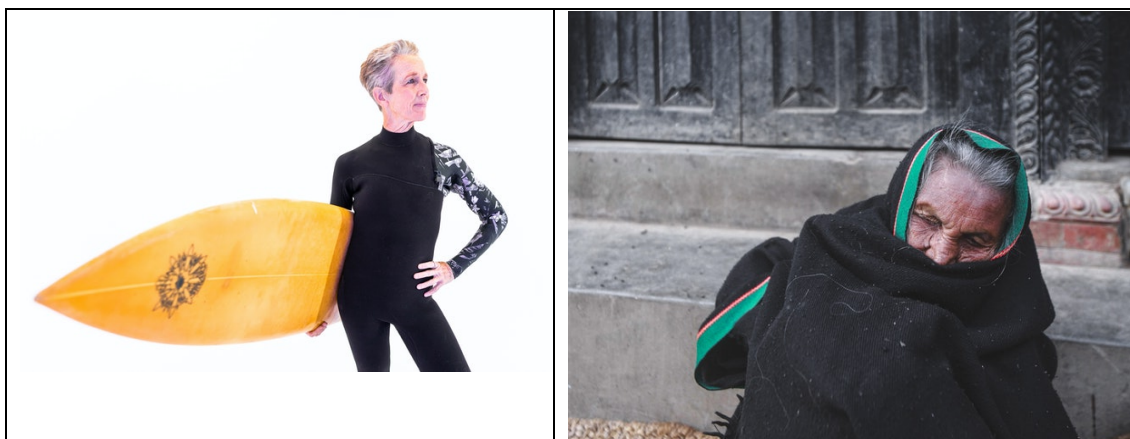


Qualidade de vida e desigualdades no envelhecer



Maria Elisa Gonzalez Manso

O envelhecer é um processo construído ao longo da vida e que não se restringe apenas aos aspectos biológicos. Porém, do ponto de vista biológico, vale a pena ressaltar que o envelhecer, de qualquer espécie viva que habita nosso planeta, se inicia com o nascimento. Assim, não podemos afirmar que exista uma idade biológica na qual a pessoa se torna idosa, já que o decurso da vida é contínuo e fisiológico.

Do ponto de vista psíquico, podemos dizer que envelhecer é um modo de construção ao longo da vida, onde as habilidades adaptativas dos indivíduos às exigências do meio - aprendizagem, memória, inteligência, controle emocional, etc. - o censo subjetivo da pessoa que envelhece; a compensação de perdas com outros ganhos em um processo de seleção, otimização e compensação; aliados aos padrões de comportamento adquiridos e mantidos ao longo da vida é que determinarão um pior, ou melhor, envelhecer, independentemente da idade cronológica.

Portanto, ser idoso após os 60 anos de idade ou 65 ou 50 ou 75, nada mais é que uma construção social e histórica, onde cada sociedade determina quando o indivíduo é considerado velho para exercer determinadas atividades. Esta construção determina uma idade relacionada ao desempenho de papéis sociais considerados adequados para aquela faixa etária. Nas sociedades atuais, o ser idoso é construído através de expressões e significações que auxiliam na produção e reprodução do imaginário social e na representação da velhice, determinando um *status* social ainda ligado à aposentadoria.

Como ressaltava Bourdieu (1983), a velhice é um fato biológico socialmente manipulável, o que faz com que os idosos sejam considerados ativos e lucrativos ou ainda onerosos e deficientes em contraposição a um conceito de juventude que também é mutante. Muitas imagens da velhice atravessam gerações, reproduzindo formas de discriminação, estereotipização e coisificação, não

considerando que o envelhecimento é um processo natural e contínuo do qual a velhice é apenas uma etapa da vida.

Envelhecer no Brasil é um desafio, não apenas pelas construções sociais, estereótipos e preconceitos que permeiam este processo, mas pelas desigualdades que o país apresenta.

Assim, quando se diz que a expectativa média de vida para a população brasileira é de 76,7 anos, não se observa a diferença entre os gêneros, a cor autodeclarada e o local de nascimento, como exemplos. Enquanto em Santa Catarina uma pessoa idosa vive anos acima da média brasileira, nos estados do Norte do país isto não corre. Na cidade de São Paulo, enquanto distritos como Jardim Paulista tem uma expectativa de vida média ao nascer de 82 anos (com ganho mensal médio em torno de R\$10.000,00), Cidade Tiradentes alcança 58 anos apenas (com ganho mensal médio de R\$ 1.000,00).

A expectativa de vida e o ganho mensal não são as únicas desigualdades. Quando se observa a escolaridade entre as pessoas idosas, ainda na cidade de São Paulo, nota-se uma estreita relação entre baixa escolaridade formal e os bairros mais periféricos da cidade, locais onde há também mais idosos vivendo na pobreza e extrema pobreza e com menos acessos a bens considerados essenciais.

Nos bairros mais periféricos como Cidade Tiradentes, por exemplo, há ainda maior proporção de idosos com déficits funcionais e maior prevalência de violências contra a pessoa idosa. Residir em bairros periféricos impõe também a estes idosos menos acesso aos serviços de saúde, saneamento básico e a outras políticas públicas, não apenas quando se encontram idosos, mas ao longo de toda a sua vida. Estes dados compõem um mapa da desigualdade do envelhecer, que é mascarado pelas estatísticas gerais e quando se trata a população idosa como um grupo homogêneo de pessoas.

Ainda sabemos que a mortalidade entre pessoas idosas está, diretamente, relacionada com determinantes e condicionantes sociais. Hábitos tais como tabagismo, alcoolismo, ser ou não sedentário, podem estar associados ou não a menores oportunidades de lazer, ter múltiplos filhos, ser viúvo(a) ou ter alguma dependência nas atividades instrumentais de vida diária, todos estes determinantes individuais, porém cultural e socialmente condicionados, que afetam um bom ou mau envelhecer.

Some-se a estes a presença ou não de preconceitos e discriminação percebida, menor ou maior engajamento e participação social, a alfabetização e anos de estudo, as condições de moradia (número de quartos e posse do imóvel como exemplos), todas circunstâncias-reflexo das condições de vida e trabalho que se constituíram ao longo da vida das pessoas idosas e que afetam e são afetadas pelos determinantes individuais.

Se associarmos a estes fatores as condições macrosociais tais como ambiente urbano/rural, continente de origem, disparidades étnicas e esforço/estresse financeiro, compõe-se um quadro que pode afetar positivamente, ou não, o

envelhecer e a saúde do idoso, determinando maior morbimortalidade e afetando a qualidade de vida e dignidade destas pessoas.

Com a finalidade de tornar visíveis estas diferenças e demonstrar para os futuros profissionais de saúde a influência que os determinantes e condicionantes sociais, bem como a presença de políticas públicas, exercem no envelhecer e na saúde das pessoas idosas da cidade de São Paulo, fizemos uma pesquisa comparativa sobre qualidade de vida e autopercepção de saúde com dois grupos de idosos.

O primeiro grupo foi composto por 40 pessoas vinculadas a um plano de saúde, que se referem como sendo de estrato social médio a alto, moradores em bairros considerados centrais na cidade de São Paulo. Por sua vez, o segundo grupo foi formado por 44 pessoas idosas atendidas por um equipamento público vinculado à assistência social - Núcleo de Convivência para Idosos- NCI -, todos moradores no bairro periférico onde se encontra o referido equipamento e a maioria beneficiários de programas de transferência de renda.

No Brasil, a pessoa idosa pode ser atendida, dependendo da renda que auferir, pelo sistema público de saúde ou pelo setor privado. Dados oficiais e pesquisas demonstram que os usuários idosos de planos de saúde privados no Brasil possuem maior renda que a média da população, com um padrão de adoecimento que é diferente das pessoas assistidas apenas pelo sistema público. Além destas diferenças quanto ao adoecer e das diferenças sociodemográficas citadas, pouco mais se sabe sobre o quão diferente pode ser envelhecer pertencendo a um ou outro grupo.

A faixa etária de ambos os grupos foi pareada: metade de cada grupo foi constituída por idosos com 60-75 anos e a outra metade com pessoas acima de 75 anos. Ambos os grupos foram compostos por 2/3 de mulheres. Para ambos se aplicaram os instrumentos WHOQOL-Bref e WHOQOL-OLD. Estes são instrumentos que avaliam o construto Qualidade de Vida.

Pode-se pensar qualidade de vida em pessoas idosas como uma interação complexa entre os recursos individuais e o meio ambiente, resultante da relação entre longevidade; saúde; autoestima, autoconceito e autodesenvolvimento; moradia; *status* social; manutenção dos papéis e qualidade dos vínculos familiares e sociais; renda; acesso; segurança e aprendizado, todos componentes importantes. A estes ainda se agregam o sentir-se produtivo e contribuir ativamente; ter um propósito e um objetivo, fatores relacionados com um funcionamento positivo e bem-estar na velhice.

Qualidade de vida é considerado um conceito polissêmico, portanto sujeito a múltiplas interpretações, e que varia não só de país para país, mas conforme o período histórico, a cultura, a inserção e estrato social e até individualmente, durante o ciclo de vida do indivíduo.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, qualidade de vida é a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com seu contexto cultural e o sistema de valores com o qual convive, relacionados com seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Conforme se envelhece, o construto se

relaciona fortemente com autonomia e independência. A qualidade de vida não se refere apenas à percepção do indivíduo, mas representa ainda o impacto das condições de vida e trabalho, dos estilos de vida individuais, das oportunidades, dos acessos, das doenças e tratamentos, podendo auxiliar na consecução e avaliação de políticas públicas. Daí a opção por utilizar este conceito para a pesquisa proposta.

Escolhemos os instrumentos ainda por estarem validados e adaptados para a população idosa brasileira, e porque trazem ainda duas questões que se destacam das demais e que solicitam à pessoa idosa que avalie sua vida de maneira geral e que declare sua auto percepção de saúde.

Em ambos os grupos não encontramos pessoas idosas sem alguma doença crônica. A maioria referiu ter doenças cardiovasculares e a média de enfermidades encontrados nos dois grupos foi de três doenças/idoso, variando entre uma e sete afecções. A presença de dor crônica e depressão foram referidas por pessoas em ambos os grupos, porém prevaleceram nas pessoas idosas que frequentavam o NCI. Notamos que, no grupo de pessoas idosas vinculadas à planos de saúde, a maioria estavam casados ou em união estável, enquanto entre as pessoas que frequentavam o NCI, a maioria era composta por viúvas que moravam sós.

A maioria das pessoas idosas dos dois grupos avaliou sua qualidade de vida como boa e referiu auto percepção de saúde como muito boa/boa, porém houve uma diferença estatística entre os grupos quanto a este último quesito: as pessoas idosas vinculadas à planos de saúde avaliaram melhor sua saúde ($p=0,001$). Vários estudos feitos com pessoas idosas no Brasil demonstram que pessoas usuárias de plano de saúde avaliam melhor sua saúde, fato que os pesquisadores associam não só à maior renda, mas também a mais oportunidades de acesso a bens públicos.

Segundo Breilh (2003), a diversidade em uma sociedade - referente ao gênero, etnia, geração, dentre outros atributos - pode estar associada a um sentido positivo ou não. A positividade se expressa quando há laços de solidariedade e cooperação entre gêneros e grupos étnicos, sendo que, quando isto não ocorre há desigualdade e inequidade. Esta última, historicamente determinada, refere-se à distribuição de bens pela sociedade e pode estar associada à iniquidade, como contrário de justiça. Assim, enquanto a inequidade é estruturalmente sobre determinada, a iniquidade refere-se às políticas de justiça social.

Esta discussão se torna pertinente ao analisarmos os dados comparativos para os dois grupos referentes aos diversos componentes (domínios e facetas) dos instrumentos WHOQOL: para o grupo de pessoas idosas vinculadas aos planos de saúde a pontuação mais elevada, e para a qual houve significância estatística quando comparada às pessoas que frequentam o NCI, ocorreu na faceta Meio Ambiente ($p=0,002$) do WHOQOL-Bref.

Vários estudos realizados no Brasil com idosos usuários do sistema público de saúde e/ou vinculados a equipamentos públicos de assistência social, como os NCI, demonstram a baixa pontuação obtida por estes no domínio Meio Ambiente. Este é um domínio relacionado com o ambiente onde o idoso está inserido,

englobando condições de moradia, acesso, segurança física, recursos financeiros, transporte e proteção, o que corrobora como as inequidades que diferenciam os dois grupos e que afetam, positivamente ou não, a qualidade de vida destes idosos.

Semelhante achado foi visto para a faceta Intimidade ($p=0,022$). Novamente, a maioria dos estudos brasileiros com idosos não usuários de planos de saúde mostram aqui menor pontuação, relacionada com a convivência e relações íntimas com companheiros e aqueles que os cercam. A diferença de situação conjugal entre os grupos pode explicar este fato, mas, um dos requisitos para a entrada de pessoas idosas no equipamento NCI é a existência de rompimento de vínculos sociais e familiares e a presença de risco social.

Já as pessoas idosas que participam do NCI pontuaram expressivamente no domínio Participação Social do WHOQOL-Old ($p=0,010$), ao contrário do grupo de pessoas vinculadas a planos de saúde. Este é domínio que avalia o relacionamento social e apoio de amigos, parentes e comunidade. Nota-se aqui o quanto o acesso a uma política pública, como o NCI, impacta positivamente para os idosos que dela participam, diminuindo iniquidades e propiciando rede social de suporte a estes idosos.

Destacamos ainda as diferenças estatísticas encontradas em relação à idade. Em ambos os grupos, os idosos mais novos pontuaram mais na faceta Físico do WHOQOL-Bref ($p=0,006$) e em Funcionamento dos Sentidos no WHOQOL-Old ($p=0,029$). Estes dois domínios relacionam-se ao processo biológico do envelhecer e à presença de doenças e/ou internações/ complicações decorrentes destas. Como, conforme avança a idade, as pessoas podem sofrer mais com perdas fisiológicas da visão, audição e desempenho físico, as quais vão afetando sua independência e autonomia, explicando o achado comum aos dois grupos.

Por fim, alguns comentários sobre as pessoas idosas com depressão. Apesar de maior número de pessoas participantes do NCI apresentar sintomas depressivos e diagnóstico médico da doença, do ponto de vista estatístico e para ambos os grupos, a depressão foi a enfermidade que mais afetou a qualidade de vida dos idosos que com ela convivem. Assim, pessoas idosas com depressão de ambos os grupos pontuaram menos nos aspectos relacionados à problemas psicológicos, interação social, convívio familiar e social. Ainda foram as pessoas com menores pontuações globais nos dois instrumentos: WHOQOL-Old e WHOQOL-Bref, demonstrando o impacto desta afecção na qualidade de vida destas pessoas.

O mesmo comentário se aplica à presença de dor crônica, a qual se relacionou significativamente com menor pontuação nos quesitos ligados ao convívio familiar e meio ambiente, além de menor pontuação global nos instrumentos. Observou-se ainda, mediante análises multivariadas, que idosos com dor crônica, em ambos os grupos, tem 3,41 vezes menos chance de ter boa percepção de saúde.

Desta forma, acreditamos que os futuros profissionais de saúde não só puderam conviver com pessoas idosas ativas de diferentes estratos sociais, mas também

perceber como os processos que condicionam e determinam as desigualdades afetam o envelhecer, não apenas quanto à renda, fator importante, mas, e principalmente, em questões relacionadas ao acesso a bens públicos e às condições de vida e trabalho.

Puderam ainda verificar o impacto de uma política pública como os NCI afeta a qualidade de vida. A presença de depressão e dor crônica, bem como o avançar da idade, se mostraram comuns a ambos os grupos, o que impõem um repensar na forma como futuros profissionais devem cuidar, e se importar, com estas questões. Mas, acima de tudo, ficou claro para os futuros profissionais que participaram desta atividade o quanto envelhecer é um processo heterogêneo, que não pode ser analisado apenas do ponto de vista biológico.

Agradecemos a essas pessoas idosas que, gentilmente, nos acolheram e aceitaram compartilhar um pouco de seus relatos de vida conosco, contribuindo não só para formar profissionais mais humanizados e críticos, mas também impactando em nossas vidas.

Referências

ALMEIDA-FILHO, N. O que é a saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

BREILH, J. *Epidemiologia clínica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003.

BOURDIEU, P. A "juventude" é apenas uma palavra. In BOURDIEU, P. *Questões de sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

FERNANDES, B.L.; BORGATO, M.H. A viuvez e a saúde dos idosos: uma revisão integrativa. *Revista Kairós Gerontologia*. v.19, n.3, p.187-204, 2016.

FLECK, M.P.A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L. *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.178-83, 2000.

HERNANDES, E.S.C.; LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O.; SANTOS, J.L.F. Idosos com e sem plano de saúde e características socioepidemiológicas associadas. *Revista Saúde Pública*. v.46, n.6, p.:1030-8, 2012

INSTITUTO DE PESQUISAS APLICADAS. IPEA. *Atlas da violência*. Rio de Janeiro: IPEA, 2019.

MACIEL, N.M.; CONTI, M.H.S.; SIMEÃO, S.F.A.P.; CORRENTE, J.E.; RUIZ, T.V.A. Morbidades referidas e qualidade de vida: estudo de base populacional. *Fisioterapia Pesquisa*. v.23, n.1, p. 91-97, 2016.

MANSO, M.E.G.; CÂMARA, R.; SOUZA, S.A.; MACIEL, T.D.; FARINA, D.B.L. Programa de gerenciamento de doenças crônicas em um plano de saúde, São Paulo, Brasil. *Ciência, Cuidado e Saúde*. v.15, n.2, p.321-327, 2016.

MANSO, M.E.G.; CAMILO, C.G.; GAVITTI, G.C.; BENEDITO, V.L. Capacidade funcional do idoso longevo: revisão integrativa. *Revista Kairós - Gerontologia*. v.22, n.1, p.563-574, 2019.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência Saúde Coletiva*. v.5, n.1, p. 7-18, 2000.

Data de recebimento: 16/11/2020; Data de aceite: 15/02/2021

Maria Elisa Gonzalez Manso - Doutora em Ciências Sociais, pós-doutorado e Mestrado em Gerontologia Social PUC SP. Médica e bacharel em Direito. Professora titular curso de medicina Centro Universitário São Camilo e orientadora docente Liga de Estudos do Processo de Envelhecimento LEPE São Camilo.

Foto de RODNAE Productions/Pexels e de Mehmet Turgut Kirkgoz/Pexels