

Sposito, Giovana; Diogo, Maria J. D'Elboux; Cintra, Fernanda Ap.; Neri, Anita L.; Guariento, Maria E.;  
De Sousa, Maria L. R.

Relações entre o bem-estar subjetivo e a funcionalidade em idosos em seguimento ambulatorial

Revista Brasileira de Fisioterapia, vol. 14, núm. 1, enero-febrero, 2010, pp. 81-89

Associação Brasileira de Pesquisa e Pós-Graduação em Fisioterapia  
São Carlos, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235016573013>

# Relações entre o bem-estar subjetivo e a funcionalidade em idosos em seguimento ambulatorial

Relationship between subjective well-being and the functionality of elderly outpatients

Giovana Sposito<sup>1</sup>, Maria J. D'Elboux Diogo<sup>2</sup>, Fernanda Ap. Cintra<sup>2</sup>, Anita L. Neri<sup>3</sup>, Maria E. Guariento<sup>4</sup>, Maria L. R. De Sousa<sup>5</sup>

## Resumo

**Objetivo:** Este estudo teve como objetivo verificar a relação entre o bem-estar subjetivo, independência funcional e desempenho de membros inferiores (força muscular, velocidade de marcha e equilíbrio) de idosos em seguimento ambulatorial, em relação ao sexo e a grupos etários. **Métodos:** Foram avaliados 125 idosos de ambos os sexos com idade mínima de 60 anos, atendidos em um ambulatório de geriatria. Os instrumentos utilizados foram: 1) Medida da Independência Funcional (MIF) para avaliar a dependência funcional; 2) Short Physical Performance Battery (SPPB) para medir o desempenho físico; 3) Bem-Estar Subjetivo (BES): questões sobre a saúde e satisfação com a vida. **Resultados:** A amostra utilizada foi de conveniência, com predomínio do sexo feminino, que apresentou maior comprometimento funcional. As correlações do bem-estar subjetivo com o teste de desempenho não demonstraram diferenças entre os sexos, contudo os idosos mais velhos apresentaram maior nível de satisfação que os idosos mais jovens. A saúde percebida também foi mais satisfatória entre os idosos mais velhos. Entretanto, a saúde percebida comparada mostrou melhores resultados nos idosos com moderado a bom desempenho físico. **Conclusão:** Os resultados sugerem que indivíduos mais velhos apresentam maior satisfação com a vida e melhor saúde percebida. Além disso, o bom desempenho físico foi uma variável de relevância para melhor saúde percebida quando comparada a outras pessoas.

**Palavras-chave:** capacidade funcional; bem-estar subjetivo; saúde percebida; idoso.

## Abstract

**Objective:** The aim of this study was to investigate the relationship between subjective well-being, functional independence and lower-limb performance (muscle strength, gait velocity and balance) among elderly people undergoing outpatient follow-up, stratified by sex and age groups. **Methods:** We evaluated 125 elderly people, aged 60 years and over, who received care at a geriatric outpatient clinic. The instruments used were: 1) Functional Independence Measure (FIM) to evaluate functional dependence; 2) Short Physical Performance Battery (SPPB) to measure physical performance; and 3) Subjective Well-Being (SWB) with questions about health and satisfaction with life. **Results:** A convenience sample was used, with predominance of females (who had greater functional impairment). The Spearman correlation coefficients for subjective well-being and the performance tests varied from -0.16 to 0.31 for men and -0.09 to 0.29 for women, therefore there were no differences between the sexes. However, the older participants had a higher level of satisfaction than the younger participants. Perceived health was also more satisfactory among the older participants, however comparative perceived health was better among the elderly participants with moderate to good physical performance. **Conclusion:** The results suggest that older individuals have greater satisfaction with life and better perceived health. Moreover, good physical performance was an important variable for better perceived health when compared to other people.

**Key words:** Functional capacity; subjective well-being; perceived health; elderly person.

Received: 28/01/2009 – Revised: 01/06/2009 – Accepted: 30/06/2009

<sup>1</sup>Departamento de Gerontologia, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas (SP), Brasil

<sup>2</sup>Departamento de Enfermagem, Unicamp

<sup>3</sup>Departamento de Psicologia, Unicamp

<sup>4</sup>Departamento de Clínica Médica, Unicamp

<sup>5</sup>Departamento de Odontologia, Unicamp, Piracicaba (SP), Brasil

Correspondência para: Giovana Sposito, Rua Saldanha Marinho, 19, Jardim Santana, Amparo (SP), Brasil, CEP 13902-570, e-mail: gigi.sposito@uol.com.br

## Introdução ::::

O crescimento do número de idosos e as possíveis consequências da velhice nas relações físicas, mentais e sociais remetem à necessidade de reconhecer as variáveis que favorecem o bem-estar dessa população.

O bem-estar subjetivo (BES), percebido e avaliado por meio de experiências individuais, consiste na autoavaliação manifestada por afetos positivos que se sobressaem aos negativos, pela satisfação global com a vida bem como pela satisfação relacionada a aspectos ou domínios específicos, como saúde, trabalho, independência, entre outros<sup>1</sup>. Completa-se, ainda, por meio de comparações pessoais a partir de referências do próprio passado e do bem-estar de indivíduos na mesma faixa etária<sup>2</sup>.

Além dos aspectos subjetivos (percepção), estudos destacam preditores objetivos que influenciam no BES, entre eles, a saúde percebida (SP)<sup>3-5</sup>. Acredita-se que essa influência não decorra apenas do que o idoso sente fisicamente, mas da sua percepção de saúde, denominada SP, que também envolve uma interação de variáveis, entre elas, as consequências das doenças sobre seu bem-estar e sobre as atividades que consegue realizar; da comparação da sua saúde com a de outras pessoas da mesma idade e das expectativas da velhice<sup>6-8</sup>. São escassos estudos sobre a importância do sexo e da idade na SP<sup>9</sup>, entretanto, há evidências de que a queda da capacidade funcional ou da funcionalidade do idoso exerce expressiva redução no BES<sup>2,3</sup>.

Destaca-se a relevância da capacidade funcional na velhice, na medida em que é o próprio paradigma da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso, que tem como uma das suas finalidades recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos idosos, considerando que o conceito de saúde na velhice se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência, do que pela presença ou ausência de doença orgânica<sup>9</sup>.

Nesse sentido, a Classificação Internacional de Funcionalidade<sup>10</sup> contempla, na sua definição, os aspectos físicos, ambientais e subjetivos do indivíduo e da sua saúde ao deixar claro que a funcionalidade abrange todas as funções e sistemas do corpo, atividades e participações do indivíduo tanto na perspectiva individual como social e os aspectos positivos do indivíduo na relação com fatores pessoais e ambientais.

Na prática assistencial, torna-se relevante a identificação dos aspectos subjetivos, focados no bem-estar do idoso, sob sua ótica, de modo que a abordagem terapêutica seja direcionada ao atendimento da sua demanda nas diferentes esferas.

Outro aspecto que merece destaque é a satisfação individual referenciada a aspectos específicos ou domínios, ou seja, o quanto o indivíduo está satisfeito, por exemplo, com sua saúde, memória, amizades, atenção, ambiente, trabalho, acessos aos

serviços de saúde, entre outros. A satisfação, além de também ser influenciada pela capacidade funcional, é um dos elementos que compõem o BES, uma vez que está incluída no contexto da avaliação subjetiva.

Assim sendo, este estudo tem como objetivos verificar a relação entre o bem-estar subjetivo, independência funcional e desempenho físico de membros inferiores (MMII) (equilíbrio, marcha e força de MMII) de idosos em seguimento ambulatorial em relação a grupos etários e sexo; verificar o impacto das medidas de desempenho e de independência funcional, da idade e do sexo sobre o bem-estar subjetivo.

## Materiais e métodos ::::

Trata-se de uma pesquisa de caráter transversal e exploratório realizada no ambulatório de geriatria do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Os idosos atendidos no ambulatório, campo de pesquisa, possuem idade mínima de 80 anos e 60 anos se apresentar algum grau de dependência. O presente estudo insere-se numa pesquisa maior sobre fragilidade e bem-estar subjetivo de idosos, realizada neste ambulatório, cujo banco de dados é disponibilizado para os pesquisadores do grupo de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

### Sujeitos

Foi utilizada a amostra não-probabilística de conveniência, considerando as características homogêneas da população e o critério tempo de coleta. Os sujeitos do estudo foram 125 idosos, com idade mínima de 60 anos, de ambos os sexos, entrevistados no período de outubro de 2005 a setembro de 2007, em condições físicas e mentais de compreender e responder ao instrumento de coleta e que concordaram em participar no estudo.

Os idosos foram abordados ao comparecerem para atendimento no ambulatório e, ao aceitarem participar da pesquisa, assinavam o termo de consentimento livre e esclarecido conforme recomendação. Foi garantido o anonimato bem como a continuidade do seu tratamento no caso de recusa.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, processo nº240/2003.

### Coleta de dados

Para este estudo foram utilizadas as seguintes variáveis do banco de dados:

- Dados Sociodemográficos: sexo e idade

- Bem-Estar Subjetivo (BES): avaliação da SP e SP comparada (SPC), da satisfação global com a vida e da satisfação com aspectos específicos (domínios)<sup>2</sup>. A medida foi realizada por meio das seguintes questões: duas perguntas sobre SP, sendo a primeira sobre a percepção do idoso sobre sua saúde de um modo geral e a segunda sobre a sua saúde quando comparada a outros indivíduos da mesma idade; duas questões referentes à satisfação global, sendo a primeira sobre a satisfação do idoso com a própria vida e a outra sobre a satisfação com a sua vida quando comparada à de outras pessoas da mesma idade; e 13 questões sobre satisfação referenciada a domínios (saúde, memória, capacidade de resolução, amizades, ajuda de terceiros, cuidados com a saúde, atenção e carinhos de outras pessoas, ambiente, trabalho, condições do local e moradia, acesso aos serviços de saúde e meio de transporte). Para cada questão foi atribuído o valor de um a três, sendo o maior escore indicativo de melhor percepção e melhor satisfação.
- Medida da Independência Funcional (MIF)<sup>11</sup>: é um dos instrumentos mais utilizados para a avaliação da dependência funcional para as atividades da vida diária, ou melhor, para a identificação da necessidade de ajuda de outra pessoa para a realização dessas atividades. É composto por 18 tarefas, divididas em: MIF motora (MIFm), que avalia as atividades de autocuidado, controle de esfíncteres, mobilidade e locomoção; e a MIF cognitiva/social (MIFcs), que avalia a comunicação e a cognição social. O valor atribuído para cada tarefa é de 1 a 7, sendo que o valor 7 corresponde a independência completa e 1 à dependência total. O escore total da avaliação varia entre 18 e 126.
- Desempenho físico: avaliado por meio do instrumento *Short Physical Performance Battery* (SPPB)<sup>12</sup>, que avalia o equilíbrio, a marcha e a força de membros inferiores. O equilíbrio é avaliado em três posições dos pés: 1. em paralelo, 2. com o hálux encostado na borda medial do calcanhar e 3. com o hálux encostado na borda posterior do calcanhar. Atribui-se 1 ponto se realizado em tempo  $\leq 10''$  e zero se for  $> 10''$ , para os dois primeiros testes. No terceiro teste, a pontuação varia de zero para  $< 3''$ , 1 entre 3'' e 9,99'' e 2 se for  $\geq 10''$ . Para a avaliação da marcha, utilizou-se um cronômetro para registrar o tempo que o indivíduo levou para percorrer um corredor de 4 metros (ida e volta), repetindo duas vezes o percurso. A pontuação do instrumento varia de: zero, quando incapaz; 1, se  $> 8,70''$ ; 2 se o tempo varia entre 6,21'' e 8,70''; 3 entre 4,82'' e 6,20'' e 4, se tempo  $< 4,82''$ . Verificou-se a força muscular dos MMII por meio do tempo que o idoso levou para levantar-se de uma cadeira com os membros superiores cruzados sobre o peito, repetindo o teste cinco vezes consecutivas. Os escores variam de acordo com tempo gasto: zero quando

incapaz; 1, se  $> 16,7''$ ; 2 entre 13,7'' e 16,69''; 3, tempo entre 11,2'' e 13,69'' e 4 se tempo  $< 11,19''$ . O escore total do SPPB, obtido pela soma das pontuações de cada teste permite valores entre zero e 12 pontos e representa o desempenho dos MMII dos idosos por meio da seguinte graduação: zero a 3 pontos, quando é incapaz ou mostra desempenho muito ruim; 4 a 6 pontos representa baixo desempenho; 7 a 9 pontos, em caso de moderado desempenho e 10 a 12 pontos, ao apresentar bom desempenho.

## Análise dos dados

Os dados foram submetidos às seguintes análises:

- Descriptiva, com medidas de posição (média, mediana, mínima e máxima) e dispersão (desvio-padrão): para o tratamento dos dados sociodemográficos e escores dos instrumentos utilizados.
- Confiabilidade: coeficiente alpha de cronbach para avaliar a consistência interna dos instrumentos, valor considerado satisfatório  $> 0,70$ .
- Correlação (Spearman): para a análise da relação entre as variáveis numéricas de acordo com os seguintes critérios: fraca magnitude, valores  $< 0,3$ ; moderada magnitude, de  $\geq 0,3$  a  $< 0,5$  e forte magnitude, valores  $\geq 0,5$ .
- Análise de Regressão Logística: foi realizada a análise univariada e multivariada. O critério de seleções de variáveis foi o *Stepwise* ou passo a passo, que considera todas as variáveis, sejam ou não significativas na análise univariada e, em seguida, são selecionadas apenas aquelas que são mais significativas conjuntamente, ao nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ) para o modelo final da análise multivariada.

Os componentes do BES, SP e SPC, foram analisados como variáveis dependentes, enquanto sexo, faixa etária, desempenho físico (escores do SPPB) e independência funcional (escores da MIF) foram as variáveis independentes. A opção das variáveis dependentes deu-se em função da relevância da SP e SPC sobre o BES de acordo as evidências de pesquisa<sup>6-8</sup>.

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ( $p < 0,05$ ).

## Resultados

Os 125 idosos sujeitos deste estudo apresentaram idade média de  $72 \pm 7,58$  anos e 61,60% eram mulheres. A média dos escores do SPPB foi de  $5,53 \pm 2,4$ , que corresponde a baixo desempenho dos MMII, e da MIF total foi de  $112,9 \pm 12,86$ , o que indica que os idosos avaliados apresentaram independência funcional. Os itens relacionados à SP e SPC, apresentaram

valores médios semelhantes, em torno de 2,13 a 2,45, o que corresponde à variação possível. Na satisfação referenciada a domínios, a média foi de  $29,72 \pm 4,41$ , conforme Tabela 1.

Na correlação entre os escores do SPPB, MIF e BES em função do sexo (Tabela 2), houve correlação significativa de moderada magnitude entre a SPC e a marcha, e satisfação referenciada a domínios e ao equilíbrio entre os idosos do sexo masculino; não houve significância estatística na relação da MIF com o BES. No sexo feminino, houve correlação significativa entre a SPC e a marcha, satisfação referenciada a domínios e a força muscular. As variáveis satisfação com a vida global e satisfação referenciada a domínios apresentaram correlação significativa com a MIFcs. Nesse grupo, todas as correlações foram de fraca magnitude.

Na Tabela 3, observa-se que aumenta o número de correlações significativas entre o BES e as avaliações do SPPB e MIF à medida que a faixa etária é mais avançada. Na faixa de 60 a 69 anos, não houve correlação significativa entre o BES e o SPPB, porém houve significância estatística entre todos os itens de BES, exceto a satisfação com a vida comparada e a MIFcs, de moderada a forte magnitude; também houve significância entre SP e SPC e a MIF total, de moderada magnitude. Já na faixa etária dos 70 aos 79 anos, houve correlação significativa de fraca a moderada magnitude entre SPC e equilíbrio, marcha, SPPB total, MIFm e MIF total; a satisfação com a vida comparada apresentou correlação significativa de fraca a média magnitude

com equilíbrio, marcha e SPPB total. No grupo de idosos com idade  $\geq 80$  anos, houve correlação significativa de fraca a moderada magnitude entre a SPC e a marcha, satisfação com a vida e SPPB total, satisfação com a vida comparada e a força muscular, SPPB total e MIF total, e satisfação referenciada a domínios com o equilíbrio, força muscular, SPPB Total, MIFm e MIF Total.

Optou-se pela análise de regressão logística univariada e multivariada para verificar a variável de maior importância ou que melhor explica o BES, analisado aqui por meio da SP e SPC.

Na Tabela 4, observa-se a análise de regressão multivariada para SP e SPC. A idade foi significativa como a variável que melhor explica a SP. Na faixa de idade de 70 a 79 anos, a chance de avaliação de melhor SP é de 3,69 maior, em idosos com  $\geq 80$  anos, essa chance é de 4,41 maior. Por outro lado, o desempenho físico, avaliado por meio do SPPB, foi a variável significativa que mais influenciou a SPC. Os idosos que obtiveram escore do SPPB total de 7 a 12 pontos apresentam 3,74 maior chance de sentirem melhor a SPC.

## Discussão ::::

A amostra estudada ( $n=125$ ) apresentou baixo desempenho no teste (SPPB média= $5,53 \pm 2,56$ ), entretanto, sem comprometimento da independência funcional (MIF média= $112,9 \pm 12,86$ ),

**Tabela 1.** Estatística descritiva das variáveis: idade, SPPB, MIF e BES dos idosos do estudo ( $n=125$ ).

Variáveis	N (%)	Media ( $\pm dp^*$ )	Mediana	Variação observada	Variação possível
Idade (anos)		$72 (\pm 7,58)$	77,00	60-93	—
60-69	24 (19,20)				
70-79	55 (44,00)				
$\geq 80$	46 (36,80)				
Sexo					
Homens	48 (38,40)				
Mulheres	77 (61,60)				
SPPB					
Equilíbrio	125 (100,00)	2,61 ( $\pm 1,39$ )	3,00	0-4	0-4
Marcha	125 (100,00)	1,95 ( $\pm 1,02$ )	2,00	0-4	0-4
Força muscular	125 (100,00)	0,98 ( $\pm 1,72$ )	1,00	0-4	0-4
SPPB Total	125 (100,00)	5,53 ( $\pm 2,56$ )	6,00	0-11	0-12
MIF					
MIFm	125 (100,00)	82,07 ( $\pm 9,69$ )	85,00	44-91	13-91
MIFcs	125 (100,00)	30,87 ( $\pm 4,81$ )	33,00	14-35	14-35
MIF Total	125 (100,00)	112,9 ( $\pm 12,86$ )	116,00	67-126	18-126
BES**					
SP	123 (98,40)	2,13 ( $\pm 0,70$ )	2,00	1-3	1-3
SPC	123 (98,40)	2,37 ( $\pm 0,73$ )	3,00	1-3	1-3
Satisglo	123 (98,40)	2,37 ( $\pm 0,70$ )	3,00	1-3	1-3
Satisgloc	123 (98,40)	2,45 ( $\pm 0,67$ )	3,00	1-3	1-3
Satisdom	123 (98,40)	29,72 ( $\pm 4,41$ )	30,00	18-36	13-39

\*dp=desvio-padrão, \*\*Missing=2. N=número de sujeitos; MIF=medida da independência funcional; MIFm=MIF motora; MIFcs=MIF cognitivo social; SPPB=Short Physical Performance Battery; SP=saúde percebida; SPC=saúde percebida comparada; Satisglob=satisfação global com a vida; Satisglobc=satisfação global com a vida comparada; Satisdom=satisfação referenciada a domínios; BES=bem-estar subjetivo.

**Tabela 2.** Correlação dos escores do BES com o SPPB e MIF a cada grupo de sexo dos idosos (n=125).

Variáveis	Homens (n=48)					Mulheres (n=77)				
	BES					BES				
	SP	SPC	Satisglo	Satisgloc	Satisdom	SP	SPC	Satisglo	Satisgloc	Satisdom
SPPB										
Equilíbrio	r=0,23645	0,25982	0,02181	0,20566	0,30247	r=0,10438	0,00374	-0,08837	0,00148	0,04447
	p=0,1057	0,0745	0,883	0,1608	0,0367	p=0,3728	0,9746	0,4509	0,9900	0,7048
						n=75	75	75	75	75
Marcha	-0,1199	0,31217	-0,027966	0,12733	-0,15099	0,21274	0,24680	0,03770	0,11156	0,10401
	0,4169	0,0308	0,0542	0,3885	0,3056	0,0669	0,0328	0,7481	0,3407	0,3745
						75	75	75	75	75
Força muscular	-0,0185	0,15705	0,03188	0,16519	-0,08371	0,06530	0,09776	0,04581	0,00500	0,28977
	0,9008	0,2864	0,8297	0,2619	0,5716	0,5778	0,4040	0,6963	0,9661	0,0117
						75	75	75	75	75
SPPB Total	0,00849	0,25936	-0,15816	0,20112	0,04550	0,15047	0,12261	-0,00239	0,02588	0,11518
	0,9543	0,0751	0,283	0,1705	0,7588	0,1976	0,2947	0,9837	0,8256	0,3251
						75	75	75	75	75
MIF										
MIFm	0,09819	0,20384	-0,03047	0,04732	0,03601	0,21298	0,17685	-0,04091	0,08155	0,13084
	0,5067	0,1646	0,8371	0,7495	0,8080	0,0666	0,1291	0,7275	0,4867	0,2632
						75	75	75	75	75
MIFcs	0,01531	0,21639	0,16348	0,13259	0,24976	-0,04263	0,17221	0,0392	0,25569	0,26151
	0,9178	0,1396	0,2669	0,369	0,0869	0,7165	0,1396	0,7384	0,0268	0,0234
						75	75	75	75	75
MIF Total	-0,0365	0,21137	-0,02492	0,03295	0,09568	0,13702	0,21400	0,00725	0,16867	0,20688
	0,8057	0,1493	0,8665	0,8241	0,5177	0,2411	0,0652	0,9508	0,1480	0,0749
						75	75	75	75	75

r=coeficiente de correlação de Spearman; p=p-valor; n=número de sujeitos. As correlações significativas estão sublinhadas; MIF=medida da independência funcional; MIFm=MIF motora; MIFc=MIF cognitiva social; MIFT=MIF total; SPPB= Short Physical Performance Battery; SP=saúde percebida; SPC=saúde percebida comparada; Satisglob=satisfação global com a vida; Satisglobc=satisfação global com a vida comparada; Satisdom=satisfação referenciada a domínios; BES=bem-estar subjetivo.

especificamente para as atividades que compõem o instrumento utilizado que incluem, em sua maioria, as atividades básicas da vida diária (ABVDs). De fato, estudos sobre a funcionalidade de idosos mostram que as ABVDs são as últimas a serem comprometidas em decorrência do envelhecimento ou dos agravos à saúde. Numa hierarquia de complexidade, encontra-se inicialmente o comprometimento das atividades avançadas (AAVDs), seguida das atividades instrumentais (AIVDs) e, por último, as ABVDs, as quais estão estreitamente relacionadas às atividades de autocuidado<sup>13</sup>. Esses resultados apontam para a necessidade de utilizar instrumentos que avaliem os diferentes níveis de complexidade das atividades, na medida em que se faz necessário realizar intervenções precoces tendo em vista a prevenção de dependência e a recuperação da independência funcional do idoso. Isso se aplica em serviços geriátricos voltados ao atendimento e tratamento clínico e cirúrgico bem como em serviços de reabilitação.

Outrossim, o BES, avaliado por questões relacionadas à saúde e satisfação com vida, também apresentou médias elevadas e, a exemplo de outros estudos, constatou-se correlação entre itens do BES e do desempenho físico em ambos sexos (SPC e marcha em ambos os sexos, a satisfação referenciada

a domínios e equilíbrio entre os sujeitos do sexo masculino e força de MMII entre o sexo feminino)<sup>14-16</sup>.

Em pesquisa com idosos japoneses, o BES não apresentou correlação significativa com a funcionalidade geral em ambos os sexos, no entanto a coordenação motora dos membros superiores, item do teste de capacidade funcional, apresentou correlação significativa com a satisfação com a vida<sup>17</sup>.

Também no estudo de idosos saudáveis e idosos que haviam sofrido AVE, não houve diferença significativa entre os grupos em relação ao BES e a capacidade funcional. Porém, as variáveis como ser do sexo feminino, ter idade mais avançada, boa saúde geral e rede social foram preditores de maior satisfação com a vida na amostra estudada<sup>18</sup>.

Considerando a multidimensão do BES, os resultados sugerem que o desempenho de funções específicas pode comprometer determinadas esferas do BES, especialmente se consideradas essenciais na ótica do idoso, porém não compromete o BES em âmbito geral.

Nesta pesquisa, o grupo de idade mais avançada, de ≥80 anos, também mostrou maiores escores na correlação entre as medidas de BES e desempenho físico e independência funcional. Variáveis psicossociais revelam estratégias de

**Tabela 3.** Correlação dos escores de BES com o SPPB e MIF a cada grupo de faixa etária dos idosos (n=125).

Variáveis	Idade 60-69 (n=24)						Idade 70-79 (n=55)						Idade >=80 (n=44)								
	BES			BES			BES			BES			BES			BES					
SPPB	SP	SPC	Satisglo	Satisgloc	Satisdom	SP	SPC	Satisglo	Satisgloc	Satisdom	SP	SPC	Satisglo	Satisgloc	Satisdom	SP	SPC	Satisglo	Satisgloc	Satisdom	
Equilíbrio	$r=0,21857$	$-0,18104$	$-0,29055$	$-0,07832$	$0,04350$	$0,14193$	$0,36383$	$0,03140$	$0,26668$	$0,07470$	$r=0,23825$	$0,16474$	$0,26586$	$0,25249$	$0,46433$						
	$p=0,3048$	$0,3972$	$0,1684$	$0,7160$	$0,8401$	$0,3013$	$0,0063$	$0,8200$	$0,0490$	$0,5878$	$p=0,1194$	$0,2853$	$0,0811$	$0,0982$	$0,0015$						
Marcha	$0,11341$	$0,21175$	$-0,22060$	$0,11890$	$0,17040$	$0,24763$	$0,42973$	$0,09198$	$0,29559$	$-0,05413$	$0,12130$	$0,49047$	$0,19126$	$0,22641$	$0,26845$						
Força muscular	$0,25583$	$0,19773$	$-0,11463$	$0,25549$	$0,30643$	$0,01016$	$0,17312$	$0,16723$	$-0,00042$	$0,04766$	$0,11294$	$0,24367$	$0,24661$	$0,30960$	$0,41700$						
	$0,2276$	$0,3544$	$0,5938$	$0,2282$	$0,1453$	$0,9413$	$0,2062$	$0,2223$	$0,9976$	$0,7297$	$0,4664$	$0,1110$	$0,1066$	$0,0415$	$0,0049$						
SPPB Total	$0,08405$	$-0,03587$	$-0,29744$	$-0,04012$	$0,08073$	$0,15748$	$0,42987$	$0,10086$	$0,31605$	$0,03208$	$0,28493$	$0,37535$	$0,31707$	$0,32941$	$0,48178$						
MIF																					
MIFm	$0,39726$	$0,23162$	$-0,14353$	$-0,01516$	$0,11286$	$0,14337$	$0,34215$	$0,05946$	$0,12520$	$0,06863$	$0,27046$	$0,21224$	$0,13605$	$0,27567$	$0,31110$						
	$0,0546$	$0,2762$	$0,5034$	$0,9440$	$0,5995$	$0,2964$	$0,0106$	$0,6663$	$0,3624$	$0,6186$	$0,0758$	$0,1666$	$0,3785$	$0,0701$	$0,0398$						
MIFcs	$0,48097$	$0,49812$	$0,61490$	$0,40357$	$0,46355$	$-0,01545$	$0,18105$	$0,10636$	$0,19680$	$0,26106$	$-0,14284$	$0,18164$	$-0,12416$	$0,27173$	$0,19776$						
	$0,0173$	$0,0132$	$0,0014$	$0,0505$	$0,0225$	$0,9108$	$0,1859$	$0,4396$	$0,1498$	$0,0542$	$0,3550$	$0,2380$	$0,4220$	$0,0744$	$0,1982$						
MIF Total	$0,49345$	$0,49298$	$0,26931$	$0,26003$	$0,38065$	$0,06375$	$0,28497$	$0,04925$	$0,12485$	$0,13096$	$0,22599$	$0,04522$	$0,29869$	$0,29808$							
	$0,0143$	$0,0144$	$0,2032$	$0,2198$	$0,0665$	$0,6438$	$0,0350$	$0,7210$	$0,3638$	$0,3126$	$0,3988$	$0,1402$	$0,7707$	$0,0489$	$0,0494$						

$r$ =coeficiente de correlação de Spearman;  $p$ =p-valor;  $n$ =número de sujeitos. As correlações significativas estão sublinhadas. MIF=medida da independência funcional; MIFm=MIF motor; MIFc=MIF cognitiva social; MIFT=MIF total; SPPB=SPPB=Short Physical Performance Battery; SP=saudade percebida; SPC=saudade percebida comparada; Satisglob=satisfação global com a vida; Satisglobc=satisfação referenciada a domínios; Satisdom=satisfação referenciada a domínios; BES=bem-estar subjetivo.

enfrentamento que contribuem significativamente para o bem-estar dos idosos<sup>7</sup> e impedem ou restringem o declínio da satisfação com a vida com o avanço da idade<sup>1</sup>.

Resultados de pesquisas mostram que os idosos mais jovens são menos satisfeitos que os idosos mais velhos com sua independência funcional. Esse fato pode ser explicado pela resiliência dos idosos mais velhos, que consiste na adaptação a essa fase da vida. Enfrentam dificuldades e obstáculos por mais traumáticos que sejam e permitem que as condições subjetivas respondam pela manutenção da resiliência psicológica, mesmo quando a resiliência biológica está comprometida<sup>19,20</sup>.

Em revisão de pesquisas internacionais entre BES e a variável idade<sup>1</sup>, constatou-se que a satisfação com a vida não declina com o envelhecimento apesar de outras variáveis, como casamento e renda, que se relacionam com o bem-estar, realmente declinarem com a idade. As emoções negativas permanecem relativamente constantes e o afeto positivo, declina. Por isso, há razão para ser otimista em relação à flexibilidade e à habilidade dos indivíduos de se adaptarem e ainda alcançarem níveis positivos de satisfação com a vida enquanto envelhecem, mesmo em condições muitas vezes consideradas desagradáveis.

Destaca-se a importância desses aspectos em intervenções de reabilitação, especialmente entre idosos com sequelas de doenças tais como AVE ou amputação, comuns nesta faixa etária. As metas a serem atingidas devem estar em consonância entre os profissionais envolvidos e o idoso, considerando que a natureza subjetiva do bem-estar, enquanto satisfação e SP, são diferentes entre as pessoas envolvidas, sejam elas profissionais, familiares e o próprio idoso. Os mecanismos adaptativos e de enfrentamento às perdas, tais como o menor grau de exigência e de aspirações, facilitam o ajuste de seus objetivos às suas condições físicas<sup>13</sup>. Esse ajustamento está associado a aspectos que promovem o bem-estar com ele mesmo e quando comparado a outros indivíduos da mesma idade<sup>19</sup>.

Esses dados podem ser confirmados em estudo com 40 idosos submetidos à amputação de MMII. Os idosos, mesmo apresentando limitações físicas devido à amputação, apresentaram elevados escores na avaliação subjetiva da sua independência funcional e na satisfação com a vida<sup>6</sup>.

Em outra investigação, com 50 idosos que haviam sofrido AVE, observou-se que os sujeitos apresentaram elevada satisfação mesmo com as possíveis alterações funcionais decorridas do AVE. A maioria desses idosos havia sofrido AVE há mais de quatro anos. O tempo decorrido, de acordo com os autores, poderia ser identificado como um mecanismo de ajustamento e adaptação a uma nova condição e a uma perspectiva na melhora da qualidade de vida<sup>21</sup>.

Nessa ótica, é possível considerar que as perdas funcionais decorrentes do envelhecimento e de doenças e suas sequelas,

**Tabela 4.** Análise de regressão logística multivariada para SP e SPC (n=125).

Variável	Variáveis selecionadas	Categorias	Valor-p*	OR**	IC 95% OR
SP	Idade	60-69 anos		1,00	—
		70-79 anos	0,054	3,69	0,98-13,98
		≥80 anos	0,032	4,41	1,14-17,05
SPC	SPPB Total	0-3		1,00	—
		4-6	0,094	2,32	0,87-6,23
		7-12	0,005	3,74	1,48-9,47

\*Critério Stepwise de seleção de variáveis para análise de regressão logística multivariada. SP=saudade percebida; SPC=saudade percebida comparada. SP=ruim ou mais ou menos (n=84); SP boa (n=39); SPC ruim ou mais ou menos (n=60); SPC boa (n=63). \*\* OR=Razão de chance para melhor SP e SPC; IC95% OR=Intervalo de 95% de confiança para OR.

no decorrer do tempo, são superadas frente aos mecanismos de adaptação, e geralmente emoções positivas tendem a predominar sobre as negativas, pois o BES é conceituado e medido como uma condição a longo prazo e não momentâneo. As mudanças ocasionadas no nível de satisfação parecem variar ao redor de um ponto estável flexível<sup>22</sup>. Indivíduos que vivenciam eventos relevantes na vida, de natureza positiva ou negativa, com o passar do tempo retornam a um nível básico positivo habitual<sup>23</sup>.

Além disso, o grupo mais idoso pode ter lançado mão de mecanismos compensatórios eficazes para apresentar aspectos mais positivos de BES, como crenças pessoais, espiritualidade, religiosidade e suporte social, considerados recursos para melhor satisfação nessa fase da vida<sup>24</sup>.

Na eleição da SP como a variável representante do BES, novamente a idade é a variável que se destaca, evidenciando que, à medida que a idade aumenta, a percepção da própria saúde é melhor.

Esse resultado corrobora outros estudos que obtiveram melhor SP entre os idosos mais velhos, o que confirma que o avanço da idade pode interferir na SP dos idosos<sup>8,25,26</sup>, isso porque a SP não depende da comparação entre a atual situação e o padrão ideal, mas das expectativas da própria velhice<sup>7</sup>, ou seja, a SP é a integração individual de muitos aspectos de saúde, com o senso de o indivíduo ser capaz de realizar comportamentos necessários para alcançar os resultados desejados por ele<sup>14</sup>.

Entretanto, em um estudo com 1239 idosos canadenses, acima de 65 anos, de ambos os sexos, resultou como “não muito boa” a definição para a SP entre os idosos mais velhos. Os autores destacaram os problemas de saúde e as limitações funcionais para o desempenho de atividades cotidianas como as variáveis preditoras de baixos escores da SP dessa população<sup>15</sup>.

Quando a SPC passou a representar o BES, o teste de desempenho dos MMII foi a variável de maior influência. Os idosos com melhores pontuações apresentaram maiores chances de melhor SPC.

Em estudo sobre a relação da capacidade física e SP com 44 idosos de idade avançada (80 anos ou mais), utilizando um questionário sobre SP e o instrumento SPPB, os resultados revelaram que a velocidade da marcha foi a variável mais fortemente relacionada à SP. Porém, na avaliação física total, a capacidade física mostrou-se fortemente relacionada com o senso de autoeficácia medido por meio do questionário de SP<sup>14</sup>.

Um estudo longitudinal de três fases verificou a avaliação física e a relação com a SP dos mesmos idosos aos 86, 90 e 94 anos. Ocorreu diminuição da capacidade funcional com o avançar da idade, porém a percepção da saúde permaneceu elevada entre os idosos mais velhos, mesmo com as alterações funcionais<sup>26</sup>.

A pesquisa *Berlin Aging Study* analisou a percepção da saúde física atual e comparada em idosos de 70 a 105 anos. Os achados não revelaram diferenças entre os grupos de idade e identificaram que, nessa população, a saúde objetiva permaneceu estável durante o curso de vida. Os autores atribuíram os resultados aos processos adaptativos em relação à funcionalidade por meio da reorganização cognitiva nos processos de comparação interna<sup>16</sup>.

Com o resultado do presente estudo, pode-se enfatizar que o desempenho físico, além de influenciar a capacidade funcional, é também uma forte variável da SPC. Reafirma-se assim que condições de funcionalidade e dimensões psicológicas influenciam a SP quando comparada a outra pessoa da mesma idade<sup>8,14</sup>.

A comparação social tem impacto no BES e, quando os indivíduos compararam de modo favorável suas vidas em relação à vida de outros indivíduos, manifestam-se satisfeitos e experimentam emoções positivas<sup>27</sup>.

Comparar-se com outras pessoas tem papel relevante na avaliação e construção da realidade e enfrentamento de eventos negativos. Em ocasiões que reproduzem declínio no bem-estar, as pessoas frequentemente se comparam com

outras que elas acreditam piores em um esforço de melhorar seu bem-estar, principalmente quando não há oportunidades de ações instrumentais<sup>28</sup>.

Entre os idosos com amputação de MMII<sup>6</sup>, os padrões de comparação utilizados mostraram-se inferiores ao próprio desempenho, ou seja, ao se compararem com outros indivíduos da mesma faixa etária, os sujeitos do estudo se compararam a idosos que apresentavam desempenho inferior, procurando, assim, valorizar sua independência e seu potencial.

Conhecido como mecanismo de enfrentamento de comparação descendente<sup>29</sup>, o indivíduo, tendo conhecimento em sua mente de que existem pessoas em piores situações e com maior número de problemas, percebe que sua situação é relativamente mais favorável, o que leva a maior BES. Esse mecanismo pode atenuar o afeto negativo atual e permitir que o indivíduo se sinta melhor no momento.

A adaptação a um evento estressante pode ser facilitada quando o idoso deixa de se focar na remoção da ameaça e tenta aceitar as perdas inerentes à sua condição atual, reorganizando suas metas, prioridades e desejos<sup>30</sup>.

## Considerações finais ::::

Os resultados deste estudo apontam para a necessidade do desenvolvimento de estratégias de intervenção junto à população idosa, com enfoque na sua funcionalidade, independentemente da idade. Os mecanismos de ajustamento lançados na velhice mais avançada favorecem a percepção da própria saúde e consequentemente melhoram o BES dos idosos. Embora com limitações referentes às características particulares da amostra (tamanho, especificidades do campo de estudo), os resultados mostraram que intervenções de recuperação e manutenção da independência funcional, por mínimas que possam parecer, promovem, na velhice, ganhos na SP. Ademais, fortalece a necessidade da implantação de instrumentos que permitam obter informações de natureza subjetiva nas avaliações clínicas de saúde do idoso.

## Referências bibliográficas ::::

1. Diener E, Suh E. Measuring quality of life: economic, social and subjective indicators. *Soc Ind Res*. 1997;40(1-2):189-216.
2. Liberaslesso A. Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: hacia una psicología positiva en América Latina. *Rev Latinoam de Psicol*. 2002; 34(1-2):55-74.
3. Smiley JR. Ed Diener [homepage na internet]. Champaign: University of Illinois at Urbana-Champaign [atualizada em 2006; acesso em 13 Nov 2006]. Disponível em: <http://www.psych.uiuc.edu/~ediener/>
4. Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(3):364-71.

5. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2006;28(1):27-38.
6. Diogo MJD. Satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores. *Rev Panam Salud Publica*. 2003;13(6):395-9.
7. Guedea MTD, Albuquerque FJB, Tróccoli BT, Noriega JAV, Seabra MAB, Guedea RLD. Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicol Reflex Crit*. 2005;19(2):301-8.
8. de Vitta A, Neri AL, Padovani CR. Saúde percebida em homens e mulheres sedentários e ativos, adultos jovens e idosos. *Salusvita*. 2006;25(1):22-34.
9. Ministério da Saúde – Brasil [homepage na internet]. Política nacional de atenção à saúde dos idosos [atualizado 10 Dez 1999; acesso em 15 Mar 2008]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=153](http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=153)
10. Organização Mundial da Saúde-OMS. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde-CIF 1. São Paulo: Udesp; 2003.
11. Roberto M, Myazaky MH, Jorge Filho D, Sakamoto H, Battistela LR. Reprodutibilidade da versão brasileira da medida de independência funcional. *Acta Fisiatrica*. 2001;8(1):45-52.
12. Guralnik JM, Simonsick EM, Ferrucci L, Glynn RJ, Berkman LF, Blazer DG, et al. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *J Gerontol*. 1994;49(2):85-94.
13. Neri AL. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In: Duarte YAO, Diogo MJD, editores. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Ateneu; 2000. p. 33-47.
14. Ferreira FFP, Izzo H, Jacob Filho W. Impacto da capacidade física na saúde percebida entre idosos em velhice avançada. *Saúde Coletiva*. 2007;4(17):154-7.
15. Eby EM, Hogan DB, Fung TS. Correlates of self-rated health in persons aged 85 and over: results from the Canadian study of health and aging. *Can J Public Health*. 1996;87(1):28-31.
16. Baltes PB, Mayer KU. The berlin aging study aging from 70 to 100. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
17. Chang M, Kim H, Shigematsu R, Nho H, Nishijima T, Tanaka K. Functional fitness may be related to life satisfaction in older Japanese adults. *Int J Aging Hum Dev*. 2001;53(1):35-49.
18. Wyller TB, Holmen J, Laake P, Laake K. Correlates of subjective well-being in stroke patients. *Stroke*. 1998;29(2):363-7.
19. Neri AL. Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar. Campinas: Alinea Editora; 2007.
20. Wagnild G. Resilience and successful aging. Comparison among low and high income older adults. *J Gerontol Nurs*. 2003;29(12):42-9.
21. Rabelo DF. Incapacidade funcional, senso de ajustamento pessoal e bem-estar subjetivo em adultos e idosos afetados por acidente vascular cerebral [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2006.
22. Fujita F, Diener E. Life satisfaction set point: stability and change. *J Pers Soc Psychol*. 2005;88(1):158-64.
23. Diener E. Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. *Am Psychol*. 2000;55(1):34-43.
24. Wink P, Dillon M. Religiousness, spirituality, and psychosocial functioning in late adulthood: findings from a longitudinal study. *Psychol Aging*. 2003;18(4):916-24.
25. Alves LC, Rodrigues RN. Determinates da autopercepção de saúde entre idosos do município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5/6):333-40.
26. Bravell ME, Berg S, Malmberg B. Health, functional capacity, formal care, and survival in the oldest old: a longitudinal study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2008;46(1):1-14.
27. Diener E, Fujita F. Social comparisons and subjective well-being. In: Buunk BP, Gibbons F, editors. *Health, coping, and well-being: perspectives from social comparison theory*. New Jersey: Laurence Erlbaum Associates; 1997. p. 305-24.
28. Buunk BP, Gibbons FX, Reis-Bergan M. Social comparison in health and illness: a historical overview. In: Buunk BP, Gibbons F, editors. *Health, coping, and well-being: perspectives from social comparison theory*. New Jersey: Laurence Erlbaum Associates; 1997. p. 1-23.
29. Wills TA. Modes and families of coping: an analysis of social comparison in the structure of other cognitive and behavioral mechanisms. In: Buunk BP, Gibbons F, editors. *Health, coping, and well-being: perspectives from social comparison theory*. New Jersey: Laurence Erlbaum Associates; 1997. p. 167-94.
30. Aldwin CM, Gilmer DF. *Health, illness, and optimal aging: biological and psychosocial perspectives*. Los Angeles: Sage; 2004.