

# A VIDA COTIDIANA E A QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

GISELE PATRÍCIA DUARTE<sup>1</sup>

LÚCIA DA ROCHA UCHÔA-FIGUEIREDO<sup>2</sup>

## RESUMO

As doenças crônicas são as maiores causas de incapacidade e morte no Brasil, especialmente nas faixas etárias a partir dos 50 anos de idade, constituindo-se em crescente sobrecarga social e de saúde comunitária. Muitas dessas doenças crônicas, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), estão relacionadas com a presença de fatores de risco associados ao estilo de vida. Com isso, toda a equipe de saúde, em especial na Atenção Básica, deve prestar sua contribuição ao controle desses fatores, controle este que implica a modificação de hábitos, rotinas e papéis ocupacionais. Em vista disso, dentro da atenção básica na cidade de Ribeirão Preto, em 1993 foi implantado o Programa de Aprimoramento Multiprofissional em HAS e DM da Secretaria Municipal da Saúde, visando realizar um trabalho não só multiprofissional, mas também transdisciplinar. O objetivo do presente trabalho foi investigar a qualidade de vida e a vida cotidiana dos pacientes que frequentam assiduamente o grupo de prevenção do Programa de Aprimoramento Multiprofissional em HAS e DM deste município. Assim, utilizaram-se o instrumento SF-36, pesquisa em saúde, para avaliar a qualidade de vida, e uma entrevista sobre dificuldades na vida cotidiana, elaborada para tal finalidade. Os resultados mostraram, por parte dos participantes do grupo, boa percepção quanto à qualidade de vida e índices satisfatórios para a realização das atividades do cotidiano. Concluiu-se que esse trabalho em grupo transdisciplinar de promoção à saúde na atenção básica, com pacientes hipertensos e diabéticos, tem contribuído não apenas para que estes consigam se adaptar às mudanças decorrentes da doença, mas sobretudo no sentido de possibilitar-lhes a construção de um envelhecimento saudável.

**Palavras-Chave:** Terapia Ocupacional, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Qualidade de Vida e Vida Cotidiana.

---

<sup>1</sup> Terapeuta Ocupacional mestranda da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Departamento de Medicina Social e ex-aprimoranda do Programa Multidisciplinar em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. E-mail: giseleduarte@usp.br

<sup>2</sup> Terapeuta Ocupacional doutora em Psicologia; supervisora do Programa de Aprimoramento Multiprofissional em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto e docente do curso de Terapia Ocupacional do Centro Universitário Claretiano de Batatais.

# THE DAILY LIFE AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS RECEIVING PRIMARY HEALTH CARE

## ABSTRACT

In Brazil, chronic illnesses are the main cause of incapacity and death especially in age groups of 50 years and more, an ever increasing overload socially and on communitarian health. Risk factors associated to life style are related to several of these chronic malaises as Systemic Arterial Hypertension (SAH) and Diabetes Mellitus (DM). Thus, all the members of the health group, particularly the one involved in Medical Basic Attention should contribute to the control of these factors, as it implies changes of habits, routines and occupational roles. The municipal Health Secretaria of Ribeirao Preto, State of Sao Paulo established in 1993 a Program of Multi-professional Improvement in SAH and DM aiming to conduct multi-professional and transdisciplinary actions in Medical Basic Attention. The quality of life and daily happenings of assiduous patients of the prevention groups in the Program were investigated by the use of the multi-purpose SF-36 health survey to evaluate quality of life and of by an interview directed to highlight daily difficulties. The results showed that the participants of the group had good perception about the quality of life and achieved satisfactory rates in the activities of daily life. The conclusion was, that this transdisciplinary group work in promoting primary care health benefit patients with hypertension and diabetes and has contributed to their adaptations to the changes occurred in life, due to the disease and build a healthy aging.

**Keywords:** Occupational Therapy; Arterial Hypertension; Diabetes Mellitus; Quality of Life and Daily Life

## INTRODUÇÃO

De acordo com Cordeiro (2007), as doenças do aparelho circulatório são as maiores causas de mortalidade no Brasil, sendo responsáveis por 31,5% dos óbitos, especialmente nas faixas etárias a partir dos 50 anos de idade, constituindo-se em crescente sobrecarga social e de saúde comunitária.

Muitas das doenças crônicas degenerativas, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), estão relacionadas com a presença de fatores de risco associados ao estilo de vida, tais como dieta rica em gorduras saturadas, colesterol e calorias,

tabagismo, consumo de álcool em excesso e sedentarismo. Com isso, toda a equipe de saúde, em especial na Atenção Básica, deve prestar sua contribuição no controle desses fatores, uma vez que isso implica a modificação de hábitos, rotinas e papéis ocupacionais (CORDEIRO, 2007).

Pensando nessa contribuição, dentro da atenção básica na cidade de Ribeirão Preto, em 1993 foi implantado o Programa de Aprimoramento Multiprofissional em Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da Secretaria Municipal da Saúde. Sabe-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica é o principal problema

de saúde pública na maior parte dos países, tanto os desenvolvidos como aqueles em desenvolvimento. A sua prevalência é elevada: uma estimativa, em 1997, dava conta de que cerca de 40% da população de Ribeirão Preto, na faixa etária de 30-69 anos, era identificada como hipertensa. Paralelamente, o Diabetes Mellitus é um dos mais importantes problemas de saúde na atualidade, no Brasil. A sua prevalência, no ano de 1997, em Ribeirão Preto, era de 12% na população urbana de 30-69 anos de idade, tornando-o, assim, um sério problema de saúde pública pelas suas complicações crônicas que, muitas vezes, são incapacitantes.

Para conseguir melhora na qualidade de vida desses pacientes, é necessário que vários profissionais estejam trabalhando juntos, em equipe; isso, de acordo com Cavalcanti e Galvão (2007, p. 35), envolve coordenação de ações e foco em um propósito comum. Para isso, a coordenação de papéis e tarefas, a elaboração de plano estratégico e o reconhecimento de competência mútua entre os membros são essenciais.

Numa equipe multiprofissional, a modalidade de trabalho coletivo consiste na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação (PEDUZZI, 1998).

Na equipe transdisciplinar, as decisões são tomadas em conjunto. Cada disciplina contribui com o propósito da equipe na avaliação, no planejamento da intervenção e na execução do tratamento (CAVALCANTI e GALVÃO, 2007, p. 35).

A transdisciplinaridade é compreendida como o meio pelo qual a avaliação pode ser empregada, de forma a buscar coletivamente soluções para os problemas enfrentados; isto porque exige um esforço coletivo de capacidade e aprendizagem para a ação; abre caminho para um exercício democrático na tomada de novas decisões; auxilia na direção de uma avaliação que seja

voltada, o mais próximo possível, para os grupos humanos envolvidos e interessados nos resultados produzidos; permite recuperar vínculos existentes entre as diversas disciplinas e seus conhecimentos, para compreender o que é avaliado; e mantém o foco nas necessidades identificadas durante a implantação do grupo, a partir das quais se organiza a atenção ao cliente (TANAKA e MELO, 2000).

Deste modo, o propósito do programa com hipertensos e diabéticos é o de aumentar a socialização, independência e autonomia desses pacientes, considerando uma atenção integral humanizada, que possibilita contribuir para uma melhora na qualidade de vida dessa população.

A equipe é composta por profissionais médicos e também por aprimorandos formados em enfermagem, nutrição, terapia ocupacional, educação física, psicologia e seus respectivos supervisores. Desenvolve atendimentos individuais e em grupos com adultos e idosos com HAS e DM, fazendo uso de trabalhos multidisciplinares e transdisciplinares, visto serem doenças complexas que envolvem os aspectos objetivos e subjetivos do paciente e de sua família.

O grupo aqui exposto adota uma abordagem transdisciplinar, que envolve os aspectos já citados, embora o programa seja considerado como multiprofissional.

### **A Contribuição da Terapia Ocupacional**

No caso específico do Programa de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, a proposta da área de terapia ocupacional é, entre outras coisas, a de estimular a capacidade criativa e o potencial existente nos indivíduos portadores dessas doenças. Para que isso ocorra, são realizadas atividades expressivas, que possibilitam aos pacientes a percepção de si mesmos e a conscientização de suas capacidades e habilidades, fatores que promovem o enfrentamento das situações

estressantes e a conseqüente transformação do seu dia a dia, tornando-os cada vez mais dinâmicos e participativos. As estratégias adotadas incluem, ainda, a atribuição de novas responsabilidades por meio do trabalho e a participação desses pacientes na comunidade. A utilização desse conjunto de fatores resulta não só na autoaceitação de “estar doente”, mas, ao mesmo tempo, na percepção dos próprios limites, levando os pacientes a se observarem com o leque de características boas e ruins que utilizam para atuar e para se relacionar no cotidiano. Resulta, também, numa melhoria das relações dos pacientes com o processo de adoecimento, promovendo uma maior adesão ao tratamento.

## **OBJETIVO**

- Avaliar a percepção de qualidade de vida dos participantes do grupo com doenças crônicas
- Conhecer a vida cotidiana dos integrantes do grupo estudado

## **MATERIAL E MÉTODO**

### **Delineamento Metodológico**

Na busca de uma análise mais aprofundada dos dados obtidos, combinaram-se métodos quantitativos e o sistema quantitativo-interpretativo (BIASOLI-ALVES, 1998), que possibilita não somente fazer uma análise das propriedades numéricas do fenômeno, a operacionalização e quantificação dos dados, mas também uma interação entre os mesmos e a abordagem teórica e a contribuição pessoal da pesquisadora, visando aos aspectos de seu significado e intencionalidade.

Quantitativo, pois apresenta e analisa dados numéricos de fatos, fenômenos ou problemas que ocorrem nas sociedades, comunidades humanas, nas culturas, eventos políticos, nas ciências físicas e biológicas. E interpretativo porque descreve as características de um determinado fenômeno ou população para estabelecer relações entre variáveis e fatos, conhecendo a extensão do objetivo do

estudo, do ponto de vista do público pesquisado, e as opiniões, impressões, hábitos, comportamentos e comunicação (BIASOLI-ALVES, 1998).

### **Participantes**

Fizeram parte deste estudo todos os pacientes, na faixa etária entre 50 a 80 anos, que frequentam o grupo de prevenção do Programa de Aprimoramento Multiprofissional em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, no Centro de Saúde Escola.

### **Crítérios de Inclusão**

- Ser participante assíduo do grupo de prevenção, desde sua implantação, no ano de 2004.
- Aceitar participar da pesquisa e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

### **Crítérios de Exclusão**

- Não ser portador HAS e/ou DM.
- Não fazer parte assiduamente do grupo de prevenção do Programa de Aprimoramento Multiprofissional em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.
- Não aceitar participar da pesquisa e não assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

### **Instrumentos de Coleta**

O estudo foi realizado com base em dois instrumentos de avaliação, os quais foram lidos pelo entrevistador, e respondidos pelo entrevistado. Os instrumentos foram aplicados individualmente com cada participante. Um único entrevistador aplicou todos os instrumentos em todos os entrevistados.

➤ SF36 - Pesquisa em Saúde (CICONELLI; FERRAZ; SANTOS; MEINÃO; QUARESMA, 1999).

O primeiro instrumento foi o questionário SF-36 – Pesquisa em Saúde, que é composto de 11 itens com escores variando de 0 a 100, com 8 dimensões: capacidade funcional, aspecto físico, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspecto social, aspecto emocional

e saúde mental. Quanto mais alto o escore, melhor a percepção de qualidade de vida.

#### ➤ Entrevista semi-estruturada

Também foi aplicada uma entrevista semi-estruturada, contendo 18 questões, através da qual se pretendia conhecer as dificuldades da vida cotidiana de cada paciente, visando identificar as opiniões e a visão de cada um sobre seu próprio dia-a-dia.

A escolha da entrevista se deu por acreditar ser esta a forma pela qual o sujeito fornece informações de conteúdo interno que só ele poderia relatar; além do mais, é o procedimento mais usual no trabalho de campo e é através dela que o pesquisador busca obter informações contidas nas falas dos atores sociais, além de conseguir coletar fatos relatados pelos entrevistados, enquanto sujeito-objeto da pesquisa, que vivenciam uma certa realidade que está sendo focada, com propósitos bem definidos (UCHÔA-FIGUEIREDO, 2008).

#### **Procedimento de análise dos dados**

O instrumento psicométrico SF-36 – Pesquisa em Saúde foi analisado quantitativamente, conforme recomenda a literatura. Já para os dados da entrevista sobre as dificuldades na vida cotidiana, foram elaboradas categorias temáticas significativas, conforme recomenda o Sistema Quantitativo-Interpretativo de Análise, proposto por Biasoli-Alves (1998).

#### **Aspectos Éticos**

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética, sendo aprovado com nº do parecer 247. Antes de responderem ao instrumento e à entrevista, os participantes conheceram os objetivos da pesquisa e então solicitou-se a sua participação, com garantia de sigilo na divulgação dos dados. Foi então apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para ser assinado, tendo sido garantido que a não-participação não implicaria na suspensão do atendimento médico.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados deste estudo permitem refletir sobre a qualidade de vida e a vida cotidiana dos pacientes com HAS e/ou DM, que frequentam o grupo de promoção de saúde com uma equipe transdisciplinar.

O grupo era composto por sete participantes, sendo cinco mulheres e dois homens, na faixa etária entre 52 a 76 anos; teve duração de oito meses, de outubro/06 a junho/07, acontecendo uma vez por semana, com duração de duas horas, totalizando 28 encontros.

Inicialmente, o grupo foi aberto, passando para grupo fechado após um mês de atendimento e continuando com os mesmos pacientes até a última sessão. Este grupo é caracterizado como um grupo homogêneo, pois todos os participantes têm doença crônica em comum, sendo HAS e/ou DM. Dos sete pacientes atendidos, quatro possuem HAS e DM, um possui somente DM e dois possuem somente HAS.

Os encontros aconteceram na sala de aula do Centro Saúde Escola (CSE), na cidade de Ribeirão Preto.

Apresenta-se a seguir a tabela 1 com o perfil dos participantes entrevistados, em relação à idade, gênero, escolaridade, frequência no grupo e apresentação de HAS e/ou DM.

• Caracterização dos Participantes

Tabela 1- Perfil dos Sujeitos Entrevistados

Participante	Idade	Escolaridade	Sexo	Frequência no grupo	Hipertensão Arterial	Diabetes
P1	76 anos	1º grau incompleto	Masculino	64%	Sim	Sim
P2	68 anos	1º grau incompleto	Feminino	86%	Sim	Sim
P3	59 anos	2º grau incompleto	Feminino	71%	Sim	Não
P4	61 anos	1º grau completo	Feminino	96%	Sim	Sim
P5	64 anos	1º grau incompleto	Feminino	89%	Sim	Sim
P6	52 anos	1º grau completo	Feminino	57%	Sim	Não
P7	71 anos	1º grau incompleto	Masculino	100%	Não	Sim

Pode-se observar na tabela acima que os participantes desta pesquisa estão com idade entre 52 e 76 anos e possuem como nível de escolaridade entre o 1º grau incompleto ao 2º grau incompleto, mostrando que nenhum dos participantes é analfabeto.

Na variável sexo, a prevalência é do gênero feminino em relação ao masculino. E a frequência nos grupos foi maior que 50%.

Entre os participantes, 1 não apresenta hipertensão e 2 não apresentam diabetes.

• Qualidade de Vida

Apresentam-se a seguir as figuras com os resultados do instrumento de pesquisa SF-36, nos quais se pretende mostrar a percepção de qualidade de vida de cada participante do grupo.

Os itens analisados nessa pesquisa foram: quantidade de dor que o paciente sente ao longo do dia, aspecto social, a saúde mental, os aspectos emocionais, o estado geral da saúde, a capacidade funcional, vitalidade e

aspecto físico.

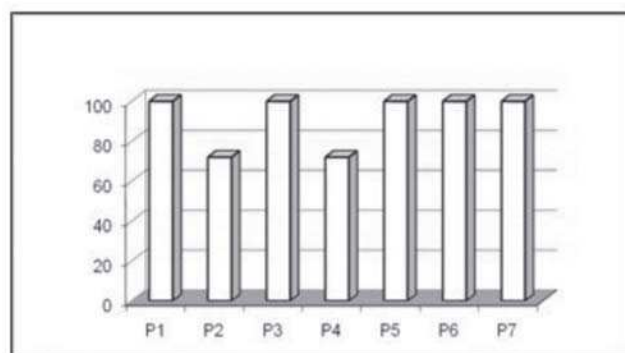


Fig. 1 – Resultados obtidos no Instrumento SF-36 na dimensão DOR dos 7 participantes do grupo de HAS e DM.

De acordo com a figura 1 acima, a porcentagem de dor é relativamente baixa nos participantes, talvez considerando que estas pessoas participam do grupo há algum tempo, recebendo apoio emocional, nutricional e informações relativas às doenças e suas consequências, podendo-se, assim, supor que eles têm um suporte maior para lidar com alguns sintomas, como a dor, diferentemente do que observou Cavalieri (2007) em seus estudos. Ele concluiu que 25% a 50% da comunidade idosa têm problemas de dores importantes, e que em asilos ou casas de moradias para idosos a



prevalência de dor é ainda maior, chegando a 80%.

Os idosos geralmente não são tratados ou recebem tratamentos inadequados; e as consequências do mau tratamento da dor podem ter um impacto negativo na saúde e qualidade de vida dos mesmos, resultando em depressão, ansiedade e isolamento social, deficiências cognitivas, imobilidade e distúrbios do sono (CAVALIERI, 2007).

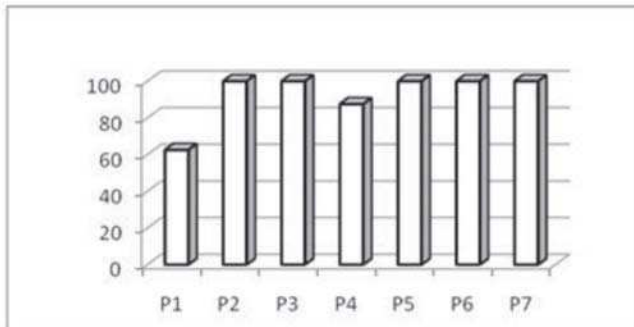


Fig. 2 – Resultados obtidos no Instrumento SF-36 na dimensão Aspecto Social dos 7 participantes do grupo de HAS e DM.

Quanto ao aspecto social, pode-se observar que todos os participantes possuem uma vida social satisfatória. Os relacionamentos sociais são interações frequentes, com certa durabilidade no tempo e certo padrão. E são de grande importância na vida do ser humano, pois abrangem sentimentos positivos e negativos, percepção de si e do outro, diferentes graus de envolvimento afetivo e várias trocas, causando efeito protetor sobre o indivíduo, ajudando-o a preservar a autoestima, o senso de controle sobre os eventos, proporcionando sentimentos de bem-estar (FREITAS, 2007).

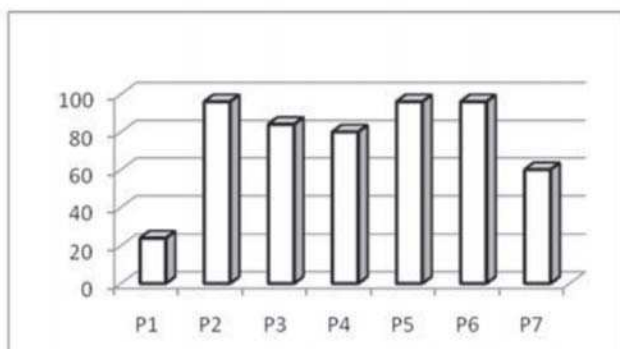


Fig. 3 – Resultados obtidos no Instrumento SF-36 na dimensão Saúde Mental dos 7 participantes da pesquisa.

Quanto à saúde mental, dois participantes (P1 e P7) mostraram estar passando por uma fase não muito satisfatória, sendo evidenciado através da figura 3.

Alguns idosos, entre eles os mais frágeis em termos de saúde, podem desenvolver um quadro clínico de depressão, ou então sofrer agravamento dos estados de distímia que os acompanham pela maior parte da sua vida. No entanto, graças aos recursos do *self* e ao fato de terem um razoável *status* de saúde física, muitos conseguem dar conta das adversidades e adaptar-se com sucesso (FREITAS, 2007).

Porém, existem evidências de possíveis efeitos do estresse psicossocial na pressão arterial, relacionados às condições estressantes, tais como pobreza, insatisfação social, baixo nível educacional, desemprego, inatividade física e, em especial, aquelas atividades profissionais caracterizadas por altas demandas psicológicas e baixo controle das situações (CASTRO; LIMA; BRUNELLO, 2001).

Uchôa-Figueiredo (2008) aponta que o estresse altera o sistema imunológico, através de alterações hormonais e também por uma ação neural direta. Sendo assim, o estresse não é apenas uma ação sofrida passivamente, provocada por um meio, mas sim o resultado de dois sistemas: o interno e o externo, que de algum modo alteram a qualidade de vida e a saúde mental das pessoas, principalmente as que têm hipertensão arterial e Diabetes Mellitus.

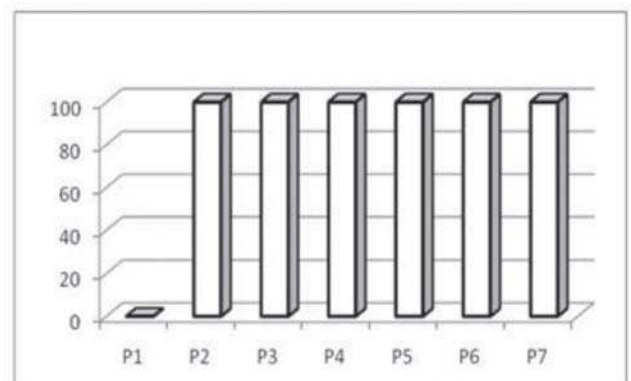


Fig. 4 – Resultados obtidos no Instrumento SF-36 na dimensão Aspecto Emocional dos 7 participantes da pesquisa.

O aspecto emocional do participante P1 está um tanto comprometido, explicando, inclusive, a ausência deste em alguns encontros do grupo. Pode ser devido ao fato de que alguns idosos estão expostos a demandas intrapsíquicas específicas dessa fase da vida, tais como: medo da morte, preocupação pelo bem-estar de entes queridos, preocupação em relação à dependência e ressentimento por metas não alcançadas. (FREITAS, 2007). Para Ferrari (1999), nesta fase é comum a interferência dos fatores psicoemocionais, porque este é um período em que são frequentes problemas como: solidão, depressão, perdas, problemas familiares, sentimentos de inutilidade e também os fatores sociais como desvalorização, marginalização. Contudo, ainda há um futuro que a própria pessoa pode conseguir construir, inclusive reforçando os índices dos demais participantes apresentados no gráfico, em que estes demonstraram excelentes aspectos emocionais, talvez pela frequência assídua do grupo, as constantes trocas de experiências entre si, o convívio social e a capacidade de lidar mais facilmente com sentimentos negativos no seu cotidiano.

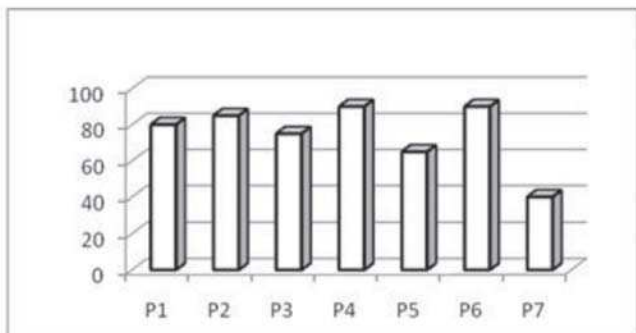


Fig. 5 – Resultados obtidos no Instrumento SF-36 na dimensão Capacidade Funcional dos 7 participantes da pesquisa.

Observa-se que o P7 possui limitação quanto à capacidade funcional (abaixar, subir escadas, andar de bicicleta). Segundo Ferrari (1999), os fatores físicos da própria idade levam a um desgaste físico natural, prejudicando a independência na realização das atividades de modo geral.

Na opinião de (DUARTE, 2009), a grande propensão

da pessoa idosa à instabilidade postural e à alteração da marcha aumenta o risco de quedas e, por essa razão, equilíbrio e marcha devem ser sempre avaliados.

Existe grande preocupação quanto ao rápido envelhecimento populacional que vem ocorrendo no Brasil. O sistema de saúde deve proporcionar melhora quanto ao acesso universal aos cuidados primários, políticas públicas para o controle de fatores de risco, incentivo à adoção de estilos de vida saudáveis, ênfase em promoção de saúde e prevenção de doenças, para que, assim, o idoso consiga melhor manutenção da capacidade funcional, podendo ter, conseqüentemente, uma velhice saudável e com qualidade de vida. (DUARTE, 2009).

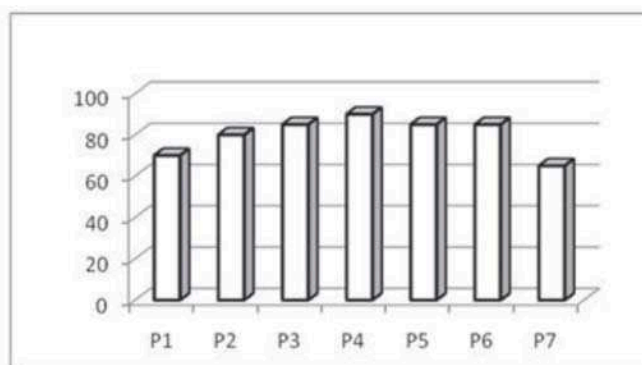


Fig. 6 – Resultados obtidos no Instrumento SF-36 na dimensão Vitalidade dos 7 participantes da pesquisa.

Segundo a figura 7, todos os participantes possuem bom nível de vitalidade, uma vez que demonstram ter energia e disposição para realizar as atividades de vida diária. O envelhecimento é um processo evolutivo positivo, no qual vão sendo equilibradas as mudanças individuais e as adaptações pessoais, uma vez que, de um lado, se observam mudanças físicas e psíquicas, que vão se desenvolvendo, e de outro, a forma como cada sujeito enfrenta as mudanças e adapta-se a elas, considerando-se que para este processo existirá a necessidade de acomodar-se a diversas situações, incluindo-se a vitalidade. Uma das desvantagens sofridas pelo idoso é o fato de que, progressivamente, vai deixando de receber estímulos, tendo menos oportunidades para vivenciar situações distintas, o que dificulta a capacidade



de adaptação a novas situações e aprendizagens. (FREITAS, 2007).

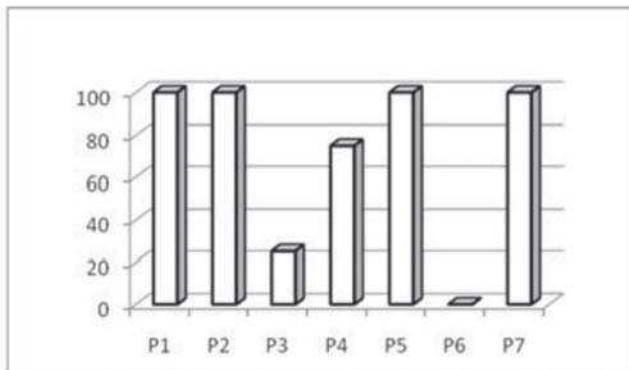


Fig. 7 – Resultados obtidos no Instrumento SF-36 na dimensão Aspecto Físico dos 7 participantes da pesquisa.

Quanto aos aspectos físicos, observa-se que tanto P3 quanto P6 mostraram-se limitados ao realizar atividades que exigiam movimentação, devido à cirurgia a que os dois participantes foram submetidos, tendo estes que ficar em repouso por alguns meses. Devido a problemas físicos, os idosos podem apresentar dificuldades em realizar as atividades da vida diária, desta forma, ocasionando dificuldades nas relações sociais e na manutenção da autonomia.

Mas, em contrapartida, os demais participantes encontram-se com os aspectos físicos inalterados, talvez pela frequência nas aulas da educadora física realizadas durante os grupos. Cada vez mais observa-se crescente interesse da população idosa pela saúde e bem estar. A prática de atividade física é benéfica, mesmo iniciada em uma fase tardia de vida, por sujeitos sedentários, inclusive para portadores de doenças crônicas, prevenindo principalmente as doenças associadas ao sedentarismo, como coronariopatias, diabetes, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, acidente vascular cerebral, osteoporose, e outras. A prática de alongamento muscular também é benéfica para prevenção e recuperação das perdas motoras, além de propiciar o ganho de flexibilidade, ou melhora no equilíbrio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

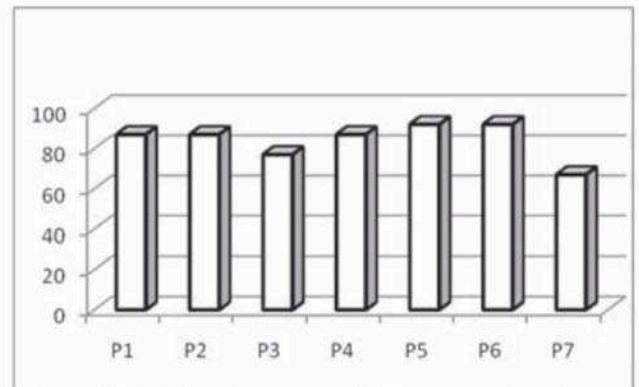


Fig. 8 – Resultados obtidos no Instrumento SF-36 na dimensão Estado Geral de Saúde dos 7 participantes da pesquisa.

Pode-se observar que, de modo geral, os participantes possuem uma boa percepção de qualidade de vida, uma vez que nenhum item ficou abaixo de 50. Sendo assim, o conceito de qualidade de vida deve valorizar a perspectiva do sujeito em relação às várias dimensões de sua vida e não só em relação à intensidade de sintomas de sua doença. Por isso, a Organização Mundial da Saúde define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida, dentro do contexto cultural e dos valores em que ele vive, bem como em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FAVARATO, 2006, p.236).

Para De Carlo (2001), a qualidade de vida envolve a percepção subjetiva dos indivíduos sobre seu bem-estar e suas condições de vida. Envolve também o trabalho para uma organização coletiva na estruturação dos direitos e na construção da cidadania da população atendida nesse campo.

A vida se mostra como um leque de ações rotineiras, o que faz com que se associe ao conceito de bem-estar um vasto campo de atividades humanas, em que as necessidades dos indivíduos parecem implicar uma rede multifacetada de extrema complexidade e dependente de uma série de vivências culturais e sociais (DE CARLO, 2001). Nesse sentido, avaliações de qualidade de vida (QV) têm se mostrado um importante subsídio para o desenvolvimento de intervenções médicas e psicológicas mais sensíveis e eficazes, levando em

consideração a perspectiva do próprio paciente, principalmente nos hipertensos e diabéticos. Diferentemente de outras doenças que são visualmente reconhecidas, a HAS e o DM têm efeito psicológico muitas vezes devastador sobre o paciente, em função da ameaça de morte súbita ou incapacitação entre os homens; porém, quando controlados, pode-se observar uma melhora na qualidade de vida e na vida cotidiana.

#### • Vida Cotidiana

Considera-se que cotidiano é a vida de todos os dias, de todos os homens. É o mundo da rotina, em que a repetição das atividades permite a recriação permanente da vida social; ou seja, o homem nasce inserido em sua cotidianidade (CASTRO; LIMA; BRUNELLO, 2001). Sendo assim, pretende-se aqui mostrar os resultados da entrevista sobre a vida cotidiana dos participantes, em que foram analisados os aspectos relativos à independência e autonomia, e aspectos psicossociais.

#### • Independência e Autonomia

É sabido que, nas últimas décadas, o conceito de saúde vem passando por modificações, não mais sendo considerado apenas ausência de doença. Seu significado passou a ser mais amplo e intimamente relacionado a condições de bem-estar. Desta forma, pode-se considerar que a manutenção da autonomia e da independência constitui-se como uma condição necessária a um processo de envelhecimento saudável (MENDES, 2004).

Neste contexto, segundo o Ministério da Saúde (2006, p.10), faz-se então necessário definir:

- Autonomia - liberdade de agir e tomar decisões.
- Independência - capacidade de realizar as atividades, sem ajuda de outra pessoa.
- Dependência - falta de capacidade de realizar as atividades cotidianas, sem a ajuda de outra pessoa.

Tabela 2 – Aspectos relativos à independência e autonomia

<b>Vida Cotidiana</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Às vezes</b>
Consegue realizar o que precisa em casa	86%	14%	0
Acredita ser habilidoso para realizar atividades	86%	14%	0
Consegue realizar o que precisa no lazer	86%	14%	0
Realiza atividades que tenham significados	86%	0	14%
Tem conhecimento sobre o que gosta de fazer	86%	14%	0
Concentra-se no trabalho (nas coisas do dia-a-dia)	100%	0	0
Identifica soluções e age para mudar algum problema	100%	0	0
Consegue fazer o que precisa ser feito	86%	0	14%

De acordo com a tabela 2, nota-se que na vida cotidiana 86% dos participantes conseguem realizar o que precisam, em casa e no lazer, além de acreditarem ser habilidosos nessa realização, sendo que algumas das atividades realizadas constituem-se, também, como

significativas. E ainda 86% dos pacientes têm discernimento sobre o que gostam de fazer. Todos relataram conseguir se concentrar no trabalho e nas atividades do dia-a-dia e também identificar soluções e agir para mudar algum problema.

Mendes (2004) coloca que, com relação à população brasileira e ao envelhecimento populacional, o objetivo deixou de ser prolongar a vida, mas principalmente manter a capacidade funcional, a independência e a autonomia o maior tempo possível e este processo foi nomeado de “compressão da morbidade”.

De modo geral, muitas pessoas mantêm sua autonomia, embora sejam dependentes fisicamente para executar uma determinada ação; mas, em muitas situações, a capacidade de tomar decisões e a de autogoverno podem ser comprometidas por doenças físicas e mentais ou por restrições econômicas e educacionais. É muito frequente observar que, na vigência de situações de dependência, a autonomia da pessoa idosa tende a não ser considerada, pois a sociedade muitas vezes vê o idoso como alguém parcial ou totalmente incapaz de executar alguma ação, principalmente em termos físicos; sendo assim, ele também será considerado incapaz de decidir sobre suas ações.

A condição de dependência é a que mais amedronta os idosos, e a principal consequência da associação entre velhice e dependência é o desenvolvimento de atitudes negativas em relação às pessoas idosas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Os aspectos levantados na entrevista são: a marca dos participantes, a história de suas relações e a estrutura da rede humana na qual se desenvolvem. Têm esses aspectos como enraizados em suas histórias, nos processos socializadores, nos valores e afetos que os suportam, além de estarem presentes nas condições de existência de cada sujeito.

Desta forma, pode-se considerar que as atividades habitualmente realizadas fazem parte do cotidiano do homem. Essas atividades assumem diferentes papéis, dependendo do momento em que serão realizadas, da cultura, do social, tendo para cada sujeito um significado,

possibilitando, entretanto, demonstrar capacidades, interesses, habilidades, potencialidades, necessidades, dificuldades e medos (DE CARLO, 2001).

Segundo Ferrari (1991), o terapeuta ocupacional é o profissional indicado para trabalhar junto ao idoso, preenchendo a necessidade do “fazer” da pessoa idosa, quer lidando com a redistribuição do seu tempo, dando a ele oportunidade de realização de outras atividades, que não o trabalho, quer tornando-o e mantendo-o o mais independente possível dentro de suas limitações, na realização de suas atividades de vida diária, vida prática e lazer. Para isso, utiliza-se dos recursos terapêuticos como ferramenta capaz de estimular as capacidades remanescentes desta população.

Portanto, as pessoas idosas desejam e podem permanecer ativas e independentes por tanto tempo quanto for possível, se o apoio adequado lhes for proporcionado.

#### • Aspectos Psicossociais

Pretende-se aqui mostrar o quanto os participantes lidam com seus aspectos psicossociais. Sabe-se que, se estas funções não estiverem equilibradas, pode-se causar um desajuste no idoso. Porém, este tem condições de lidar com suas potencialidades e, a partir daí, construir uma maneira própria de se relacionar com o meio, podendo, conseqüentemente, atuar nele mais autonomamente, assim como nos seus papéis sociais. De acordo com a tabela 3, observa-se que 86% dos participantes conseguem organizar o seu tempo, planejar antes de agir e desempenhar, pelo menos, um papel social na vida; no entanto, todos se consideram importantes e relatam conseguirem desempenhar papel familiar na vida.

Tabela 3 – Aspectos Psicossociais

<b>Vida Cotidiana</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Às vezes</b>
Considera-se importante	100%	0	0
Objetivos para o futuro	71%	29%	0
Consegue organizar o tempo	86%	14%	0
Planeja antes de agir	86%	14%	0
Gosta de estar junto a outras pessoas	72%	14%	0
Tem facilidade para fazer amigos, participar de grupos	42%	29%	29%
Desempenha papel familiar na vida	100%	0	0
Desempenha papel social na vida	86%	14%	0

Entre os participantes, 72% gostam de estar juntos a outras pessoas, 42% disseram ter facilidades em fazer novos amigos e participar de grupos e 71% possuem objetivos para o futuro. Segundo Freitas (2007), possuir metas de vida pode ser considerado um objetivo significativo para um indivíduo consciente e articulado, e isto influencia tanto os seus pensamentos quanto suas reações emocionais. À medida que o indivíduo vai envelhecendo e começa a se defrontar com a impossibilidade de atingir algumas de suas metas de vida, o nível e a estrutura das suas aspirações, bem como o investimento feito em diferentes domínios de vida, podem se alterar.

É importante considerar que o homem constrói sua própria história. Independente da idade, ele pode conseguir planejar o que pretende na vida, determinar objetivos a serem alcançados e assimilar valores, mas para tal tem que estar com algumas funções psicossociais preservadas; assim, desta forma, se mostrará em ação.

Ferrari (1999) considera que o “fazer”, a “ação”, é uma entre as necessidades básicas do homem. A partir desta o indivíduo, independente de sua idade, consegue explorar e dominar a si próprio e ao mundo que o cerca; cria, descobre, aprende, se realiza, se relaciona, se

transforma e também transforma o meio em que vive, além do mundo. O fazer inclui atividades que vão desde os cuidados pessoais, as atividades da vida diária e prática, até o trabalho, lazer, manutenção dos direitos e papéis sociais na vida cotidiana.

Takatori (2001) considera o cotidiano uma unidade de medida da sucessão da vida humana, em que acontecem sucessões de acontecimentos vividos pelo homem em seu dia-a-dia, na diversidade do tempo, espaço e sujeitos envolvidos nessa dinâmica. Sendo assim, o cotidiano exerce na vida do indivíduo a qualidade de dar forma, direção e rumo para essa vivência diária, possibilitando ao sujeito expor o seu estilo de ser, que, ao mesmo tempo, é compartilhado e reconhecido pelo outro, construindo sua história pessoal e social.

Em complementação, De Carlo (2001) argumenta que as atividades humanas são constituídas por um conjunto de ações que apresentam qualidades, demandam capacidades, materialidades e estabelecem mecanismos internos para sua realização. Elas podem ser desdobradas em etapas, configurando um processo na experiência da vida real do sujeito. A linguagem da ação é um dos modos de conhecer a si mesmo, de conhecer o outro, o mundo, o espaço e o tempo em que vivemos, e a nossa cultura. É de este entrelaçar da ação com sua

linguagem que surgirão a forma e a estrutura do fazer dos sujeitos, estabelecendo um sistema de relações que envolvem a construção da qualidade de vida cotidiana. E a vida cotidiana nada mais é que a percepção subjetiva do sujeito sobre seu bem-estar e suas condições de vida.

Ou seja, o cotidiano não é rotina, nem a mera repetição automática de movimentos ou ações que impliquem um fazer por fazer, mas sim um espaço próprio onde o sujeito busca praticar sua atividade criativa e transformadora; desta forma, pode-se dizer que é o espaço social em que o sujeito vive e o qual ocupa.

Segundo De Carlo (2001), as atividades auxiliam no trabalho de organização e cuidado do cotidiano, chegando mesmo a apresentar a função de sua estruturação, e ao mesmo tempo favorecem uma instrumentalização técnica dos sujeitos, capacitam para a vida, tornando-os autônomos e independentes, promovendo a convivência e a contextualização do sujeito na cultura e na sociedade.

Neste contexto, na Terapia Ocupacional, as atividades possibilitam a cada um “ser reconhecido e se reconhecer por outros fazeres”; elas permitem conhecer a história de vida dos sujeitos, visando à conquista da independência e à organização de um cotidiano potencializado e vivificado, no sentido da construção do bem-estar pessoal e do empreendimento de lutas para tudo o que implica a construção da qualidade de vida (DE CARLO, 2001).

Segundo Uchôa-Figueiredo (2008), a qualidade de vida é um conceito marcado pela subjetividade e envolve todos os componentes essenciais da condição humana, seja no aspecto físico, psicológico, social, cultural ou espiritual. O comprometimento significativo de qualidade de vida dos participantes com HAS e/ou DM é frequente e está, na maioria das vezes, relacionado às limitações funcionais, estresse social e financeiro, além do desconforto emocional. De modo geral, este

comprometimento se contrapõe aos resultados obtidos, os quais se justificam, de alguma forma, pela assídua presença nos grupos do Programa de HAS e DM, em que se trabalham, especificamente, a promoção de saúde e a prevenção de doenças.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante o exposto, pode-se considerar que tanto a qualidade de vida quanto a vida cotidiana dos participantes da pesquisa encontram-se com resultados satisfatórios, conforme análise qualitativa das categorias temáticas significativas, pressupondo-se que o idoso deve ser observado em sua totalidade, buscando-se inter-relacionar os aspectos físicos, sociais e afetivos, além de considerar suas próprias vivências e a relação deste consigo mesmo, com os familiares e a sociedade, como elemento vivo de uma geração concreta (GEIS e RUBÍ, 2003).

Embora seja um estudo com um grupo particular, esses resultados provocam algumas reflexões acerca dos grupos transdisciplinares de promoção da saúde na atenção básica, principalmente com pacientes hipertensos e diabéticos. Se, por um lado, para algumas pessoas, essas doenças podem ser traduzidas como sofrimento ou ameaça de dependência e morte, para os participantes deste grupo são vistas como doenças que não os incapacitam de viverem felizes e com qualidade de vida. Embora sejam doenças, estas continuam lhes permitindo realizar as atividades de vida diária e prática, de lazer e de socialização, enquanto constroem um envelhecimento saudável, em que cada sujeito consegue se adaptar às mudanças intrínsecas (físicas e psíquicas) e às extrínsecas (sociais). Acredita-se que isso se tornou possível, pela contribuição do grupo analisado, que teve como suporte o apoio de profissionais de várias áreas.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BIASOLI ALVES, Z.M.M. A pesquisa em Psicologia-análise de métodos e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico. In: ROMANELLI, G.; BIASOLI ALVES, Z.M.M. *Diálogos Metodológicos sobre Prática de Pesquisa*. Ribeirão Preto: Ed. Legis Summa, p.135-158, 1998.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa. *Cadernos de Atenção Básica* Nº 19. Série A. Brasília-DF, 2006.
- CASTRO, E.D.; LIMA, E.M.F.A.; BRUNELLO, M.I.B. Atividades humanas e Terapia Ocupacional In: DE CARLO, M.M.R.; BARTALLOTTI, C.C. *Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas*. São Paulo: Plexus, p. 41-59, 2001.
- CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. Trabalho em equipe In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. *Terapia Ocupacional: Fundamentação & Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 35-37, 2007.
- CAVALIERI, T.A. *Controle da dor em adultos idosos*. Londrina. Paraná. 2007. Disponível em: <http://www.fisioterapiasalgado.com.br/visualiza.asp?id=406>. Acesso em 10 Nov 2007.
- CICONELLI, R.M.; FERRAZ, M.B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M.R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev. Bras Reumatol*, v. 39, n.3, p.143-150, 1999.
- CORDEIRO, J. J.R. Cardiologia In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. *Terapia Ocupacional: Fundamentação & Prática*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, p. 502-507, 2007.
- DE CARLO, M.M.R.P; BARTALOTTI, C.C. *Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas*. 2ª edição. Plexus: São Paulo, 2001.
- DUARTE, G.P. *Fatores intrínsecos relacionados às quedas de idosos do município de São Paulo, segundo o Estudo SABE*. 2008. Qualificação de Mestrado (em Saúde na Comunidade) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- FAVARATO, M.E.C.S. et al. Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária: comparação entre gêneros. *Revista Associação Médica Brasileira*, v. 52, n. 4, p.236-241, 2006.
- FERRARI, M.A.C. Instituições que Abrigam Idosos. *Revista Terapia Ocupacional USP*, v.2, n2/3, p. 86-99, 1991.
- FERRARI, M.A.C. Lazer e Ocupação do tempo livre na terceira idade. In: MATHEUS NETO, P. *Gerontologia*. Rio de Janeiro: Ed Atheneu, p. 98-105, 1999.
- FREITAS, E.V. de.; PY, L.; CANÇADO, F.A.X.; DOLL, J.; GORZONI, M.L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 2007.
- GEIS, P.P.; RUBÍ, M.C. *Terceira Idade: atividades criativas e recursos práticos*. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- MELLO, M.A.F. de. Terapia Ocupacional Gerontológica. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. *Terapia Ocupacional: Fundamentação & Prática*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2007, p. 367-376.
- MENDES. F.R.C. *Capacidade funcional e acessibilidade do ambiente domiciliar de idosos atendidos em um programa de assistência domiciliar ao idoso*. [Monografia] São Paulo: UNIFESP; 2004.
- PEDUZZI, M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação* [Tese de Doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

TAKATORI, M. A Terapia Ocupacional no processo de reabilitação: construção do cotidiano. *O Mundo da Saúde*. V.25 n.4. p. 371-377, 2001.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em Saúde. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* v.4, n.7, p. 113-118, 2000.

UCHÔA-FIGUEIREDO, L.R. *A sobrecarga da doença, a vida cotidiana e a qualidade de vida dos cuidadores de crianças com epilepsia de difícil controle*. 2008. Qualificação do Doutorado (Programa de Pós-Graduação em Psicologia) – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto

Recebido: 07/10/2008

1ª revisão: 16/07/2009

Aceite Final: 30/09/2009