales había 5 años o más, el 96% había tenido una cita con un profesional de salud el año anterior y el ochenta por ciento refirió una autopercepción positiva de su salud actual. Los promedios de los dominios del WHOQOL-bref fueron: físico 72,37 ( $\pm 14,25$ ), psicológico 73,50 ( $\pm 10,48$ ), relaciones sociales 79,40 ( $\pm 12,98$ ), medio ambiente 74,85 ( $\pm 11,62$ ) y global 78,30 ( $\pm 13,85$ ). Hubo correlación positiva, estadísticamente significativa, entre los cuatro dominios y el dominio global, y en el análisis de regresión lineal múltiple el dominio físico fue el principal predictor de calidad de vida ( $\beta = 0,39$ ), seguido por los dominios medio ambiente ( $\beta = 0,19$ ) y relaciones sociales ( $\beta = 0,17$ ). En el análisis de varianza (ANOVA), la variable autopercepción actual de la salud presentó significación estadística con cuatro dominios del WHOQOL-bref. Para conocer las actividades promotoras de salud e identificar los factores que influenciaron esos adultos mayores a adoptar y mantener conductas que consideran sanas, fueron entrevistadas 11 que alcanzaron puntuaciones con desviación estándar igual o superior al promedio del grupo ( $\geq 85,18$ ). En el análisis de las entrevistas, surgieron tres categorías: conductas promotoras de salud (práctica de actividades físicas, atención a la nutrición y convivencia familiar/social), adopción de las conductas promotoras de salud (influencias en la infancia/juventud y en la madurez) y mantenimiento de las conductas promotoras de salud (actitudes y atributos personales positivos, expectativa de vivir mejor y por más tiempo). La investigación evidenció que esos individuos mantienen conductas promotoras de salud similares a las recomendadas por profesionales y organizaciones de salud. Además, se supone que la adopción y el mantenimiento de dichas conductas fueran determinados por el sentido positivo de autoeficacia de esos individuos y porque ellos desarrollaron estrategias para facilitar el mantenimiento.*

**Descriptor:** Conducta. Calidad de Vida. Anciano. Salud del Anciano. Autoeficacia. Enfermería.

**Título:** Conductas promotoras de salud y calidad de vida de adultos mayores participantes de un centro de ocio en Porto Alegre.

## **ABSTRACT**

*This is a descriptive investigation that has used the integration of quantitative and qualitative methods, in which the analysis was done based on World Health Organization's (WHO) quality of life perspective and Bandura's self-efficacy theory. It was developed with 125 older adults who participate in a leisure center in Porto Alegre (Brazil), where they perform physical and social activities, attempting to understand the construction of their promoting health behaviors. In the first stage, it was applied a form with demographic, socioeconomic and health self-perception questions as well as the evaluation of quality of life questionnaire – WHOQOL-bref. To data analysis, it was used the descriptive and analytical statistics. The group mean age was 69,4 years old (SD ± 6,4), with majority of female (90,4%), high schooling (37,6%) and household chores (79,2%). Half of them received an income of up to five monthly minimum wages, 64,8% lived with someone, 52% used to do physical and social activities for 5 years or longer, 96% met a health professional during the last year and 80% expressed current positive health self-perception. The means of WHOQOL-bref domains were: physical 72,37 (± 14,25), psychological 73,50 (± 10,48), social relations 79,40 (± 12,98), environment 74,85 (± 11,62) and overall 78,30 (± 13,85), showing positive correlation, statistically significant, between the four domains with the overall domain. In the multiple linear regression analysis, the physical domain was the main predictor of quality of life ( $\beta = 0,39$ ), followed by environment domain ( $\beta = 0,19$ ) and social relations ( $\beta = 0,17$ ). In the variance analysis (ANOVA), the current health self-perception variable showed statistical significance with four WHOQOL-bref's domains. In order to know the promoting health activities and identify the factors that influenced older adults to adopt and maintain behaviors that they consider healthy, 11 older adults who got scores with one standard deviation equal or over the group mean ( $\geq 85,18$ ) were interviewed. From the interviews' analysis, emerged three categories: promoting health behaviors (practice of physical activity, attention to nutrition and family/social acquaintanceship), adoption of promoting health behaviors (influences on childhood/youth and maturity) and maintenance of promoting health behaviors (positive personal attitudes and attributes, expectation to live better and longer). The investigation evidenced that these individuals sustain promoting health behaviors alike the recommended ones by health professionals and organizations. It is believed that the adoption and the maintenance of those behaviors were determined by their positive sense of self-efficacy and by developing strategies to make easier the maintenance.*

**Descriptors:** Behavior. Quality of Life. Aged. Health of the Elderly. Self-Efficacy. Nursing.

**Title:** Promoting health behaviors and quality of life of older adults who participate in a leisure center in Porto Alegre.



**LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1 – Distribuição da amostra, segundo características demográficas, idade, faixa etária e sexo - Porto Alegre - 2007</b>	<b>34</b>
<b>Tabela 2 – Distribuição da amostra, segundo escolaridade, ocupação e renda - Porto Alegre - 2007</b>	<b>37</b>
<b>Tabela 3 – Distribuição da amostra, segundo variáveis relacionadas à saúde - Porto Alegre - 2007</b>	<b>39</b>
<b>Tabela 4 – Escores médios dos domínios da avaliação da qualidade de vida da amostra, segundo o questionário <i>WHOQOL-bref</i> - Porto Alegre - 2007</b>	<b>42</b>
<b>Tabela 5 – Coeficientes de correlação de Pearson e de regressão linear múltipla entre os domínios do <i>WHOQOL-bref</i> e o domínio global - Porto Alegre - 2007</b>	<b>43</b>
<b>Tabela 6 – Distribuição das médias dos domínios do <i>WHOQOL-bref</i>, segundo variáveis que geraram dois subgrupos - Porto Alegre - 2007</b>	<b>44</b>
<b>Tabela 7 – Distribuição das médias dos domínios do <i>WHOQOL-bref</i>, segundo variáveis que geraram três ou mais subgrupos - Porto Alegre - 2007</b>	<b>46</b>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>15</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo geral</b>	<b>15</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>FUNDAMENTOS TEÓRICOS</b>	<b>16</b>
<b>3.1</b>	<b>Envelhecimento e saúde da pessoa idosa</b>	<b>16</b>
3.1.1	Velhice	17
3.1.2	Saúde da pessoa idosa	19
<b>3.2</b>	<b>Velhice bem-sucedida/ativa e qualidade de vida</b>	<b>21</b>
<b>3.3</b>	<b>Processo de construção do comportamento humano</b>	<b>23</b>
<b>4</b>	<b>TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b>	<b>27</b>
<b>4.1</b>	<b>Delineamento da investigação</b>	<b>27</b>
<b>4.2</b>	<b>Campo de investigação</b>	<b>27</b>
<b>4.3</b>	<b>População e amostra</b>	<b>28</b>
<b>4.4</b>	<b>Considerações bioéticas</b>	<b>29</b>
<b>4.5</b>	<b>Instrumentos e procedimentos da coleta dos dados</b>	<b>29</b>
<b>4.6</b>	<b>Teste piloto</b>	<b>31</b>
<b>4.7</b>	<b>Análise dos dados</b>	<b>31</b>
<b>5</b>	<b>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>33</b>
<b>5.1</b>	<b>Caracterização da amostra</b>	<b>33</b>
<b>5.2</b>	<b>Dados referentes à saúde e à qualidade de vida</b>	<b>39</b>
<b>5.3</b>	<b>Comportamentos promotores de saúde</b>	<b>47</b>
5.3.1	Prática de atividade física	47
5.3.2	Cuidados com a nutrição	49
5.3.3	Convivência familiar/social	51
5.3.4	Outros comportamentos	53

<b>5.1</b>	<b>Adoção dos comportamentos promotores de saúde</b>	<b>57</b>
5.4.1	Influências na infância/juventude	57
5.4.2	Influências na maturidade	60
<b>5.5</b>	<b>Manutenção dos comportamentos promotores de saúde</b>	<b>63</b>
5.5.1	Atitudes e atributos pessoais positivos	63
5.5.2	Expectativa de viver melhor	66
5.5.3	Expectativa de viver mais tempo	68
5.5.4	Outros aspectos que favorecem a manutenção do comportamento	71
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>75</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>81</b>
	<b>APÊNDICE A – Formulário</b>	<b>89</b>
	<b>APÊNDICE B – Roteiro de entrevista</b>	<b>90</b>
	<b>APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido</b>	<b>91</b>
	<b>APÊNDICE D – Instruções de preenchimento dos instrumentos</b>	<b>92</b>
	<b>ANEXO A – Instrumento <i>WHOQOL-Bref</i></b>	<b>93</b>
	<b>ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul</b>	<b>95</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O tema desta investigação surgiu a partir de reflexões quanto à dificuldade em mudar comportamentos considerados nocivos à saúde apresentada por muitos indivíduos, mesmo quando informados de que eles contribuem tanto para a instalação como para o agravamento de condições crônicas de saúde, as quais podem resultar em incapacidades prejudiciais à qualidade de vida, principalmente na velhice. Em tal etapa, muitos dos problemas de saúde poderiam ter sido prevenidos ou minimizados, caso seus portadores, ao longo da vida, tivessem comportamentos promotores de saúde – que são evidenciados pela repetição freqüente e duradoura de ações consideradas saudáveis<sup>1</sup> –, se intervenções precoces fossem implantadas e se aderissem a elas e, ainda, se oportunidades para fazerem melhores escolhas fossem viáveis.

As questões relacionadas ao envelhecimento humano e à velhice interessam-me há quase 20 anos, período no qual desempenhei atividades assistenciais – como enfermeira – em um serviço de internação hospitalar geriátrico. Nessa época, fiz especialização em Gerontologia Social e participei de diversas entidades envolvidas com o assunto, dentre elas a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – seção Rio Grande do Sul (SBGG-RS). Durante essa trajetória, outro aspecto que chamou minha atenção foi a produção científica sobre o processo de envelhecimento e a velhice na enfermagem brasileira, que, embora promissora, ainda é incipiente.

Portanto, investigações relacionadas à faixa da população idosa são necessárias, pois, para promover o envelhecimento ativo<sup>2</sup>, é preciso conhecer como vivem esses indivíduos. Outrossim, é imprescindível ter recursos humanos capacitados na área, conforme recomendações do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003; MARZIALE, 2003) e da Segunda Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2002) ocorrida em Madri. Além disso, concorda-se com Ruipérez Cantera e Llorente Domingo (1998), quando referem que a falta de educação gerontológica da maioria dos profissionais da área da saúde ainda é um entrave à

---

<sup>1</sup> Comportamentos considerados saudáveis pelos profissionais de saúde: praticar atividade física regularmente, manter peso corporal adequado, reduzir consumo de gordura animal, evitar o tabagismo, dentre outros (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

<sup>2</sup> Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), o envelhecimento ativo é “[...] o processo de otimização das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, a fim de realçar a qualidade da vida à medida que as pessoas envelhecem” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2002, p. 9).

formulação de planos e programas direcionados ao envelhecimento, e acrescenta-se que, além de formular, é preciso garantir sua implantação e seu funcionamento.

Esse panorama, todavia, vem, aos poucos, se modificando. Conforme Papaléo Netto e Ponte (1996) e Diogo (2004), o aumento do número de indivíduos idosos na população faz crescer o de profissionais interessados em estudar e trabalhar com essa população. Concorde-se também com os autores, quando mencionam que tal aumento ainda é lento em relação ao do envelhecimento populacional brasileiro. Isso explicaria o contingente pequeno de investigações sobre a velhice quando comparado às demais etapas da vida, uma vez que, no País, essas mudanças demográficas são relativamente recentes, pois ocorreram principalmente nos últimos 40 anos.

A revolução da longevidade humana brasileira é constatada através do estrato referente aos indivíduos idosos, que detêm a maior taxa de crescimento populacional. Quanto a isso, Jacob Filho (2000) informa que o País evoluirá da 16ª posição mundial, registrada em 1950, para a 6ª, em 2025. Duarte e Lebrão (2005) acrescentam que o referido grupo etário crescerá 15 vezes no período 1960-20, enquanto a população geral, apenas cinco. Essas autoras assinalam ainda que, em 2050, dois terços dos indivíduos idosos viverão nos países em desenvolvimento.

Essa maior longevidade está ocasionando mudanças nas políticas públicas do País, haja vista a edição da Política Nacional do Idoso, do Estatuto do Idoso e da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Os gestores públicos passam a preocupar-se com a influência das condições crônicas de saúde na qualidade de vida da população que envelhece e os custos que ocasionarão ao sistema de saúde. Conforme Paschoal (2005), é na população idosa que ocorre a maior prevalência e incidência de doenças, as quais são predominantemente crônicas – como a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes melito tipo 2 –, e, para mantê-las estabilizadas, é preciso uma série de cuidados constantes. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2003), as condições crônicas respondem por 60% do ônus decorrente de doenças em geral em todos os países. Além disso, prevê que, naqueles em desenvolvimento, em 2020, 80% dessas doenças serão provenientes de tais condições, enfatizando que muitas delas são passíveis de serem evitadas mediante a manutenção de comportamentos saudáveis.

Assim, para atender às necessidades decorrentes do aumento do número de indivíduos idosos na população, é preciso infra-estrutura social, como redes sociais de apoio, serviços de assistência à saúde, segurança pública e acessibilidade, dentre outros. Mas, além do planejamento

social, também é preciso o individual. Ou seja, é importante planejar a vida para chegar à velhice com autonomia e independência funcional<sup>3</sup>. Para tanto, é recomendável manter comportamentos promotores de saúde o mais precocemente possível, os quais devem propiciar formas significativas de envolvimento. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2002), tais comportamentos serão realizados em decorrência das escolhas, das oportunidades, da disponibilidade de recursos e opções exequíveis, das condições e aptidões pessoais e da capacidade de autocuidado.

Embora a responsabilidade pessoal sobre o comportamento seja enfatizada no sistema de saúde, é importante salientar que a saúde não é exclusivamente de cunho pessoal. Uma vez que é um direito de cidadania, o Estado deve oferecer serviços que contribuam para sua promoção, dentre eles educação, saneamento e segurança pública.

Portanto, não se pretende eximir a responsabilidade do Estado perante os setores relacionados ao desenvolvimento econômico e social envolvidos na promoção de saúde, nem tampouco desconectar o indivíduo de seu contexto e culpá-lo pela falta de êxito em manter comportamentos promotores de saúde. Mas vale ressaltar a importância de buscar formas bem-sucedidas de envelhecer *também* pelos próprios meios, ou seja, pela escolha e pela adoção de comportamentos que possam favorecer a qualidade de vida.

Diante desse cenário, o enfermeiro tem um papel fundamental, por ser agente de identificação de agravos e riscos à saúde e por ter oportunidade de intervir e propor mudanças que visem à promoção da saúde. Sua atuação faz-se presente tanto no planejamento de ações quanto na execução das mesmas. Além disso, esse profissional tem um compromisso permanente com a educação em saúde, devendo habilitar-se para atuar nos diversos serviços que atendem à população idosa: na atenção básica de saúde, na hospitalar, na instituição de longa permanência (ILP) e no domicílio. Em todos, é preciso levar-se em conta que o atendimento ocorre em um contexto complexo, exigindo que o profissional possua uma visão abrangente da realidade dessa população, que vai além dos aspectos físicos, mas que envolve também os emocionais e os socioculturais. Dessa maneira, o enfermeiro procura evitar que o indivíduo idoso seja avaliado e atendido sob uma ótica reducionista, que, portanto, acarreta insuficiente atenção de saúde.

---

<sup>3</sup> Autonomia é a capacidade de decidir, e independência funcional, a de realizar atividades sem auxílio de outras pessoas (PAPALÉO NETTO; PONTE, 1996).

Além disso, cabe salientar que, também para orientar os indivíduos jovens e adultos de hoje sobre os cuidados com sua saúde, é importante conhecer como os idosos que possuem comportamentos promotores de saúde cuidaram e cuidam da sua, pois se supõe que é possível tentar propor e construir conjuntamente alternativas de vida saudável a serem adotadas pelos indivíduos em idades mais baixas. Uma vez que, no futuro, eles serão idosos, poderiam e deveriam empenhar-se com a qualidade de sua vida precocemente, e isso aumentaria a possibilidade de chegarem à velhice com autonomia e independência funcional.

Então, como o último século foi marcado por grandes transformações socioculturais e tecnológicas – que repercutiram ora positiva, ora negativamente no comportamento da população, principalmente no dos indivíduos idosos –, pelo maior tempo de exposição a elas, estabeleceram-se as seguintes questões de pesquisa: como indivíduos idosos cuidaram e cuidam da saúde? O que influenciou a adoção e o que influencia a manutenção de seus comportamentos de saúde?

Assim, a presente investigação analisa a construção dos comportamentos de saúde e a qualidade de vida de indivíduos com idade de 60 anos ou mais, participantes de um centro de lazer, em Porto Alegre, no qual realizam atividades físicas e sociais, visando identificar os fatores que os influenciaram a adotar e a manter tais comportamentos. Com isso, espera-se ampliar o conhecimento sobre esse segmento populacional, bem como auxiliar na formulação de estratégias de cuidados de saúde.

## **2 OBJETIVOS**

Para operacionalizar esta investigação, foram traçados o objetivo geral e os específicos.

### **2.1 Objetivo geral**

Compreender como foram construídos os comportamentos promotores de saúde de pessoas idosas que participam de um centro de lazer, no qual realizam atividades físicas e sociais.

### **2.2 Objetivos específicos**

Descrever a qualidade de vida de pessoas idosas.

Conhecer as atividades promotoras de saúde realizadas por pessoas idosas.

Identificar os fatores biopsicossociais-culturais que influenciaram pessoas idosas a adotar e a manter comportamentos que consideram saudáveis.



### 3 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Para melhor clareza na fundamentação da presente investigação, dividiu-se este capítulo em três partes: a primeira versa sobre envelhecimento e saúde da pessoa idosa; a segunda, sobre velhice bem-sucedida/ativa e qualidade de vida; e a terceira, sobre processo de construção do comportamento humano.

#### 3.1 Envelhecimento e saúde da pessoa idosa

O envelhecimento é um processo progressivo de transformações morfofuncionais e moleculares, que acontece com o transcorrer do tempo, em todos os seres vivos. No ser humano, tais transformações são responsáveis pelo declínio das funções orgânicas e da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático, o que, por sua vez, pode propiciar o aparecimento de diversas doenças associadas à herança genética, ao estilo de vida pouco saudável e aos fatores psicossociais-culturais-ambientais deletérios (PAPALÉO NETTO, 2002).

Na perspectiva do desenvolvimento do curso de vida, o envelhecimento humano é um processo contínuo ao longo do tempo, caracterizado pela inter-relação entre crescimento (ganhos) e declínio (perdas), gerando capacidade adaptativa (BALTES, 1987).

As condições de vida melhores, bem como a diminuição da taxa de fecundidade, favoreceram o aumento da expectativa de vida da população, enquanto a diminuição da mortalidade favoreceu o processo de envelhecimento populacional mundial (DUARTE; LEBRÃO, 2005). Nos países desenvolvidos, o aumento deu-se durante cerca de um século; dessa forma, eles tiveram mais tempo para estabelecer as adaptações necessárias para receberem um contingente maior de pessoas idosas na população. Papaléo Netto, Yuaso e Kitadai (2005) citam previsões de que, em 2050, o percentual de pessoas idosas no mundo passará de 10% para 21%, e o de crianças se reduzirá de 30% para 21%. Ainda segundo esses autores, o número de crianças será a metade do número de pessoas idosas em alguns países desenvolvidos.

No Brasil e nos demais países em desenvolvimento, o aumento do contingente de pessoas idosas na população está ocorrendo rapidamente, bem como o aumento da média de anos de vida. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2004b) revelou que, em 2000, a taxa de crescimento correspondente às crianças de 0 a 14 anos de idade estava próxima de zero, enquanto a do segmento de 65 anos ou mais era de cerca de 3,8% – superior à da média da população total (1,5%) e à do segmento de 15 a 64 anos de idade (1,8%). O IBGE revelou também que as crianças de 0 a 14 anos correspondiam a 30% da população total do País naquele ano, enquanto o segmento com 65 anos ou mais representava apenas 5%. A estimativa é de que ambos os grupos etários terão participação em torno de 18% na população total, em 2050.

A expectativa de vida ao nascer, no Brasil, era de 45,5 anos em 1940, passou para 70,4 em 2000, e as projeções indicam que será de 81,3 anos em 2050 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004b). O processo de envelhecimento da população também é observado pelo seu índice de envelhecimento, o qual resulta da razão entre a população de 65 anos ou mais e a população de 0 a 14 anos de idade. Ou seja, mede o número de pessoas idosas na população para cada grupo de 100 pessoas jovens. Conforme o IBGE (2004b), para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos, em 2000, havia 18,3 pessoas de 65 anos ou mais, e as projeções indicam que essa relação poderá ser de 100 para 105,6 em 2050.

### 3.1.1 Velhice

Conforme Moragas (1995), a velhice distingue uma categoria populacional independente, resultante das características comuns entre os indivíduos que a constituem. Para o autor, a velhice também pode ser analisada sob diferentes aspectos: cronológicos, físicos, funcionais, psíquicos e, ainda, socioculturais.

Do ponto de vista cronológico, ela é caracterizada pela idade. Nos países em desenvolvimento, diz respeito às pessoas com idade de 60 anos ou mais e, nos desenvolvidos, às aquelas com 65 anos ou mais. A Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu tal diferenciação baseando-se na idade de aposentadoria e na expectativa de vida da população, maiores de acordo com o nível de desenvolvimento do país.

O enfoque cronológico de velhice não diz muito sobre as pessoas, pois a idade funciona apenas como um número que serve para classificar de acordo com o tempo de vida. Ou seja, as pessoas idosas que possuem a mesma idade são diferentes entre si. Algumas têm muitos danos crônicos de saúde, outras nem tanto, e outras não os têm; umas possuem trabalho remunerado, outras não; umas moram com familiares, outras não; e assim por diante. O que todas têm em comum, nesse caso, é a idade.

Física ou biologicamente, a velhice é manifestada pelas modificações oriundas do funcionamento das estruturas corporais e da aparência do indivíduo decorrentes do processo de envelhecimento (PASCHOAL, 1996), dentre elas: alterações na capacidade respiratória, modificações relacionadas à atenção, à acuidade visual e à auditiva, ao branqueamento dos cabelos e ao ressecamento da pele. É importante salientar que as modificações biológicas podem trazer conseqüências importantes para a funcionalidade do indivíduo. Surge, então, um outro enfoque sobre velhice, que é o funcional, caracterizado pela falha em desempenhar as atividades de acordo com o padrão esperado para os adultos (ROACH, 2003).

As modificações apresentadas, no entanto, podem ocorrer em pessoas de outras faixas etárias, não sendo exclusivas das que chegaram à velhice. Jovens podem ter deficiência visual, capacidade respiratória diminuída ou problema funcional, por exemplo.

O enfoque psicológico resulta da dificuldade de aceitação e de adaptação do indivíduo às perdas, como as provenientes de pessoas e trabalho, e também pela dificuldade em aceitar a imagem corporal. Tais situações, segundo Mucida (2004), repercutem na afetividade do indivíduo, podendo levá-lo à perda de interesse pela vida. Mas isso também ocorre em outras idades. Ademais, conforme essa autora, a velhice é percebida através da imagem do *outro*, quando, então, o indivíduo nota que o tempo passou também para si, embora o *outro* seja o velho.

Socialmente, a velhice caracteriza-se pela alteração do *status* socioeconômico dos indivíduos, proveniente da aposentadoria, das novas condições de vida e dos novos papéis atribuídos a eles (PASCHOAL, 1996; PAPALÉO NETTO, 2002). Além disso, Mucida (2004) cita como outra característica de velhice social a pouca participação política. Mas tudo isso pode ocorrer também em outras idades.

Culturalmente, no Brasil e em muitos países, a velhice é uma etapa marcada pelo preconceito, associada a doenças e a rótulos negativos – em contraponto à juventude. As forças sociais impõem maneiras de agir aos indivíduos, os quais se deixam induzir, mantendo

comportamentos que não os identifiquem como pertencentes a essa etapa da vida ou que dificultem tal identificação. Agem dessa forma para não se sentirem excluídos ou para tentarem suprimir a passagem do tempo. Em outros casos, conforme Born (2006), ao internalizarem imagens negativas da velhice, assumem comportamentos reputados às pessoas idosas e tornam-se vítimas de autopreconceito.

A velhice é, ainda, a última e a mais duradoura etapa do curso da vida, caracterizando-se pela diversidade e pela complexidade (PAPALÉO NETTO, 2002), pois cada indivíduo possui vivência única. Ou seja, as experiências de frustração, alegria, doença, trabalho, relacionamento, perda, ganho, dentre outras, determinam a maneira pessoal de sentir, pensar, se comportar, enfim, viver. Essa etapa também apresenta possibilidades de desenvolvimento pessoal, que surgem com novos papéis desempenhados e novos relacionamentos significativos, bem como pela experiência e liberdade conquistadas devido à longa trajetória de vida.

### 3.1.2 Saúde da pessoa idosa

Para as pessoas idosas, a saúde é tida como fator importante e fundamental para a qualidade de vida (PASCHOAL, 2005). De acordo com o relatório de pesquisa sobre a população idosa gaúcha, ela é considerada o maior valor de suas vidas (RIO GRANDE DO SUL, 1997).

É difícil conceituar saúde. Ela deriva de um conjunto de ações e movimentos que a sociedade promove para se manter saudável (MINAYO, 1998). Para isso, a autora menciona que devem ser analisadas as condições de vida, as políticas públicas do setor saúde e também as intersetoriais, os sistemas terapêuticos em todos os níveis, bem como os valores e as crenças da população, que são fatores que interferem nas condições de saúde-adoecimento da sociedade de forma individual e coletiva.

Daí a importância e a necessidade de interação entre as diferentes áreas do saber, visando abranger a complexidade das questões relativas ao processo saúde-adoecimento da população, oriundas das dimensões biopsicossociais inter-relacionadas. Portanto, as condições globais de vida dos indivíduos contribuem para a promoção da sua saúde ou para o surgimento de agravos.

Quando o assunto é processo saúde-adoecimento, o termo estilo de vida costuma ser mencionado. Conforme Menéndez (1998), a Antropologia utiliza esse termo como um conceito holístico, que engloba determinados comportamentos estabelecidos dentro de uma realidade. Tais comportamentos funcionam como forma de expressão e pertencimento do indivíduo ao grupo. Isso é exemplificado, por esse autor, pela dificuldade que um indivíduo encontra ao tentar parar de fumar quando sua família e seus amigos fumam. Nessa visão, prevalece o caráter sociocultural-econômico-político do termo estilo de vida em detrimento do biológico. O autor afirma ainda que a Epidemiologia, diferentemente da Antropologia, utiliza o termo estilo de vida como comportamento de risco<sup>4</sup>, porém não leva em conta o meio no qual ele se dá, o que, conseqüentemente, compromete a eficácia de medidas de intervenção.

Para Menéndez (1998), a transição epidemiológica centrada na mortalidade – crescimento das doenças crônico-degenerativas sobre as infecto-contagiosas –, que ocorreu no século passado, evidencia a importância que o estilo de vida desempenha tanto para a causa das doenças quanto para o seu controle e seu autocontrole. Menciona ainda que as estratégias de atenção à saúde necessitam incluir as ações advindas não só dos serviços de saúde, mas também as da população.

Na velhice, a saúde depende muito do estilo de vida, da exposição aos fatores de risco e da oportunidade de acesso aos serviços de promoção e de proteção à saúde (ENVEJECIMIENTO, 2000). Tais fatores aumentam as chances de o indivíduo ter autonomia e independência funcional.

Segundo Paschoal (2005), os estilos de vida saudáveis e a ausência de doença importante proporcionarão maior adaptação e reserva funcional na velhice, e isso será suficiente para o desempenho da maioria das atividades cotidianas dos indivíduos idosos. Por outro lado, quando doenças crônico-degenerativas, associadas à incapacidade e à deterioração funcional, estiverem presentes, a pessoa idosa poderá tornar-se um ônus para a família, a sociedade e o sistema de saúde.

O processo de envelhecimento é irreversível, e a espécie humana possui um limite máximo de vida. Assim, um declínio gradual no desempenho biológico, funcional, psicológico e social é esperado, sendo que, em algum momento da velhice, os indivíduos padecerão de agravos à saúde, pois as reservas biológicas findam. Por isso, cabe ressaltar a importância de se aumentar

---

<sup>4</sup> Que põe em risco a saúde, como o sedentarismo e a nutrição inadequada (SCHWARZER; FUCHS, 1999).

a probabilidade de usufruir um maior tempo de vida com saúde, tentando postergar o aparecimento de tais agravos.

Para que a vida possa ser aproveitada com saúde por mais tempo, os indivíduos precisam dispor de políticas públicas promotoras de saúde e prestadoras de serviços de saúde, que sejam acessíveis, abrangentes e eficazes. Além disso, é essencial auxiliá-los a fazer escolhas saudáveis e a buscar espaços que facilitem a adoção e a manutenção de tais escolhas o mais precocemente possível.

### **3.2 Velhice bem-sucedida/ativa e qualidade de vida**

Considera-se importante que os anos ganhos com a maior longevidade humana sejam vividos com boa saúde física, emocional e social, fatores que contribuem tanto para a qualidade de vida quanto para a velhice bem-sucedida (PASCHOAL, 2005). Para isso, é necessário haver investimento pessoal e políticas públicas que promovam melhores condições de vida à população de maneira geral e às pessoas idosas especificamente.

Neri (2000) refere que qualidade de vida é um termo amplo, difícil de ser conceituado, pois envolve muitas dimensões, significações e critérios. Afirma ainda que ela é expressa na forma de satisfação perante as condições disponíveis, sendo avaliada em termos de valores e ideais e em determinado tempo e espaço.

Para o *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL Group)*, da Organização Mundial da Saúde, citado por Fleck *et al.* (2000, p. 179), qualidade de vida é definida como “[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e de sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Assim, o conceito de qualidade de vida está vinculado à subjetividade dos indivíduos em relação à satisfação proveniente de uma gama de fatores, dentre os quais o binômio saúde-doença. Dessa forma, possui caráter de variabilidade, ou seja, não é definitivo, variando de pessoa para pessoa, de acordo com a fase da vida e o local onde ela está inserida. Além disso, o conceito está relacionado ao domínio do bem-estar e ao domínio funcional dos indivíduos (ROLIM; FORTI, 2006).

Rowe e Kahn (1987) referem que a velhice bem-sucedida ou saudável é aquela na qual a chance de o indivíduo ter incapacidade funcional e ter doenças é baixa, mas, se essas estiverem presentes, sua importância é pequena. Os autores mencionam que, somado a isso, deve haver excelente desempenho mental e participação ativa na vida. Assim, verifica-se que o conceito mais amplo de velhice bem-sucedida inclui o engajamento ativo<sup>5</sup> com a vida. Esse aspecto também é abordado por Duarte e Lebrão (2005, p.568), ao referirem que a velhice saudável é representada pela “[...] capacidade do indivíduo em responder às demandas da vida cotidiana de forma autônoma e independente e na sua motivação e capacidade para continuar na busca e realização de objetivos e conquistas pessoais e familiares”.

Para dispor de saúde na velhice, concorda-se ainda com Ruipérez Cantera e Llorente Domingo (1998), que afirmam ser fundamental tanto suporte educacional quanto adaptabilidade durante toda a vida.

A preocupação com velhice e sociedade está sintetizada na Revista Panamericana de Salud Pública (ENVEJECIMIENTO, 2000), na qual é mencionado que o impacto do aumento de pessoas idosas na população se refletirá não só nelas próprias, mas também em toda a sociedade. Esta enfrentará dificuldades de cunho social, econômico e ambiental, que comprometerão seu desenvolvimento, seu funcionamento e seu bem-estar. Ainda segundo o artigo, as áreas mais atingidas com o envelhecimento populacional serão os sistemas de pensão e de aposentadoria, as questões familiares e de moradia, bem como a saúde das pessoas idosas.

Paschoal (2005) aponta que a falta ou a diminuição da rede de apoio ou suporte social dificulta a manutenção da saúde na velhice. Concorde-se com o autor, pois se entende que ela é um fator de proteção direta às pessoas idosas e também indireta, ao oferecer novas oportunidades e desafios significativos e, dessa forma, favorecer a qualidade de vida.

---

<sup>5</sup> Atividade produtiva, remunerada ou não, e voltada às relações interpessoais (ASSIS, 2004).

### 3.3 Processo de construção do comportamento humano

Várias teorias foram elaboradas na tentativa de compreender o comportamento humano. Nesta investigação, optou-se por utilizar a teoria da auto-eficácia, pois esse senso ou crença regula o comportamento humano, influenciando e determinando o pensamento, a motivação, as escolhas, a persistência, os estados afetivos e fisiológicos dos indivíduos (BANDURA, 1997).

O autor descreve que “[...] o comportamento é determinado por estímulos externos, por sistemas internos de processamento de informações e códigos reguladores, e por processos reforçadores de retroalimentação de respostas” (BANDURA, 1979, p. 10). As respostas bem-sucedidas, que garantem resultados reforçadores, são mantidas e fortalecidas, ao passo que as não recompensadoras são geralmente eliminadas. Dessa forma, os comportamentos são auto-impostos pelos indivíduos, os quais se auto-aplicam conseqüências reforçadoras ou não reforçadoras, de acordo com seu desempenho em relação às próprias exigências. Portanto, o reforço autodirigido, como processo auto-regulador, pode manter o comportamento.

Bandura (1979) afirma ainda que o comportamento considerado nocivo ao indivíduo, decorrente dos modos de aprendizagem em lidar com as exigências auto-impostas e com as do ambiente, produz uma reação de auto-avaliação, com conseqüente resultado externo. Dessa forma, indivíduos que possuem alto grau de exigência pessoal – padrões de auto-avaliação excessivamente elevados e difíceis de serem atendidos – podem se sentir angustiados e ter menos disposição para desempenhar uma série de atividades, devido à dificuldade em concretizá-las satisfatoriamente.

Para o autor, o processo de mudança de comportamento ocorre em decorrência da influência reguladora autogerada (controle interno), dos eventos estimuladores externos (do ambiente) e do controle pelos resultados obtidos. Mas o predomínio do grau de influência de cada um desses contingentes sobre o outro varia de pessoa para pessoa, assim como o ritmo da resposta. Além disso, os estímulos utilizados podem estar inapropriados ou deficientes.

Quando se espera que um comportamento promotor de saúde seja realizado, é preciso estabelecer as expectativas de eficácia e de resposta/resultado que o indivíduo possui. A expectativa de eficácia decorre do julgamento da habilidade pessoal para desempenhar um comportamento com sucesso, visando a um resultado específico. De acordo com a teoria, esse



fator é o maior determinante para a adoção, ou não, de certo comportamento. A expectativa de resposta provém do julgamento se um dado comportamento irá produzir o resultado esperado (BANDURA, 1997).

Para realizar com sucesso o comportamento almejado, também é necessário levar em conta que a auto-eficácia (eficácia percebida) varia conforme três componentes: o nível, a força ou esforço e a generalidade (BANDURA, 1997). O primeiro está relacionado à variação no seu grau e extensão: positiva ou negativa, forte/firme ou fraca, alta ou baixa. O segundo refere-se à crença de ser capaz de esforçar-se suficientemente, ou não, para realizar determinado comportamento. Quanto mais forte o senso de auto-eficácia, mais esforço é empreendido para vencer barreiras. Em contrapartida, mais desistências e menos esforços, quanto menos senso de auto-eficácia. O terceiro componente, a generalidade, representa a utilização da auto-eficácia em momentos e espaços variados. Nesse caso, se o indivíduo tiver senso mais forte de auto-eficácia enfrentará melhor as situações encontradas, por considerá-las menos ameaçadoras ao seu desempenho, que aquele com senso mais fraco.

A expectativa de resultados a partir do comportamento proposto diz respeito a três formas principais de resposta: física, social e de auto-avaliação, sendo que as expectativas positivas funcionam como incentivo, e as negativas como entraves (BANDURA, 1997). O autor cita como exemplo de expectativas físicas negativas a dor e o desconforto, e como exemplo de sociais a perda de privilégios e as manifestações de desinteresse e as de rejeição oriundas das outras pessoas. A auto-avaliação é a avaliação da auto-eficácia, que, se for negativa, antecipa resultados também negativos.

Para o desenvolvimento e o fortalecimento do senso de auto-eficácia, existem quatro formas fundamentais de informação ou influência: as experiências de domínio ou de sucesso, as experiências vicárias, a persuasão social e os estados afetivos e fisiológicos (BANDURA, 1997).

A primeira é a mais efetiva, onde as experiências anteriores de êxito fortalecem e as de fracasso enfraquecem a eficácia pessoal. Mas êxitos fáceis, por trazerem resultados imediatos, fazem com que o indivíduo se desmotive rapidamente perante os fracassos e deixe de se esforçar. Contudo, esses fracassos ensinam que, para ter êxito, é preciso esforço perseverante, e, à medida que o indivíduo adquire experiência em superar obstáculos, a auto-eficácia fortalece-se. Se ela for alta e o indivíduo tiver um fracasso, atribuirá isso à falta de suficiente esforço, ou às condições adversas, ou como sendo algo temporário; se for baixa, atribuirá à sua falta de capacidade.

A segunda fonte de influência, a experiência vicária, está presente nos modelos sociais. Ou seja, observando como outros indivíduos fazem para ter êxito – seus esforços, estratégias e habilidades, sendo o esforço perseverante o mais influente –, é possível acreditar-se também capaz de o ter. Entretanto o senso de auto-eficácia pode se fragilizar, ao observar-se que, apesar dos esforços, os indivíduos fracassaram. Os modelos têm maior capacidade de influenciar quanto mais parecidos forem com o observador.

A terceira fonte de influência, persuasão verbal ou social positiva, é um recurso adicional de fortalecimento do senso de auto-eficácia. Essa fonte pode motivar o indivíduo a esforçar-se mais e por mais tempo, se ele acreditar ser capaz de fazer determinada ação com sucesso. Além disso, estimula o entendimento de que o êxito se deveu ao esforço pessoal. Todavia, ao utilizar-se unicamente a persuasão como fonte de influência, é mais fácil enfraquecer a crença de auto-eficácia que a fortalecer, pois o indivíduo se deixa influenciar mais facilmente pela persuasão verbal negativa.

Os indivíduos julgam suas capacidades baseados também em seus estados afetivos e fisiológicos – quarta fonte de influência. Tais estados, positivos ou negativos, afetam o senso de auto-eficácia, ao transmitirem informações que são cognitivamente processadas – percebidas e interpretadas – como elementos estimuladores ou debilitadores de uma ação. Porém, interpretações equivocadas podem acontecer. É o caso, por exemplo, quando um determinado desempenho é fraco em decorrência de estresse ou de cansaço, sendo considerado como ineficácia pessoal. Assim, o mais importante é o modo de percepção e de interpretação das reações emocional e física e não sua intensidade.

O comportamento humano é de suma importância, quando o assunto é saúde. Ele faz parte de uma série de estratégias que possibilitam ao indivíduo ter melhor ou pior qualidade de vida e resulta da interação entre os sistemas pessoais de controle, os quais envolvem o pensamento, a ação, a consciência, o corpo, a individualidade e a experiência. Além disso, salienta-se que os construtos relacionados à formação e à mudança do comportamento humano se situam em um determinado contexto socioeconômico, histórico e cultural, onde, para a tomada de decisão, nem sempre predomina a razão. Isso pode ser observado quando o indivíduo possui comportamento considerado nocivo à saúde e, mesmo sabendo de seus malefícios, não o modifica. Segundo Bandura (1997), mesmo quando dispõe de certa liberdade de escolha, o indivíduo pode não se propor a mudar o comportamento nem tentar modificá-lo devido às auto-

influências, no caso, a auto-eficácia. Assim, se ele não tiver convicção, naquele momento de sua vida, de poder realizar com sucesso a modificação do comportamento não se interessará em fazê-lo.

O incentivo contemporâneo à aquisição de comportamentos promotores de saúde é uma evidência do discurso científico – que pretende divulgar e produzir modos de viver que preconizam o envelhecimento ativo – que se presta aos interesses econômicos e políticos decorrentes da preocupação com o gerenciamento do futuro problema social proveniente do envelhecimento populacional. Por outro lado, não se pode deixar de destacar a importância que a aquisição desses comportamentos podem conferir à qualidade de vida e ao processo de envelhecimento humano.

## **4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

Neste capítulo, são detalhados os procedimentos metodológicos adotados na investigação: delineamento, campo, população e amostra, considerações bioéticas, instrumentos e procedimentos da coleta dos dados, teste piloto e, por fim, a análise dos dados.

### **4.1 Delineamento da investigação**

Esta investigação utiliza a integração dos métodos quantitativos e qualitativos, possuindo um delineamento descritivo. A opção pela integração dos métodos permitiu que fossem obtidos dados quantitativos na fase inicial, a partir dos quais foi selecionada uma subamostra para ser entrevistada na segunda fase. Os dados qualitativos da entrevista, conjugados com os quantitativos, conferiram maior solidez e sentido aos resultados (BRICEÑO-LEÓN, 2003).

### **4.2 Campo da investigação**

A investigação foi realizada junto ao Projeto de Extensão Celari (Centro de Esportes, Lazer e Recreação do Idoso) da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ESEF-UFRGS), na Cidade de Porto Alegre (RS). O Projeto existe desde 1999 e oferece atividades físicas (caminhada orientada, ginástica localizada, alongamento, musculação, yoga, dança, esportes adaptados, hidroginástica, *jogging* aquático e natação) e sociais (coro, passeios, palestras, galletos), mediante pagamento de mensalidade. As atividades ocorrem de 2ª a 5ª feira, das 9h às 16h30min.

Os participantes do Projeto Celari realizam atividade física – nesta investigação, considerada como prática de exercícios físicos por 45 minutos, ao menos duas vezes na semana –

e mantêm atividade social, daí o pressuposto de terem comportamentos promotores de saúde, e, por isso, a escolha do campo.

Para viabilizar a execução da investigação, primeiramente foi realizado contato prévio com as coordenadoras do Projeto Celari. Posteriormente, foram realizadas visitas semanais, no mês de outubro de 2006, visando conhecer o campo e facilitar a aproximação com os integrantes do Projeto.

### 4.3 População e amostra

A população desta investigação foi composta por todos os indivíduos idosos que participavam do Projeto Celari da ESEF-UFRGS. A amostra foi determinada de acordo com os seguintes critérios de inclusão: ter idade de 60 anos ou mais, aceitar participar da investigação e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C). Foram excluídos os indivíduos que não satisfizeram esses critérios. No total, o Projeto possui cerca de 170 integrantes, dos quais 90% são pessoas idosas. O número não é exato, pois o Projeto possibilita a entrada de novos integrantes e a saída de antigos, provisória ou definitivamente, por viagem e adoecimento, dentre outras causas.

Na primeira fase da investigação, participaram 125 indivíduos que preencheram os critérios de inclusão. Na segunda, foram selecionados 20, os quais alcançaram escores iguais ou superiores a um desvio padrão da média do escore geral<sup>6</sup> ( $75,68 \pm 9,5$ ) no instrumento *WHOQOL-bref*, considerados como tendo maior qualidade de vida, e entrevistados 11 – nove mulheres e dois homens. Esse número foi definido pela saturação de dados, que ocorre quando param de surgir novas informações (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; GHIGLIONE; MATALON, 2005).

---

<sup>6</sup> Escore criado especificamente para a seleção da amostra a ser entrevistada, a partir da média entre os quatro domínios do *WHOQOL-bref* e o domínio da avaliação global da saúde.

#### **4.4 Considerações bioéticas**

Primeiramente, encaminhou-se o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para apreciação, o qual foi aprovado em 1º de março de 2007, recebendo o número 2006653 (ANEXO B). Posteriormente, enviou-se uma cópia à coordenação do Projeto Celari da ESEF-UFRGS. Somente após a aprovação nos dois locais é que se procedeu à coleta de dados.

Antes do preenchimento dos instrumentos da investigação, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C). O documento foi realizado em duas vias, assinadas pelos entrevistados, pela pesquisadora e por sua orientadora, sendo que cada participante recebeu uma cópia do mesmo. A via que ficou com a pesquisadora será guardada pelo período de cinco anos, bem como as fitas gravadas. As considerações aqui apresentadas basearam-se na Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre normas de pesquisa realizada com seres humanos (BRASIL, 1996).

#### **4.5 Instrumentos e procedimentos da coleta dos dados**

A localização dos indivíduos com idade de 60 anos ou mais deu-se a partir de documento fornecido pela coordenação do Projeto, o qual continha o nome das atividades oferecidas com o respectivo dia e horário, bem como o dos participantes e sua data de nascimento. Eles foram abordados e convidados a fazer parte da investigação quando chegavam na ESEF; aguardavam na sala do Projeto, ou no final das suas atividades. Neste último, ainda no local de realização das mesmas e com a aquiescência prévia do professor. No momento do convite, informou-se o objetivo da investigação, e realizaram-se esclarecimentos gerais.

Quando a participação foi aceita, procedeu-se à leitura conjunta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), a sua assinatura pelo participante e pela pesquisadora e à aplicação dos instrumentos. A coleta dos dados realizou-se em duas fases, nas

dependências da ESEF, algumas vezes com agendamento prévio, de acordo com a disponibilidade de tempo dos participantes.

Na primeira fase, de março a maio de 2007, os indivíduos que cumpriam os critérios de inclusão responderam o formulário para coleta das variáveis sociodemográficas e de autopercepção da saúde. Esse instrumento foi elaborado para aplicação nesta investigação, sendo composto por 16 questões abertas e fechadas (APÊNDICE A). Além desse, preencheram o questionário de avaliação de qualidade de vida – *WHOQOL-bref* (ANEXO A).

O *WHOQOL-bref* foi organizado pela divisão de saúde mental da Organização Mundial de Saúde (1998) e traduzido e validado para o Brasil pelo grupo de FLECK *et al.* (2000) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Faculdade de Medicina. O questionário contém 26 questões do tipo Likert, com valores de zero a cinco. Na estruturação do instrumento está evidenciada a preocupação com a multidimensionalidade, expressa por sua divisão em quatro domínios: físico (questões 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18), psicológico (questões 5, 6, 7, 11, 19 e 26), relações sociais (questões 20, 21 e 22) e meio ambiente (questões 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25). Essas 24 facetas foram extraídas do *WHOQOL-100* – instrumento também elaborado pela OMS para medir a qualidade de vida. Além disso, o questionário possui duas questões para avaliar globalmente a qualidade de vida (questões 1 e 2). Quanto aos resultados, não há ponto de corte nem agregação dos valores entre os domínios. Assim, a percepção da qualidade de vida será melhor quanto maior o escore em cada domínio, que vai de quatro a 20 pontos (escore bruto) ou de zero a 100 (escore transformado), de acordo com a sintaxe do instrumento. Nesta investigação, utilizou-se o segundo.

A coleta de dados da primeira fase da investigação foi realizada pela pesquisadora e por três bolsistas de iniciação científica da Escola de Enfermagem da UFRGS, as quais foram devidamente treinadas para essa atividade, visando uniformizar a preparação e a abordagem para a entrada em campo. Imediatamente antes da aplicação dos instrumentos, para tentar diminuir a influência sobre as respostas, o participante foi solicitado a responder as questões com veracidade e lembrado da importância desse ato. Da mesma forma, reforçou-se tal procedimento antes da realização das entrevistas. Cabe salientar que, durante a coleta dos dados quantitativos, alguns instrumentos foram auto-aplicados, e outros não, nesse caso, por solicitação dos indivíduos da amostra. Além disso, muitos referiram espontaneamente que era bom respondê-los, pois

aproveitavam para refletir sobre a sua vida. Outros, porém, queixaram-se de estar cansados de tomar parte em pesquisas, motivo alegado por alguns que se negaram a participar.

Na segunda fase, em junho de 2007, realizaram-se as entrevistas semi-estruturadas, gravadas em fita cassete e, posteriormente, transcritas, as quais foram aplicadas apenas pela investigadora. A duração média das entrevistas foi de 20 minutos, com o objeto de investigar os comportamentos realizados e considerados saudáveis pelos indivíduos da amostra, bem como os fatores que influenciaram sua adoção e manutenção (APÊNDICE B). Durante sua realização, foi difícil evitar a dispersão do tema em questão por parte de alguns depoentes.

#### **4.6 Teste piloto**

Para avaliar a pertinência das questões da entrevista, seu roteiro foi submetido a um teste piloto. A pesquisadora realizou esse teste com dois participantes do Celari, que obtiveram escores médios no Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida – *WHOQOL-bref*. O roteiro não foi modificado após o teste.

#### **4.7 Análise dos dados**

Após a tabulação e o planilhamento dos dados quantitativos (dados sociodemográficos e econômicos, autopercepção da saúde e *WHOQOL-bref*), utilizou-se a análise estatística para descrever o perfil do grupo. Para isso, empregou-se o *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 13.

Para a análise qualitativa dos dados da entrevista, aplicou-se a técnica de análise de conteúdo, conforme descrito por Bardin (1977). Inicialmente, identificaram-se os indivíduos entrevistados com a letra E, seguida pelo número referente ao seu formulário. Após, procedeu-se à leitura exaustiva do material transcrito e à pré-análise, buscando-se dados pertinentes e representativos e definindo-se as operações de recorte do texto em unidades comparáveis de



categorização para análise temática. Partiu-se, então, para a exploração do material, realizando-se as operações de codificação dos segmentos de conteúdo, conforme os temas que emergiram dos depoimentos. Posteriormente, efetuou-se a categorização. O critério adotado para esta foi o semântico, em que os temas foram agrupados segundo sua pertinência e homogeneidade, observando-se o critério da exclusão mútua e da objetividade (BARDIN, 1977). Para a análise final, realizou-se a interpretação do material, visando compreender o conteúdo das falas desses indivíduos idosos, tendo como suporte o referencial de auto-eficácia de Bandura (1997).

## **5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Na primeira parte deste capítulo, são apresentados os resultados provenientes dos instrumentos quantitativos (APÊNDICE A e ANEXO A). Tais resultados foram analisados à luz da estatística descritiva e analítica, com a intenção de caracterizar a amostra investigada e de descrever sua autopercepção de saúde e qualidade de vida. Na segunda parte, é apresentada a análise de conteúdo das entrevistas, a qual permitiu conhecer os comportamentos considerados saudáveis realizados pelas pessoas idosas que compuseram a amostra, bem como identificar os fatores que as influenciaram a adotá-los e a mantê-los.

### **5.1 Caracterização da amostra**

As características da amostra referentes à idade, à faixa etária, à etnia, a sexo, à cidade de nascimento, a estado civil e à composição familiar são apresentadas na Tabela 1.

A amostra da primeira fase da investigação foi composta por 125 indivíduos, com idade mínima de 60 anos e máxima de 86 ( $69,4 \pm 6,4$  anos). Quanto à proporção, predominou a faixa etária de 60 a 69 anos (56,0%); a etnia branca e o sexo feminino foram auto-referidos por 90,4% respectivamente.

**Tabela 1 - Distribuição da amostra, segundo características demográficas, idade, faixa etária e sexo - Porto Alegre - 2007**

Variáveis	Sujeitos (n = 125)
<b>Idade (1)</b>	69,4 ± 6,4
<b>Faixa etária (2)</b>	
60-64 anos	33 (26,4)
65-69 anos	37 (29,6)
70-74 anos	28 (22,4)
75-79 anos	16 (12,8)
80-84 anos	9 (7,2)
≥ 85 anos	2 (1,6)
<b>Sexo (2)</b>	
Feminino	113 (90,4)
<b>Etnia auto-referida (2)</b>	
Branca	113 (90,4)
<b>Naturalidade (2)</b>	
Porto Alegre	54 (43,2)
<b>Estado civil (2)</b>	
Casado/com companheiro	54 (43,2)
Viúvo	40 (32,0)
Separado/divorciado/desquitado	15 (12,0)
Solteiro	16 (12,8)
<b>Composição familiar (2)</b>	
Mora com cônjuge/companheiro	54 (43,2)
Mora só	44 (35,2)
Mora com outras pessoas	27 (21,6)

Fonte: SILVA, M.C.S. Coleta direta de dados. Porto Alegre, mar./maio 2007.

(1) Média ± desvio-padrão. (2) Número (percentual).

Foi constatado que 21,6% da amostra possui idade maior ou igual a 75 anos, corroborando informações que alertam para o aumento da expectativa de vida no País. Papaléo Netto, Yuaso e Kitadai (2005) mencionam que esta aumentou 20 anos desde 1950, e as previsões indicam que se elevará em mais 10 anos até 2050. Em 2006, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2007), as mulheres possuíam expectativa de vida ao nascer de 76,1 anos de idade, e os homens, de 68,5.

A feminização da velhice, fenômeno mundial, foi evidenciada nesta investigação, que apresentou expressiva diferença entre os sexos. Esse dado era esperado, embora não no percentual encontrado. Provavelmente, tal resultado também se deve ao fato de que mulheres idosas realizam mais atividades sociais e de lazer que os homens (COUTO, 2007) e têm comportamentos mais saudáveis (PEDERSEN; ROTHENBERG; MARIA, 2002). Contudo, também é possível que se deva ao fato de os homens idosos não se interessarem pelas atividades oferecidas no Projeto Celari. Além disso, eles, muitas vezes, permanecem trabalhando mesmo

após a aposentadoria – sendo essa região do País a que detém a maior proporção de homens nessa situação (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007) – e não teriam tempo para participar de projetos como esse, que funciona em horário comercial.

Conforme a síntese dos indicadores da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD – 2003 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004a), as mulheres com idade de 60 anos ou mais predominavam na população brasileira (55,9%). Camarano e Pasinato (2002) referem que o número de idosas aumentou mais do que o dobro no período 1980-00. Ainda segundo as autoras, em 2000, havia pelo menos uma em 16,7% das famílias brasileiras, percentual que vem aumentando gradativamente. Mencionam também que houve incremento nos ganhos relacionados às suas aposentadorias e às suas pensões, uma vez que muitas recebem algum rendimento previdenciário. Esses fatores contribuem para que mais idosas vivam sozinhas e sejam chefes<sup>7</sup> de família. Em 2006, as idosas chefes de família, no Brasil e na Região Metropolitana de Porto Alegre, tiveram percentuais semelhantes, 26,7% e 26,8% respectivamente. Quando associado ao rendimento mensal familiar *per capita*, predominaram as chefes idosas em famílias que recebiam até 1/2 salário mínimo no primeiro caso e as que recebiam mais de dois salários mínimos no segundo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007). Assim, constata-se que as mudanças socioeconômicas e na composição familiar determinam que elas assumam novos papéis, além dos tradicionais. Contudo, há que se dar atenção àquelas de estratos sociais mais pobres, pois, segundo Neri (2007, p. 50), “[...] estão mais expostas ao isolamento, à carência de cuidados, ao abandono e à violência do que os idosos”.

O predomínio da etnia branca nesta investigação pode estar superestimado por ser auto-referido. Tal suposição também é atribuída à supremacia dessa etnia, que é de 57,2% na população brasileira idosa (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007). De igual maneira, acredita-se que o presente resultado esteja vinculado às boas condições de vida – escolaridade, saúde, renda –, e à provável mobilidade social da amostra. Além disso, a Região Sul do País, onde a investigação foi realizada e que, no passado, contou com forte imigração de brancos europeus, apresenta a maior concentração de indivíduos dessa etnia, 82,3% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004 a).

---

<sup>7</sup> Indicadas como a pessoa de referência da família (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007).

A maior parte dos indivíduos (58,4%) nasceu na região centro-leste do Estado. Destes, 54 (43,2%) nasceram na Cidade de Porto Alegre; outros 25 (20%), no sul-sudoeste do Estado; 14 (11,2%) no norte-noroeste; quatro (3,2%) no nordeste do Estado; sete (5,65) em outro estado; e dois (1,6%) em outro país. O grupo exhibe o deslocamento dos indivíduos nascidos no Estado ( $n = 116$ ), pois 49,6% deles nasceram no interior. Isso provavelmente decorre da busca por melhores condições de vida, saúde e oportunidades de educação e trabalho, atribuídos ao viver em grandes centros urbanos. Resultado semelhante foi apresentado na investigação de Souza (2007), realizada na Capital, que avaliou a qualidade de vida de indivíduos idosos que realizavam trabalho voluntário.

Quanto ao estado civil, prevaleceu a categoria casados/com companheiros, com 54 indivíduos (43,2%). Essa frequência era esperada, porém chama atenção o percentual de solteiros da amostra (12,8%), diferindo dos resultados de outras investigações também realizadas em Porto Alegre. Paskulin (2006) investigou os fatores associados à qualidade de vida de 288 pessoas idosas do distrito sanitário noroeste da Cidade e encontrou 5,2% solteiros. Braga e Lautert (2004) avaliaram as condições de vida e de saúde de 220 indivíduos idosos residentes na área atendida pela Unidade de Saúde COINMA e constataram que 7,27% estavam nessa situação.

Considerando a composição familiar, 64,8% dos indivíduos da amostra moravam com cônjuge/com companheiro(a), familiares ou outras pessoas, e 35,2% moravam sozinhos. Entre os primeiros, quase 50% viviam apenas com cônjuge ou com companheiro(a).

Achados semelhantes foram apresentados por Souza (2007). Especificamente quanto a morar só, Braga e Lautert (2004) encontraram 10 casos, 45% da sua amostra, e Paskulin (2006), 21,5%. Entretanto, na presente investigação, o percentual tanto da categoria morar com cônjuge/com companheiro quanto da morar só é muito superior ao encontrado no Brasil, que, em 2006, contava com 22,3% da população idosa na primeira categoria e 13,2% na segunda (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007).

Morar só, muitas vezes, é uma escolha pessoal, oportunizada pelas condições de vida do indivíduo e pelas facilidades encontradas nos centros urbanos. Supõe-se que esses fatores determinaram tal escolha a um terço dos indivíduos da amostra. Mas, para assegurar a continuidade desse modo de viver, principalmente aos que possuem idades mais avançadas, é necessário melhorar e aumentar a infra-estrutura desses centros e manter boas condições de saúde, uma vez que tais medidas prolongam o tempo de independência funcional e de autonomia

dos indivíduos idosos, retardando ou evitando uma possível situação de institucionalização. Dentre outros fatores, morar só é uma condição considerada de risco para institucionalização desses indivíduos – principalmente para aqueles com idades acima de 70 anos e para os do sexo feminino (BORN; BOECHAT, 2002). Porém, vale ressaltar que, algumas vezes, essa é a melhor alternativa de moradia para eles.

Dando seguimento à caracterização da amostra, quanto à escolaridade, predominaram indivíduos com ensino médio (37,6%) e superior completos (31,2%). Ou seja, indivíduos com mais de nove anos de estudo, diferindo da população brasileira idosa, que possui, em média, apenas 3,4 anos de estudo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004a). Ensino médio incompleto foi alcançado por 17 indivíduos (13,6%); fundamental incompleto e completo, respectivamente, por 11 (8,8%).

O nível de instrução da amostra também foi superior ao da população idosa da Região Metropolitana de Porto Alegre, que, acima de nove anos de estudo, é de 22,2%, e do Rio Grande do Sul, 13,5% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007). Os dados referentes à escolaridade, à renda, à ocupação atual predominante e à anterior estão na Tabela 2.

**Tabela 2 - Distribuição da amostra, segundo escolaridade, ocupação e renda - Porto Alegre - 2007**

Variáveis	Sujeitos (n = 125)
<b>Renda (1) (2) (3)</b>	5,14 (2,82 – 8,28)
<b>Escolaridade completa (4)</b>	
Fundamental	28 (22,4)
Médio	47 (37,6)
Superior	39 (31,2)
<b>Ocupação atual (4)</b>	
Atividades no lar (5)	99 (79,2)
<b>Ocupação anterior (4)</b>	
Atividades de ensino	33 (26,4)
Atividades administrativas	23 (18,4)
Atividades no lar (5)	20 (16,0)
Atividades liberais e/ou de nível superior	20 (16,0)
Atividades técnicas de nível médio	7 (05,6)
Outras atividades (6)	22 (17,6)

Fonte: SILVA, M.C.S. Coleta direta de dados. Porto Alegre, mar./maio 2007.

(1) Mediana (intervalo interquartis). (2) Salários mínimos. (3) n = 117. (4) Número (percentual). (5) Afazeres domésticos. (6) Bordadeiras, cozinheiras, balconistas etc.

Considerando a renda, 50% dos indivíduos recebiam até cinco salários mínimos (o salário mínimo vigente era R\$ 350,00); 25%, até três; e 75%, até oito. Desses, 38 (32,5%) recebiam de dois a cinco salários mínimos; 36 (30,8%), mais de cinco até 10 salários mínimos; 25 (21,4%), até dois; 15 (12,8%), mais de 10 até 20; e três (2,6%), mais de 20 salários mínimos. Uma parcela pequena não informou a renda – oito indivíduos (6,4%).

Observa-se que 50% da amostra tinha renda individual acima de cinco salários mínimos, estando em melhores condições financeiras quando comparados aos investigados por Braga e Lautert (2004), que apresentavam renda máxima de cinco salários mínimos. Acredita-se que o nível de renda da amostra seja consequência do seu nível de instrução. Essa associação é relatada por Santos, Lopes e Neri (2007), na investigação produzida conjuntamente pelo Serviço Social do Comércio (SESC) nacional, SESC São Paulo e pela Fundação Perseu Abramo, a qual foi realizada nas cinco macrorregiões do País e avaliou 3.744 indivíduos. Destes, 2.136 tinham idade de 60 anos ou mais, e, entre os que possuíam nível de renda maior de 10 salários mínimos, 46% freqüentaram um curso superior, 21% completaram o ensino médio, 15% tinham pós-graduação, e 32% completaram o ensino fundamental.

Quanto à ocupação atual, a maioria dos indivíduos da presente investigação – 99 (79,2%) – desenvolvia atividades no lar; 13 (10,4%) desenvolvia atividades autônomas; 12 (9,6%), atividades voluntárias; e um (0,8%), atividades de ensino. Já na ocupação anterior, predominaram as de ensino (26,4%).

A parcela maior de atividades no lar relativas à ocupação atual justifica-se por a amostra ser constituída, em sua maioria, por indivíduos economicamente inativos e por mulheres. No que respeita a ocupação anterior, também se justifica a predominância das atividades de ensino, as quais, no passado, eram definidas como femininas. Tal situação deriva de uma cultura de gênero, em que a divisão sexual do trabalho restringia as atividades permitidas às mulheres (ROHDEN, 2001).

## 5.2 Dados referentes à saúde e à qualidade de vida

Os dados relacionados à saúde são apresentados na Tabela 3. Quanto ao tempo de participação no Projeto Celari, constatou-se que a maior parte da amostra (52%) realizava atividade física e social há cinco anos ou mais, fato que, acredita-se, contribuiu para sua saúde. Em relação à consulta com profissional da área da saúde no ano anterior, 120 indivíduos (96%) realizaram-na. Além disso, 108 (86,4%) tinham planos de saúde suplementar.

A realização de consulta com profissional de saúde é uma medida que contribui para a promoção da saúde, bem como para a prevenção e o tratamento de doenças, na medida em que fornece orientações e acompanhamento ao indivíduo. Em investigação sobre os determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos, Bós e Bós (2004) constataram que a rede privada foi utilizada por 41,7% da amostra, e que as idosas apresentaram 15% mais chance de usá-la que os idosos. Também apontaram tendência a escolher essa rede de atendimento à medida que a renda, bem como a escolaridade e a idade, aumenta.

**Tabela 3 - Distribuição da amostra, segundo variáveis relacionadas à saúde - Porto Alegre - 2007**

Variáveis	Sujeitos (n = 125)
<b>Tempo no Celari (1)</b>	5 (2-7)
<b>Consulta com profissional de saúde (2)</b>	
Sim	120 (96)
<b>Plano de saúde suplementar (2)</b>	
Sim	108 (86,4)
<b>Autopercepção atual da saúde (2)</b>	
Muito boa	36 (28,8)
Boa	64 (51,2)
Regular	23 (18,4)
Ruim	1 (0,8)
Muito ruim	1 (0,8)
<b>Autopercepção anterior da saúde (2)</b>	
Muito boa	37 (29,6)
Boa	58 (46,4)
Regular	24 (19,2)
Ruim	3 (2,4)
Muito ruim	3 (2,4)

Fonte: SILVA, M.C.S. Coleta direta de dados. Porto Alegre, mar./maio 2007.

(1) Mediana (intervalo interquartis). (2) Número (percentual).



Assim, considera-se que a amostra desta investigação é privilegiada, pois a maioria dispõe de plano de saúde suplementar, condição que facilita o acesso aos serviços de saúde. Por outro lado, ter acesso a esses serviços não é o bastante, pois acesso universal ao Sistema Único de Saúde (SUS) é um direito assegurado à população brasileira pela Constituição Federal. Isso é uma grande conquista e exemplo de inclusão social, porém ainda existem problemas a serem equacionados para que as reais necessidades (condições) de saúde da população idosa sejam asseguradas. Todavia, essa parcela populacional tem uma média *per capita* anual de consultas maior que a de crianças – 4,0 e 3,4 respectivamente –, sendo os serviços de atenção básica os mais procurados, segundo relatório sobre acesso e utilização dos serviços de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD – 2003 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2005).

Apesar desses dados, por opção ou por contingência da situação laboral anterior, entende-se que os indivíduos idosos desse grupo não são usuários do SUS, pois dispõem de plano de saúde suplementar. Supõe-se que isso seja uma garantia para agilizar o atendimento de saúde de tal população e para aumentar as opções de oferta de profissionais do setor, embora isso não seja suficiente. Vale ressaltar que o indivíduo idoso requer especial atenção, uma vez que pode ter comorbidades e apresentar complicações com relativa rapidez e sem imediata identificação. Daí a necessidade de um olhar profissional experiente.

No relatório de saúde da PNAD/2003 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2005), também há referência à cobertura dos planos de saúde, que é maior em idades acima de 40 anos e entre indivíduos que referem autopercepção de saúde positiva. Na presente investigação, a autopercepção positiva – muito boa e boa – da saúde atual obteve um percentual de 80, e a do ano anterior, de 76, enquanto a autopercepção negativa – ruim e muito ruim – da saúde atual foi 1,6%, e a do ano anterior, de 4,8%. A diferença entre o percentual das avaliações atuais e o das anteriores não foi significativa, segundo o teste t de *Student* para amostras pareadas ( $P = 0,083$ ). Os índices de avaliação positiva da saúde foram superiores aos encontrados por Moraes (2004), que identificou fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido em idosos socialmente ativos da Região Metropolitana de Porto Alegre, avaliando sua qualidade de vida por meio do instrumento *WHOQOL-100*. Em tal investigação, o estado de saúde atual positivo foi referido por 47,5% da amostra, e o negativo, por 18,0%.

A autopercepção positiva da saúde em pessoas idosas está relacionada ao nível de instrução e de renda mais elevados (ABELLÁN, 2003): ao primeiro por estar ele associado a estilos de vida mais saudáveis, pela maior possibilidade de realização de escolhas informadas, e ao segundo por proporcionar maior facilidade de obter recursos e acesso aos serviços de saúde. O autor ressalta que a avaliação subjetiva da saúde é considerada um bom indicador para investigar a satisfação com a vida, além de ser facilmente realizada pelos profissionais de saúde.

Nesta investigação, os escores menores na avaliação negativa da saúde, em relação ao ano anterior, podem ter sido em decorrência de que tais pessoas tiveram problemas significativos de saúde no passado, como cirurgia ou tratamento químico ou radioterápico, os quais foram relatados por alguns participantes do estudo. O importante é que, mesmo diante dos problemas relatados, essas pessoas retornaram ao Projeto, dando seguimento à prática de atividade física e social.

Por outro lado, a autopercepção negativa da saúde de pessoas idosas tende a diminuir à medida que a idade avança, mesmo que elas possuam doenças crônicas; nesse caso, tais doenças devem estar compensadas (ALVES; RODRIGUES, 2005). Todavia os critérios utilizados nas duas análises tendem a ser diferentes, pois a avaliação atual da saúde pode basear-se na comparação interindivíduo, e a anterior, basear-se na intra-indivíduo (LEINONEN; HEIKKINEN; JYLHÄ, 2001) – fato que também pode ter ocorrido nesta investigação. Esses autores demonstraram haver associação positiva entre diminuição da capacidade cognitiva e física de indivíduos de 75 anos ou mais de idade e piora da autopercepção da saúde, quando comparados aos que não apresentavam declínio, em estudo com cinco anos de seguimento, realizado na Finlândia.

Na presente investigação, a percepção positiva da saúde aparece nos resultados da avaliação da qualidade de vida, para a qual se utilizou o questionário *WHOQOL-bref*, cujos dados estão apresentados na Tabela 4.

**Tabela 4 - Escores médios dos domínios da avaliação da qualidade de vida da amostra, segundo o questionário *WHOQOL-bref* - Porto Alegre - 2007**

Variáveis	Sujeitos (n = 125)
<b>Domínios (1)</b>	
Físico	72,37 ± 14,25
Psicológico	73,50 ± 10,48
Relações sociais	79,40 ± 12,98
Meio ambiente	74,85 ± 11,62
Global	78,30 ± 13,85

Fonte: SILVA, M.C.S. Coleta direta de dados. Porto Alegre, mar./maio 2007.

(1) Média ± desvio-padrão.

A média nos quatro domínios da avaliação da qualidade de vida foi superior à de outras investigações realizadas com pessoas idosas no Município de Porto Alegre e que também utilizaram o instrumento *WHOQOL-bref* (PASKULIN, 2006; SOUZA, 2007), com exceção do domínio físico, superior no de Souza. Nesta investigação, o resultado do domínio físico, o mais baixo entre os quatro domínios, não era esperado, pois a amostra foi selecionada justamente por constituir-se de praticantes de atividade física, além de social. No entanto, a mesma suposição em relação ao domínio relações sociais confirmou-se, pois esse apresentou o escore mais elevado entre os demais domínios da avaliação da qualidade de vida da amostra.

Na correlação entre os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente com o domínio global (variável dependente), todos tiveram correlação moderada e positiva, estatisticamente significativa (Tabela 5). Na modelagem por meio da técnica de regressão linear múltipla, o domínio físico foi o mais importante para o domínio global de qualidade de vida ( $\beta = 0,39$ ), seguido dos domínios meio ambiente e relações sociais. Apesar de ter alcançado a menor média entre os escores dos quatro domínios, sua importância é cerca de 105% maior que a do domínio meio ambiente. Além disso, o modelo de regressão explica que 49% da variância no domínio global se deve a esses três domínios.

**Tabela 5 - Coeficientes de correlação de Pearson e de regressão linear múltipla entre os domínios do *WHOQOL-bref* e o domínio global - Porto Alegre - 2007**

Domínios	Correlação		Coeficientes de regressão		
	Coeficiente	Sig.(1)	$\beta$ (2)	Erro padrão	Sig. (1)
Físico (3)	0,542	0,000	<b>0,391</b>	0,084	0,000
Psicológico	0,408	0,000	0,070	0,023	0,443
Relações Sociais (3)	0,390	0,000	0,173	0,084	0,041
Meio ambiente (3)	0,479	0,000	0,190	0,093	0,044

Fonte: SILVA, M.C.S. Coleta direta de dados. Porto Alegre, mar./maio 2007.

(1) Nível de significância para  $P < 0,05$ . (2) Coeficiente linear. (3)  $R^2 = 0,490$ .

Na Tabela 6, está o resultado da análise estatística realizada pelo teste t de *Student*. Foram comparados os escores dos domínios do instrumento *WHOQOL-bref* com as variáveis de interesse que geraram dois subgrupos, não se evidenciando diferenças estatísticas significativas entre esses. Provavelmente, isso se deve à diferença de tamanho amostral desses subgrupos, o que era esperado, por exemplo, na variável sexo e etnia, pois o subgrupo masculino e o de não brancos são muito pequenos. A única exceção deu-se na variável plano de saúde, em que o escore do domínio meio ambiente difere significativamente ( $P = 0,026$ ) entre o subgrupo que tem plano de saúde e o que não tem, supostamente pela percepção de segurança que isso confere a eles em termos de acesso a profissionais e a serviços de saúde.

**Tabela 6 - Distribuição das médias dos domínios do *WHOQOL-bref*, segundo variáveis de interesse que geraram dois subgrupos - Porto Alegre - 2007**

Variáveis	Domínios				
	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente	Global
<b>Sexo</b>					
Masculino	73 ± 16	76 ± 9	81 ± 14	74 ± 11	79 ± 15
Feminino	72 ± 14	73 ± 11	79 ± 13	75 ± 12	78 ± 14
P (1)	0,956	0,325	0,632	0,832	0,839
<b>Etnia</b>					
Branca	72 ± 15	73 ± 11	80 ± 13	76 ± 12	78 ± 14
Não branca	77 ± 10	76 ± 7	74 ± 11	77 ± 9	80 ± 10
P (1)	0,143	0,173	0,71	0,318	0,513
<b>Estado civil</b>					
Com companheiro	73 ± 16	73 ± 11	81 ± 12	77 ± 11	80 ± 15
Sem companheiro	72 ± 13	74 ± 10	78 ± 13	73 ± 12	77 ± 13
P (1)	0,608	0,499	0,323	0,082	0,281
<b>Composição familiar</b>					
Vive com outros	72 ± 15	73 ± 11	80 ± 13	75 ± 11	79 ± 14
Vive só	73 ± 13	75 ± 10	79 ± 14	75 ± 12	78 ± 14
P (1)	0,682	0,176	0,887	0,886	0,787
<b>Consulta de saúde</b>					
Sim	72 ± 14	73 ± 11	80 ± 13	75 ± 12	78 ± 14
Não	77 ± 5	75 ± 7	77 ± 11	73 ± 13	83 ± 7
P (1)	0,116	0,636	0,597	0,781	0,240
<b>Plano de saúde</b>					
Sim	73 ± 14	73 ± 11	80 ± 13	76 ± 12	79 ± 13
Não	69 ± 14	75 ± 11	78 ± 13	69 ± 11	73 ± 17
P (1)	0,327	0,677	0,634	<b>0,026</b>	0,149
<b>Ocupação atual</b>					
Lar	73 ± 15	74 ± 11	80 ± 14	76 ± 12	77 ± 14
Outra	72 ± 13	73 ± 10	78 ± 11	72 ± 12	82 ± 11
P (1)	0,820	0,884	0,360	0,191	0,067

Fonte: SILVA, M.C.S. Coleta direta de dados. Porto Alegre, mar./maio 2007.

(1) P<0,05, pelo teste t de *Student*.

Na análise de variância – ANOVA – (Tabela 7) entre as médias dos domínios de qualidade de vida e as variáveis de interesses que geraram três ou mais subgrupos, apresentaram significância estatística: a renda, no domínio físico (P = 0,004) e no psicológico (P = 0,003); a escolaridade, no domínio meio ambiente (P = 0,000) e no domínio global (P = 0,007); o tempo no Celari, no domínio relações sociais (P = 0,022); a ocupação anterior, no domínio meio ambiente

( $P = 0,002$ ) e no global ( $P = 0,012$ ); e a autopercepção atual da saúde, no domínio físico ( $P = 0,000$ ), no psicológico ( $P = 0,002$ ), no meio ambiente ( $P = 0,005$ ) e no global ( $P = 0,000$ ).

Os domínios do *WHOQOL-bref* que tiveram maior número de associações com as variáveis de interesse foram o meio ambiente e o global. A autopercepção da saúde foi a variável com maior associação significativa com o domínio global e com os domínios de qualidade de vida – exceto com o domínio relações sociais. Isso se explica devido às características próprias do *WHOQOL-bref*, no qual o domínio relações sociais é representado pelo menor número de questões. Todavia, houve associação significativa entre esse domínio e a variável tempo, no Celari. Além disso, verificou-se associação entre os domínios físico e psicológico com a renda e entre os domínios meio ambiente e global com a escolaridade e a ocupação anterior. Dessa forma, essas variáveis contribuíram para a qualidade de vida dos indivíduos desta investigação. Na seqüência, realizou-se o teste de comparações múltiplas de Tukey, o qual não apresentou associação estatisticamente significativa entre os subgrupos com o *WHOQOL-bref*. Tal resultado pode ser decorrente do tamanho dos subgrupos.

Na investigação de Paskulin (2006), a autora encontrou associação significativa entre as médias de quatro domínios do *WHOQOL-bref*, incluindo o domínio global, com as variáveis estado conjugal, classe econômica, escolaridade, condição subjetiva de saúde, prática de atividade física, relato de problemas de saúde, utilização do serviço de atenção básica de saúde e uso de bebida alcoólica. Os melhores escores foram obtidos pelos indivíduos idosos com companheiros, pelos de maior nível econômico, pelos de maior escolaridade, pelos que se percebiam saudáveis, pelos que praticavam atividades físicas, pelos que não relatavam problemas de saúde, pelos que não usaram o serviço de atenção básica de saúde nos seis meses anteriores e por aqueles que utilizavam bebida alcoólica. As variáveis em que houve associação significativa com os cinco domínios foram a situação da moradia e a realização de atividades de lazer externas, em que os maiores escores foram para os que moravam em conjunto residencial e para os que realizavam tais atividades.

**Tabela 7 - Distribuição das médias dos domínios do *WHOQOL-bref*, segundo variáveis que geraram três ou mais subgrupos - Porto Alegre – 2007**

Variáveis	Domínios				
	Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio ambiente	Global
<b>Renda (1)</b>					
Até 2	65	68	77	71	74
Mais de 2 a 5	72	75	78	75	78
Mais de 5 a 10	75	74	81	75	80
Mais de 10 a 20	82	80	86	82	87
Mais de 20	74	64	75	81	83
P (2)	<b>0,004</b>	<b>0,003</b>	0,269	0,055	0,053
<b>Idade</b>					
60 a 69 anos	73	73	77	75	78
70 a 79 anos	71	74	82	73	78
80 anos ou mais	77	76	83	79	81
P (2)	0,456	0,596	0,086	0,262	0,838
<b>Escolaridade</b>					
Fundamental incompleto	63	71	73	60	68
Fundamental completo	73	73	78	74	78
Ensino médio completo	73	73	80	75	77
Superior completo	74	75	82	79	83
P (2)	0,147	0,786	0,232	<b>0,000</b>	<b>0,007</b>
<b>Tempo no Celari</b>					
2 anos ou menos	72	70	75	74	77
Mais de 2 a 5 anos	75	76	82	76	81
Mais de 5 anos	70	74	81	75	77
P (2)	0,195	0,053	<b>0,022</b>	0,650	0,376
<b>Autopercepção atual da saúde</b>					
Positiva	76	75	80	76	82
Regular	61	67	77	69	66
Negativa	41	65	71	63	50
P (2)	<b>0,000</b>	<b>0,002</b>	0,347	<b>0,005</b>	<b>0,000</b>
<b>Ocupação anterior</b>					
Liberal e nível superior	73	73	82	72	78
Administrativo/burocrático	74	75	79	77	78
Atividades domésticas	71	72	80	72	73
Atividades educacionais	77	77	82	81	85
Técnico nível médio	66	67	70	69	71
Outras atividades	67	71	76	70	76
P (2)	0,113	0,110	0,224	<b>0,002</b>	<b>0,012</b>
<b>Local de nascimento</b>					
Porto Alegre	72	75	80	76	78
Interior do RS	73	73	79	74	80
Outros estados do Brasil	71	76	79	75	73
Outros países	71	69	67	69	69
P (2)	0,996	0,627	0,568	0,748	0,471

Fonte: SILVA, M.C.S. Coleta direta de dados. Porto Alegre, mar./maio 2007.

(1) Salário mínimo. (2) P<0,05, pela análise de variância – ANOVA.

### 5.3 Comportamentos promotores de saúde

A análise das entrevistas fez surgir três categorias: comportamentos promotores de saúde, adoção dos comportamentos promotores de saúde e manutenção dos comportamentos promotores de saúde. A primeira foi estruturada em quatro subcategorias: prática de atividade física, cuidados com a nutrição, convivência familiar/social e outros comportamentos; a segunda, em duas subcategorias: influências na infância/juventude e influências na maturidade; e a terceira, em quatro: atitudes e atributos pessoais positivos, expectativas de viver melhor, expectativas de viver mais tempo e outros aspectos que favorecem a manutenção do comportamento.

A primeira categoria – comportamentos promotores de saúde – surgiu dos depoimentos dos indivíduos idosos sobre o que consideram importante para terem uma vida saudável e o que costumam fazer para se manterem saudáveis.

#### 5.3.1 Prática de atividade física

A prática de atividade física tem-se mostrado uma estratégia viável para potencializar a independência funcional do indivíduo idoso e conferir qualidade de vida. Todavia não é considerada como atividade fundamental para a manutenção da independência funcional, que é obtida pela realização das atividades básicas da vida diária, como se banhar e se vestir, dentre outras (FREITAS; MIRANDA; NERY, 2002).

Ter comportamento sedentário é prejudicial à saúde em todas as idades, por contribuir para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, comumente encontradas nos indivíduos idosos. Essa afirmação é, com frequência, divulgada na mídia, sendo de domínio público. Mas mudar esse comportamento é difícil, pois se vive em um contexto que, por um lado, apregoa a atividade física e, por outro, estimula o sedentarismo em nome do conforto proporcionado pelas tecnologias disponíveis. Além disso, por vezes, não se dispõem de locais seguros para a realização das atividades. Assim, considera-se que os indivíduos idosos participantes do Projeto Celari são privilegiados, pois têm acesso a um local especializado para a prática de atividade física, onde os cuidados com segurança e bem-estar são assegurados.



Entretanto, para alguns, não é preciso ter um ambiente específico para ser fisicamente ativo, pois costumam andar a pé. Desse modo, caminhar pode ser uma forma popular e democrática de realizar atividade física, assim como dançar.

*Tem gente que pega condução logo. Eu não. Eu caminho, vou longe, dentro do possível* (E13, mulher, 70 anos).

*Eu faço diariamente. Quando não estou fazendo ginástica, estou caminhando. [...] dificilmente eu pego um ônibus ou carro. Ando a pé, muito a pé* (E103, mulher, 63 anos).

*[...] costumo dançar, dançar, dançar sozinha mesmo [em casa]* (E85, mulher, 62 anos).

A natação e a dança foram as atividades mais executadas pelos indivíduos entrevistados. A primeira foi referida em cinco falas, e a segunda, em quatro. A maioria realizava atividade física mais de duas vezes por semana e em mais de uma modalidade. Dentre as atividades executadas, algumas podem ser visualizadas nos depoimentos a seguir:

*Agora faço natação e ginástica localizada* (E20, mulher, 70 anos).

*Faço alongamento, faço a hidroginástica* (E67, mulher, 81 anos).

*Aqui eu estou fazendo ginástica localizada, hidro, yoga e comecei com dança* (E29, mulher, 64 anos).

*Além da natação, eu faço a dança e yoga. Eu venho três vezes por semana* (E85, mulher, 62 anos).

Praticar atividade física foi o comportamento destacado por todos os indivíduos entrevistados, provavelmente devido ao local onde foram coletados os dados. Observa-se ainda que esse comportamento é realizado também em outros locais, sugerindo estar arraigado nesse grupo:

*Aqui no Celari, eu só faço localizada e eu estou no projeto do [professor] K., que é outro projeto [da Escola Superior de Educação Física – ESEF], que eu faço “jogging” aquático. [...] É no Parque Araribóia<sup>8</sup>, eu faço também localizada, aeróbica, “step”* (E103, mulher, 63 anos).

*Eu pratico vôlei no Parque Araribóia. [...] Aqui eu faço “jogging”, alongamento, dança e yoga* (E45, mulher, 64 anos).

---

<sup>8</sup> Parque municipal da Cidade de Porto Alegre, onde são realizados programas de esporte e recreação e onde funciona um grupo de convivência para pessoas idosas.

Aderir à prática regular de atividade física não é uma decisão fácil de ser concretizada. Muitas vezes, só após terem um problema de saúde é que as pessoas aderem a ela. Conforme Schwarzer e Fuchs (1999), a probabilidade de adoção tanto dessa prática como de outros comportamentos promotores de saúde depende de o indivíduo acreditar que está em risco, que a mudança de comportamento irá minimizá-lo e que é capaz de manter o novo comportamento. Segundo os autores, a expectativa de resultados e o senso de eficácia influenciarão a adoção e a manutenção dos comportamentos promotores de saúde, bem como a eliminação dos prejudiciais, primeiramente, formando uma intenção e, após, executando uma ação.

McAuley *et al.* (2005) demonstraram que a prática de atividade física por indivíduos idosos foi um preditor confiável de auto-eficácia, em que aqueles que se exercitaram mais freqüentemente apresentaram maior confiança em manter os exercícios após o término do programa. Em outra investigação, realizada com idosas que faziam hidroginástica há quatro meses, Leão Júnior (2003) apontou haver relação entre satisfação com a vida, auto-eficácia e atividade física, sugerindo que a participação regular no programa estava associada à percepção de sentido para a vida.

Assim, pressupõe-se que a prática regular de atividade física seja um preditor de senso positivo de auto-eficácia para os indivíduos da presente investigação. Nesse caso, isso os tornaria capazes de ultrapassarem barreiras e de se manterem fisicamente ativos.

### 5.3.2 Cuidados com a nutrição

Na subcategoria cuidados com a nutrição, verduras foi o tipo de alimento predominante, utilizado diariamente, declarado por oito depoentes, seguido por frutas. Na investigação de Braga e Lautert (2004) sobre condições de vida e de saúde de indivíduos idosos, esses alimentos também se destacaram, sendo referidos por 92,27% daquela amostra. Nesta, isso fica evidente nas falas:

*A gente é o que se alimenta, né? Então, eu me preocupo bastante com essa alimentação. [...] Procuvo sempre fazer uma comida saudável. [...] A gente come bastante salada, verdura e fruta (E85, mulher, 62 anos).*

*Como frutas, verduras. Tudo que for saudável, eu procuro usar diariamente (E20, mulher, 70 anos).*

O envelhecimento bem-sucedido pode ser resultante de uma alimentação saudável associada a outros fatores, pois a alimentação contribui para diminuir as possibilidades de surgimento, no longo prazo, de doenças crônicas relacionadas à ingestão excessiva de gordura, sal e açúcar. Por outro lado, em um espaço mais curto de tempo, confere bem-estar, ao garantir melhor funcionamento do sistema digestório, por exemplo, do qual provém queixa comumente referida por indivíduos idosos (REZENDE; NAJAS, 2005).

Entretanto, aderir a uma alimentação saudável é um comportamento difícil de ser mantido, pois o ato de alimentar-se pode estar relacionado tanto a momentos de prazer, de comemoração e de confraternização, caracterizados pelo exagero, quanto a momentos de melancolia e solidão, caracterizados pela insuficiência. Além disso, vive-se em uma cultura em que há oferta de produtos alimentícios ricos em sódio e gordura no comércio, os quais devem ser ingeridos com moderação (SCHMIDT, REPETTO, CASAGRANDE, 2004). Ademais, o Estado do Rio Grande do Sul, onde se realizou esta investigação, tem o churrasco como prato típico, sendo, muitas vezes, consumido em abundância.

Os aspectos socioeconômicos e culturais determinam a forma como os indivíduos se comportam de maneira geral, bem como no que se refere à alimentação. Os que são idosos atualmente experienciaram uma série de informações frequentemente contraditórias, ao longo de suas vidas, no que concerne a uma forma saudável de alimentação. Certamente, uma grande parcela alimentou-se com altas quantidades de gordura animal, que hoje se tornou vilã, se consumida exageradamente, dentre outros tipos de produtos atualmente considerados de consumo limitado.

Apesar dessa suposição e observando-se as falas desses indivíduos, entende-se que há preocupação com a qualidade da alimentação. Além disso, possuem uma condição socioeconômica e educacional que lhes permite escolher e adquirir alimentos considerados saudáveis. Todavia, acredita-se que possa haver algum exagero nessas escolhas, como na menção de usar tudo *light*:

*Como muito grelhado, saladas, verduras, legumes, sopas, de noite, principalmente. [...] Tudo que tem light, eu tenho light em casa (E103, mulher, 63 anos).*

*Outro comportamento é com a alimentação, muita fibra, muita verdura (E98, mulher, 64 anos).*

*Eu cuido bastante da alimentação, não como gordura, doce é muito difícil. [...] Eu sempre trago suco, suco de limão, de laranja, de maracujá. [...] A água é essencial. A água nós temos que ter. Se nós não tomarmos água suficiente, nós vamos estar tirando a água que o nosso corpo precisa. Eu procuro tomar na base de dois litros de água por dia. É água, é chá, é coisa assim (E13, mulher, 70 anos).*

A ingestão líquida também foi apontada como importante para E13. Sabe-se que ela beneficia o organismo de maneira geral por otimizar o funcionamento de vários sistemas corporais, dentre eles o digestório e o circulatório, quando realizada adequadamente. Por isso, os profissionais da saúde costumam preconizar a sua ingestão, bem como o uso de alimentação balanceada. No depoimento de E29, observa-se a reprodução de algumas das recomendações desses profissionais:

*[Ela ingere] 1, 2 a 3 frutas de manhã, pão integral, iogurte e café com leite. Depois, no intervalo, mais frutas. Ao meio-dia, muita salada, muita verdura, muito legume. [...] Carne branca, eu uso o peixe, o frango [...] O meu vinho, que eu não dispenso, ao meio-dia, um cálice. À noite eu não tomo. [...] Eu uso azeite de oliva. [...] Mudei o leite também, passei a tomar o leite desnatado, não é mais o leite integral. Leite de soja também tomo. [...] Então, a roda dos alimentos é uma coisa que eu sempre tenho presente. Eu faço os grupos de alimentos também. Por isso digo que eu diversifico bastante na semana (E29, mulher, 64 anos).*

Assim, verifica-se que esse grupo possui informações sobre alimentação saudável e preocupa-se com ela, pois seus integrantes ingerem alimentos antioxidantes – como frutas e verduras – e com baixo teor de gordura animal, os quais são importantes, por favorecerem o processo de envelhecimento com melhor qualidade.

### 5.3.3 Convivência familiar/social

A convivência familiar e a social, ou ambas, foi apontada por sete dos depoentes como comportamento saudável. O apoio social decorrente desse convívio exerce papel protetor na manutenção do bem-estar psicológico de indivíduos idosos (COUTO, 2007). Além disso, na primeira fase desta investigação, constatou-se que o domínio relações sociais do instrumento *WHOQOL-bref* estava correlacionado com a percepção positiva da qualidade de vida dos

indivíduos da amostra. Nas falas seguintes, há menção ao comportamento que deu origem a essa subcategoria:

*[...] a gente é muito ligado, meus filhos, minhas noras. Então, nós somos uma família muito unida, graças a Deus. [...] conviver com as pessoas, passar as coisas boas para as outras pessoas, dar um abraço [...]. O convívio com as colegas, se têm 80, 60, 40, 50 anos, para mim o carinho é o mesmo (E103, mulher, 63 anos).*

*Procuro que os meus filhos, os netos, nove netos, estejam sempre bem comigo. [...] Sempre ajudei muito os netos e a família, [...] eu sempre procuro estar próximo das pessoas. [...] Tenho amigas que freqüentam a minha casa. Eu também freqüento, vou na casa delas. A gente faz chá no Shopping (E67, mulher, 81 anos).*

*[...] nós temos uma turma de músicos. A gente se reúne uma vez por mês. [...] estar com minhas amigas [...] eu saio semanalmente com elas. Porque tu vindo de um lar que tu veja união, amor, lealdade, honestidade, acho que isso é muito importante, e isso tu podes passar para os teus filhos [...] (E45, mulher, 64 anos).*

Essas falas evidenciaram que ter bom relacionamento com os familiares e amigos tem importância para os entrevistados. As relações de amizade estão mais ligadas ao bem-estar subjetivo que as familiares, pois costumam ocorrer em situações prazerosas, tendo maior qualidade. Isso nem sempre acontece com as familiares, fruto de obrigação e, muitas vezes, envoltas em situações problemáticas (PINQUART; SÖRENSEN, 2000). No entanto, para esse grupo, as relações familiares foram apontadas como promotoras de uma vida saudável. As relações de amizade têm papel especial para indivíduos idosos que vivem sós (35% da amostra). Em investigação realizada com idosos nessa situação, independentes e autônomas, a satisfação com a vida foi relacionada estatisticamente à disponibilidade de amigos (NERI, 2001).

No decorrer desta investigação, observou-se que os integrantes do Projeto Celari dispõem de uma sala onde costumam permanecer entre uma atividade e outra, momento em que conversam, confraternizam, expõem e comercializam trabalhos manuais em datas comemorativas, como Páscoa e Dia das Mães. Nesse local, também fazem reuniões periódicas para tratar de assuntos de seus interesses, como planejamento de festas e viagens e resolução de problemas do grupo. A possibilidade de disporem desse espaço de encontro parece influenciar o acolhimento, a formação e o fortalecimento de laços de solidariedade entre eles.

A aparente qualidade dos relacionamentos de amizade entre os integrantes da investigação, notada durante a coleta de dados, pode estar associada à manutenção dos

comportamentos, pois o estado de ânimo positivo decorrente dessas interações satisfatórias interfere no senso de eficácia. Além disso, observar outras pessoas semelhantes terem êxito auxilia a acreditar no próprio. O mesmo acontece com a persuasão verbal positiva, demonstrada nesse grupo:

*O valor da vida é muito importante. Isso aí eu estou sempre comentando com elas [companheiras do Projeto], dando sempre pensamento positivo. Vai vencer! [...]* (E01, mulher, 68 anos).

Assim, acredita-se que os indivíduos da amostra se utilizam das reações emocionais, da experiência vicária e da persuasão verbal para consolidar seu senso de eficácia pessoal. Esses fatores, dentre outros, atuam como fontes de informação para a construção do senso de auto-eficácia (BANDURA, 1997). O autor afirma que o apoio social pode fornecer situações favoráveis e oportunidades de comparações que auxiliam a manter o esforço perseverante necessário para ultrapassar barreiras e, assim, influenciar o controle dos comportamentos. Com isso, o senso de auto-eficácia também se fortalece, aumentando a chance de o comportamento ser mantido por mais tempo.

Portanto, acredita-se que, quando o indivíduo necessitar e desejar adotar comportamentos promotores de saúde, é importante que busque relacionamentos satisfatórios, ou seja, relacionamentos que propiciem oportunidades, modelos e estímulos para desenvolver positivamente o seu senso de auto-eficácia e, assim, aumentar as possibilidades de êxito na adoção de tais comportamentos.

#### 5.3.4 Outros comportamentos

Na subcategoria outros comportamentos, o envolvimento com a música – cantar/ouvir/tocar – foi definido como comportamento saudável, por ser assim considerado por sete indivíduos:

*[...] eu costumo ouvir música quando eu estou pintando* (E85, mulher, 62 anos).

*[...] vivo com música dentro de casa* (E29, mulher, 64 anos).

*Escutar música. Estando em casa, se eu tenho que limpar alguma coisa ou arrumar, a música é a primeira coisa. [...] eu canto no coral daqui e no da igreja (E13, mulher, 70 anos).*

A música influencia o estado de ânimo desses indivíduos. Quando se referiram a ela, fizeram-no demonstrando prazer e entusiasmo. Para eles, ouvir música, cantar, ou ambos é um comportamento sistemático. Além disso, também salientaram tocar instrumento musical como sendo comportamento saudável:

*Se eu estou em casa, estou com o rádio ligado [ouvindo música], se eu não estou tocando (E01, mulher, 68 anos).*

*[...]faço aula de surdo, pandeiro, música com percussão, instrumental. [...] duas vezes por semana, religiosamente. [...] Inclusive, eu toco com um pessoal (E45, mulher, 64 anos).*

A capacidade de aprendizagem mantém-se durante toda a vida, porém a motricidade fina e a agilidade motora diminuem com o passar dos anos. Essas alterações características do processo de envelhecimento podem tornar mais lento o ritmo de execução de determinadas ações, nas quais as habilidades citadas estão envolvidas, como tocar instrumento musical, pintar e bordar. Contudo, um senso de auto-eficácia positivo auxiliará a ultrapassar as dificuldades mencionadas, sendo que, quanto mais alto ele for, maiores as chances de sucesso. Além disso, observa-se que o envolvimento com a música não é uma ação solitária, pois possibilita estabelecer e manter convívio social.

Outros comportamentos também foram referidos, porém por um menor número de entrevistados: fazer atividades manuais, ler, aprender, viajar, realizar voluntariado, frequentar a igreja e realizar exames periódicos de saúde. Como diz E85: “*Eu pinto, pintar é um hobby. E agora eu escrevi um livro e estou editando*” e E01: “[...] *bordar aqueles tapetes, como hobby*”.

Pintar, bordar e manter atividades culturais, dentre elas, ir ao teatro, referido por dois depoentes, ler, por quatro, aprender, por dois, e viajar, por cinco, são atividades que propiciam prazer e entretenimento. Tais comportamentos são mencionados nas próximas falas:

*Depois, a parte cultural, [...] ir ao teatro. Eu leio bastante, eu procuro estar a par do mundo (E29, mulher, 64 anos).*

*Tenho aula de computador (E45, mulher, 64 anos).*

*Viajar, passear. Tudo isso aí (E13, mulher, 70 anos).*

Mais do que proporcionar diversão, esses comportamentos favorecem a formação de novos conhecimentos e de novas amizades. Tais fatores contribuem para o seu desenvolvimento intelectual e social, potencializando o funcionamento cerebral e afetivo e contribuindo para um viver melhor.

Moraes (2004) constatou, em investigação com 400 indivíduos idosos, que entretenimentos como ler, ir ao cinema e ouvir música, dentre outros, tinham maior pontuação entre aqueles classificados como tendo envelhecimento bem-sucedido. Na investigação sobre mídia como lazer e complementação educacional, também realizada com esse segmento populacional, Dornelles (2005) apontou que ler jornal, ouvir rádio e assistir televisão eram as atividades culturais predominantes, seguidas por ir ao cinema. Nos jornais, a preferência era pelos temas cultura, saúde e política, nessa ordem, e, na televisão, por noticiosos, documentários, culturais, entrevistas e musicais. As duas investigações também foram realizadas na Cidade de Porto Alegre (RS).

Fazer voluntariado foi outro comportamento promotor de saúde apontado.

*Obras sociais também, né, voluntariado. Eu sirvo a sopa dos pobres (E29, mulher, 64 anos).*

*Eu faço voluntariado, compro bolacha, maçã, goiabada e vou ao hospital e falo com a assistente social. [...] É sempre um carinho, um doce, uma fruta, [...] xampu, revistas. [...] vou começar a dar aula para a ex-empregada da minha nora, pelo menos para ela aprender a ler, que o sonho dela é ler letrado de ônibus, como ela diz (E67, mulher, 81 anos).*

A preocupação em auxiliar quem necessita fica evidenciada tanto em ações vitais, como servir a sopa, quanto em outras que contribuem para o bem-estar, como oferecer xampu ou revistas, e, ainda, em realizar um sonho: alfabetizar. Essas são ações relativamente simples, mas que beneficiam todos os envolvidos. Souza (2007), ao avaliar a qualidade de vida entre indivíduos idosos voluntários e não voluntários, encontrou diferença estatisticamente significativa em favor dos primeiros.

Frequentar a igreja foi comportamento mencionado por um depoente: “*Eu acho que a religião, a comunhão com Deus. Eu vou à igreja terça-feira de tarde, quarta de manhã e quinta-feira*”. (E13, mulher, 70 anos)



Segundo Neri e Goldstein (1993), os indivíduos têm maior possibilidade de apresentar comportamentos religiosos a partir da meia idade, por se voltarem às questões internas do *self*<sup>9</sup>. Essas autoras apontaram relação entre religiosidade e bem-estar subjetivo em indivíduos idosos, devido ao incremento na satisfação com a vida e nos recursos de enfrentamento ao estresse. Além disso, referiram que a maioria dos indivíduos de sua investigação se tornou mais religioso com o passar do tempo, sendo alta a frequência à igreja. Também em investigação recente, o papel da religião e da fé foi salientado por 92% da amostra como importante (COUTO, 2007). Sendo assim, surpreende que, nesta, apenas um participante se referiu à religiosidade.

Quanto à realização de exames de saúde periódicos, foi considerado comportamento promotor de saúde por quatro depoentes:

*Eu faço check-up para a saúde. De seis em seis meses, eu faço certos exames. Agora mesmo eu vou fazer (E114, homem, 82 anos).*

*Eu faço check-up de seis em seis meses [...]. A gente faz os exames todos, está tudo bem (E45, mulher, 64 anos).*

*Fazer os exames periódicos de seis em seis meses. [...] eu levo uma vida, assim, com muito cuidado (E98, mulher, 64 anos).*

O ato de fazer exames periódicos auxilia na detecção precoce e no tratamento de doenças. Porém salienta-se que isso não impede, ou não garante, que outras ações complementares à estabilização/melhora/controle de um dado problema de saúde estejam sendo realizadas, como parar de fumar e deixar de ser sedentário, ou ambas, dentre outras. Schwarzer e Fuchs (1999) investigaram os efeitos sinérgicos e interativos da auto-eficácia, expectativas de resultados e percepção de vulnerabilidade no processo motivacional que conduz ao comportamento de localização de câncer, em 1.184 indivíduos, com idade entre 18 e 70 anos, que viviam em Berlim. Os autores informam que a intenção tende a diminuir somente quando a auto-eficácia e a expectativa de resultados são baixas. Na presente investigação, supõe-se que a realização de exames periódicos tenha atuado no processo motivacional necessário à formação de intenção para adotar e manter outros comportamentos promotores de saúde, como praticar atividade física, de acordo com o senso de eficácia e a expectativa de resultados dos indivíduos, concordando-se com

---

<sup>9</sup> Sistema composto por estruturas de conhecimento sobre si mesmo e um conjunto de funções cognitivas que integram ativamente essas estruturas ao longo do tempo e ao longo de várias áreas do funcionamento pessoal (NERI, 2001, p. 188).

Schwarzer e Fuchs (1999). Além disso, a realização desses exames lhes dá segurança e sensação de estarem cuidando da saúde.

## 5.4 Adoção dos comportamentos promotores de saúde

Essa categoria originou-se das seguintes questões da entrevista relativas à adoção dos comportamentos promotores de saúde: desde quando mantém comportamentos promotores de saúde? Por que os iniciaste? Na análise das falas, duas subcategorias emergiram, de acordo com a fase da vida em que foram adotados esses comportamentos: influências na infância/juventude e influências na maturidade.

### 5.4.1 Influências na infância/juventude

Nessa subcategoria, há referências à família, a outras instituições, como Igreja, escola e clubes, e ao fato de morar no interior como influência para a construção dos comportamentos de saúde desses depoentes desde sua infância e juventude. Os resultados corroboram a afirmação de Bandura (1999), quando descreve que os comportamentos que perduram por toda a vida, em geral, se formam na infância e na adolescência. Daí a importância de criar precocemente um entorno favorável à promoção da saúde, pois, nesse período da vida, é mais fácil modificar os comportamentos prejudiciais à saúde.

*Eu sou de uma família esportista. Então, desde os 12 anos, a gente levantava, treinava das cinco às sete, porque não tinha tempo durante o dia. Chegava em casa [...] o pai nos esperava sempre com o café da manhã: eram as frutas, o bife, o ovo, o café com leite, o pão com manteiga e o pão com chimia. Ele dizia que para ir para o colégio, tinha que ir bem alimentado. [...] A minha mãe também era muito do cuidado da nossa alimentação (E29, mulher, 64 anos).*

*Eu tive estímulos inconscientemente, porque a minha mãe era funcionária da ESEF da UFRGS, [...] eu vivia dentro da ESEF, entendeu? Desde pequena eu*

*ficava assistindo todas as atividades. Na adolescência, eu praticava na ACM<sup>10</sup> também, que eu era sócia (E01, mulher, 68 anos).*

*Desde a minha adolescência, desde que eu era criança. Eu sempre pratiquei esporte. Jogava vôlei, caçador, pratiquei natação. [...] no ginásio, eu fazia parte do coro [...] (E45, mulher, 64 anos).*

Pode-se dizer que a influência familiar foi decisiva para a adoção dos comportamentos mencionados por esses depoentes, uma vez que ressaltaram terem sido criados em um ambiente favorável a isso. Quanto à atividade física em geral, há tendência ao declínio com o avançar da idade. Contudo, para esses indivíduos, isso não ocorreu de forma significativa. Além disso, supõe-se que aprender um esporte, bem como tocar um instrumento na infância e na juventude, facilite o desenvolvimento de senso positivo de auto-eficácia, se o indivíduo perceber que, esforçando-se consegue aprender em um tempo não muito longo, e os resultados dessa aprendizagem são obtidos também mais prontamente.

Veloso (2005) menciona que vários pesquisadores apontaram a realização anterior de atividade física como preditora de atividade física no futuro, o que pode ser verdade também para os indivíduos da presente investigação. Após analisar os determinantes da atividade física em adolescentes, a autora refere que, na infância, as atividades são de natureza recreativa, como andar de bicicleta e participar de jogos recreativos, por isso, menos interessantes aos adolescentes. Estes tendem a realizar atividades desportivas como futebol, voleibol e handebol, que a maioria dos adultos não realiza.

Na presente investigação, morar no interior na infância e/ou juventude foi outro fator atribuído à adoção dos comportamentos promotores de saúde, segundo os depoentes.

*No interior, que eu morava, sempre fazia esporte. [...] porque eu fui criada nesse meio, assim, de ter cuidado com a vida (E29, mulher, 64 anos).*

*Eu sempre tive essa preocupação [em ter alimentação saudável] porque eu morei sempre no interior. A gente comia muita comida saudável, era outra época, né (E13, mulher, 70 anos).*

Pressupõe-se que a motivação decorrente dos estímulos que esses indivíduos receberam na infância e na juventude lhes permitiu adotar comportamentos que consideraram saudáveis, em primeiro lugar, devido ao desenvolvimento de forte senso de eficácia pessoal e, em segundo, pela expectativa de resultados – que será comentada na categoria manutenção dos comportamentos

---

<sup>10</sup> Associação Cristã de Moços.

promotores de saúde –, pois, de acordo com Bandura (1999), o nível de motivação do indivíduo se baseia mais no seu senso de eficácia que em informações objetivas. Para o autor, o senso de eficácia atua em diversas áreas de funcionamento humano, dentre elas, a aprendizagem escolar, a adaptação às mudanças vitais e a melhoria da saúde. A atuação dá-se no modo de sentir, pensar, motivar-se e agir.

Para desenvolver e consolidar o senso de auto-eficácia e o de controle, que são influenciados diretamente pelo contexto familiar, é necessário tanto funcionamento cognitivo quanto emocional, de acordo com Schneewind (1999). Segundo o autor, conforme pesquisas nessa área, isso decorre do senso de auto-eficácia dos pais na sua capacidade de ser competente no cuidado dos filhos e no manejo da relação conjugal, por exemplo, influenciando o comportamento dos filhos por meio da construção do senso de eficácia e de controle deles. Da mesma forma, a percepção dos filhos de viverem em um entorno estimulante, com atividades recreativas, culturais e sociais contribui para tal construção.

Assim, entende-se que as práticas de cuidado recebidas e os modelos encontrados no contexto familiar durante a infância e a juventude podem ter permitido aos indivíduos da presente investigação desenvolver condições internas que favoreceram a formação de habilidades físicas e psicossociais necessárias ao desempenho pessoal em vários domínios. Ao perceberem seus êxitos e ao tomarem conhecimento do quanto isso decorreu de habilidade e esforço pessoais, mobilizaram os meios para conseguir atingir suas metas e para controlar os resultados almejados, quando acreditaram que eram capazes de executar determinada ação e quando estimaram o seu grau de êxito. Portanto, o contexto familiar é o microsistema onde o indivíduo inicia o processo relacional com ele próprio e com os outros e, a partir disso, tem condições de construir a base para o desenvolvimento tanto de metas como de senso de auto-eficácia e de controle.

*[...] desde pequena, dentro da música, porque eu tinha piano em casa. A minha mãe sempre tocou piano, também. [...] eu frequentei muitos corais. Eu era pequena e não tinha condições de ter uma gaita, mas eu queria aprender gaita. Sabe o que eu fazia? Eu ia para o Instituto de Música. Eu pedi para uma tia pagar a mensalidade. [...] Quando chegava a sexta-feira, eu pedia à professora para levar a gaita dela para minha casa. Eu passava o fim de semana todo tocando. [...] até eu comprar a minha gaita (E01, mulher, 68 anos).*

*Todos os fins de semana tinham reuniões dançantes. [...] minha mãe gostava muito de piano. Ela tocava piano em casa. Ela tinha uma voz muito bonita. Minha irmã tocava gaita. A outra minha irmã, em tempo de adolescente, tocava pandeiro (E45, mulher, 64 anos).*

*Envolvimento com a Igreja eu tenho desde os sete anos. Eu me criei, dos sete aos 22 anos, dentro da Igreja metodista. [...] Quando eu era moça, em São Gabriel, nós tínhamos o coral da igreja. Minha irmã era organista da igreja e nós tínhamos um coral (E13, mulher, 70 anos).*

Além da família, entende-se que a rede social formal, constituída por instituições como Igreja e escola, integrou e modelou esse processo, pois também gerou ambientes propícios ao desenvolvimento do senso de auto-eficácia desses indivíduos, ao oferecer informações cotidianas de suas situações de êxito e de fracasso (BANDURA, 1997). Assim, acredita-se que as oportunidades sociais, bem como as limitações encontradas e superadas, os instrumentalizaram para a adoção dos comportamentos por eles mencionados.

#### 5.4.2 Influências na maturidade

Observa-se que alguns comportamentos iniciaram pelos 30 anos de idade, e outros mais tardiamente, conforme diz E98: *“Isso eu já comecei a cuidar, ali pelos trinta anos, a alimentação”*. Disso se conclui que sempre há tempo para mudar, porém isso só acontecerá se o indivíduo acreditar que é capaz, condição que favorece o empenho para a mudança.

A maturidade também trouxe a aposentadoria, a qual propiciou tempo para iniciarem projetos pessoais e para cuidarem de si. Salienta-se que o período pós-aposentadoria pode oportunizar o desempenho de novos papéis e de novos comportamentos. Para os depoentes, os novos comportamentos adquiridos nesse período foram significativos, tendo contribuído para sua qualidade de vida.

*Aí eu me aposentei e comecei a me dar uma vida gostosa, porque eu achei que eu merecia. Depois dos 60 anos, eu vim para cá (E98, mulher, 64 anos).*

Segundo Bandura (1999), o senso de auto-eficácia determina as opções que serão selecionadas por serem consideradas passíveis de realização. Aquelas relacionadas a áreas percebidas como de baixa eficácia serão descartadas, mesmo que possam trazer benefícios.

Alguns elementos relacionados a intervenções efetivas que visam mudar o comportamento são: a informação, o desenvolvimento de habilidades, o fortalecimento da auto-eficácia e o apoio social (BANDURA, 1999).

A informação produz conhecimento, o qual favorece a conscientização para a implementação da mudança. Para sua consecução, é levado em conta o tipo de informação selecionada e a forma como ela é interpretada e utilizada.

*Eu sempre leio bastante [sobre alimentação saudável], né. Tenho outras pessoas que eu preparo a alimentação também. A minha mãe mora comigo, tem bastante idade, e eu tenho a minha família jovem, que são meus netos, e eu me preocupo com isso aí agora. Eu acho que vem com a maturidade. [...] Acho que de uns 15 anos para cá (E85, mulher, 62 anos).*

*Eu sempre procuro ler bastante sobre saúde. Faço exames periódicos desde que entrei na menopausa. [...] Porque a pessoa não sabe o que tem por dentro. Então, ela tem de fazer obrigatoriamente, depois dos 50 anos (E98, mulher, 64 anos).*

Assim, acredita-se que, quando os depoentes se referem à obtenção de informações por meio da leitura sobre comportamentos que consideram saudáveis, como cuidar da alimentação e pintar, ocorreu esse processo de conscientização/ação. Entretanto, observa-se que a informação de saúde costuma chegar ao indivíduo de forma normativa – pelo seu caráter de obrigatoriedade –, como referido por E98, em relação a fazer exames periódicos, demonstrando a influência do discurso preventivista.

Nota-se também que a maturidade influenciou a conscientização para iniciarem novos comportamentos, provavelmente porque, nessa fase, esses indivíduos têm maior informação sobre saúde e percepção positiva da sua eficácia no desempenho dos novos papéis sociais – no caso, cuidar de outros familiares. Ou seja, adquiriram autoconhecimento sobre os domínios que podem controlar. Bandura (1997) afirma que o senso de auto-eficácia é o principal aspecto para o autoconhecimento.

*Então, depois, aí que vem essa preocupação [com alimentação saudável]. Aí quando eu me aposentei, eu pensei, agora vou escrever livros infantis e eu vou ilustrar os meus livros. Por isso, eu comecei a buscar a pintura. A pintura eu comecei lá por 2000. Eu sempre pensei que quando eu fosse me aposentar eu ia fazer alguma coisa ligada à arte. Eu nunca tinha pegado em um pincel na vida (E85, mulher, 62 anos).*

Desenvolver destrezas é o segundo componente requerido para a tomada de decisão de mudar, pois, ao instrumentalizar-se, o indivíduo aumenta as chances de fortalecer a eficácia pessoal “*Eu entrei em um curso de expressão de arte contemporânea, e eu comecei a pintar e a escrever*” (E85, mulher, 62 anos).

No depoimento de E85, o desenvolvimento desse componente pode ser observado também para o comportamento relativo à atividade física:

*E agora, para o lado da atividade física, que até é uma surpresa para mim, porque, na minha juventude, eu sempre fugi da atividade física. [...] Eu comecei a fazer com a natação, faz dois anos. Antes eu nunca fiz atividade física, eu só comecei depois que eu vim para o Celari (E85, mulher, 62 anos).*

Então, para ter êxito em realizar um comportamento, como pintar e nadar, é preciso aprender a fazê-lo, desenvolvendo as destrezas necessárias. A partir disso, tem-se o terceiro componente, que é a utilização da auto-eficácia para garantir o controle em situações futuras semelhantes, e, assim, minimizar a vulnerabilidade ao fracasso, conforme observado na fala de E85: “*Agora, em qualquer piscina eu entro, eu nado*”.

Por fim, o apoio social, outro elemento relacionado à adoção de comportamentos promotores de saúde:

*Faço atividade voluntária há três ou quatro anos. Eu entrei através de uma amiga, que disse: “Vamos lá, vamos servir a sopa. Nós precisamos de gente”. E, eu fui, para ver como é que era (E29, mulher, 64 anos).*

*Eu vim porque eu encontrei a minha alma gêmea. Ele é esportista. Então, ele me trouxe. Ai, eu não sabia nadar, ele me ensinou. Eu já estava a fim de fazer, mais aí se juntou o útil ao agradável (E98, mulher, 64 anos).*

Nesses depoimentos percebe-se a importância da influência social no processo de mudança de comportamento. Sua força está presente mesmo quando não há menção ao desejo de mudar, como no caso de E29. Diferentemente do outro, em que isso fica claro na expressão *estava a fim de fazer*.

Assim, a adoção de comportamentos promotores de saúde dos indivíduos da investigação ocorreu em fases da vida tanto precoces como tardias, influenciada pela obtenção de informações, pelo desenvolvimento de habilidades, pelo incentivo familiar e social, pelo desempenho de novos papéis sociais e pela aposentadoria, elementos que, juntamente com o fortalecimento do senso de auto-eficácia, a garantiram.

## 5.5 Manutenção dos comportamentos promotores de saúde

Para a formação dessa categoria, as seguintes questões da entrevista foram utilizadas: por que manténs os comportamentos? Que comportamentos de saúde foram mais fáceis de adotar? Por quê? Que comportamentos de saúde foram mais difíceis de adotar? Por quê? De que maneira se poderia aconselhar uma pessoa a adotar comportamentos promotores de saúde? Como farias isso? E, de acordo com as respostas, foram estabelecidas quatro subcategorias: atitudes e atributos pessoais positivos, expectativa de viver melhor, expectativa de viver mais tempo e outros aspectos que favorecem a manutenção do comportamento.

### 5.5.1 Atitudes e atributos pessoais positivos

O senso de eficácia pessoal regula o comportamento humano por meio de diferentes processos – cognitivos, afetivos, motivacionais e seletivos –, os quais atuam de forma conjunta e contínua (BANDURA, 1999). Assim, para manter um determinado comportamento, primeiramente é preciso organizar o pensamento, pois isso ensinará o indivíduo a antever o êxito e a forma de controlá-lo.

Durante as visitas ao local da investigação, foi possível observar que, de maneira geral, os participantes do Projeto eram alegres e dinâmicos, demonstrando atitudes positivas diante da vida.

Segundo Neri (2005, p. 13), atitudes são:

Predisposições aprendidas e relativamente estáveis para responder ante um objeto e compreendem três componentes: cognitivo, emocional e tendência à ação. O componente cognitivo inclui as crenças avaliativas sobre um dado objeto e, em parte, refletem normas sociais. O componente emocional refere-se aos sentimentos experimentados pelo indivíduo em relação ao objeto. Tendência à ação significa a disposição do indivíduo a entrar em interação com o objeto.

Assim, ter atitude positiva diante da vida foi retratado como segue:

*Quando abro a minha janela, eu digo: Bom dia, sol! Bom dia, dia! Bom dia, para mim também! [...] Gosto muito da minha vida (E29, mulher, 64 anos).*



*Eu me levanto, eu agradeço. Eu agradeço o que tenho (E13, mulher, 70 anos).*

*Eu fui uma pessoa privilegiada. O meu sofrimento foi um crescimento para mim (E98, mulher, 64 anos).*

A construção dessa atitude positiva resultou do percurso de vida desses indivíduos, estando associada à percepção de felicidade, conforme as próximas falas:

*Eu, modéstia à parte, sou feliz, porque eu vim de uma família feliz. Então, eu sou uma pessoa privilegiada. Nesse mundo em que vivemos, tu buscas ser feliz onde tu estás. Se eu estou fazendo ginástica, eu procuro ser feliz aqui, dentro da ginástica (E45, mulher, 64 anos).*

*Primeiro, ser feliz, [...] tu brincas, tu fazes uma comida boa e procura festejar. Toda a família fica feliz, né (E85, mulher, 62 anos).*

Durante a coleta de dados da investigação, quando relataram que se sentiam privilegiados, felizes e gratos com sua vida e ressaltaram os momentos simples do cotidiano que contribuíram para isso, como na fala anterior, alguns também mencionaram várias perdas e problemas importantes que tiveram, o que, no entanto, não os impediram de ter uma atitude positiva. O próximo depoimento sugere que isso se deve ao controle do pensamento por meio do senso positivo de auto-eficácia desses indivíduos (BANDURA, 1999):

*[...] o meu bom-humor, para enfrentar as coisas. [...] uma Poliana a vida toda. (...) a vida foi muito pobre, mas eu sempre enfrentei o dia-a-dia com galhardia, enfrentei todas as dificuldades, todas as necessidades (E67, mulher, 81 anos).*

Para E67, acreditar que pode enfrentar as dificuldades da vida com sucesso possibilita-lhe utilizar sua capacidade de enfrentamento diante das situações adversas. Ou seja, nesses casos, sua auto-eficácia positiva atua como estratégia significativa de enfrentamento (KARADEMAS; KALANTZI-AZIZI, 2004), pois mesmo perante prováveis sentimentos de ansiedade e de tristeza, geralmente presentes em tais situações, o indivíduo consegue controlá-los e, dessa forma, minimizá-los. Por outro lado, o controle exercido reforçará o senso positivo de eficácia e, assim, maiores serão as possibilidades de êxito.

Segundo Bandura (1999), o estado de ânimo e o senso de auto-eficácia influenciam-se bidirecionalmente. Portanto, supõe-se que a satisfação referida por esses indivíduos contribua para fortalecer o seu senso de eficácia e vice-versa, e, dessa forma, oportuniza a manutenção de seus comportamentos promotores de saúde.

*Porque [quem] faz a vida somos nós mesmos. [...] Uma satisfação, uma satisfação interior, porque tu estando feliz contigo mesmo, tudo é mais fácil. É ou não é? (E45, mulher, 64 anos).*

*Eu acho que quando a pessoa está de bem consigo, ela gosta de si, ela procura fazer alguma coisa legal para ela. [...] Eu acho que querer é poder. [...] Eu tenho que estar bem comigo, para estar bem com os outros. Não faz quem não quer. Depende da vontade da pessoa. [...] Eu acho que não existe uma pessoa que vive bem, se ela não faz alguma coisa em benefício a ela. Eu acho que está dentro de cada um, né (E98, mulher, 64 anos).*

Para manter um dado comportamento, é preciso ter forte senso de auto-eficácia, como já foi mencionado. De certa forma, isso está sugerido pelos depoentes, quando se referem a: querer é poder, vestir a camiseta e ter persistência.

*Para as pessoas terem comportamentos saudáveis, é preciso ter força de vontade. Eu tenho, eu gosto, [...] eu entro de cabeça, eu visto a camiseta. [...] é uma valorização minha (E01, mulher, 68 anos).*

*É a vontade. Eu acho que eu tenho muita persistência. Quando eu quero fazer uma coisa, eu faço. E a boa vontade, a pessoa tem que ter (E20, mulher, 70 anos).*

Quanto à auto-regulação da motivação, o senso de eficácia atua ao determinar antecipadamente quais ações o indivíduo pensa ser capaz de realizar, visando à auto-satisfação por meio de uma meta estabelecida para si. Então, são gerados estímulos para intensificar a quantidade de esforço e de tempo de persistência perante as dificuldades, bem como para a resistência aos fracassos (BANDURA, 1999).

*Eu acho que as pessoas têm que ter metas na vida. Saber o que querem (E29, mulher, 64 anos).*

*Isso aí despertou em mim com a natação, que era um desafio. Eu me sentia muito frustrada porque eu não sabia nadar. E, no momento que eu aprendi, depois de muitos pânico, que eu aprendi a nadar, [...] me sinto realizada [...]. Eu me sinto orgulhosa. [...] É muito bom isso aí. É ultrapassar um limite [...]. Antes eu achava que não podia, eu tinha um medo da água, eu achava que eu nunca ia conseguir nadar (E85, mulher, 62 anos).*

Nota-se que, para atingir um fim, como aprender a nadar, foram afastados impedimentos psicológicos autolimitantes, como frustração, pânico e medo. Após, o senso de auto-eficácia fortaleceu-se, determinando a continuidade da ação.

*[...] eu acredito muito também, assim, ó, de eu sempre ter conseguido aquilo que eu quis, de ter alcançado, sabe, com menor dificuldade, com maior dificuldade,*

*mas sempre venci, sempre consegui. De vez em quando eu me pergunto: será que eu fiquei sem conseguir alguma coisa? Meio difícil (E29, mulher, 64 anos).*

*E quando a gente canta bem, então, melhor ainda, né. Eu procuro cantar bem (E114, homem, 82 anos).*

Assim, supõe-se que o senso positivo de auto-eficácia dos depoentes atue em áreas diversas, dentre elas a musical, pois acreditam firmemente na sua capacidade pessoal para garantir a manutenção das ações.

### 5.5.2 Expectativa de viver melhor

Os benefícios percebidos atuam como fatores motivacionais para a manutenção dos comportamentos realizados. Para Bandura (1997), o indivíduo realizará determinado comportamento de acordo com a percepção de sua eficácia pessoal e, em parte, pelos resultados específicos obtidos por meio desse comportamento.

*[...] sou muito ansiosa, aquilo me acalma [referindo-se a bordar tapetes]. [...] quando eu não venho aqui ou no Araribóia, aquele dia me falta alguma coisa. [...] com a música dentro da cabeça é uma satisfação muito íntima e com a educação física, com a prática de um esporte, é o corpo. Eu sinto falta dos dois (E01, mulher, 68 anos).*

*Assim, a gente começou a conhecer pessoas com a mesma idade. Eu acredito que [se não manter o convívio social] aí a gente vai cair na monotonia, [...]. Então, aqui a gente tem pessoas da mesma idade. Os problemas, geralmente, quase os mesmos de todos. Então, a gente se sente melhor. E acho que para eu sair daqui, só se não me queiram mais [ri] (E46, homem, 64 anos).*

*Eu acho que isso melhorou bastante a minha capacidade de movimentos, de equilíbrio. Eu tenho um equilíbrio que, tem muita gente jovem que vai fazer um exercício e não consegue fazer. Jovem, que eu digo, dos seus 30 e poucos, 40 anos, não conseguem fazer. E, com 60 e poucos, eu faço com a maior naturalidade, maior facilidade. E eu acho que é porque eu faço ginástica há muitos anos. [...] sinceramente, pela agilidade. Tenho muita flexibilidade, atividade bastante, de corpo, de perna, de braço, tudo, cabeça, porque eu leio muito. [...] Acho que isso aí [a leitura] me ajuda muito, em todos os sentidos. [...] Então, eu acho que isso aqui [convívio social] colaborou bastante. O astral, principalmente. [...] A gente não tem estresse, aquela coisa, o que eu vou fazer hoje? Aquela tristeza (E103, mulher, 63 anos).*

Nota-se que a consciência de que certos comportamentos melhoram a saúde e a qualidade de vida porque trazem benefícios físicos e psicossociais contribuiu para mantê-los. Cabe ressaltar que se sentir socialmente inserido é um benefício importante para os indivíduos idosos, pois diminui a monotonia e a tristeza, conforme explicitado, e por reafirmar a possibilidade de ser ativo.

Outros depoimentos também mencionam os benefícios psicológicos, bem como os físicos. Salienta-se que, na velhice, a dor é uma queixa oriunda principalmente das alterações degenerativas do sistema osteomuscular, por isso, alivia-la é importante para a qualidade de vida.

*Tinha dores na cervical, que era um incômodo terrível, me irritava, não conseguia dormir, e a natação tirou isso aí. [...] na pintura eu trato também meu espírito. [...] Botar para fora [relaxar, por meio da música e da dança]. [...] É bom, exercita a musculatura toda e melhora o humor um monte. [...] Eu me sinto muito bem, me sinto feliz, [...] eu não me sinto cansada (E85, mulher, 62 anos).*

*E, daí [com a alimentação saudável], eu me senti melhor, né. E depois que eu comecei aqui [fazer atividade física no Celari] também, foi uma coisa que me ajudou muito. [...] A cabeça da gente volta outra depois de uma viagem. Eu acho, assim, para minha memória, para minha cabeça. [...] A música me deixa alegre, me deixa mais tranqüila, acho muito bom. [A atividade física] também me ajuda muito. Como é que eu vou te dizer? Eu me sinto bem, mais saudável. Se eu paro, começa a doer [ri], por isso que eu gosto de fazer exercício (E20, mulher, 70 anos).*

Pelo depoimento de E20, entende-se que, em algum momento, ela interrompeu a prática de atividade física, o que lhe causou dores. Assim, supõe-se que ou sua eficácia pessoal não era forte o suficiente para esse domínio, ou alguma situação específica impediu a manutenção desse comportamento. Bandura (1999) mencionou que as pessoas, quando não estão convencidas de sua eficácia pessoal, abandonam comportamentos ao não obterem resultados imediatos. Entretanto, acredita-se que foi o senso positivo de auto-eficácia de E20 e a sua expectativa de resultados – eliminar dores e, conseqüentemente, sentir-se melhor – que favoreceram o seu retorno ao comportamento em questão. Segundo Bandura (1997), quando o indivíduo tem senso positivo de auto-eficácia, os pequenos retrocessos não o impedem de retomar os comportamentos propostos. Nas próximas falas, a expectativa de que determinado comportamento trará um resultado esperado também está evidente:

*Eu estou lutando, que eu gostaria de ser menos... gorda (E45, mulher, 64 anos).*

*[Faz exercícios respiratórios] para fortalecer os pulmões. Eu tenho que ter respiração, pulmão bom, limpo, para poder dar os agudos. [Cantar] É uma*

*maravilha, alegre o espírito. [As atividades realizadas] me causam muita coisa boa. [...] Fico contente também, eu me sinto feliz. Eu me sinto bem, aqui. É bom. Vir no Celari me deixa bem (E114, homem, 82 anos).*

Nota-se que as expectativas de resultados se referem a benefícios pessoais que podem ser obtidos no curto, no médio e no longo prazo. Além disso, essas expectativas também se atrelam à cultura, a qual revela sua força, como no depoimento de E45, quando ela diz que gostaria de ser menos gorda, provavelmente para se sentir socialmente aceita, e no próximo, de E67, a qual resolve os problemas pessoais pagando promessas, para, então, sentir-se emocionalmente melhor. Lembra-se que, neste último caso, é necessário acreditar-se capaz de cumprir tais promessas. Além disso, apenas essa depoente menciona beneficiar a comunidade por meio de seu comportamento:

*[...] com isso [fazendo voluntariado], estou ajudando a minha filha, a escola [...]. Ali que eu pago as minhas promessas, quando eu estou precisando (E67, mulher, 81 anos).*

Concorda-se com Bandura (1999), quando salienta que o ser humano possui enorme potencial para transformar o meio, uma vez que suas ações resultam em efeitos tanto para o seu dia-a-dia quanto para as próximas gerações, e que promover o bem-estar dos indivíduos através de mudanças no meio ambiente é possível mediante o trabalho contínuo daqueles que possuem resistente senso de auto-eficácia e que acreditam no valor do que fazem. Concorda-se, ainda, quando o autor menciona que, ao contrário, os indivíduos que não crêem poder melhorar a qualidade de vida de sua comunidade sentem-se alheios e insatisfeitos, convencendo-se rapidamente de que esforços são inúteis.

### 5.5.3 Expectativa de viver mais tempo

Embora a maioria dos entrevistados não tenha falado em doença e em morte, com exceção de três indivíduos, interpretou-se que a consciência da própria finitude contribui para a manutenção dos seus comportamentos promotores de saúde.

*[...] como eu tenho história na família, que eu já perdi 10 pessoas de câncer, pelo lado da minha mãe, [...]. Eu te juro que não vai acontecer nada [ter câncer? Morrer?] com essa pessoa (E98, mulher, 64 anos).*

*[...] parecia que eu ia morrer sem fazer isso. E, de repente, eu estou vendo que não, que eu ainda tenho tempo de fazer outras coisas. [...] Então, eu fico até com medo [de morrer?], às vezes, de tantas coisas eu ter conseguido fechar [realizar] (E85, mulher, 62 anos).*

*[Ele mantém comportamentos considerados saudáveis porque] a idade também vai chegando. [...] [Se manter ativo evita o sentimento de] se aposentou, a vida terminou. [...] Quer dizer, bom, ele já fez a parte dele, então está só esperando [a morte?]. [...] Eu acredito que se eu não tivesse parado de fumar, de repente eu já tinha pegado uma doença, uma coisa, sei lá (E46, homem, 64 anos).*

Quando ocorre a morte, todos os sistemas corporais deixam de funcionar. Assim, sua antítese é o movimento, que a maioria dos indivíduos entrevistados enfocou como não parar.

*Não dá para parar, não dá para parar. [...] Tem que mostrar que a vida não é... Olha, se a gente se entregar (E01, mulher, 68 anos).*

*E agora, depois que a gente tem mais idade, então a gente procura mais ainda fazer a coisa direito. Aí que tu tens que procurar não parar, tu tens que procurar atividades, estar bem consigo mesmo (E13, mulher, 70 anos).*

*Além disso, eu procuro não ficar parado. Procuro sempre fazer alguma coisa, nunca ficar parado. Não adianta, eu tenho alguma coisinha que me mexe e eu vou me movimentar (E114, homem, 82 anos).*

*[...] eu não sei ficar parada, estou sempre em movimento. O meu marido diz que quem quer se esconder de mim vai lá em casa. Onde é que eu estou? Estou no Celari, estou aqui, estou me virando, fazendo uma coisa ou outra (E103, mulher, 63 anos).*

A velhice costuma trazer consigo o preconceito, a discriminação e os estereótipos negativos – principalmente os relacionados às perdas. Além disso, a publicidade determina formas de agir e necessidades de consumo dirigidas principalmente aos indivíduos jovens, considerados produtivos, sadios e belos, mas que atingem também as faixas etárias de mais idade, as quais buscam assumir o mesmo padrão daquele grupo, talvez por não se reconhecerem idosos. Nesse contexto, esses indivíduos cuidam da aparência, demonstrando, muitas vezes, dificuldades em aceitá-la.

*Procuro não deixar meu cabelo ficar muito branco. Sempre vou passando uma tintinha, para alegrar. [...] procurando a gente se manter com uma aparência bonita também, porque a aparência, a gente também tem que se preocupar com essa parte, para não aparecer muito envelhecida, ficar mais saudável, com a fisionomia mais... [...] e eu estou sempre alertando para uma amiga que fuma, que o cigarro envelhece, deixa a gente com a pele seca, mais enrugada, todas essas coisas (E85, mulher, 62 anos).*

*Não me sinto velho, me sinto um gurizão (E114, homem, 82 anos).*

*Eu sinto, se eu não me olho no espelho, eu acho que tenho uns 40 anos, [...] com a atividade, o movimento que eu tenho, vocês podem ver, eu não tenho jeito de uma pessoa de 60 e poucos anos. Têm pessoas com 50 e poucos anos e são umas velhinhas, umas senhoras idosinhas, caidinhas. Eu não me sinto assim. Eu me sinto inteira. [...] Pena que não melhoram as rugas. Eu queria alisar, mas não dá. É só o que me falta, agora. É só dar uma alisadinha, demais está tudo ótimo (E103, mulher, 63 anos).*

Entende-se que a percepção negativa de velhice, influenciada pelos padrões ditados pela norma social, pode diminuir a motivação dos indivíduos idosos para realizarem determinadas atividades, se o senso de auto-eficácia declinar. Nesta investigação, isso não ocorreu, pois, embora tal percepção faça com que procurem aparentar e se sentir mais jovens do que são, seguem mantendo comportamentos considerados saudáveis. Além disso, procuram desenvolver novas habilidades, ser independentes e ativos, pois isso auxilia o prolongamento da vida com qualidade, conseqüentemente adiando a morte.

*Eu quero viver até o dia que Deus me permitir, mas com saúde [...] e ciente, independente. Se não for possível, ao menos me deixa tentar. [...] Acho que isso é o principal de tudo, para mim, amor pela vida. Eu adoro viver. [...] Então, acho que é o ânimo que eu tenho na vida (E29, mulher, 64 anos).*

*E tenho capacidade de me movimentar, graças a Deus. Sou bem independente, nesse sentido, assim. [...] Espero que, quando chegar à idade de 70 anos, também não precise, [...] que para quando chegar nos 70, ter condições de andar sozinha, ser independente, não depender dos outros (E103, mulher, 63 anos).*

*Se a pessoa quer ter qualidade de vida, ela tem de procurar [manter] aquilo que vai lhe dar qualidade de vida. Isso aí te dá longevidade de vida, coisa muito importante (E13, mulher, 70 anos).*

*[...] te abre uma perspectiva maior de vida, que inclusive tu se sentes muito mais saudável (E45, mulher, 64 anos).*

O temor de serem dependentes física e socialmente no futuro, pela perspectiva de viverem mais tempo, os motiva a manterem os comportamentos que consideram promotores de saúde. Dessa forma, concorda-se com Bandura (1997), quando menciona que a maioria das pessoas se preocupa mais em manter ações tentando evitar perdas que buscar benefícios. Todavia, acredita-se que o enfoque a ser dado não deve ser baseado no medo, mas na expectativa de obter

resultados positivos (promoção da saúde e da qualidade de vida) e em como fortalecer o senso de eficácia pessoal.

Para o autor, embora haja declínio nas capacidades dos indivíduos com o avançar da idade, e isso pode interferir na consecução das suas metas pessoais, se o senso de auto-eficácia se mantiver forte, eles se esforçarão mais para ultrapassar barreiras e alcançar essas metas, mesmo em idades mais avançadas. Na velhice, o senso de auto-eficácia pode manter-se forte, quando os indivíduos se comparam com outros de idades semelhantes, mantêm atividades que sempre fizeram bem feitas e minimizam as que consideram menos importantes – fazendo uma espécie de compensação e mediação entre suas capacidades. Assim, supõe-se que esses fatores asseguram a manutenção dos comportamentos promotores de saúde dos indivíduos idosos desta investigação.

#### 5.5.4 Outros aspectos que favorecem a manutenção do comportamento

Os processos cognitivos, afetivos e motivacionais, bem como os seletivos, são ativados pela auto-eficácia, a qual regula o funcionamento humano, e capacitam os indivíduos a criarem condições que beneficiem o exercício do autocontrole (BANDURA, 1999). Conforme o autor, diante de dificuldades, os indivíduos com senso fraco de auto-eficácia concentram-se nas suas deficiências e nos obstáculos a serem transpostos para atingir a meta proposta, deixando de se esforçar. Dessa forma, evitam atividades e ambientes que, acreditam, extrapolam sua capacidade de manejo.

Como se supõe que os indivíduos da amostra tenham senso forte de auto-eficácia em várias áreas de funcionamento, considera-se que a seleção das estratégias e os fatores utilizados por eles facilitaram o exercício do controle sobre seus comportamentos promotores de saúde, auxiliando-os a superarem barreiras. Ter gosto pelo que faz é um desses fatores:

*Eu teria praticado atividade física ao longo da vida, porque eu sempre gostei. Eu gostava muito de coral também. Nada foi difícil de fazer, porque eu sempre gostei, eu sempre fazia com amor (E01, mulher, 68 anos).*

*Eu me apaixonei pela atividade física. A natação é o que mais me encanta. [...] Sempre gostei muito de escrever. [...] Eu gosto de música (E85, mulher, 62 anos).*



*Ah, a música! Eu sempre gostei de música. E a percussão foi uma das coisas que eu sempre gostei. Eu acho que as pessoas todas devem buscar aquilo que elas gostam (E45, mulher, 64 anos).*

Além de gostar, ter consciência da importância ou da necessidade de certos comportamentos também facilita sua manutenção.

*Aí eu fui fazendo a dieta por minha conta, vendo o que era bom para mim, o que eu gostava. Têm coisas que eu não gosto muito, mas eu sei que é bom, que tem as vitaminas, que tem isso, que tem aquilo (E29, mulher, 64 anos).*

*Eu não sou muito de salada, mas tu fazes um esforço. Então, agora, eu resolvi misturar salada com a comida (E45, mulher, 64 anos).*

*Eu só não consegui ainda foi com arroz integral. Acho muito ruim, então, prefiro comer bem pouquinho do branquinho que comer o integral (E103, mulher, 63 anos).*

O senso de auto-eficácia influi na quantidade de esforço despendido e na persistência às barreiras que podem diminuir a motivação. Assim, supõe-se que, ao referir *ainda* não conseguir comer arroz integral, na verdade, E103 está pensando nisso e elaborando estratégias para tal, ou seja, está esforçando-se. Bandura (1997) menciona que os indivíduos com forte senso de auto-eficácia estão convictos de que as dificuldades não irão impedi-los de aderir aos comportamentos propostos.

Para facilitar o controle de suas ações, o grupo investigado também utiliza a criatividade, a incorporação do comportamento ao dia-a-dia e a organização dos compromissos pessoais.

*[...] fiz os meus horários aqui, de acordo com as minhas aulas lá. O que é o hábito, né? (E01, mulher, 68 anos).*

*Eu já criei esse hábito, só que, para equilibrar bem com as outras atividades, que eu tenho outras coisas que eu faço também, então, eu venho três vezes por semana. [...] Quinta e sexta eu passo o dia em casa. Ai eu faço a organização da minha casa. [...] Então, a gente foi se acostumando, e se torna uma coisa comum (E85, mulher, 62 anos).*

*Hoje em dia não consigo ficar sem fazer, eu preciso. Faz parte da minha vida, assim como a alimentação, a ginástica faz parte da minha vida, como o alimento, como o sono, como tudo (E103, mulher, 63 anos).*

*Sempre consegui coordenar tudo. Procurei fazer tudo dentro da medida do possível. [...] eu tenho os meus dias de ir à Igreja, eu tenho os dias de dar minhas caminhadas (E13, mulher, 70 anos).*

*Faço tudo na hora certa, para ter hora certa de vir aqui. Sempre me preocupo bastante para chegar a tempo. [...] Eu faço tudo para poder vir (E20, mulher, 70 anos).*

Para manter os comportamentos promotores de saúde, é importante ressaltar a decisão de priorizá-los, evidente também para E98 (mulher, 64 anos): *"Claro que muitas vezes tu não tens vontade de fazer uma atividade, vir aqui, por exemplo. Hoje, eu podia sair, tomar um chá, podia ir aqui, ir lá. Mas não, em primeiro lugar a minha saúde".*

O controle em relação ao cuidado com a nutrição ocorre também porque não necessitam fazer restrição alimentar total, ou seja, dosam a quantidade de certos alimentos, sem precisar excluí-los do cardápio.

*E eu controlo também carne. A gente procura comer menos. Claro que a gente não deixa de comer um churrasquinho no fim de semana. A gente come, mas eu faço esse balanço de peixe, carne branca, para não fazer tanta coisa (E85, mulher, 62 anos).*

*[...] vi que não tinha necessidade de tanta massa, tanta lasanha [...]. Deixo a carne vermelha para os dias que tem churrasco lá em casa (E29, mulher, 64 anos).*

*[...] como pouca gordura (E98, mulher, 64 anos).*

*[...] toda semana, o meu marido faz um churrasquinho, eu gosto. Mas não exagero, como pouco (E20, mulher, 70 anos).*

*[...] já estou tão acostumado. Não como para encher a barriga. [...] Quando me perguntavam, não vai comer mais? Estou satisfeito (E114, homem, 82 anos).*

*[...] eu gosto de tomar um vinho, de tomar uma cerveja, uma cervejinha só, que tudo tem que ser limitado. E não é uma coisa diária. Isso aí, sim, é que a gente..., às vezes, gosto de tomar um pouquinho mais, mas não pode, tem que se segurar, tem limites (E103, mulher, 63 anos).*

Assim, nota-se que esses indivíduos acreditam na sua capacidade de ter controle sobre suas ações, estando satisfeitos com a forma como o fazem. E por acreditarem que alguns comportamentos promovem e potencializam a saúde, os priorizam em seu fazer cotidiano.

Três depoentes também mencionam que a condição financeira facilitou a manutenção dos seus comportamentos promotores de saúde. Um refere-se aos comportamentos em geral, e os outros, ao comportamento alimentar.

*Porque, graças a Deus, financeiramente, eu posso dizer que ganhei bem. Trabalhei desde os 20 anos no banco. Era bem remunerado. [...] O fator principal de tudo isso é financeiro (E114, homem, 82 anos).*

*É claro que tudo isso envolve a parte financeira, mas como eu sou aposentada, o meu marido também, a minha mãe também, então a gente consegue manter, ter essa possibilidade, porque tem condições de comprar [alimentos saudáveis] (E85, mulher, 62 anos).*

Boas condições socioeconômicas são promotoras de saúde, por permitirem acesso a plano de saúde suplementar, a maiores níveis de instrução, a alimentos saudáveis, enfim, a elementos que contribuem para a qualidade de vida. Isso corrobora o depoimento de E85, quando diz que os recursos da aposentadoria foram importantes para que sua família tivesse comportamento alimentar saudável. No Brasil, em 2006, aposentadorias e pensões foram pagas a 76,6% dos indivíduos idosos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006). Entretanto, cabe lembrar que as condições socioeconômicas, por si só, não garantem a saúde de tais indivíduos.

Bandura (1997) relata que, em investigação com esse segmento populacional, o senso de auto-eficácia, além de outros fatores, foi responsável pela associação entre nível socioeconômico e estado de saúde. Para o autor, fortalecer o senso de auto-eficácia para promover a manutenção de comportamentos saudáveis é benéfico para todas as pessoas, independentemente de idade e de nível socioeconômico.

Além da questão socioeconômica, nota-se que, quando E85 diz: “[...] *com a possibilidade de ter mais tempo*” e E67 “[...] *estou ocupando o meu tempo*”, essa maior disponibilidade, proveniente da aposentadoria, também foi condição favorável à manutenção dos comportamentos dos indivíduos desta investigação. Contudo, não seria viável mantê-los, se não tivessem senso positivo de auto-eficácia, pois muitos indivíduos têm disponibilidade de tempo e, mesmo desejando, não os realizam.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta investigação objetivou compreender a construção dos comportamentos promotores de saúde de pessoas idosas que participam de um centro de lazer, no qual realizam atividades físicas e sociais, apoiando-se na teoria da auto-eficácia de Bandura. Para tanto, analisou-se a qualidade de vida desses idosos – na perspectiva do construto da Organização Mundial da Saúde –, as atividades promotoras de saúde que realizam, bem como os fatores que os influenciaram a adotar e a manter comportamentos que consideram saudáveis.

A amostra foi composta predominantemente por indivíduos da faixa etária de 60 a 69 anos (56%), sendo a maior concentração entre 65 e 69 anos, nascidos na Capital do Estado (43,2%), do sexo feminino (90,4%), de etnia branca (90,4%), casados ou com companheiros (43,2%), com ensino médio completo (37,6%), com renda entre dois e cinco salários mínimos (32,5%) e que referiram atividades no lar como ocupação atual (79,2%).

Grande parte da amostra percebeu de forma positiva a sua saúde, tanto atualmente (80%) como no ano anterior à investigação (76%). Além disso, 96% fizeram consulta com profissional de saúde no ano anterior, e 86,4% têm plano de saúde suplementar.

A percepção positiva da saúde refletiu-se nos resultados do *WHOQOL-bref*, no qual o grupo alcançou médias superiores às de outras investigações com o mesmo segmento populacional, também realizadas neste município. Na análise de correlação entre os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente com o domínio global, todos tiveram correlação positiva, estatisticamente significativa. Na análise de regressão linear múltipla, o domínio físico foi o maior preditor de qualidade de vida ( $\beta = 0,39$ ), seguido pelos domínios meio ambiente ( $\beta = 0,19$ ) e relações sociais ( $\beta = 0,17$ ). O domínio psicológico ( $\beta = 0,07$ ) não apresentou significância do ponto de vista estatístico, mas, nas entrevistas, os indivíduos estavam com humor alegre e relataram que se sentiam felizes e com alto astral, demonstrando que esse domínio estava bem.

O resultado da análise estatística bivariada, realizada pelo teste t de *Student*, não evidenciou diferenças estatísticas significativas entre os subgrupos dos idosos, fato que se atribui ao tamanho da amostra. A variável plano de saúde suplementar foi a única a apresentar associação com os domínios de qualidade de vida, mas apenas com o domínio meio ambiente (P

= 0,026), não influenciando as médias dos domínios físico, psicológico, relações sociais e avaliação global da qualidade de vida.

Na comparação entre as variáveis de interesse que geraram três ou mais grupos com as variáveis de qualidade de vida, pela análise da variância (ANOVA), apresentaram significância estatística: a renda, nos domínios físico ( $P = 0,004$ ) e psicológico ( $P = 0,003$ ); a escolaridade, nos domínios meio ambiente ( $P = 0,000$ ) e global ( $P = 0,007$ ); o tempo no Celari, no domínio relações sociais ( $P = 0,022$ ); a ocupação anterior, nos domínios meio ambiente ( $P = 0,002$ ) e global ( $P = 0,012$ ); e a autopercepção atual da saúde, nos domínios físico ( $P = 0,000$ ), psicológico ( $P = 0,002$ ), meio ambiente ( $P = 0,005$ ) e global ( $P = 0,000$ ). A autopercepção atual da saúde foi a variável com maior número de associações com os domínios do *WHOQOL-bref*. Entretanto, nas comparações pelo teste de Tukey, não houve associação.

Os dados encontrados com o auxílio do instrumento *WHOQOL-bref* permitem afirmar que os indivíduos desta investigação percebem e avaliam sua vida e saúde de forma positiva, o que se refletiu na avaliação da sua qualidade de vida.

Essa mesma percepção sobre sua vida e saúde aparece nas respostas à entrevista realizada com 11 indivíduos idosos, que alcançaram escores superiores no instrumento *WHOQOL-bref*.

Na análise de conteúdo dessas entrevistas, surgiram três categorias, as quais foram exploradas sob a perspectiva da teoria da auto-eficácia de Bandura, quais sejam: comportamentos promotores de saúde, adoção dos comportamentos promotores de saúde e manutenção dos comportamentos promotores de saúde.

Na análise da categoria comportamentos promotores de saúde da subamostra entrevistada, delinear-se as subcategorias: prática de atividade física, cuidados com a nutrição, convivência familiar/social e outros comportamentos. A prática de atividade física foi o comportamento mencionado por todos os indivíduos entrevistados – fato que era esperado, pois eles realizavam atividade física, no Projeto Celari, no mínimo duas vezes por semana. A natação e a dança foram as mais referidas. Nos cuidados com a nutrição, predominou a ingestão de verduras, declarada por oito depoentes, seguida de frutas. A convivência familiar/social foi apontada por sete depoentes, que consideram vivenciar esses relacionamentos de forma significativa. Entre os outros comportamentos, o envolvimento com a música, cantar, ouvir e tocar instrumento, foi relatado por sete depoentes. Acredita-se que esses comportamentos são realizados com prazer e

auxiliam a promover a saúde dos indivíduos desta investigação, proporcionando-lhes envelhecimento satisfatório, ativo e com qualidade de vida.

A partir da categoria adoção de comportamentos promotores de saúde, identificaram-se as subcategorias influências na infância/juventude e influências na maturidade, de acordo com a fase da vida em que essas pessoas iniciaram os comportamentos promotores de saúde referidos. Verifica-se que, na infância e na juventude, é acentuada a influência da família e de instituições como escola, Igreja e clubes na adoção de comportamentos. Na maturidade, além da influência familiar, agora relacionada aos novos papéis desempenhados, os indivíduos da amostra também referem os amigos como fortes influências. Assim, constata-se que a adoção dos comportamentos promotores de saúde desses indivíduos ocorreu em mais de uma fase da vida, e houve referência freqüente ao grupo social – família, amigos, companheiros, escola, dentre outros – como promotor e impulsionador para tal adoção. Mas supõe-se que esta se deva ao desenvolvimento do senso positivo de eficácia pessoal de tais indivíduos idosos, influenciado pelo grupo.

A categoria manutenção dos comportamentos promotores de saúde foi composta pelas subcategorias atitudes e atributos pessoais positivos, expectativa de viver melhor, expectativa de viver mais tempo e outros aspectos que favorecem a manutenção do comportamento. Na primeira, chamaram atenção a atitude positiva e a satisfação com a vida, demonstrada por meio das falas, nas quais esses indivíduos idosos se dizem privilegiados, felizes e gratos pela vida que têm, mesmo a despeito de perdas e problemas importantes sofridos ao longo dessa. As expressões *ter força de vontade, querer é poder, vestir a camiseta e ter persistência* foram entendidas como fatores que promoveram o estado de ânimo positivo desses indivíduos. Além disso, considerou-se que ter metas, enfrentar o dia-a-dia com galhardia, ou seja, afastar os impedimentos psicológicos autolimitantes, como frustração, pânico e medo, os auxiliou a intensificar a quantidade de esforço e o tempo de persistência perante as dificuldades, bem como a resistência aos fracassos. Quer dizer, o senso de auto-eficácia fortaleceu-se, determinando a continuidade da ação.

Na subcategoria expectativa de viver melhor, acredita-se que os benefícios físicos e psicossociais percebidos entre eles – o alívio da dor, da insônia, da ansiedade, do isolamento social e a melhora da flexibilidade e do equilíbrio – também atuaram como fatores motivacionais para a manutenção dos comportamentos realizados.

Na subcategoria expectativa de viver mais tempo, embora os indivíduos da amostra não falem em doença e em morte, com exceção de três depoentes, interpretou-se que a consciência da

própria finitude contribuiu para a manutenção dos seus comportamentos. Assim, desenvolvem novas habilidades, são independentes e ativos, pois isso auxilia a prolongar a vida com qualidade, adiando, conseqüentemente, a morte. Ou seja, a perspectiva de viverem mais tempo e o temor da dependência física e social no futuro os motivam a manter os comportamentos referidos nesta investigação.

Na subcategoria outros aspectos que favorecem a manutenção do comportamento, identificaram-se estratégias utilizadas e fatores que auxiliaram esses idosos a superarem barreiras e a desenvolverem a capacidade de controlar suas ações: gosto pelo que fazem, consciência da importância ou da necessidade de realizar os comportamentos mencionados, incorporação do comportamento ao dia-a-dia, organização dos compromissos pessoais e prioridade para a realização dos seus comportamentos promotores de saúde. Quanto aos cuidados com a nutrição, dosar a quantidade de certos alimentos sem, no entanto, fazer uma alimentação totalmente restritiva também facilitou a manutenção do comportamento alimentar saudável. Além disso, alguns depoentes apontaram a condição financeira e o tempo livre após a aposentadoria como importantes para manterem os comportamentos promotores de saúde.

Acredita-se que a promoção da saúde baseada numa iniciativa individual é uma medida que deve ser levada em conta, mas não é a única, pois o Estado tem o dever de oferecer serviços e programas que a estendam à população. Assim, no caso de indivíduos idosos, é preciso fomentar uma educação profissional gerontológica, implantar e garantir o acesso a ações preventivas, terapêuticas e promotoras de saúde, bem como criar serviços de apoio social para essa parcela da população. A construção de espaços que oportunizem o desenvolvimento de ambientes estimuladores, onde possam ser realizadas atividades físicas, culturais e sociais, para todas as idades é um dever do Estado, que pode ser viabilizada também por meio de parcerias.

Aos enfermeiros e demais profissionais da área da saúde, sugere-se que os resultados desta investigação possam subsidiar seu trabalho cotidiano, pois o fortalecimento do senso de auto-eficácia promove a adesão e a manutenção dos comportamentos promotores de saúde dos indivíduos. Dessa forma, esses profissionais poderão valer-se da teoria utilizada, quando pacientes e clientes desejarem e necessitarem mudar comportamentos, ou ambos.

Segundo essa teoria de auto-eficácia, quando se espera um comportamento específico de saúde, é preciso estabelecer as expectativas de eficácia e de resultado do indivíduo, sendo a primeira o melhor preditor para a adoção de determinado comportamento. Quanto mais forte for

o senso de auto-eficácia, mais esforço será empreendido para vencer barreiras e para manter o comportamento.

O desenvolvimento e o fortalecimento do senso de auto-eficácia é influenciado pelas experiências de sucesso, pelas experiências vicárias, pela persuasão social e pelos estados afetivos e fisiológicos do indivíduo, sendo as experiências de sucesso as mais efetivas para o fortalecimento da eficácia pessoal. No entanto, entre os indivíduos investigados, salientam-se a experiência vicária e a persuasão social positiva como importantes elementos que os estimularam a se esforçar com vistas à sua saúde e ao seu bem-estar.

Logo, considerando que o comportamento humano é fundamental quando o tema é saúde, é imprescindível que o enfermeiro conheça como se constroem e se mantêm os comportamentos considerados saudáveis, bem como quais são os elementos que os potencializam.

Como facilitador para a construção desses comportamentos, tal profissional pode valer-se principalmente do elemento influência social, formando e inserindo-se em grupos, bem como estimulando a sua formação e encaminhando adultos e idosos para participarem de atividades grupais, onde realizem atividades de lazer – esportivas, culturais e sociais – com ênfase na saúde, como as apresentadas pelos participantes desta investigação.

Além disso, é importante que o enfermeiro ou profissional da saúde promova uma relação dialógica e estimulante que oportunize ao cliente/paciente fazer escolhas conscientes e significativas, que causem prazer, à medida que vão sendo executadas. Ou seja, ao invés de tentar persuadi-los a aderirem aos comportamentos considerados saudáveis, é importante convencê-los de que são capazes de realizar esses comportamentos, se desejarem.

Também se acredita que esta investigação possa motivar profissionais de outras áreas, como a da educação, a utilizarem a teoria aqui abordada como estratégia educativa para a vida, pois se entende que, quanto mais cedo os indivíduos adotarem comportamentos promotores de saúde, maiores serão as possibilidades de viverem mais tempo com saúde e qualidade de vida. E, para isso, é preciso mudar a cultura vigente, o que não ocorre de um dia para o outro.

Finalizando, cabe salientar que os resultados da presente investigação são restritos quanto à sua generalização. Apontam-se como fatores limitantes encontrados durante sua realização o demasiado uso do Projeto Celari como campo de pesquisa, motivo referido por muitos de seus integrantes para não aceitarem ou relutarem em participar desta investigação, bem como a



dificuldade em manter o foco das entrevistas, pois esses indivíduos idosos apresentavam disposição para falar também de outros assuntos.

Ademais, recomenda-se a execução de outras investigações com a população idosa, visando não só aumentar o conhecimento sobre ela, mas, principalmente, identificar caminhos que proporcionem boas condições de saúde e de vida. Sugere-se, ainda, a ampliação de investigações que utilizem a teoria do senso de auto-eficácia e o uso de instrumentos específicos para medi-lo.

## REFERÊNCIAS

ABELLÁN, A. Percepción del estado de salud. **Revista Multidisciplinar de Gerontología**, v. 13, n. 5, p. 340-342, 2003. Disponível em: <[http://www.nexusediciones.com/np\\_gero\\_2003\\_13\\_5.htm](http://www.nexusediciones.com/np_gero_2003_13_5.htm)>. Acesso em: 12 set. 2006.

ALVES, L. C. A., RODRIGUES, R. N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do município de São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 17, n.5/6, p. 333-341, mayo-jun. 2005.

ASSIS, M. **Promoção da saúde e envelhecimento**: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI / UERJ. 2004. 236 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=387827&indexSearch=ID>>. Acesso em: 05 ago. 2006.

BALTES, P. B. Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. **Developmental Psychology**, v. 23, n. 5, p. 611-626, Sep. 1987.

BANDURA, A. Ejercicio de la eficacia personal y colectiva en sociedades cambiantes. *In*: \_\_\_\_\_ (Ed.). **Auto-eficacia**: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual. Bilbao: Desclée de Brower, 1999. 279 p. p. 19-54.

\_\_\_\_\_. **Modificação do comportamento**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979. 390 p.

\_\_\_\_\_. **Self-efficacy**: the exercise of control. New York: W. H. Freeman, 1997. 604 p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1977. 226 p.

BORN, T. A biomedicalização da velhice: implicações socioculturais. *In*: DIOGO; M. J. D., NERI, A L., Cachioni, M. (Org.) **Saúde e qualidade de vida na velhice**. 2. ed. Campinas: Alínea, 2006. 236 p. p. 25-28.

\_\_\_\_\_, BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. *In*: FREITAS, E. V. *et al.* (Org.) **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 1187p. p. 768-777.

BÓS, A. M. G.; BÓS, Â. J. G. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 113-120, fev. 2004.

BRAGA, C., LAUTERT, L. Caracterização sociodemográfica dos idosos de uma comunidade de Porto Alegre, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 44-55, abr. 2004.

BRASIL. **Estatuto do idoso**: Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Belo Horizonte: Del Rey/Mandamentos, 2003. 76 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Legislação**: deliberações. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/res19696.htm>>. Acesso em: 02 set. 2005.

BRICEÑO-LEÓN, R. Quatro modelos de integração de técnicas qualitativas e quantitativas de investigação nas ciências sociais. *In*: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (Org.). **O clássico e o novo**: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 444 p. p. 157-1183.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. Envelhecimento, condições de vida e política previdenciária: como ficam as mulheres? **Texto para discussão n. 883**. Rio de Janeiro: IPEA, 2002. 25 p.

COUTO, M. C. P. P. **Fatores de risco e de proteção na promoção de resiliência no envelhecimento**. Porto Alegre, 2007. 144 f. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia.

DIOGO, M. J. D. Formação de recursos humanos na área da saúde do idoso. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 280-282, mar./abr. 2004.

DORNELLES, B. A mídia como lazer e complementação educacional. *In*: \_\_\_\_\_; COSTA, G. J. C. (Orgs.) **Lazer, realização do ser humano**: uma abordagem para além dos 60 anos. Porto Alegre: Dora Luzzatto, 2005. 160 p. p. 154-158.

DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L. O cuidado gerontológico: um repensar sobre a assistência em gerontologia. **O mundo da saúde**, v.29, n. 4, p. 566-574, out./dez. 2005.

ENVEJECIMIENTO y salud: un cambio de paradigma. **Revista panamericana de salud pública**, v. 7, n. 1, p. 60-67, enero 2000.

FLECK, M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “*WHOQOL-bref*”. **Revista de saúde pública**, v. 34, n. 2, p. 178-183, abr. 2000.

FREITAS, E. V.; MIRANDA, R. D.; NERY, M. R. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global. *In*: FREITAS, E. V. *et al* (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 602 p. p. 609-617.

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. Quem inquirir? *In*: \_\_\_\_\_. **O inquérito: teoria e prática**. 4. ed. Oeiras: Celta, 2005. 336 p. p. 25-61.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**. Acesso e utilização de serviços de saúde – 2003. Rio de Janeiro: IBGE. 2005. 169 p. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/default.shtm>>. Acesso em: 12 set. 2007.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**. Síntese dos indicadores – 2003: Rio de Janeiro: IBGE, 2004a. 220 p. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/tabsintese.sh?c=1>>. Acesso em: 20 ago. 2007

\_\_\_\_\_. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 – revisão 2004**: metodologia e resultado, estimativas anuais e mensais da população do Brasil e das unidades da Federação: 1980-2020 – metodologia, estimativas das populações municipais: metodologia. Rio de Janeiro: IBGE, 2004b. 84 p. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/)>. Acesso em: 10 set. 2006.

\_\_\_\_\_. **Síntese dos indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira 2007. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. 252 p. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsociais2007/default.shtm>>. Acesso em: 20 nov. 2007.

\_\_\_\_\_. **Tábuas completas de mortalidade – 2006**. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1043&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1043&id_pagina=1)>. Acesso em: 05 dez. 2007.

JACOB FILHO, W. Envelhecimento e atendimento domiciliário. *In*: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliar** – um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000. 630 p. p. 19-25.

KARADEMAS, E. C., KALANTZI-AZIZI, A. The stress process, self-efficacy expectations, and psychological health. **Personality and Individual Differences**, v. 37, n. 5, p. 1033-1043. Oct. 2004.

LEÃO JÚNIOR, R. **Participação em hidroginástica, crenças de auto-eficácia e satisfação com a vida em mulheres de 50 a 70 anos**. 2003. 89 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

LEINONEN, R., HEIKKINEN, E., JYLHÄ, M. Predictors of decline in self-assessments of health among older people: a 5-year longitudinal study. **Social Science & Medicine**, v. 52, n. 9, p. 1329-1341, May 2001.

McAULEY, E.; ELAVISKI, S.; JEROME, G. J.; KONOPACK, J. F.; MARQUEZ, D. X. Physical activity-related well-being in older adults: social cognitive influences. **Psychology and Aging**, v. 20, n. 2, p. 295-302, Jun. 2005.

MARZIALE, M. H. P. A política nacional de atenção ao idoso e a capacitação de profissionais de enfermagem. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 11, n. 6, p. 701-702, nov./dez. 2003.

MENÉNDEZ, E. L. Antropologia médica e epidemiologia. Processo de convergência ou processo de medicalização? *In*: ALVES, P. C.; RABELO, M. C. (Org.). **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Relume Dumará, 1998. 245 p. p. 71-93.

MINAYO, M. C. de S. Construção da identidade da antropologia na área de saúde: o caso brasileiro. *In*: ALVES, P. C.; RABELO, M. C. (Org.). **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Relume Dumará, 1998. 245 p. p. 29-46.

MORAES, J. F. D. **Fatores determinantes do envelhecimento bem-sucedido do idoso socialmente ativo da Região Metropolitana de Porto Alegre**. 2004. 137 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

MORAGAS, R. M. **Gerontologia social: envejecimiento y calidad de vida**. Barcelona: Herder, 1995. 304 p.

MUCIDA, Â. **O sujeito não envelhece: psicanálise e velhice**. Belo Horizonte: Autêntica. 2004. 232 p.

NERI, A. L. Atitudes em relação à velhice. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Palavras-chave em gerontologia**. 2. ed. Campinas: Alínea, 2005. 218 p. p. 13-15.

\_\_\_\_\_. Feminização da velhice. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP, 2007. 288 p. p. 47-64.

\_\_\_\_\_. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. (Org.). **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. 630 p. p. 33-47.

\_\_\_\_\_. Velhice e qualidade de vida na mulher. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. 3. ed. Campinas: Papirus, 2001. 200 p. p.161-200.

\_\_\_\_\_; GOLDSTEIN, L. L. Tudo bem graças a Deus. Religiosidade e satisfação na maturidade e na velhice. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papirus, 1993. 285 p. p. 109-136.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Informe de la segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento**: Madrid, 8 a 12 de abril de 2002. Nueva York: Naciones Unidas, 2002. Disponível em: <[http://www.envejecimiento.gov.co/informe\\_onu.pdf](http://www.envejecimiento.gov.co/informe_onu.pdf)>. Acesso em: 12 ago. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas:** componentes estruturais de ação. Relatório mundial. Brasília, 2003. Disponível em: <[http://who.int/chronic\\_conditions/en/iccc\\_exec\\_summary-port.pdf](http://who.int/chronic_conditions/en/iccc_exec_summary-port.pdf)>. Acesso em: 21 abr. 2005.

\_\_\_\_\_. Divisão de Saúde Mental. Grupo WHOQOL. **Versão em português dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL) 1998.** Porto Alegre: Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1998. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>>. Acesso em: 28 nov. 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **130ª Sessão do comitê executivo:** saúde e envelhecimento. Washington, 2002. Disponível em: <<http://www.paho.org/portuguese/gov/ce/ce130-15-p.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2005.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. *In:* FREITAS, E. V. *et al* (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 602 p. p. 2-12.

\_\_\_\_\_; PONTE, J. R., Envelhecimento: Desafio na transição do século. *In:* \_\_\_\_\_. (Org.). **Gerontologia.** São Paulo: Atheneu, 1996. 524 p. p. 3-12.

\_\_\_\_\_; YUASO, D. R.; KITADAI, F. T.. Longevidade: desafio no terceiro milênio. **O mundo da saúde**, v. 29, n. 4, p. 594-607, out./dez. 2005.

PASCHOAL, S. M. P. Desafios da longevidade: qualidade de vida. **O mundo da saúde**, v. 29, n. 4, p. 608- 612, out./dez. 2005.

\_\_\_\_\_. Epidemiologia do envelhecimento. *In:* PAPALÉO NETTO, M. (Org.). **Gerontologia.** São Paulo: Atheneu, 1996. 524 p. p.26-43.

PASKULIN, L. M. G. **Fatores associados à qualidade de vida de idosos de um Distrito Sanitário de Porto Alegre.** 2006. 165 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2006.

PEDERSEN, A. N., ROTHENBERG, E., MARIA, A. Health behaviors in elderly people. A 5-year follow-up of 75-year-old people living in three Nordic localities. Smoking, physical activity, alcohol consumption, and healthy eating, and attitudes to their importance [abstract]. **Aging Clinical and Experimental Research**, v. 14, n. 3 suppl, p. 75-82, Jun. 2002. Disponível em:

<[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=PubMed&list\\_uids=12475136&dopt=Citation](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12475136&dopt=Citation)>. Acesso em: 15 de set. 2007.

PINQUART, M.; SÖRENSEN, S. Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: a meta-analysis. **Psychology and Aging**, v. 15, n. 2, p. 187-224, Jun. 2000.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre; Artmed, 2004. 487 p.

REZENDE, C. H. A., NAJAS, M. Alimentação e saúde: desafios da vida moderna. *In*: PACHECO, J. L.; SÁ, J. L. M., PY, L.; GOLDMAN, S. N. (Org.). **Tempo: rio que arrebatá**. Holambra: Setembro, 2005. 304 p. p. 121-137.

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual do Idoso. **Os idosos do Rio Grande do Sul: estudo multidimensional de suas condições de vida – relatório de pesquisa**. Porto Alegre: CEI, 1997. 124 p.

ROACH, S. Conceitos básicos de enfermagem gerontológica. *In*: \_\_\_\_\_. **Introdução à enfermagem gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. 351 p. p. 10-18.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. 224 p.

ROLIM, F. S.; FORTI, V. A. M. Envelhecimento e atividade física: auxiliando na melhoria e manutenção da qualidade de vida. *In*: DIOGO; M. J. D., NERI, A. L., CACHIONI, M. (Org.) **Saúde e qualidade de vida na velhice**. 2. ed. Campinas: Alínea, 2006. 236 p. p. 57-73.

ROWE, J.W.; KHAN, R. L. Human aging: usual and successful. **Science**, v. 237, n. 4811, p. 143-149, Jul. 1987.

RUIPÉREZ CANTERA, I.; LLORENTE DOMINGO, P. Características das doenças em geriatria. *In*: \_\_\_\_\_. **Guias práticos de enfermagem: geriatria**. 1. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 1998. 391 p. p. 20-27.



SANTOS, G. A., LOPES, A., NERI, A. L. Escolaridade, raça e etnia: elementos de exclusão social de idosos. *In*: NERI, A. L. (Org.). **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP, 2007. 288 p. p. 65-80.

SCHMIDT, M. I.; REPETTO, G.; CASAGRANDE, D. S. Orientações para mudanças alimentares do adultos. *In*: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M. I. GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 1600 p. p. 657-668.

SCHNEEWIND, K. A. Impacto de los procesos familiares sobre las creencias de control. *In*: BANDURA, R. (Ed.). **Auto-eficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual**. Bilbao: Desclée de Brower, 1999. 279 p. p. 106-129.

SCHWARZER, R.; FUCHS, R. Modificación de las conductas de riesgo y adopción de conductas saludables: el rol de las creencias de auto-eficacia. *In*: BANDURA, A. (Ed.). **Auto-eficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual**. Bilbao: Desclée de Brower, 1999. 279 p. p. 223-244.

SOUZA, L. M. **Trabalho voluntário, saúde e qualidade de vida em idosos**. 2007. 123 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

VELOSO, S. M. M. S. **Determinantes da actividade física dos adolescentes: estudo de uma população escolar do concelho de Oeiras**. 2005. 222 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Desportiva) – Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga, 2005. Disponível em: <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4800?locale=es>>. Acesso em: 03 nov. 2006.

## APÊNDICE A – Formulário

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Pesquisador: \_\_\_\_\_

### A. IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone para contato: \_\_\_\_\_

1. Cidade onde nasceu: \_\_\_\_\_
2. Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
3. Idade: \_\_\_\_\_
4. Estado civil: \_\_\_\_\_
5. Sexo: [1] Masculino [2] Feminino
6. Etnia auto-referida (raça): \_\_\_\_\_
7. Há quanto tempo está no Celari? \_\_\_\_\_
8. Ocupação predominante atual: \_\_\_\_\_
9. Ocupação predominante anterior: \_\_\_\_\_

### B. DADOS SOCIOECONÔMICOS E CULTURAIS

#### 10. Escolaridade

- [1] Não alfabetizado                      [2] Alfabetizado                      [3] 1º grau incompleto (primário)  
 [4] 1º grau completo (ginásio)        [5] 2º grau incompleto                [6] 2º grau completo  
 [7] Superior incompleto                [8] Superior completo

#### 11. Com quem vive?

- [1] Sozinho(a)                      [2] Cônjuge/companheiro(a)  
 [3] Família. Especificar: \_\_\_\_\_  
 [4] Outros. Especificar: \_\_\_\_\_

**12. Renda mensal individual aproximada:** R\$ \_\_\_\_\_

### C. DADOS DE SAÚDE

**13.** Consultou com algum profissional de saúde no último ano? (consulta agendada)

[1] Não [2] Sim

**14.** Tem plano de saúde suplementar? [1] Não [2] Sim

**15.** Como define sua saúde? [1] Muito boa [2] Boa [3] Regular [4] Ruim [5] Muito ruim

**16.** Como define sua saúde há um ano? [1] Muito boa [2] Boa [3] Regular [4] Ruim [5] Muito ruim

## **APÊNDICE B – Roteiro de entrevista**

1. Na tua opinião, o que é vida saudável?
2. O que consideras importante para manter uma vida saudável? Por quê?
3. O que costumavas fazer para te maneres saudável? Com que frequência?
4. Desde quando manténs esses comportamentos? Por que os iniciaste? Por que os mantém?
5. Que comportamentos de saúde foram mais fáceis de adotar? Por quê?
6. Que comportamentos de saúde foram mais difíceis de adotar? Por quê?
7. De que maneira se poderia aconselhar uma pessoa a adotar comportamentos promotores de saúde? Como farias isso?

### APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS: Enfª Maria Cristina Sant'Anna da Silva e Liana Lautert (orientadora) Telefone para contato: 3308 5171

Solicitamos sua autorização para participar da investigação denominada **Comportamentos de Saúde e Qualidade de Vida de Pessoas Idosas**, cujo objetivo geral é compreender como foram construídos os comportamentos de saúde de pessoas idosas que integram o Projeto Celari da ESEF-UFRGS. A investigação será desenvolvida em dois momentos, sendo que, inicialmente, será aplicado um formulário e, após, realizada a entrevista. Você poderá vir a fazer parte das duas fases.

A investigação é realizada pelo Curso de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e os resultados obtidos ficarão sob a tutela e total responsabilidade das pesquisadoras, sendo utilizados para fins científicos e publicações.

Após ter lido, ou me terem lido todas as informações relacionadas à investigação antes de assinar este documento, certifico que foram respondidas as minhas perguntas sobre a mesma e que aceito participar voluntariamente dela, pois reconheço que:

- foi me fornecida uma cópia do presente termo;
- fui informado dos objetivos e da justificativa desta investigação de forma clara e detalhada;
- entendi que, ao participar da investigação, responderei um formulário e uma entrevista, que o tempo dispensado para isso será de cerca de 60 minutos e que os riscos ou desconfortos previstos decorrem apenas desses procedimentos;
- poderei retirar-me da investigação a qualquer momento, sem sofrer nenhuma penalidade por isso;
- todas as informações a meu respeito serão anônimas, quando a investigação for publicada;
- foi me garantido que não terei gastos ao participar da investigação;
- foi me dada a garantia de que receberei resposta a qualquer pergunta ou qualquer dúvida acerca da investigação.

Nome do voluntário: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Pesquisadora: \_\_\_\_\_

Orientadora: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE D – Instruções de preenchimento dos instrumentos

O presente instrumento visa uniformizar a coleta de dados por parte dos investigadores, que deverão observar os seguintes itens:

- antes da aplicação dos instrumentos, informar os objetivos da mesma aos sujeitos da investigação, reforçar o anonimato desses, bem como a importância do fornecimento de respostas verídicas;
- ler o TCLE para os sujeitos da investigação, que, após, devem assiná-lo e receber uma cópia do mesmo, se concordarem em participar;
- preencher os instrumentos com caneta e em local que assegure privacidade;
- marcar apenas uma resposta nas questões;
- ao finalizar a aplicação dos instrumentos de coleta de dados, revisar se todas as questões foram preenchidas;
- ao final, agradecer a participação;
- lembrá-lo de que poderá ser contatado para a entrevista.

Em relação ao preenchimento do Instrumento *WHOQOL-bref*:

- informar que as questões se referem as **duas últimas semanas**;
- o instrumento deve ser preenchido pelo sujeito da investigação, mas, se o mesmo estiver impossibilitado de fazê-lo, o pesquisador o fará;
- marcar a resposta mais adequada para a pergunta;
- as questões são interpretadas pelo participante, e, em caso de dúvida, o pesquisador apenas as relê, não devendo explicá-las.

## ANEXO A – WHOQOL-bref

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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


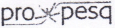
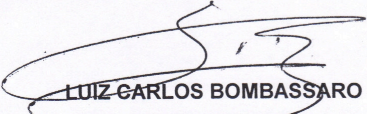
Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

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

**Você tem algum comentário sobre o questionário?**

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

## ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

	<p><b>PRÓ-REITORIA DE PESQUISA</b>  <b>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b>  <b>CARTA DE APROVAÇÃO</b></p>		
<p>O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:</p>			
<b><u>Número :</u></b>	2006653		
<b><u>Título :</u></b>	COMPORTAMENTOS DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS		
<b><u>Pesquisador (es) :</u></b>			
<b><u>NOME</u></b>	<b><u>PARTICIPAÇÃO</u></b>	<b><u>EMAIL</u></b>	<b><u>FONE</u></b>
LIANA LAUTERT	PESQ RESPONSÁVEL	lila@enf.ufrgs.br	33085171
MARIA CRISTINA SANT ANNA DA SILVA	PESQUISADOR	mcrsil@terra.com.br	33085423
<p>O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, reunião nº 2 , ata nº 82 , de 1/3/2007 , por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.</p>			
<p><b>Porto Alegre, quarta-feira, 7 de março de 2007</b></p>			
 <b>LUIZ CARLOS BOMBASSARO</b> Coordenador do CEP-UFRGS			