

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

LAURA MARIA BRENNER CEIA RAMOS MARIANO DA ROCHA

**AUTOPERCEPÇÃO DO ENVELHECIMENTO,
AUTOIMAGEM CORPORAL, AUTOPERCEPÇÃO DE SAUDE
E MORBIDADES PREVALENTES EM IDOSOS**

Porto Alegre /RS

Janeiro/2014

LAURA MARIA BRENNER CEIA RAMOS MARIANO DA ROCHA

**AUTOPERCEPÇÃO DO ENVELHECIMENTO,
AUTOIMAGEM CORPORAL, AUTOPERCEPÇÃO DE SAUDE
E MORBIDADES PREVALENTES EM IDOSOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como requisito obrigatório para obtenção do título de Doutor em Gerontologia Biomédica.

Orientador: Professor Dr. Newton Luiz Terra

Porto Alegre / RS

Janeiro/2014

DADOS DE CATALOGAÇÃO

R672a Rocha, Laura Maria Brenner Ceia Ramos Mariano da

Autopercepção do envelhecimento, autoimagem corporal, autopercepção de saúde e morbidades prevalentes em idosos / Laura Maria Brenner Ceia Ramos Mariano da Rocha. Porto Alegre: PUCRS, 2014.

120 f.: il.; tab. Artigos encaminhados para publicação.

Orientador: Dr. Newton Luiz Terra.

Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica.

1.AUTOPERCEÇÃO. 2. IMAGEM CORPORAL. 3. ENVELHECIMENTO. 4. IDOSO. 5. GERIATRIA. 6. GERONTOLOGIA. I. Terra, Newton Luiz. II. Título.

CDD 618.99

CDU 612.67:159.98(043.2)

NLM WT 104

Isabel Merlo Crespo
Bibliotecária CRB 10/1201

LAURA MARIA BRENNER CEIA RAMOS MARIANO DA ROCHA

**AUTOPERCEPCAO DO ENVELHECIMENTO,
AUTOIMAGEM CORPORAL, AUTOPERCEPÇÃO DE SAUDE
E MORBIDADES PREVALENTES EM IDOSOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como requisito obrigatório para obtenção do título de Doutor em Gerontologia Biomédica.

Aprovada em: ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

PORTO ALEGRE

2014

Dedico este trabalho aos meus pais, João Antonio e Lucy, e aos meus filhos Rafael e Mariana, fontes de toda minha inspiração.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a meus pais, idosos que me fizeram acreditar no envelhecimento ativo e com sucesso e que sempre me estimularam a aprender, pesquisar e questionar. Com eles aprendi que a vida realmente começa aos 80.

A meu filho Rafael e minha filha Mariana, exemplos de determinação, embora jovens, e de que meus ensinamentos tiveram e terão muitos frutos.

A ambos pelo carinho e amor incondicional.

A meus irmãos, Carlos Augusto, João Paulo e Antonio Luis e minhas irmãs Maria Leonor e Maria de Fátima pelas sábias palavras de incentivo nos momentos certos.

Ao meu querido professor Irênio, parceiro de vários projetos de pesquisa e de vida.

À meu orientador, professor Newton Terra.

A todos os professores do IGG que contribuíram sobremaneira para o meu crescimento como pesquisadora e professora, instigando cada vez mais a sede de conhecimento, leitura dos artigos certos, redação de artigos e participação em eventos científicos.

Agradecimento especial à minha querida amiga Monica, secretária do IGG, companheira de várias viagens e eventos científicos, hoje uma amiga muito especial. À Cletiane, pelos aconselhamentos sempre tão oportunos.

Ao eterno mestre, Professor Yukio Moriguchi. Um exemplo de sabedoria e envelhecer. Meu professor desde a graduação e agora, na pós graduação.

À todos os pacientes e pessoas que direta ou indiretamente colaboraram para que este projeto se tornasse realidade, meu muito obrigada!

RESUMO

A auto percepção do envelhecimento é um bom indicador de um envelhecimento bem sucedido. Estudos abordando a percepção sobre envelhecimento mostram que uma idade subjetiva jovem e uma alta satisfação com o envelhecimento estão associadas à boa saúde, altos níveis de bem estar e poucos sintomas médicos. O questionário de auto percepção do envelhecimento (QAPE) é composto por 32 questões e avalia a auto percepção do envelhecimento a partir de domínios distintos envolvendo opiniões sobre o próprio envelhecimento. Não dispomos no Brasil de uma escala de aferição a que se propõe o QAPE. O processo de validação do QAPE contou com a participação de 402 idosos, entre 60 e 104 anos ($68,3 \pm 7,4$), na maioria mulheres (59,2%). A análise fatorial confirmatória demonstrou boa adequação do instrumento brasileiro. A consistência interna dos dados originais apresentou um índice igual a 0,889, indicando que o tamanho amostral está adequado para a aplicação da técnica. A consistência interna de cada uma das dimensões também foi verificada variando de 0,555 a 0,831. As dimensões controle positivo e conseqüências positivas foram as que mais se destacaram nesta população, com valores significativos estatisticamente ($p < 0,001$), refletindo a percepção dos indivíduos de agregarem aspectos positivos e terem um controle sobre seu próprio envelhecimento. O diabetes mellitus e o humor depressivo demonstraram índices significativos estatisticamente quando associados a APE. A satisfação com a imagem corporal pode influenciar comportamentos dos indivíduos melhorando o seu desempenho em termos físicos e sociais. Por outro lado, as incapacidades físicas resultantes do envelhecimento, também afetam a percepção da imagem corporal. A satisfação corporal foi verificada neste trabalho através da Escala de Nove Silhuetas de Stunkard, no qual o indivíduo escolhe a silhueta que considera mais semelhante a sua imagem corporal real e também a silhueta que acredita ser mais semelhante à imagem corporal ideal. Uma diferença entre as duas figuras comprova uma insatisfação com a imagem corporal. A maioria dos entrevistados (67,2%) referiu estar insatisfeito com sua imagem corporal. A presença de obesidade mostrou-se significativamente associada a insatisfação corporal ($p < 0,001$), assim como a presença de humor depressivo. Houve também uma tendência de associação

significativa com a presença de hipertensão(0,087) e DM(0,056). Na análise da percepção de envelhecimento e satisfação com imagem corporal há evidências de que, o grupo não satisfeito com sua imagem corporal está mais inclinado a acreditar que o envelhecimento tem um impacto negativo em sua vida. A auto percepção de saúde foi determinada por meio de uma simples pergunta (De uma maneira geral, como você considera sua saúde). Nesta amostra, a maioria referiu ter uma saúde regular (54,8%) e apenas 6,1% disseram ter uma saúde ótima. Houve associação significativa da percepção de saúde má/péssima com a presença de DM, onde 41,9%(n=13) dos investigados com esta percepção apresentaram DM(p<0,05). Ainda verificou-se que se mostraram relacionadas de forma relevante com a percepção má/péssima as condições de obesidade .

Palavras chave: Envelhecimento, Auto Percepção, Validação, Imagem Corporal.

ABSTRACT

Self Perception of aging is a good indicator of successful aging. Studies on perception of aging have shown that a young subjective age and a high satisfaction with aging are associated with good health, high levels of wellbeing and few medical symptoms. The Aging Perception Questionnaire (APQ) is composed by 32 questions and evaluates self-perception of aging from distinct domains involving opinions about one's own aging process. There is no such a scale in Brazil up to date. The validation process of the APQ was performed with a sample of 402 individuals, from 60 to 104 years of age ($68,3 \pm 7,4$), specially women (59,2%). Confirmatory factor analysis demonstrated good adequacy of the Brazilian instrument. The internal consistency of the original data, presented an index of 0.889, indicating that the sample size is adequate for the application of the technique. The internal consistency of each dimension was also observed ranging from 0.555 to 0.831. The positive control and positive consequences were the dimensions that stood out in this population, with statistically significant values ($p < 0.001$), reflecting the perception of individuals to aggregate positive aspects and to have control over their own aging. Diabetes mellitus and depressive mood showed statistically significant levels when associated with the APQ. Body image satisfaction can influence behavior of individuals improving their performance in physical and social terms. On the other hand, physical disabilities resulting from aging also affect the perception of body image. Body satisfaction was observed in this work through the Stunkard Nine Figure Scale, in which individuals choose the figure that look more like his/her actual body image and the figure he/she believes that more closely resembles his/her ideal body image. A difference between the two figures demonstrates dissatisfaction with body image. Most respondents (67.2 %) reported being dissatisfied with their body image. The presence of obesity was significantly associated with body dissatisfaction ($p < 0,001$), as well as depressive mood. There was also a trend towards a significant association with the presence of hypertension (0.087) and DM (0.056). In the analysis of the perception of aging and satisfaction with body image there is evidence that the group not satisfied with their body image is more inclined to believe that aging has a negative impact on their life. Self perceived health status was determined by a simple

question (In general, how do you consider your health). In this sample, the majority reported having regular health (54.8 %) and only 6.1 % said they have great health. There was a significant association between perception of poor/bad health with the presence of DM, where 41.9 % (n = 13) of the individuals with this perception had DM ($p < 0.05$). There was also a relevant relationship with poor / very poor perception of health with obesity ($p < 0.05$), cardiovascular disease ($p < 0.05$) and depressive mood ($p < 0.001$). In the analyses of the relationship between perception of aging and self perceived health, individuals with poor / bad and good / fair health appeared more inclined to believe that getting older makes it harder in their lives, compared to the group with great health perception.

Keywords: Aging, Self Perception, Validation, Body Image.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes	49
Tabela 2- Caracterização clínica dos participantes	50
Tabela 3: Análise Fatorial Exploratória - Análise das comunalidades, fatores e de α -Cronbach	52-53
Tabela 4: Análise da consistência interna das dimensões	56
Tabela 5: Média e desvio padrão para as dimensões APE, segundo o sexo, faixa etária, estado civil e escolaridade	61-62
Tabela 6: Média e Intervalo de Confiança 95% para as dimensões do QAPE.	64
Tabela 7: Auto Percepção de Saúde	65
Tabela 8: Média, desvio padrão e mediana para as dimensões do QAPE, segundo HUMOR DEPRESSIVO	67
Tabela 9: Média, desvio padrão e mediana para as dimensões do QAPE, segundo a TABAGISMO	68
Tabela 10: Média, desvio padrão e mediana para as dimensões do QAPE, segundo a OBESIDADE (IMC Lipschitz)	69
Tabela 11: Média e desvio padrão para as dimensões do QAPE, segundo a DIABETE MELLITUS	71
Tabela 12: Média e desvio padrão para as dimensões do QAPE, segundo a DOENÇA CARDIOVASCULAR	74
Tabela 13: Média e desvio padrão para as dimensões do QAPE, segundo a HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	76
Tabela 14: Distribuição absoluta e relativa para as condições clínicas segundo a satisfação com a imagem corporal	77
Tabela 15: Distribuição absoluta e relativa para as presença	78-79

de condições clínicas segundo a auto percepção de saúde

Tabela 16: Média, desvio padrão e mediana para as dimensões do QAPE, segundo a satisfação com a imagem corporal 80

Tabela 17: Média e Intervalo de Confiança (95%) para as dimensões do QAPE, segundo a percepção de saúde 82

Tabela 18: Média, Mediana e Desvio Padrão (DP) para as dimensões do QAPE, segundo a percepção de saúde 82

Tabela 19: Distribuição absoluta e relativa para a auto percepção e saúde segundo a satisfação corporal 83

SUMÁRIO

	Pág.
1 INTRODUÇÃO	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 ENVELHECIMENTO	18
2.2 AUTO PERCEPÇÃO DE ENVELHECIMENTO	19
2.3 SATISFAÇÃO COM IMAGEM CORPORAL	24
2.4 AUTO PERCEPÇÃO DE SAÚDE	25
2.5 ENVELHECIMENTO E MORBIDADES	26
2.5.1 Doença Cardiovascular Aterosclerótica	27
2.5.2 Diabete Mellitus	27
2.5.3 Dislipidemia	28
2.5.4 Hipertensão Arterial Sistêmica	28
2.5.5 Tabagismo	29
2.5.6 Obesidade	29
2.5.7 Depressão	32
2.6 VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS EM SAÚDE	33
3 JUSTIFICATIVA	36
4 OBJETIVO	38
4.1 OBJETIVO PRINCIPAL	38
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	38
5 MÉTODOS	40
5.1 DELINEAMENTO	40
5.2 POPULAÇÃO EM ESTUDO	40
5.2.1 Procedimento amostral / Recrutamento	40
5.2.2 Critérios de Seleção	41
5.2.2.1 Inclusão	41
5.2.2.2 Exclusão	41
5.3 COLETA DOS DADOS	41

5.3.1 Rotina de coleta / Fluxograma de funcionamento	41
5.4 INSTRUMENTOS	42
5.4.1 Questionário Geral	42
5.4.2 Questionário de Auto percepção do envelhecimento	42
5.4.3 Escala de Satisfação com Imagem Corporal de Stunkard	43
5.4.4 Auto percepção de Saúde	43
5.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA	44
5.5.1 Tamanho amostral	44
5.5.2 Abordagem analítica	44
5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	45
6 RESULTADOS	47
6.1 CARACTERIZAÇÕES DA AMOSTRA	47
6.2 VALIDAÇÃO	51
6.3 AUTO PERCEPÇÃO DO ENVELHECIMENTO	57
6.4 AUTO PERCEPÇÃO DE SAÚDE	64
6.5 ASSOCIAÇÃO ENTRE A AUTO PERCEPÇÃO DO ENVELHECIMENTO E A PRESENÇA DE CONDIÇÕES CLÍNICAS	65
6.5.1 Depressão	65
6.5.2 Tabagismo	67
6.5.3 Obesidade	68
6.5.4 Diabete Mellitus	69
6.5.5 Doença Cardio Vascular	71
6.5.6 Hipertensão Arterial Sistêmica	74
6.6 ASSOCIAÇÃO ENTRE A SATISFAÇÃO COM A AUTOIMAGEM CORPORAL E PRESENÇA DE CONDIÇÕES CLÍNICAS	76
6.7 ASSOCIAÇÃO ENTRE A AUTO PERCEPÇÃO DE SAÚDE E A PRESENÇA DE CONDIÇÕES CLÍNICAS	78

6.8 ASSOCIAÇÃO ENTRE A AUTO PERCEPÇÃO DE ENVELHECIMENTO E SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL	79
6.9 ASSOCIAÇÃO ENTRE A AUTO PERCEPÇÃO DE ENVELHECIMENTO E A AUTO PERCEPÇÃO DE SAÚDE	81
6.10 ASSOCIAÇÃO ENTRE A SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL E A AUTO PERCEPÇÃO DE SAÚDE	83
7 DISCUSSAO	84
REFERÊNCIAS	95
ANEXO A TCLE EMISUS	102
ANEXO B Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS	106
ANEXO C Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS	107
ANEXO D Artigo aceito para publicação	110
ANEXO E Artigo publicado	112
ANEXO F Artigo Submetido revista B1	122
ANEXO G Questionário de Auto Percepção do Envelhecimento	123
ANEXO H Escala de Nove Silhuetas de Stunkard	125

1 INTRODUÇÃO

A média de vida da população mundial tem aumentado vertiginosamente nos últimos anos, incitando pesquisas sobre os determinantes desta longevidade. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a média de vida do brasileiro em 1998 era de 69,7 anos para ambos os sexos e aumentou para 72,10 anos em 2008.¹ e 73,8 em 2010¹.

Muitas das pesquisas sobre envelhecimento giram em torno da genética, muito embora cerca de 75% da longevidade seja devida a fatores não genéticos, incluindo fatores psicológicos e comportamentais. Além disto, a maioria das pesquisas tem focado nos fatores que influenciariam negativamente esta sobrevivência, como as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e poucas são as pesquisas que enfatizam os fatores positivos, como percepções e crenças que beneficiariam e promoveriam uma sobrevida maior.²

A maneira com que as pessoas percebem seu próprio envelhecimento e estado de saúde pode ser um indicador importante para sua adaptação e bem estar ao envelhecer. Indivíduos idosos com baixos níveis de escolaridade e baixo nível sócio econômico que também apresentavam alguns problemas de saúde demonstram uma percepção mais negativa sobre o envelhecer.²

A importância da auto percepção em relação a situações mais objetivas tem incitado a pesquisa na Gerontologia. Estudos realizados por Levy et al têm demonstrado que uma percepção ou atitude mais positiva em relação ao envelhecimento está associada a benefícios tanto na saúde física como no bem estar emocional dos indivíduos.³ Fatores sociais, como relacionamentos com

familiares e amigos promovem uma auto percepção positiva tanto de saúde como de envelhecimento. Indivíduos que cultivam uma rede de relacionamentos apresentam uma percepção mais favorável deles mesmos e de sua situação de saúde⁴. O apoio de grupos sociais estimula positivamente a autoestima contribuindo para uma percepção mais positiva do envelhecimento e saúde.

A auto percepção do envelhecimento pode afetar a funcionalidade dos indivíduos de três maneiras: comportamental, isto é, agindo de maneira mais saudável; biológica, através de uma melhor imuno competência; e psicológica. Indivíduos com percepção mais positiva diante do envelhecimento pensam e sentem de maneira diferente daqueles com percepções mais negativas, influenciando sobremaneira sua capacidade funcional.⁵

Dentro deste contexto, estudos que investiguem o papel de auto percepções inadequadas na incidência de morbidades (incluindo ansiedade, depressão e medos infundados) em idosos tem relevância significativa, uma vez que a prevalência destes distúrbios tem aumentado significativamente, principalmente nas sociedades ocidentais.

Neste trabalho, validamos o Questionário de Auto percepção de Envelhecimento (QAPE), traduzido e adaptado para a língua portuguesa, analisamos a presença de morbidades prevalentes em idosos e sua relação com a auto percepção de envelhecimento, auto imagem corporal e auto percepção de saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Na revisão teórica, serão apresentados os seguintes aspectos: envelhecimento, auto percepção do envelhecimento, auto imagem corporal, auto percepção de saúde e validação de instrumentos.

2.1 ENVELHECIMENTO

Estima-se que a população mundial de idosos cresça de 737 milhões de indivíduos em 2009 para 2 bilhões em 2050.¹ No Brasil, entre os anos de 1997 e 2007, o número de idosos aumentou 47,8%, acima do crescimento da população do país, no mesmo período, que foi de 21,6%. Em 2007 indivíduos com 60 anos ou mais perfaziam cerca de 10,5% do total da população. Para o ano de 2025 há uma previsão de se atingir um total de 30 milhões de idosos. A pirâmide populacional passará a ter um novo formato: não será mais triangular e com uma base alargada, e sim um formato retangular, expressando o acelerado processo de envelhecimento da população brasileira, seguindo os moldes de outros países mais desenvolvidos. Em 2008, o índice de envelhecimento mostra que para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos existiam 24,7 idosos de 65 anos ou mais. Em 2050, estima-se que esta ação seja de 100 crianças de 0 a 14 anos para 172, 7 idosos.⁶

Atualmente, a população idosa brasileira é composta por 15 milhões de pessoas. Em 1940, a participação dos idosos era de 4% em relação à população total; em 2000 esse percentual subiu para 9%; e para 2020 estima-se que 15% da população total seja composta por idosos.⁶

2.2 AUTO PERCEPÇÃO DE ENVELHECIMENTO

A pesquisa sobre auto percepção teve início em 1934 quando Mead ⁷ afirmou que atitudes positivas e/ou negativas em relação a si próprio são internalizadas e tornam-se parte do “eu” individual e que o indivíduo assume as atitudes que lhe são impostas por outros. A auto percepção, portanto, reflete as percepções dos outros em relação ao indivíduo.

Os estereótipos do envelhecimento são criados e incorporados internamente ao longo da vida e contribuem para a formação da auto percepção sobre o envelhecimento. Estes estereótipos são aceitos e incorporados pelos jovens sem muito questionamento. Ao envelhecer, estes conceitos prévios fazem parte da personalidade dos indivíduos e podem produzir efeitos negativos de incapacidade e inutilidade. ^{8,9}

O aumento da longevidade tem incitado muitas pesquisas em populações idosas. A maior preocupação tem sido em promover um envelhecimento ativo, reduzindo ao máximo as limitações funcionais destes indivíduos, antecipando fatores que possam levar a incapacidades físicas e cognitivas. ¹⁰

Poucos estudos, no entanto, têm focado nos aspectos psicológicos e sociais que podem também influenciar na promoção de incapacidades e interferir negativamente no processo de envelhecimento ativo e bem sucedido. Entre estes fatores sócio psicológicos que podem ser perfeitamente modificados está a percepção sobre o envelhecimento, isto é, como o indivíduo sente o processo de seu próprio envelhecimento. ¹¹ O processo pelo o qual um indivíduo desenvolve a percepção sobre envelhecer passa por duas etapas. Primeiramente, este indivíduo internaliza expectativas ao longo da vida antes de envelhecer. Adjetivos como

desastrado e vagaroso são freqüentemente associados a envelhecer. A segunda etapa ocorre com o indivíduo já idoso em sua vida diária, com expectativas negativas, em sua maioria, sobre o envelhecer. Isto pode ser exemplificado quando observamos jovens interagindo com idosos, adotando comportamentos típicos desta relação, onde os jovens tendem a falar mais lentamente, mais alto e usando frases mais curtas, visando facilitar o entendimento daquele indivíduo idoso, já nem tão capaz.¹²

A auto percepção do envelhecimento é um bom indicador de um envelhecimento bem sucedido.¹³ Estudos abordando a percepção sobre envelhecimento mostram que uma idade subjetiva jovem e uma alta satisfação com o envelhecimento estão associadas à boa saúde, altos níveis de bem estar e poucos sintomas médicos.¹⁴

O *Aging Perceptions Questionnaire*¹⁵ avalia a auto percepção do envelhecimento a partir de cinco domínios distintos; quatro destes domínios envolvem opiniões sobre o próprio envelhecimento enquanto que o quinto é chamado domínio da identidade e examina a experiência dos indivíduos com as alterações em relação à doenças Para a avaliação, é utilizada a escala de Likert, com escores de 1 a 5.

O APQ foi desenvolvido a partir da necessidade de instrumentos adequados que medissem a auto percepção do envelhecimento, visto ser este constructo um importante fator que tem sido associado a disfunção funcional e morte em indivíduos idosos. O APQ é um instrumento multidimensional cuja validação mostrou que a auto percepção do envelhecimento está relacionada independentemente com a saúde psicológica e a saúde física.

O APQ foi construído a partir da estrutura do Modelo de Auto regulação de Leventhal ¹⁶. A base deste modelo é de que um indivíduo forma uma representação de sua doença ou ameaça a saúde que pode ser dividido em uma serie de dimensões lógicas: identidade (crenças sobre a natureza de sua doença e a relação desta com seus sintomas), cronologia (crenças sobre a duração de sua doença, se esta é aguda ,crônica ou cíclica), as conseqüências (crenças sobre o impacto que esta doença tem na sua vida), controle (crenças sobre a maneira de gerencias esta doenças), causas (crenças sobre as possíveis causas da doença) e as representações emocionais(as respostas emocionais geradas pela doença). Estas dimensões foram compiladas e geraram o *Illness Report Questionnaire* (IRQ) que tem sido utilizado para avaliar a maneira de lidar com as diversas causas de ameaça a saúde e os modelos de adaptação a estes eventos causadores de stress.

Como o processo de envelhecimento é por si só um fator desencadeador de estresse, exigindo dos indivíduos um processo de adaptação às mudanças tanto físicas, fisiológicas e psicológicas, Barker et al.¹⁵ sugeriram que a estrutura do SMR fosse utilizada para avaliar as adaptações do indivíduos ao processo de envelhecimento.

As dimensões utilizadas pelos autores foram:

- **identidade:** que avalia crenças sobre o envelhecimento no contexto de saúde, especificamente a relação entre o envelhecimento e as alterações relacionadas à saúde. Estas alterações seriam especificas para o sistema musculoesquelético, cardiovascular, pulmonar, neurológico, psiquiátrico e alguns domínios funcionais como perda de equilíbrio, por exemplo. ¹⁷

-**cronologia:** avalia a consciência do indivíduo acerca de seu envelhecimento e sua experiência com este processo ao longo do tempo. Esta dimensão pode ser

crônica (“Sempre me classifico como velho (a)” ou *cíclica* (“Passo por fases em que me sinto velho (a)”) A consciência crônica do envelhecimento tem sido associada à inatividade e saúde deficiente ¹⁸

- **conseqüências:** avalia as crenças do indivíduo sobre o impacto que o envelhecimento pode ter em sua vida. Estas conseqüências podem ser *positivas* (“À medida que envelheço vou ganhando sabedoria”) ou *negativas* (“Envelhecer torna tudo mais difícil pra mim”). As conseqüências positivas têm sido associadas com maior criatividade e melhor sensação de bem estar, enquanto que as conseqüências negativas têm sido associadas com depressão e menor sensação de bem estar. ¹⁹

- **controle:** crenças em maneiras individuais de lidar com o processo de envelhecimento. Aqui também encontramos uma subdivisão em controle de experiências *positivas* (“A qualidade da minha vida social na velhice depende de mim”) ou de experiências *negativas* (“A minha mobilidade ao envelhecer não depende de mim”).

- **representações emocionais:** avalia a resposta emocional induzida pelo envelhecimento, mais especificamente através de sentimentos negativos de raiva, medo, depressão, ansiedade, preocupação e tristeza, os quais têm sido associados a alterações negativas na saúde física e funcional e uma baixa resiliência. ¹⁵

O APQ foi então desenvolvido na Irlanda a partir destas dimensões e aplicado, primeiramente em um grupo de 129 idosos (acima de 65 anos) para testar as propriedades psicométricas do novo instrumento. Um segundo estudo preliminar foi então conduzido para investigar a confiabilidade de teste-reteste usando um grupo de 143 idosos (acima de 65 anos). Quando comparado a outros instrumentos também utilizados para medir dimensões do envelhecimento, o APQ mostrou ser

capaz de fornecer informações diferentes das de outros instrumentos, confirmando a complexidade do processo de envelhecimento.

A validação do instrumento foi realizada em 2033 indivíduos com idade média de 74 anos. Na época da validação, o APQ contava com 35 itens que faziam parte de sete subescalas sobre opiniões sobre o envelhecimento, além da subescala de identidade. Após a validação, três destes itens foram removidos, resultando em 32 itens que compõem o questionário atual, além dos 17 itens da subescala identidade. As subescalas que fazem parte do APQ no quesito opiniões sobre envelhecimento são a duração crônica (avaliada nos itens 1-5), duração cíclica (itens 27, 28, 30, 31 e 32), conseqüências positivas (itens 6, 7 e 8), conseqüências negativas (itens 16-20), controle positivo (itens 10, 11, 12, 14 e 15), controle negativo (itens 21-24) e representações emocionais (itens 9, 13, 25, 26 e 29). A avaliação destes 32 itens é feita através da escala de Likert de 5 pontos, variando de discordo totalmente a concordo plenamente. Com exceção da subescala controle negativo, todas são pontuadas de 1 a 5. A dimensão identidade é avaliada também através de uma subescala, com 17 itens, que indicam mudanças relacionadas ao estado de saúde. Os indivíduos indicam primeiramente se vivenciaram estas mudanças nos últimos 10 anos (1= sim, 0= não). Caso afirmativo, os participantes indicam se pensam ser esta mudança devida somente ao processo de envelhecer (1= sim, 0= não). Os escores desta subescala podem variar de 0 a 17. O percentual de mudanças em relação a saúde atribuídas ao envelhecimento é dividido pelo número de alterações em relação a saúde vivenciadas e multiplicado por 100, gerando o escore identidade que pode variar de 0 a 100.

2.3 SATISFAÇÃO COM IMAGEM CORPORAL

Com as alterações sociais de normas e valores de referência, o corpo surge como um suporte da identidade individual e social, contribuindo para a facilitação das relações sociais, levando o indivíduo a preocupar-se cada vez mais com ele.

Imagem Corporal foi definida por Cash e Pruzinsky.(2002), como sendo uma construção multifacetada baseada em componentes perceptivos: percepção da aparência física, pensamentos ,sentimentos e atitudes sobre o corpo.²⁰

Ter uma imagem corporal agradável pode influenciar comportamentos dos indivíduos melhorando o seu desempenho em termos físicos e sociais. Por outro lado, as incapacidades físicas resultantes do envelhecimento, também afetam a percepção da imagem corporal.

De uma forma geral, a avaliação da imagem corporal tem implicações na avaliação de si próprio, existindo uma avaliação positiva em pessoas com sentimentos positivos acerca da sua aparência, aptidão ou saúde e uma avaliação negativa em pessoas insatisfeitas, depressivas e solitárias, referem que a satisfação com a imagem corporal não diminui com a idade, uma vez que a sua atenção é transferida para a saúde e para o bem estar físico. ²¹

A valorização cultural do corpo feminino é muito maior que do corpo masculino, daí terem as mulheres uma tendência para se sentirem mais insatisfeitas com a sua imagem do que os homens²² .

Existem duas categorias básicas de instrumentos de avaliação da percepção da imagem corporal, a percepção das partes corporais (distâncias entre dois pontos) e a percepção do corpo inteiro (fotografias, silhuetas e desenhos do

corpo). Neste trabalho, a satisfação corporal será verificada pela escala de nove silhuetas, proposta por Stunkard et al.²³ que vai desde a magreza (silhueta 1) até a obesidade severa (silhueta 9), no qual o indivíduo escolhe o número da silhueta que considera mais semelhante a sua imagem corporal real (ICreal) e também o número da silhueta que acredita ser mais semelhante à imagem corporal ideal (ICideal) considerada para sua idade.

Para avaliação da satisfação corporal, subtrai-se a ICreal da ICideal, podendo variar de -8 até 8. Se essa variação for igual a zero, classifica-se o indivíduo como satisfeito; e se diferente de zero, classifica-se como insatisfeito. Caso a diferença seja positiva, é uma insatisfação pelo excesso de peso; e, quando negativa, uma insatisfação pela magreza. A escala de nove silhuetas possui uma boa validade verificada por meio do coeficiente de correlação de Pearson com o índice de massa corporal, apresentando valores estatisticamente significantes $r=0,78$ ²⁴. Além do que, possui boa reprodutibilidade de escala com teste e reteste, que variam de $r=0,55$ a $r=0,71$ ²⁵.

2.4 AUTO PERCEPÇÃO DE SAÚDE

A percepção dos idosos com seu próprio estado de saúde tem se mostrado um método confiável e, recentemente, mais utilizado do que a observação direta.²⁶

No Projeto Bambui, onde 1516 idosos foram entrevistados, apesar de a maioria dos idosos ter referido boa saúde, uma grande proporção relatou ser portador de doenças crônicas ou fazer uso de medicação sistemática, o que reforça a ideia de que a percepção de ser doente está mais relacionado as incapacidades do que ser portador de danos crônicos.²⁷

A auto percepção de saúde, determinada por meio de uma simples pergunta (De uma maneira geral, como você considera sua saúde) é um dos indicadores mais usados em pesquisas gerontológicas por que prediz de forma robusta e persistente a mortalidade e o declínio funcional.²⁸ Ela reflete uma percepção integrada do indivíduo, incluindo dimensões social, psicológica e biológica. Além disto, esta avaliação apresenta validade e confiabilidade equivalentes a outras medidas mais complexas da condição de saúde.²⁹

A auto percepção de saúde contempla aspectos de saúde física, cognitiva e emocional. Além disto, é um poderoso indicador de mortalidade, ou seja, as pessoas que relatam a sua saúde como sendo pobre apresentam maior risco de mortalidade por todas as causas de morte se comparadas com aquelas que relatam uma saúde excelente.³⁰

2.5 ENVELHECIMENTO E MORBIDADES

Atualmente, o que preocupa no idoso é a sua saúde global, tornando as morbidades importantes⁸. As características fisiopatológicas próprias e as necessidades diferenciadas, principalmente pelo aspecto sócio-econômico, exigem uma preparação adequada e um atendimento integrado de saúde. Por essas razões, a preocupação com as morbidades no idoso são tão importantes e, quando detectadas precocemente ou prevenidas podem oferecer uma melhor qualidade de vida.

Uma das patologias que mais exhibe comorbidades é a depressão, que, conforme Teng e cols. relacionam-se à maior mortalidade associada em pacientes idosos com doenças clínicas crônicas e piora a adesão do paciente deprimido com

comorbidades. Depressão e ansiedade também parecem aumentar a percepção de sintomas físicos inexplicáveis.³¹

2.5.1 Doença Cardiovascular

A incidência de doenças cardiovasculares em adultos dobra aproximadamente a cada década. Apesar de aumentar com a idade, grande parte dessas doenças poderia ser evitada. A Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe uma abordagem de prevenção e controle integrado, em todas as idades, baseada na redução dos seguintes fatores: hipertensão arterial sistêmica (HAS), fumo, álcool, sedentarismo, dieta inadequada, obesidade, hipercolesterolemia.³²

2.5.2 Diabete Mellitus

O diabetes mellitus tipo 2 está entre as doenças crônicas não transmissíveis que representam um grave problema de saúde pública pela alta prevalência no mundo e maior entre os idosos, pela morbidade e por ser um dos principais fatores de risco cardiovascular e cerebrovascular.³³

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), 347 milhões de pessoas no mundo tem diabetes. Em 2004, aproximadamente 3.4 milhões de pessoas morreram em consequência de hiperglicemia. Mais de 80% das mortes por diabetes ocorreram em países de baixa e média renda. A OMS estima que o diabetes será a sétima causa de morte em 2030.³⁴

De acordo com o VIGITEL 2011 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), a ocorrência média de diabetes no Brasil na população adulta (acima de 18 anos) é de 5,6%, mas a prevalência do diabetes atinge 21,6% da população com idade superior a 65 anos, sem diferença entre os sexos.³⁵

2.5.3 Dislipidemia

Define-se dislipidemia como um quadro clínico caracterizado por concentrações anormais de lipídios ou lipoproteínas no sangue, sendo um dos principais fatores que determinam o desenvolvimento de Doença Cardiovascular(DCV). Altas concentrações de triglicerídeos (TG), colesterol total (CT), e de sua fração LDL-colesterol (LDL), e/ou a diminuição nos valores de HDL-colesterol (HDL), elevam a probabilidade de ocorrer essas enfermidades e caracterizam a dislipidemia.³⁶

A idade, o envelhecimento dos órgãos e o surgimento de doenças concomitantes fazem do paciente idoso alvo preferencial para o aumento das taxas do perfil lipídico, além de uma alimentação mal orientada e muitas vezes monótona e pouca ou nenhuma atividade física comum nesta faixa etária.

2.5.4 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A hipertensão arterial sistêmica(HAS) constitui um dos problemas de saúde de maior prevalência da atualidade. Estima-se que a HAS atinja aproximadamente 22% da população brasileira acima de 20 anos, sendo responsável por 80% dos

casos de acidente vascular cerebral, 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio e 40% das aposentadorias precoces.^{37,38}

2.5.5 Tabagismo

O tabagismo é a mais importante causa de morte prematura evitável nos Estados Unidos. É responsável por mais de 440,000 do total de 2.4 milhões de mortes anuais de americanos. Fumantes tem um maior risco de desenvolverem várias doenças crônicas, incluindo muitos tipos de cânceres, aterosclerose e doença pulmonar obstrutiva crônica.

O tabagismo aumenta o risco de doença cardiovascular por si só. Quando aliado a outros fatores, o risco é maior ainda. O tabagismo aumenta a pressão arterial, diminui a tolerância ao exercício físico e aumenta a tendência à formação de trombo sanguíneo. O tabagismo ainda aumenta o risco de recorrência de doença coronariana após cirurgia de bypass.³⁹

Em relação ao perfil lipídico constata-se que o hábito de fumar faz diminuir valores da fração HDL-c, elevando os valores dos índices CT/HDL-c e LDL-c/HDL-c, aumentando os triglicerídeos e o colesterol total com aumento de risco para a doença coronariana.

2.5.6 Obesidade

Com o processo de envelhecimento a composição corporal se altera, ocasionando uma redução percentual de massa muscular concomitante à maximização da quantidade e do volume de tecido adiposo, principalmente na

cavidade abdominal, que favorece o aumento da prevalência da obesidade e doenças secundárias.⁴⁰

Estudos epidemiológicos sobre o estado nutricional em idosos indicam que os distúrbios nutricionais estão associados com o risco de morbidade e de mortalidade . No entanto, ainda não existe um consenso sobre o ponto de corte de IMC mais adequado para classificação antropométrica da obesidade. Entre os critérios mais utilizados para essa avaliação, estão o recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁴¹ e o proposto por Lipschitz et al.⁴²

O critério recomendado pela OMS⁴¹ é o mais utilizado em pesquisas sobre perfil nutricional. No entanto, há críticas sobre o uso dos mesmos pontos de corte para classificar obesidade em idosos, pois mudanças na composição corporal, associadas ao processo de envelhecimento, devem ser consideradas.⁴³

Já o critério de classificação proposto por Lipschitz et al⁴² assemelha-se ao utilizado pelo Centers of Disease Control and Prevention (CDC) no National Health and Nutrition Examination Survey III (NHANES III), realizado entre 1988 e 1994. Essa classificação leva em consideração as mudanças na composição corporal que ocorrem com o envelhecimento, como um decréscimo da estatura, diminuição da quantidade de água e massa magra no organismo e maior porcentagem de gordura, quando comparados idosos com os indivíduos adultos . Porém, não há ainda um consenso sobre o valor ou ponto de corte de IMC mais adequado para avaliar obesidade em idosos.

A obesidade está se transformando em uma epidemia global tanto para crianças como para adultos e idosos, e está associada a várias co morbidades como doença cardiovascular, diabetes tipo 2, hipertensão, alguns tipos de câncer e apnéia do sono.

Do ponto de vista global, o diagnóstico clínico da obesidade pode ser determinado pelo IMC (índice de massa corporal) = $\text{Peso (Kg)} / \text{altura}^2 \text{ (m)}$.⁴⁴

Quadro 1. Índice de Massa Corporal (IMC) OMS e Lipschitz.

OMS	Lipschitz
IMC < 18,5: baixo peso	IMC < 22: baixo peso
IMC entre 18,5-24,99: eutrofia	IMC entre 22-27: eutrofia
IMC entre 25-29,99: sobrepeso	IMC > 27: sobrepeso/obesidade
IMC > de 30: obesidade	
IMC > 40: obesidade mórbida.	

Embora a distribuição da adiposidade possa ser avaliada, com rigor, apenas através de métodos laboratoriais (tomografia computadorizada e ressonância magnética) esta também pode ser definida pelo índice da medida abdômen/quadril (IAQ). Este pode ser calculado pelo quociente entre valores da circunferência abdominal e do quadril.

Índices de $\text{IAQ} > 0,8$ em mulheres e $\text{IAQ} > 1,0$ nos homens indicam presença de obesidade do tipo central. Diferentes pesquisadores demonstraram que esse tipo está associado a maior risco para doenças cardiovasculares, além de ser acompanhada por várias alterações metabólicas relevantes.⁴⁵

Há freqüente associação de obesidade com diabetes melito: cerca de 50% dos indivíduos com $\text{IMC} > 30$ são diabéticos ou apresentam intolerância à glicose. É também habitual o aparecimento de hipertrigliceridemia moderada, além de baixos valores de HDL-c.⁴⁴

A prevalência de hipertensão entre obesos é também maior que a observada em não obesos. Em geral observa-se que a obesidade central é acompanhada por resistência à insulina, hiperinsulinemia, hipertensão, alterações lipídicas (hipertrigliceridemia, baixos níveis de HDL-c).⁴⁶

2.5.7 Depressão

A ocorrência de depressão é associada a fatores como idade, estado civil, classe social e condições sociais. É condição que afeta todos os indivíduos em alguma fase de suas vidas, seja como humor transitório, ou como uma forma mais séria, que pode prejudicar o desempenho físico e psicológico.⁴⁷

Depressão é a doença psiquiátrica mais comum entre os idosos, freqüentemente sem diagnóstico e sem tratamento. Afeta sua qualidade de vida, aumentando a carga econômica por seus custos diretos e indiretos e, pode levar a tendências suicidas. São inúmeros os fatores que podem causar depressão no idoso, além de causas orgânicas. A aposentadoria, seja ela voluntária ou mandatória, a diminuição do nível socioeconômico decorrente faz com que os pacientes deprimidos mostrem-se eternamente insatisfeitos. Além disso, há privação interpessoal particularmente naqueles que se isolam em decorrência da depressão e, naturalmente, naqueles que encurtam suas expectativas de vida, seja por suicídio ou por doenças somáticas relacionadas à depressão.

Estudos têm mostrado correlação positiva entre a idade (principalmente acima de 65 anos) e a presença de sintomas depressivos. Veras e Murphy avaliaram a saúde mental de idosos (acima de 60 anos) em três distritos da cidade do Rio de Janeiro, com populações de diferentes níveis socioeconômicos (alto, médio e baixo

poder aquisitivo). A percentagem de sintomatologia depressiva foi de 22,6%, 19,7% e 35,1%, naqueles com alto, médio e baixo poder aquisitivo, respectivamente. ⁴⁸

2.6 Validação de Instrumentos

A análise das propriedades psicométricas, proposta por Pasquali é realizada para verificar se as características do instrumento original foram mantidas. A versão traduzida e adaptada do instrumento deve apresentar índices psicométricos semelhantes ao original, através da análise de confiabilidade e validade. ⁴⁹

A validade de um teste começa no momento em que se pensa em construí-lo e subsiste durante todo o processo de elaboração, aplicação, correção e interpretação dos resultados. ⁵⁰

Existem três aspectos da validade que correspondem aos objetivos de um teste:

- validade de conteúdo
- validade de critério
- validade de construto

Validade de conteúdo- É o julgamento do instrumento. Não é expressa por um coeficiente de correlação, mas resulta do julgamento de diferentes examinadores especialistas, que analisam a representatividade dos itens em relação às áreas de conteúdo e à relevância dos objetivos a medir

Validade de critério- A validade de critério é também chamada de preditiva ou concorrente e refere-se ao grau de correlação entre os escores de um teste e outras medidas do desempenho obtidas independentemente e simultaneamente ao teste.

Quando o instrumento e o critério são aplicados simultaneamente, fala-se de validade concorrente; quando o critério é avaliado no futuro, fala-se de validade preditiva.

A validade de critério é estimada estatisticamente e, se a correlação entre os escores do teste (X) e os escores da variável critério (Y) é alta, diz-se que o teste é válido para o fim a que se destina.

A ocorrência de baixas correlações nem sempre reflete falta de validade do preditor, mas pode indicar a possibilidade de que o critério seja totalmente questionável.

Validade de Constructo- Refere-se à demonstração de que o instrumento realmente mede aquilo a que se propõe medir. As evidências necessárias para esse tipo de validação são obtidas fazendo-se uma série de estudos inter-relacionados, por meio de testes estatísticos, das construções teóricas sobre a relação entre as variáveis a serem medidas.

A validade fatorial utiliza técnicas estatísticas multivariadas. As análises exploratórias e confirmatórias tem como propósito principal definir a estrutura subjacente em uma matriz de dados, possibilitando avaliar as inter correlações de um grupo de itens de uma escala, definindo um conjunto de dimensões, chamados de fatores contidos pela escala. As análises fatoriais fornecem elementos que podem confirmar a validade de conteúdo, pois avaliam que itens pertencem a cada subdimensão do construto.

Consistência interna é quando os itens da escala estão todos medindo a mesma característica. Ela é determinada através de indicadores como o alfa de Cronbach, através do qual se verifica a homogeneidade que reflete até que ponto os itens tem uma variância similar indicando a consistência interna da mensuração, independente

do número de itens. Este valor deve variar de 0 a 1, sendo que e sugerido um nível mínimo de confiabilidade de 0,70.^{49,50}

3 JUSTIFICATIVA

Com o crescimento da população idosa, tem-se a necessidade de avaliar a percepção sobre o envelhecer e sua relação com as morbidades mais frequentes neste grupo etário. Uma avaliação geriátrica eficiente e global deve visar não só o diagnóstico precoce de problemas de saúde com antecipar possíveis fatores que venham a influenciar negativamente a qualidade de vida do indivíduo na velhice, a partir da avaliação de percepções quanto ao envelhecimento.

Os avanços da tecnologia, higiene, melhor acesso à alimentação fizeram com que doenças cardiovasculares, diabetes e doenças metabólicas, depressão, obesidade, câncer e doenças degenerativas do cérebro e outros órgãos substituíssem as doenças infectocontagiosas como causas líderes de morte, principalmente em países desenvolvidos.

Neste contexto, o instrumento aqui validado e sua aplicação pretende contribuir para uma maior compreensão da influência da auto percepção do envelhecimento, bem como a autoimagem corporal, sobre a prevalência de morbidades que frequentemente acometem os idosos, além do que já se sabe sobre o papel do ambiente, das relações sociais e pessoais.

O instrumento original foi desenvolvido na Irlanda e vem sendo utilizado no Reino Unido em vários estudos populacionais. Não há na literatura uma validação do APQ para a língua portuguesa do Brasil, processo fundamental para que se possa utilizar um instrumento de maneira eficiente e adequada, medindo exatamente o que foi proposto pelos autores do instrumento original.

É de suma importância termos acesso a instrumentos adaptados e validados para a nossa cultura e realidade. A validação do APQ, denominado QAPE após a

adaptação cultural, irá proporcionar estudos robustos e fundamentais para o entendimento do processo de envelhecimento no que tange a percepção do indivíduo e sua maneira de lidar com o mesmo, proporcionando aos profissionais de saúde orientar e guiar o indivíduo através deste processo para um desfecho de melhor qualidade de vida e um envelhecimento bem sucedido.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Validar o Questionário de Auto percepção do Envelhecimento (QAPE) e verificar a associação da auto percepção de envelhecimento, satisfação com a imagem corporal e auto percepção de saúde com morbidades prevalentes em idosos.

4.1.1 Objetivos Específicos

Em idosos do Município de Porto Alegre oriundos da Estratégia da Saúde da Família:

- 1) Validar o Questionário de Auto percepção do Envelhecimento;
- 2) Avaliar a auto percepção do envelhecimento;
- 3) Determinar a satisfação com a imagem corporal;
- 4) Avaliar a auto percepção de saúde;
- 5) Verificar a associação entre a auto percepção do envelhecimento, satisfação com a imagem corporal e auto percepção de saúde e a presença de condições clínicas;
- 6) Verificar a associação entre a auto percepção de envelhecimento e satisfação com a imagem corporal;
- 7) Verificar a associação entre a auto percepção de envelhecimento e a auto percepção de saúde;

8) Verificar a associação entre a satisfação com a imagem corporal e a auto percepção de saúde;

5.METODOLOGIA

5.1 DELINEAMENTO

Estudo transversal, coletado de forma prospectiva em uma amostra aleatória da população de idosos atendidos pela estratégia de saúde da família do município de Porto Alegre.

5.2 POPULAÇÕES EM ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Porto Alegre/RS que possuía, segundo o Censo do IBGE de 2000, uma população total de 1,409 milhões de habitantes com 211.896 idosos⁵¹. A população do município estimada para 2008 foi de 1,43 milhões, o que nos faz estimar que existam aproximadamente 175 mil idosos.^{51,52}

5.2.1 Procedimento amostral / Recrutamento

O estudo EMI-SUS, do qual este trabalho era subprojeto, foi realizado em uma amostra aleatória de 1080 idosos provenientes de 30 diferentes equipes da ESF. Para a seleção desses idosos, inicialmente foram sorteadas as equipes da ESF, de forma estratificada por gerência distrital. De cada gerência foi selecionado um número de equipes correspondente a aproximadamente 30%. De cada equipe, foram sorteados 36 idosos. O critério para o tamanho amostral para a validação teve como base uma recomendação prática dada por Pasquali (1999), que sugere incluir um mínimo de dez sujeitos para cada item do instrumento. Portanto, como o instrumento possui 32 itens, o tamanho amostral mínimo seria de 320 participantes.

5.2.2 Critérios de Seleção

5.2.2.1 Inclusão

- 1) Idade igual ou superior a 60 anos
- 2) Cadastro no Programa de Saúde da Família

5.2.2.2 Exclusão

- 1) Não ter condições de deslocamento até o local para avaliação multiprofissional.

5.3 COLETA DOS DADOS

5.3.1 Rotina de coleta / Fluxograma de funcionamento

O estudo foi realizado conforme as fases descritas abaixo:

- (1) contato, descrição do estudo e programação de trabalho com as Gerências Distritais da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre;
- (2) sorteio estratificado das 30 unidades de ESF que fizeram parte do estudo, conforme descrito acima;
- (3) contato, descrição do estudo e programação de trabalho com as chefias das unidades de PSF que fizeram parte do estudo;
- (4) sorteio dos idosos que foram avaliados em cada unidade de ESF;
- (5) treinamento dos ACS das unidades de ESF participantes;
- (6) ida dos ACS nas casas dos idosos e coletando o questionário geral;

- (7) recepção dos idosos ,aos sábados, nas dependências do HSL da PUCRS para a avaliação multidisciplinar, ocasião em que foram aplicados os instrumentos utilizados nesta tese;
- (8) de forma simultânea, foi realizada a validação do instrumento de auto percepção de envelhecimento, que foi aplicado pela pesquisadora.

5.4 INSTRUMENTOS

5.4.1 Questionário Geral

Os dados referentes à ocorrência de condições clínicas: obesidade, HAS, diabete mellitus, tabagismo e doença cardiovascular foram obtidos do questionário geral que foi aplicado nesta população pelos agentes comunitários de saúde e análises laboratoriais e exames físicos que foram realizados por membros da equipe do projeto EMISUS, do qual este projeto faz parte, além dos dados socioeconômicos.

5.4.2 Questionário de Auto percepção do envelhecimento

O APQ foi desenvolvido a partir da necessidade de instrumentos adequados que medissem a auto percepção do envelhecimento, visto ser este constructo um importante fator que tem sido associado a disfunção funcional e morte em indivíduos idosos. O APQ é um instrumento multidimensional cuja validação mostrou que a auto percepção do envelhecimento está relacionada independentemente com a saúde psicológica e a saúde física. Possui 32 itens divididos em quatro dimensões:

cronologia (crônica ou cíclica), controle (positivo ou negativo), conseqüências (positivas ou negativas) e representações emocionais. Depois de traduzido e adaptado para a língua portuguesa do Brasil, chamamos de Questionário de Auto percepção do Envelhecimento (QAPE).

5.4.3 Escala de Satisfação com Imagem Corporal de Stunkard

A Escala de Satisfação Corporal de Stunkard utiliza nove silhuetas desde a magreza (silhueta 1) até a obesidade severa (silhueta 9). O indivíduo entrevistado escolhe o número da silhueta que considera mais semelhante a sua imagem corporal real (ICreal) e também o número da silhueta que acredita ser mais semelhante à imagem corporal ideal (ICideal) considerada para sua idade. Para avaliação da satisfação corporal, subtrai-se a ICreal da ICideal. Se essa variação for igual a zero, classifica-se o indivíduo como satisfeito; e se diferente de zero, classifica-se como insatisfeito. Caso a diferença seja positiva, é uma insatisfação pelo excesso de peso; e, quando negativa, uma insatisfação pela magreza. A escala de nove silhuetas possui uma boa validade verificada por meio do coeficiente de correlação de Pearson com o índice de massa corporal, apresentando valores estatisticamente significantes $r=0,78$. Além do que, possui boa reprodutibilidade de escala com teste e reteste, que variam de $r=0,55$ a $r=0,71$ 25 .

5.4.4 Auto percepção da saúde

A auto percepção de saúde foi determinada por meio de uma simples pergunta (De uma maneira geral, como você considera sua saúde) e é um dos

indicadores mais usados em pesquisas gerontológicas por que prediz de forma robusta e persistente a mortalidade e o declínio funcional. Ela reflete uma percepção integrada do indivíduo, incluindo dimensões social, psicológica e biológica. Além disto, esta avaliação apresenta validade e confiabilidade equivalentes a outras medidas mais complexas da condição de saúde.

5.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

5.5.1 Tamanho amostral

O critério para o tamanho amostral para a validação teve como base uma recomendação prática dada por Pasquali (1999), que sugere incluir um mínimo de dez sujeitos para cada item do instrumento. Portanto, como o instrumento possui 32 itens, o tamanho amostral mínimo seria de 320 participantes.⁴⁹

5.5.2 Abordagem analítica

Na validação do questionário, a consistência interna do instrumento foi verificada pelo coeficiente alpha de Cronbach. Para verificar associações entre variáveis, foi utilizado o teste do qui-quadrado para as variáveis categóricas, Para variáveis ordinais e aquelas que não tenham uma distribuição próxima à normal, foi utilizado o teste de Mann-Whitney. Para variáveis quantitativas com distribuição próxima à normal foi usado o teste t de Student. Para verificar a força de associação dos diferentes fatores de risco foi calculado o “odds ratio” com respectivo intervalo de confiança 95%.

Para validação do questionário utilizou-se a Análise Fatorial Exploratória (AFE) com o objetivo de identificar a estrutura fatorial do instrumento para descrever e sintetizar os dados agrupando os itens correlacionados entre si.

Para a análise estatística foram usados o índice Kaiser-Meyer-Olkin e o teste de esfericidade de Bartlett para testar se a matriz de correlação é uma matriz identidade (ou seja, teste se as correlações são fortes entre os itens, de forma a detectar grupos/componentes independentes para itens que apresentassem coeficientes de correlação superiores a 0,40. Para a análise das componentes principais foram escolhidos os fatores que obtiveram valores de eigenvalores (autovalores) superiores a 1. A extração dos fatores principais foi efetuada após rotação Varimax e critério de Kaiser.

5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão Científica do Instituto de Geriatria da PUCRS e Comitê de Ética em Pesquisa sob número: 10/04967. O mesmo faz parte do EMI-SUS (sub-projeto 14), previamente aprovado pela Comissão Científica do IGG, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS (Anexo 1) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (Anexo 2), atendendo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras em Pesquisa, conforme a Resolução 196/96 do CNS/MS.^{53,54,55}

Foi respeitada a vontade do indivíduo em participar do estudo e o sigilo das informações coletadas. Estas informações serão publicadas após análise epidemiológica e estatística, não sendo em nenhum momento divulgada as informações dos indivíduos estudados. Todos os participantes foram informados de

forma clara os objetivos e métodos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ⁵⁵(Anexo 3 TCLE do EMISUS).

6 RESULTADOS

6.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Os resultados apresentados na tabela 1 referem-se a uma amostra de 402 investigados, com média de idade de 68,3 ($\pm 7,4$) anos, sendo idades mínimas e máximas de 60 e 104 anos. Na abordagem da idade através de faixas etárias, predominou o grupo de até 64 anos, representando 38,5% (n=154) dos casos, sendo que 8,3% (n=33) apresentaram 80 anos ou mais. O sexo feminino, 59,2% (n=238) mostrou-se ligeiramente mais elevado que o masculino, 40,8 % (n=164).

Sobre a escolaridade, os níveis de instrução mais prevalentes foram o Primário incompleto ou completo (1 a 4 anos) com 45,9% (n=181) e Ginásio incompleto ou completo (5 a 8 anos) com 31,7% (n=125).

Sobre o estado civil os casados ou que viviam em união estável, representaram, 40,0% (n=159) da amostra, seguidos daqueles que se declararam viúvos, 28,7% (n=114).

A faixa de rendimento de mais de 1 até 3 SM concentrou 49,5% (n=199) da amostra, e a faixa com rendimento de até 1 SM, 26,6% (n=107). Vale salientar que, 14,7% (n=59) dos investigados não responderam a esta questão.

A tabela 2 apresenta informações sobre as condições clínicas dos investigados. Nas informações relativas à imagem corporal, 67,2% (n=268) apresentaram escore que caracteriza a insatisfação, restando 32,8% (n=131) de investigados que responderam estarem sim satisfeitos.

Quando questionados sobre a satisfação com o peso, 62,9% (n=251) se declararam satisfeitos.

No que se refere ao IMC, este variou de 17,5 a 49,2 kg/m² com média de 27,9 ($\pm 5,2$). Quanto à classificação do IMC, inicialmente foi considerada a classificação tradicional e os resultados apontaram que 74,3% (n=285) da amostra apresentou sobrepeso/obesidade, sendo que 33,4% (n=128) foram classificados como obesos. Sobre a classificação do IMC com os pontos de corte para idosos, o grupo com sobrepeso/obesidade alcançou 56,5% (n=217) dos investigados.

Nas informações referentes as condições clínicas, 30,2% (n=121) apresentavam estado/características de depressão; 28,5% (n=109) DM; 25,6% (n=94) doenças cardiovasculares (insuficiência cardíaca, infarto, angina); 69,9% (n=274) hipertensão; e 56,5% (n=217) foram caracterizados com classificação de obesidade (IMC idosos). Ainda observou-se que 20,2% (n=80) eram fumantes.

Sobre a autopercepção da saúde, 54,8% (n=216) mencionaram a saúde como regular, 30,7% (n=121) como boa, 6,1% (n=24) como ótima e 8,4% (n=33) como má ou péssima.

Tabela 1: Caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes.

Variáveis	Total amostra (n=402)	
	n	%
Sexo		
Feminino	238	59,2
Masculino	164	40,8
Idade (anos) – NR=2 (0,5%)		
Média ±desvio padrão	68,3 ± 7,4	
Mediana (Mínimo – Máximo)	66,0 (60 - 104)	
Faixa etária – NR=2 (0,5%)		
Até 64	154	38,5
De 65 a 69	111	27,8
De 70 a 79	102	25,5
80 ou mais	33	8,3
Escolaridade – NR=13 (3,2%)		
Analfabeto	50	12,7
Primário incompleto ou completo (1-4 anos)	181	45,9
Ginásio incompleto ou completo (5-8 anos)	125	31,7
Científico incompleto ou completo (9-11 anos)	36	9,1
Superior incompleto ou completo (12 anos ou mais)	2	0,5
Estado Civil– NR=5 (1,2%)		
Casado/união estável	159	40,0
Divorciado/separado	54	13,6
Viúvo	114	28,7
Solteiro	70	17,6
Faixa de rendimento		
Ate 1SM	107	26,6
Mais de 1 a 3SM	199	49,5
Mais de 3	37	9,2
NR	59	14,7

NR -não responderam

Tabela 2: Caracterização clínica dos participantes.

Variáveis	Total amostra (n=402)	
Satisfação imagem corporal		
Satisfeita (E=0)	131	32,8
Insatisfeita (E=outros)	268	67,2
Satisfação com o peso - NR=3 (0,7%)		
Sim	251	62,9
Não	148	37,1
IMC (kg/m²)– NR=18 (4,5%)		
Média ±desvio padrão	28,5 ± 5,2	
Mediana (Mínimo – Máximo)	27,9 (17,5 – 49,2)	
Classificação IMC - NR=18 (4,5%)		
Baixo peso (IMC<18,5)	4	1,0
Peso normal (18,5 - 24,9)	95	24,7
Sobrepeso (25,0-29,9)	157	40,9
Obesidade (≥30,0)	128	33,4
Classificação IMC IDOSO - NR=18 (4,5%)		
Baixo peso (IMC<22)	30	7,8
Peso normal (≥22 a 27)	137	35,7
Sobrepeso/Obesidade (IMC>27)	217	56,5
Morbidades		
Diabetes tipo 2- NR=20 (5,0%)	109	28,5
Sobrepeso/Obesidade IMC (OMS) - NR=18 (4,5%)	285	74,2
Sobrepeso/Obesidade IMC IDOSO - NR=18 (4,5%)	217	56,5
HAS- NR=10 (2,5%)	274	69,9
Doença Cardiovascular (insuf.cardiaca/infarto/angina) NR=35(8.7%)	94	25,6
Tabagismo - NR=5 (1,3%)	80	20,2
Depressão - NR=1 (0,2%)	121	30,2
Autopercepção da saúde		
Ótima	24	6,1
Boa	121	30,7
Regular	216	54,8
Péssima/má	33	8,4

NR- Não responderam

6.2 VALIDAÇÃO

Na tabela 3 é reproduzida a solução fatorial final. O teste de esfericidade de Bartlett foi estatisticamente significativo indicando ser improvável que a matriz de correlação seja uma matriz identidade (ou seja, existem itens correlacionados significativamente de forma a detectar fatores/componentes independentes), informação representada pelo elevado índice estimado pelo teste ($\chi^2_{\text{calc}}=4699,644$) e pelo nível de significância muito próximo de zero ($p<0,0001$).

Para verificar a consistência dos dados originais foi aplicado o teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO), apresentando um índice igual a 0,889, situando-se em um intervalo muito-bom, indicando que o tamanho amostral está adequado para a aplicação da técnica. Pelos resultados da tabela 3, a análise das componentes principais detectou a presença de 7 fatores com *eigenvalores* superiores a 1 e que explicam **57,3% da variância**. Nas informações em relação a comunalidade, apenas 3 itens (9, 17 e 21) apresentaram comunalidades inferiores a 0,500 (mínimo de 0,413). Desta forma, para as demais questões do instrumento mais da metade da variância de cada variável consegue ser explicada pelos fatores comuns.

Tabela 3: Análise Fatorial EXPLORATÓRIA - Análise das comunalidades, fatores e de α -Cronbach

Itens/ Questões	Comunalidade	Componentes da matriz rotacional* Σ							α Cronbach ($\alpha=0,884$; ** $\alpha_{std}=0,892$)	
	Extração	1	2	3	4	5	6	7	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q1	,618	-,006	,121	,040	,099	-,029	,766	,067	,200	,885
Q2	,589	-,069	,018	,079	-,040	,366	,617	-,246	,067	,886
Q3	,641	,216	,030	,317	-,031	-,177	,238	,636	,350	,883
Q4	,550	,022	,075	,011	,107	,077	,680	,252	,204	,885
Q5	,583	,146	,366	,091	,009	-,055	,182	,619	,405	,881
Q6	,646	,006	-,089	-,103	,255	,748	-,046	,040	-,034	,888
Q7	,630	-,007	-,054	,029	,278	,729	,129	-,021	,051	,886
Q8	,525	-,155	,015	-,067	,142	,636	,147	-,225	-,088	,888
Q9	,455	,580	,293	,102	,005	,149	-,016	,010	,546	,878
Q10	,595	-,043	,038	-,021	,713	,212	,190	-,034	,098	,886
Q11	,545	-,003	,043	,046	,634	,286	,177	-,158	,125	,885
Q12	,538	-,132	,039	,060	,686	,119	-,117	,130	,031	,886
Q13	,533	,631	,321	,093	,084	,042	-,082	,086	,602	,877
Q14	,383	,119	-,109	-,009	,591	,050	,007	-,066	,077	,886
Q15	,573	,005	,016	,188	,378	,069	,347	-,519	,111	,885
Q16	,456	,123	,589	,198	,081	,042	,161	-,144	,452	,880
Q17	,413	,204	,491	,295	-,116	,161	,013	,059	,472	,880
Q18	,646	,320	,708	,169	-,037	-,082	,051	,065	,631	,876
Q19	,651	,241	,737	,116	-,018	-,139	,056	,115	,577	,877
Q20	,617	,221	,724	,142	-,063	-,062	,002	,129	,552	,878
Q21	,469	,195	,511	,376	,112	-,053	,051	,105	,537	,878
Q22	,546	,207	,284	,635	,102	-,066	,065	,027	,508	,879
Q23	,675	,252	,254	,732	,004	-,064	,049	,070	,547	,878
Q24	,635	,298	,321	,661	-,007	-,023	,032	,063	,587	,877
Q25	,694	,755	,070	,282	-,075	,066	-,152	,080	,582	,877
Q26	,537	,663	,272	,128	-,082	-,007	-,008	,015	,585	,877
Q27	,564	,642	,360	,002	-,015	-,115	,095	,001	,594	,877
Q28	,580	,567	,445	-,190	-,007	,014	,021	,155	,529	,879
Q29	,594	,664	,000	,260	-,036	,150	-,228	,100	,472	,880
Q30	,602	,698	,143	,064	,015	-,257	,145	,047	,550	,878
Q31	,635	,746	,122	,185	,063	-,139	-,009	,072	,606	,877

Q32	,623	,710	,065	,192	-,004	-,189	,204	,002	,569	,877
Autovalores	5,097	3,484	2,173	2,135	2,073	1,958	1,420			
% de variância	15,928	10,887	6,791	6,672	6,478	6,120	4,437			
% variância acumulada	15,928	26,815	33,606	40,278	46,756	52,876	57,313			

*Método de extração: Análise de Componentes Principais para Análise Fatorial Exploratória; £: Método rotacional, Varimax com kaiser Normalização (manter componentes com autovalor maior que 1); **Alpha de Cronbach padronizado; Parâmetros do modelo: KMO: 0,889; Teste de Esfericidade de Bartlett:

($\chi^2_{\text{calc}}=4699,825$; $p<0,0001$)

O fator I incluiu os itens 25 a 32, com cargas fatoriais entre 0,642 e 0,755. Ainda no fator I foram incluídas as questões 9 e 13 com cargas fatoriais de 0,580 e 0,631, respectivamente. O fator II abrangeu os itens de 16 a 21 com cargas fatoriais entre 0,491 a 0,737. Para o fator III foram elencadas as questões 22,23 e 24, com cargas fatoriais de 0,635 a 0,732. Em relação ao fator IV, foram incluídas as questões de 10 a 12, bem como a questão 14 onde as cargas fatoriais oscilaram entre 0,591 e 0,713. Quanto ao fator V, este foi formado pelos itens 6,7 e 8, com cargas fatoriais entre 0,636 e 0,748.

Vale salientar que, todas as saturações foram superiores a 0,400.

A tabela 4 mostra a Análise da consistência interna das dimensões do QAPE.

Para que se possa adequadamente interpretar os índices Alpha de Cronbach obtidos com esta amostra, conduziram-se estatísticas preliminares (descritivas e correlacionais). Assim, destacam-se que as médias encontradas para cada um dos 24 itens/questões, estudados individualmente, variaram entre 2,3 e 4,0; com desvios-padrão variando entre 0,5 a 1,1. Interpretam-se esses resultados preliminares como sendo suficientemente satisfatórios, pois as variabilidades detectadas não se mostraram expressivas, indicando que, as respostas apresentadas nos itens concentraram-se em torno da média estimada. Também, se identificou aderências predominante positivas [pois em 22 (68,7%) itens as pontuações médias foram superiores a média esperada 3,0].

Sobre os resultados das dimensões, observou-se que, nas dimensões controle positivo ($3,9 \pm 0,4$) e conseqüências positivas ($3,9 \pm 0,5$) foram observadas as médias mais elevadas na amostra, enquanto que, as dimensões das representações

emocionais ($2,7\pm 0,8$) e controle negativo ($2,8\pm 0,8$) se caracterizaram pelos menores pontuações médias.

O índice de alpha de Cronbach bruto correspondente a cada dimensão, apresentou estimativas entre 0,555 (cronologia crônica) e 0,795 (Conseqüências negativas), sendo que, apenas a dimensão da cronologia crônica apresentou estimativas abaixo do mínimo necessário (0,600).

No que diz respeito a análise psicométrica dos itens e da escala, investigou-se o grau de discriminação dos itens para cada uma das 7 dimensões, e os resultados apontaram que na dimensão de maior comprometimento, cronologia crônica, as correlações dos itens com a pontuação total variaram entre 0,182 e 0,387. Ainda sobre esta dimensão, o item 2 foi o menos discriminativo (ou seja, excluído este item melhora o poder de discriminação da dimensão, melhorando também o α que passa de 0,555 para 0,562).

As demais dimensões apresentaram correlações com o total da amostra superiores a 0,400, que é a estimativa mínima aceitável.

Tabela 4: Análise da consistência interna das dimensões

Dimensão	Alpha (α Padronizado)	Itens	Análise descritiva		Alpha se item deletado	Correlação item- total*
			Média	Desvio padrão		
Cronologia cronica (3,5±0,5)	0,555 (0,565)	1	3,6	0,9	,466	,370
		2	4,0	0,5	,562	,182
		3	2,9	1,1	,509	,317
		4	3,8	0,7	,471	,387
		5	3,2	1,0	,468	,367
Cronologia ciclica: (2,9±0,8)	0,831 (0,831)	27	3,1	1,0	,793	,644
		28	3,1	1,0	,822	,540
		30	2,8	1,1	,791	,654
		31	2,6	1,0	,785	,673
		32	2,9	1,1	,795	,638
Representacoes Emocionais (2,7±0,8)	0,825 (0,827)	9	3,0	1,1	,795	,606
		13	2,9	1,1	,787	,633
		25	2,5	1,1	,765	,709
		26	2,8	1,1	,800	,589
		29	2,3	0,9	,804	,576
Controle positivo (3,9±0,4)	0,659 (0,672)	10	3,9	0,6	,550	,529
		11	4,0	0,5	,577	,496
		12	3,9	0,5	,628	,363
		14	3,8	0,7	,659	,333
		15	3,9	0,5	,618	,386
Controle negativo (2,8±0,8)	0,776 (0,775)	21	3,3	1,0	,762	,498
		22	3,2	1,0	,727	,568
		23	3,0	1,0	,693	,632
		24	3,1	1,0	,700	,619
Consequencias positivas (3,9±0,5)	0,706 (0,705)	6	3,9	0,6	,591	,542
		7	3,9	0,6	,546	,578
		8	4,0	0,6	,697	,454
Consequencias negativas (3,3±0,8)	0,795 (0,797)	16	3,5	0,9	,789	,464
		17	3,2	1,1	,791	,467
		18	3,3	1,1	,717	,694
		19	3,3	1,0	,729	,660
		20	3,2	1,1	,747	,605

*Correlação entre o item e o valor global (pontuação total da dimensão);

6.3 AUTO PERCEPÇÃO DO ENVELHECIMENTO

A tabela 5 mostra as pontuações médias para cada dimensão do instrumento QAPE comparadas com as variáveis que caracterizaram o perfil dos investigados. Verificou-se que, em relação ao sexo, foi detectada diferença significativa na representação emocional, onde a pontuação média do sexo feminino ($2,78 \pm 0,82$) mostrou-se mais elevada que a do masculino ($2,61 \pm 0,80$) ($p < 0,05$). As demais variações detectadas entre as pontuações médias não diferiram de forma significativa.

Tomando como base as faixas etárias definidas como até 64 anos, de 65 a 69, de 70 a 79 e 80 anos ou mais, as pontuações médias de cada dimensão do QAPE, também, foram comparadas e, ocorreu diferença estatística significativa na sub escala consequências negativas ($p < 0,05$), de forma que, a média na faixa etária de 80 anos ou mais ($3,68 \pm 0,52$) mostrou-se mais elevada que a média dos grupos com idade de até 64 anos ($3,31 \pm 0,80$; $p < 0,05$), de 65 a 69 anos ($3,32 \pm 0,77$; $p < 0,01$) e de 70 a 79 anos ($3,31 \pm 0,73$; $p > 0,05$), sendo que entre estas 3 últimas faixas citadas as diferenças observadas entre as pontuações médias, não se mostraram relevantes para esta amostra. Na comparação das pontuações das demais dimensões as variações observadas não se mostraram expressivas, embora se tenha observado tendências de diferenças significativas nas sub escalas Time AC-Cronologia crônica ($p = 0,08$), onde o grupo com idades mais elevadas pode estar apresentando uma média superior as demais faixas etárias ($3,73 \pm 0,51$); e Controle positivo ($p = 0,06$) onde as duas faixas etárias detentoras das menores idades podem

estar apresentando pontuações médias mais elevada (Até 64 anos: $3,94 \pm 0,35$ e De 65 a 69 anos: $3,95 \pm 0,28$).

As pontuações médias do QAPE também foram comparadas em relação ao estado civil, e de acordo com os resultados obtidos, não foram detectadas diferenças significativas, apontando para uma relação de independência entre o estado civil e as sub escalas do QAPE.

O nível de escolaridade também foi considerado na comparação das pontuações médias das dimensões do QAPE, e os resultados apontaram diferença significativa na subescala cronologia cronica ($p < 0,001$) onde o grupo com ensino primário ($3,63 \pm 0,45$) apresentou média mais elevada quando comparado as pontuações dos demais níveis de escolaridade. Também, verificou-se que, os grupos com instrução ginásial ($3,48 \pm 0,49$), analfabeto ($3,46 \pm 0,68$) e ensino superior ($3,40 \pm 0,28$) apresentaram pontuações significativamente maiores que o grupo com instrução de nível científico ($3,19 \pm 0,50$; $p < 0,05$).

Na sub escala cronologia cíclica a diferença significativa ($p < 0,001$) apontou que, a pontuação média dos grupos sem instrução ($3,13 \pm 0,86$) e com ensino primário ($2,98 \pm 0,80$), mostraram-se significativamente maiores que as médias dos grupos que apresentaram os níveis de instrução ginásial ($2,83 \pm 0,77$; $p < 0,05$), científico ($2,49 \pm 0,64$) e ensino superior ($1,70 \pm 0,42$; $p < 0,0001$). Desta forma, há evidências de que os investigados sem instrução e com nível primário estão apresentando um maior impacto a cerca da consciência do seu envelhecimento.

Para a dimensão das conseqüências, observou-se que para as positivas a diferença significativa ($p < 0,05$) informou que o grupo com ensino superior ($4,50 \pm 0,71$) apresentou pontuações médias significativamente mais elevadas que aqueles com instrução científico ($4,01 \pm 0,62$), ginásial ($3,95 \pm 0,37$; $p < 0,05$), primário

($3,86 \pm 0,48$; $p < 0,05$) e analfabetos ($3,80 \pm 0,63$; $p < 0,05$). Desta forma, podemos acreditar que o grupo com instrução mais elevada percebe que o envelhecimento deve agregar sabedoria. Chama-se atenção, para o fato de que, quanto maior o nível de instrução, maior a pontuação média para a sub escala das conseqüências positivas, e sobre esta relação foi detectado um coeficiente de correlação significativo, positivo de grau regular ($r = +0,487$; $p < 0,001$), apontando que, pontuações elevadas estão se mostrando correlacionadas a níveis de instrução elevados (ou vice versa: baixas escolaridades correlacionadas a baixas pontuações). Desta forma, quanto maior o nível de instrução, maior a percepção de que a medida que ocorre o envelhecimento o investigado vai ganhando sabedoria.

Para as conseqüências negativas a diferença significativa detectou que, quanto maior o grau de instrução menor a pontuação média da sub escala, com uma estimativa de correlação significativa, negativa de grau regular ($r = -0,302$; $p < 0,001$). Sobre as pontuações médias, verificou-se que, os grupos sem instrução ($3,52 \pm 0,63$) e com primário incompleto ($3,45 \pm 0,7$) apresentaram médias significativamente mais elevadas quando comparados aos níveis de instrução ginásial ($3,16 \pm 0,77$; $p < 0,05$), científico ($2,88 \pm 0,75$; $p < 0,01$) e superior ($1,80 \pm 0,85$; $p < 0,001$). Desta forma, há evidências de que, os investigados com um menor nível de instrução mostraram-se mais afetados pelas conseqüências negativas, ou seja, percebem que o envelhecimento torna tudo mais difícil.

Para a dimensão da representação emocional, a diferença estatística significativa das médias das pontuações com os níveis de escolaridade se configurou ($p = 0,006$), indicando que, as médias do grupo sem escolaridade ($2,89 \pm 0,78$) e primário ($2,76 \pm 0,85$), apresentaram-se significativamente mais elevadas que os grupos com escolaridade ginásial ($2,61 \pm 0,76$; $p < 0,05$), científico

($2,42 \pm 0,70$; $p < 0,05$) e ensino superior ($1,50 \pm 0,71$; $p < 0,01$). Ou seja, os investigados analfabetos e com o ensino primário estão se mostrando mais atingidos pela resposta emocional através de sentimentos negativos induzida pelo envelhecimento. Ainda observou-se que, quanto maior o grau de instrução menor a pontuação média para a representação emocional, neste sentido a estimativa para o coeficiente de correlação, foi de $-0,264$ ($p \leq 0,01$). Desta forma, devemos acreditar que, a resposta emocional, através de sentimentos negativos induzida pelo envelhecimento aumenta conforme diminui o nível de escolaridade.

Outra pontuação média que se mostrou significativa quando comparada a escolaridade, foi da sub escala do controle negativo ($p < 0,001$), onde a média do grupo com ensino superior ($4,15 \pm 0,21$) foi significativamente mais elevada que as médias dos ensinos científico ($3,26 \pm 0,71$; $p < 0,01$), ginásial ($2,98 \pm 0,76$; $p < 0,001$), primário ($2,77 \pm 0,80$; $p < 0,001$) e analfabeto ($2,58 \pm 0,71$; $p < 0,001$), sendo que, a média do grupo sem instrução, mostrou-se significativamente menores que as pontuações médias dos ensinos ginásial, científico e superior. Desta forma, pontuações elevadas indicam que o investigado não apresentou controle (ou percepção de controle?) sobre a mobilidade ao envelhecer. Avaliando a relação de linearidade entre o nível de escolaridade e as pontuações para o controle negativo, foi estimada uma correlação significativa, negativa de grau moderado ($r = 0,325$; $p < 0,001$), ou seja, pontuações elevadas estão se mostrando correlacionadas a níveis de escolaridade também elevados (ou vice-versa: baixas pontuações relacionadas a baixos níveis de escolaridade). Ou seja, quanto maior a escolaridade maior a percepção de perda de controle sobre a mobilidade ao envelhecer. As comparações realizadas na sub escala do controle positivo as diferenças observadas não se mostraram significativas para esta amostra.

TABELA 5: Média e desvio padrão para as dimensões do QAPE, segundo o sexo, faixa etária, estado civil e escolaridade

Variáveis	Cronologia crônica	Cronologia cíclica	Conseq. Positivas	Conseq. negativas	Representações Emocionais	Controle positivo	Controle negativo
Sexo							
Feminino (n=238)							
Mean-Sd	3,52±0,53	2,95±0,83	3,91±0,45	3,32±0,77	2,78±0,82	3,92±0,35	2,88±0,83
Masculino (n=164)							
Mean-Sd	3,51±0,51	2,83±0,76	3,90±0,55	3,28±0,74	2,61±0,80	3,88±0,39	2,83±0,75
p (sexo)§	0,738	0,109	0,471	0,417	0,027	0,301	0,867
Faixa etária							
Até 64 anos (n=154)							
Mean-Sd	3,48±0,50	2,90±0,82	3,91±0,50	3,31±0,80	2,73±0,85	3,94±0,35	2,87±0,74
De 65 a 69 anos (n=111)							
Mean	3,51±	2,81±	3,94±	3,32±	2,69±	3,95±	2,96±
Sd	0,51	0,79	0,46	0,77	0,72	0,28	0,83
De 70 a 79 anos (n=102)							
Mean	3,53±	2,91±	3,88±	3,31±	2,73±	3,83±	2,82±
Sd	0,55	0,80	0,50	0,73	0,85	0,43	0,85
80 anos ou mais (n=33)							
Mean	3,73±	3,22±	3,80±	3,68±	2,73±	3,79±	2,63±
Sd	0,51	0,74	0,51	0,52	0,72	0,44	0,73
p (faixa etária)¶	0,08	0,09	0,55	0,01	0,43	0,06	0,17
Estado civil							
Casado/união estável (n=159)							
Mean	3,51±	2,84±	3,91±	3,27±	2,62±	3,90±	2,84±
Sd	0,52	0,76	0,50	0,77	0,77	0,37	0,80
Divorciado/separado (n=54)							
Mean	3,43±	2,95±	3,93±	3,29±	2,71±	4,01±	2,86±
Sd	0,55	0,88	0,45	0,80	0,91	0,35	0,82
Viúvo(a) (n=114)							
Mean	3,55±	2,94±	3,86±	3,33±	2,70±	3,89±	2,81±
Sd	0,51	0,82	0,46	0,76	0,82	0,34	0,76
Solteiro (n=70)							
Mean	3,58±	2,89±	3,88±	3,37±	2,82±	3,85±	2,96±
Sd	0,50	0,81	0,57	0,66	0,79	0,41	0,79
p(estado civil)¶	0,42	0,69	0,84	0,83	0,39	0,12	0,61
Escolaridade							
Analfabeto (n=50)							
Mean	3,46±	3,13±	3,80±	3,52±	2,89±	3,84±	2,58±
Sd	0,68	0,86	0,63	0,63	0,78	0,48	0,71
Primário incompleto e completo (n=181)							
Mean	3,63±	2,98±	3,86±	3,45±	2,76±	3,90±	2,77±
Sd	0,45	0,80	0,48	0,70	0,85	0,32	0,80
Ginásio incompleto e completo (n=125)							
Mean-Sd	3,48±0,49	2,83±0,77	3,95±0,37	3,16±0,77	2,61±0,76	3,92±0,37	2,98±0,76

Científico incompleto e completo (n=36)

Mean-Sd	3,19±0,50	2,49±0,64	4,01±0,62	2,88±0,75	2,42±0,70	3,87±0,38	3,26±0,71
---------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

Superior incompleto e completo (n=2)

Mean-Sd	3,40±0,28	1,70±0,42	4,50±0,71	1,80±0,85	1,50±0,71	4,30±0,71	4,15±0,21
---------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

p(escolaridades)¥

<0,001	<0,001	0,043	<0,001	0,006	0,323	<0,001
--------	--------	-------	--------	-------	-------	--------

*Correlação significativa a 5%; ** Correlação significativa a 1%; §: Teste de Mann Whitney; §: ¥: Teste de Análise de Variância (One Way) – Post Hoc Tukey;

Sobre os resultados relativos as dimensões do QAPE, verificou-se que para a dimensão cronologia foi detectada diferença estatística significativa ($p < 0,05$) indicando que, no crônico a média mostrou-se mais elevada ($3,5 \pm 0,5$) que no cíclico ($2,9 \pm 0,8$). Avaliando a cronologia crônica o item que mais se mostrou expressivo sobre para a pontuação elevada foi o fato de 89,5% ($n=359$) dos investigados concordarem que sempre estão conscientes de sua idade. Já, para a cíclica, o maior impacto para as baixa pontuações foi observado no item onde 60,8% ($n=244$) da amostra relatou discordar que a consciência de estar envelhecendo muda muito de um dia para outro, bem como, o fato de discordarem das fases em se se sentem velho(a)s, 54,6% ($n=218$). Para a dimensão do controle, os resultados apontaram que o controle positivo ($3,9 \pm 0,4$) apresentou média significativamente mais elevada que o a dimensão do controle negativo ($2,9 \pm 0,8$). Quanto aos itens da dimensão do controle positivo, destaque foi para o item em que foi questionado se a qualidade dos relacionamentos na velhice depende dos investigados, onde a maior parte da amostra, 89,5% ($n=359$) declarou concordar. Vale salientar que em todos os demais itens as respostas afirmativas para a concordância ficam em no mínimo 80%.

No que se refere ao controle negativo, as pontuações mais elevadas ocorreram. No item 22 onde 57,8% ($n=231$) concordaram que a mobilidade do

investigados ao envelhecer não depende dele. No entanto, chama-se atenção para os demais itens desta dimensão onde pouco mais de 40% relatara, discordar que a diminuição do ritmo de vida com a idade não pode ser controlado, perda de controle sobre a vitalidade ou entusiasmo pela vida com o envelhecimento e falta de controle sobre o envelhecimento na vida social.

No que se refere as dimensões das consequências a média para os aspectos positivo ($3,9 \pm 0,5$) mostraram-se significativamente mais elevadas que nos aspectos negativos ($3,3 \pm 0,8$; $p < 0,01$). O item que apresentou um maior impacto foi aquele relativo ao crescimento como pessoa a medida que ocorreu o envelhecimento, onde 86,0% ($n=344$) concordaram com esta afirmativa. Quando ao item mais relevante nas consequências negativas foi aquele referente ao fato do envelhecimento limitar as coisa (atividades) que o investigado pode fazer, onde, 66,6% ($n=267$) concordaram com esta questão.

Em relação a representação emocional, que investiga a percepção do envelhecimento através de sentimentos negativos, a média foi de 2,7 ($\pm 0,8$), sendo sobre os itens desta subescala, os mais representativos enfocaram a discordância para o fato do investigado sentir-se deprimido, quando pensa em envelhecer, 62,3% ($n=250$); bem como, o fato de se preocuparem com os efeitos que o envelhecimento pode acarretar em seus relacionamentos com os outros, 72,3% ($n=290$). Vale salientar que, a maior concentração de concordância foi evidenciada nos item onde o investigado apontou sentir-se deprimido quando pensa que o envelhecimento pode afetar as atividades que o investigado consegue desempenhar, 42,6% ($n=171$).

Tabela 6: Média e Intervalo de Confiança 95% para as dimensões do QAPE.

Dimensões	Medidas descritivas (n=402)	
	Média	IC95%
Cronologia cronica	3,5	3,4 – 3,6
Cronologia ciclica	2,9	2,8 – 3,0
Representacoes Emocionais	2,7	2,6 – 2,8
Controle positivo	3,9	3,8 – 4,0
Controle negativo	2,9	2,6 – 3,1
Conseq. Positivo	3,9	3,8 – 4,0
Conseq. Negativo	3,3	3,1 – 3,5

Análise de Medidas Repetidas ($p < 0,001$) – Post Hoc Bonferroni

Ainda sobre os resultados referentes a percepção do envelhecimento, comparou-se as pontuações médias entre todos as dimensões e verificou-se que, as pontuações médias diferiram de forma significativa ($p < 0,001$), onde as médias dos domínios controle positivo ($3,9 \pm 0,4$) e consequências positivas ($3,9 \pm 0,5$) mostraram-se mais elevadas quando comparadas com as médias dos demais domínios ($p < 0,001$). Também verificou-se que, as menores médias foram detectadas nos domínios da representação emocional ($2,7 \pm 0,8$; $p < 0,001$), controle negativo ($2,9 \pm 0,8$; $p < 0,01$) e cronologia cíclica ($2,9 \pm 0,8$; $p < 0,01$).

6.4 AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE

A Tabela 7 mostra os resultados da auto percepção de saúde dos entrevistados. A maioria deles referiu ter uma saúde regular (54,8%). Apenas 6,1% percebem sua saúde como sendo ótima, enquanto que 8,4% acreditam que sua saúde é péssima.

Tabela 7. Auto Percepção de Saúde

	N	%
Autopercepção da saúde		
Ótima	24	6,1
Boa	121	30,7
Regular	216	54,8
Péssima/má	33	8,4

6.5 ASSOCIAÇÃO ENTRE A AUTOPERCEPÇÃO DO ENVELHECIMENTO E A PRESENÇA DE CONDIÇÕES CLÍNICAS

6.5.1 Humor Deprimido

A tabela 8 mostra as comparações das dimensões do QAPE em relação a humor deprimido, onde foram detectadas diferenças estatisticamente significativas na maior parte dos domínios, exceto no controle positivo e consequências positivas.

Nos dados referente a cronologia, que avalia a consciência do indivíduo em seu processo do envelhecimento ao longo do tempo, verificou-se que, para a dimensão crônica a pontuação média do grupo com humor deprimido ($3,7 \pm 0,5$) foi significativamente ($p < 0,01$) mais elevada que no grupo sem humor deprimido ($3,5 \pm 0,5$). Para a dimensão cíclica, a diferença significativa ($p < 0,0001$) apontou que o grupo com humor deprimido ($3,3 \pm 0,8$) apresentou média mais elevada que o grupo sem ($2,7 \pm 0,7$).

Em relação a dimensão das representações emocionais, novamente o grupo com humor deprimido ($3,2 \pm 0,8$) apresentou média significativamente ($p < 0,01$) mais elevada que o grupo sem ($2,5 \pm 0,7$).

Sobre as dimensões referentes ao controle, que engloba as formas de lidar com o processo do envelhecimento, observou-se que, para o controle positivo, as

diferenças observadas entre os dois grupos não se mostraram significativas, no entanto, para o controle negativo a pontuação média do grupo com humor deprimido ($2,5\pm 0,7$) foi significativamente menor que no grupo sem ($3,0\pm 0,8$), ou seja, o grupo sem humor deprimido está apresentando características que acentuam os sentimentos negativos associados a alterações negativas na saúde física e funcional.

No que diz respeito a dimensão das consequências que avalia as crenças do indivíduo sobre o impacto que o envelhecimento pode ter em sua vida, estimou-se que, para as consequências positivas as pontuações médias não diferiram, indicando que, tanto o grupo com humor deprimido quanto o grupo sem, apresentaram uma percepção semelhante quanto ao ganho de conhecimento/sabedoria com o envelhecimento. No entanto, para a dimensão das consequências negativas, a pontuação média do grupo com humor deprimido ($3,6\pm 0,7$) mostrou-se significativamente mais elevada que no grupo sem ($3,2\pm 0,8$), desta forma há evidências de que, o grupo com humor deprimido está mais inclinado a uma menor sensação de bem estar (teve mais acentuada as características associadas a depressão).

Tabela 8: Média, desvio padrão e mediana para as dimensões do QAPE, segundo a HUMOR DEPRIMIDO

Dimensões	Humor Deprimido						p
	Sim (n=121)			Não (n=280)			
	Média	Desvio padrão	Mediana	Média	Desvio padrão	Mediana	
Media cronologiaAC	3,7	0,5	3,6	3,5	0,5	3,6	<0,001
MediaCicl	3,3	0,8	3,6	2,7	0,7	2,6	<0,001
MediaRepEmo	3,2	0,8	3,2	2,5	0,7	2,4	<0,001
MediaContrl+	3,9	0,3	4,0	3,9	0,4	4,0	0,569
MediaContr_	2,5	0,7	2,3	3,0	0,8	3,0	<0,001
MediaConseqPos	3,8	0,5	4,0	3,9	0,5	4,0	0,059
MediaConseq-	3,6	0,7	3,8	3,2	0,8	3,2	<0,001

TimeAC-cronologia crônica.Cicl-cronologia cíclica.RepEmo-Representacoes Emocionais. Contrl+- controle positivo. Contr_-controle negativo. ConseqPos- consequências positivas. Conseq_-consequencias negativas.

6.5.2 Tabagismo

A avaliação da relação entre o tabagismo e as dimensões QAPE demonstradas na tabela 9, não detectou diferenças estatisticamente significativas. Desta forma não há evidências de que o a percepção de envelhecimento esteja relacionada do tabagismo, neste estudo. A sub escala do controle positivo, foi onde ocorreu a maior variabilidade ($0,05 < p < 0,10$), sugerindo que o grupo caracterizado como tabagista ($4,0 \pm 0,6$) pode estar apresentando média mais elevada que o grupo não tabagista ($3,9 \pm 0,5$), ou seja, os fumantes podem estar inclinados a acreditar que a qualidade de vida na velhice depende deles mesmos, quando comparados os não fumantes.

Sobre as demais sub escalas do QAPE as diferenças observadas não se mostraram relevantes para esta amostra.

Tabela 9: Média, desvio padrão e mediana para as dimensões do QAPE, segundo a TABAGISMO

Dimensões	Tabagismo						p
	Sim (n=80)			Não (n=317)			
	Média	Desvio padrão	Mediana	Média	Desvio padrão	Mediana	
Media timeAC	3,5	0,5	3,6	3,5	0,5	3,6	0,693
MediaCicl	2,9	0,9	2,8	2,9	0,8	2,8	0,856
MediaRepEmo	2,8	0,8	2,8	2,6	0,8	2,4	0,169
MediaContrl+	4,0	0,3	4,0	3,9	0,4	4,0	0,068
MediaContr_	2,8	0,8	3,0	2,9	0,8	3,0	0,703
MediaConseqPos	3,9	0,6	4,0	3,9	0,5	4,0	0,339
MediaConseq-	3,3	0,7	3,5	3,3	0,8	3,6	0,502

TimeAC-cronologia crônica. Cicl-cronologia cíclica. RepEmo-Representações Emocionais. Contrl+- controle positivo. Contr_-controle negativo. ConseqPos- consequências positivas. Conseq_-consequências negativas.

6.5.3 Obesidade (IMC idosos)

Quando o QAPE foi comparado a obesidade (classificação IMC idoso), conforme tabela 10, foi detectada diferença estatística significativa na sub escala do controle negativo ($p < 0,05$), onde a percepção de que a mobilidade do investigado ao envelhecer dependa dele mesmo, foi mais elevada no grupo de obesos ($2,9 \pm 0,8$) que dos não obesos ($2,8 \pm 0,8$). Outra variabilidade que se mostrou expressiva, foi observada na sub escala de consequências positivas ($0,05 < p < 0,10$), onde a média do grupo obeso foi superior ($2,9 \pm 0,6$ vs. $2,8 \pm 0,8$).

Sobre as demais sub escalas do QAPE, quando comparadas a obesidade, as diferenças significativas não se configuraram neste estudo.

Tabela 10: Média, desvio padrão e mediana para as dimensões do QAPE, segundo a OBESIDADE (IMC Lipschitz)

Dimensões	Obesidade (IMC IDOSO)						p
	Sim (n=217)			Não (n=167)			
	Média	Desvio padrão	Mediana	Média	Desvio padrão	Mediana	
Media timeAC	3,5	0,5	3,6	3,5	0,5	3,6	0,307
MediaCicl	2,8	0,8	2,8	2,9	0,8	2,8	0,241
MediaRepEmo	2,6	0,8	2,4	2,7	0,8	2,4	0,667
MediaContrl+	3,9	0,3	4,0	3,9	0,4	4,0	0,145
MediaContr_	2,9	0,8	3,0	2,8	0,8	2,5	0,037
MediaConseqPos	3,9	0,4	4,0	3,9	0,5	4,0	0,068
MediaConseq-	3,3	0,8	3,6	3,3	0,7	3,6	0,345

TimeAC-cronologia crônica. Cicl-cronologia cíclica. RepEmo-Representações Emocionais. Contrl+- controle positivo. Contr_-controle negativo. ConseqPos- consequências positivas. Conseq_-consequências negativas.

6.5.4 Diabete Mellitus

No que diz respeito a comparação da percepção de envelhecimento em relação a diabete mellitus (DM), verificou-se que, para a dimensão da cronologia na sub escala crônica a pontuação média do grupo com DM ($3,7 \pm 0,5$) foi significativamente ($p < 0,01$) mais elevada que no grupo sem DM ($3,5 \pm 0,5$), conforme resultados na tabela 11. Para a sub escala cíclica, a diferença significativa ($p < 0,0001$) apontou que o grupo com DM ($3,1 \pm 0,7$) apresentou média mais elevada que o grupo sem DM ($2,9 \pm 0,8$).

Nos resultados da dimensão das representações emocionais, novamente grupo com DM ($2,9 \pm 0,7$) apresentou média significativamente ($p < 0,01$) mais elevada que o grupo sem DM ($2,6 \pm 0,8$), ou seja os sentimentos negativos mostraram-se mais expressivos no grupo com DM.

Sobre a dimensão referente ao controle, a diferença significativa apontou que na sub escala negativa ($p < 0,001$) a pontuação média do grupo com DM ($2,7 \pm 0,8$) foi menor que no grupo sem DM ($3,0 \pm 0,7$), ou seja, o grupo sem DM está apresentando características que acentuam os sentimentos negativos relacionados as alterações negativas na saúde física e funcional e uma baixa resiliência. Quanto a sub escala positiva não foi detectada diferença estatística significativa entre os investigados com presença ($3,9 \pm 0,4$) e ausência de DM ($3,9 \pm 0,6$), ou seja, a percepção de que a qualidade da vida social na velhice deva depender do próprio investigado mostrou-se semelhante nos dois grupos.

No que diz respeito a dimensão das consequências, para a sub escala positiva, as pontuações médias não diferiram, indicando que, tanto o grupo com DM ($3,9 \pm 0,4$), quanto aqueles sem DM ($3,9 \pm 0,5$), apresentaram uma percepção semelhante quanto ao ganho de conhecimento/sabedoria com o envelhecimento. No entanto, para a sub escala das consequências negativas, a pontuação média do grupo com DM ($3,5 \pm 0,6$) mostrou-se significativamente mais elevada que a do grupo sem DM ($3,2 \pm 0,8$), desta forma há evidências de que, o grupo com presença de DM está mais inclinado a uma menor sensação de bem estar (teve mais acentuada as características associadas a depressão).

Tabela 11: Média, desvio padrão e mediana para as dimensões do QAPE, segundo a DM

Dimensões	Diabete Mellitus						p
	Sim (n=109)			Não (n=273)			
	Média	Desvio padrão	Mediana	Média	Desvio padrão	Mediana	
Media timeAC	3,6	0,5	3,6	3,5	0,5	3,6	<0,001
MediaCicl	3,0	0,8	2,8	2,9	0,8	2,8	<0,001
MediaRepEmo	2,9	0,9	2,8	2,6	0,8	2,4	<0,001
MediaContrl+	3,9	0,4	4,0	3,9	0,4	4,0	0,792
MediaContr_	2,7	0,8	2,8	2,9	0,8	3,0	<0,001
MediaConseqPos	3,9	0,4	4,0	3,9	0,5	4,0	0,032
MediaConseq-	3,5	0,6	3,6	3,2	0,8	3,4	<0,001

TimeAC-cronologia crônica. Cicl-cronologia cíclica. RepEmo-Representacoes Emocionais. Contrl+- controle positivo. Contr_-controle negativo. ConseqPos- consequências positivas. Conseq_-consequencias negativas.

6.5.5 DOENÇA CARDIOVASCULAR (Infarto+angina +insuf card congestiva)

A presença, ou não, de doenças cardiovasculares também foi comparada as dimensões do QAPE conforme resultados na tabela 12 e, ocorreu diferença estatística significativa na escala a cronológica, que avalia a consciência do indivíduo em seu processo do envelhecimento ao longo do tempo, especificamente para a dimensão crônica onde, a pontuação média do grupo com doenças cardiovasculares ($3,7 \pm 0,5$) foi significativamente ($p < 0,01$) mais elevada que no grupo sem doenças ($3,5 \pm 0,5$). Desta forma, há evidencias de que os investigados com doenças cardiovasculares estão se mostrando significativamente inclinados a concordarem que sempre estão conscientes de sua idade. Sobre o resultado da subescala cíclica, a diferença significativa não se configurou ($p > 0,05$), indicando que, a doença cardiovascular não deve influenciar na presença fases ou oscilação

da percepção do envelhecimento (Com doença cardiovascular: $3,0\pm 0,8$ vs. Sem doença cardiovascular: $2,9\pm 0,6$).

Nos resultados da dimensão das representações emocionais, a média do grupo com doença cardiovascular ($3,0\pm 0,7$) mostrou-se ligeiramente mais elevada que grupo sem doença ($2,9\pm 0,6$), no entanto, a diferença observada não se mostrou significativa. Desta forma, os resultados sugerem que, os dois grupos mostraram-se afetados de forma semelhante no que diz respeito aos sentimentos negativos.

Sobre a dimensão referente ao controle, não foram detectadas diferenças significativas onde, tanto no controle positivo (Com doença cardiovascular: $3,9\pm 0,9$ vs. Sem doença cardiovascular: $3,9\pm 0,5$; $p>0,05$), quanto no controle negativo (Com doença cardiovascular: $2,8\pm 0,8$ vs. Sem doença cardiovascular: $2,9\pm 0,4$; $p>0,05$) as diferenças mostraram-se inexpressivas entre os dois grupos. Desta forma, não há evidências de que a doença cardiovascular possa influenciar os sentimentos negativos relacionados as alterações negativas na saúde física e funcional e na baixa resiliência, bem como, que a percepção de que a qualidade da vida social na velhice deva depender do próprio investigado.

No que diz respeito a dimensão das conseqüências, novamente a ausência de diferença significativa se manteve, onde na sub escala positiva, as pontuações médias não diferiram, indicando que, tanto o grupo com doença cardiovascular ($3,9\pm 0,4$), quanto aqueles sem doença ($3,9\pm 0,5$), apresentaram uma percepção semelhante quanto ao ganho de conhecimento/sabedoria com o envelhecimento.

Situação semelhante foi evidenciada na sub escala das conseqüências negativas, com a pontuação média do grupo com doença cardiovascular ($3,3\pm 0,9$) estatisticamente semelhante quando comparada ao grupo sem doença ($3,3\pm 0,5$),

desta forma, a percepção da sensação de bem estar mostrou-se independente dos grupo com e sem doença cardiovascular.

Tabela 12: Média e desvio padrão para as dimensões do QAPE, segundo a DOENÇA CARDIOVASCULAR

Dimensões	Doença Cardiovascular*				p
	Sim (n=94)		Não (n=273)		
	Média	IC95%*	Média	IC95%*	
Media timeAC	3,7	3,6 – 3,8	3,5	3,4 – 3,6	0,009
MediaCicl	3,0	2,8 – 3,1	2,9	2,8 – 3,0	0,368
MediaRepEmo	2,7	2,5 – 2,9	2,7	2,6 – 2,8	0,893
MediaContrl+	3,9	3,7 – 4,1	3,9	3,8 – 4,0	0,881
MediaContr_	2,8	2,6 – 3,0	2,9	2,8 – 3,0	0,299
MediaConseqPos	3,9	3,8 – 4,0	3,9	3,8 – 4,0	0,914
MediaConseq-	3,3	3,1 – 3,6	3,3	3,2 – 3,4	0,886

* Intervalo de Confiança 95% para a média APQ;

TimeAC-cronologia crônica. Cicl-cronologia cíclica. RepEmo-Representações Emocionais. Contrl+- controle positivo. Contr_-controle negativo. ConseqPos- consequências positivas. Conseq_- consequências negativas.

6.5.6 Hipertensão Arterial Sistêmica

A comparação com o QAPE que considerou a hipertensão, demonstrada na tabela 13, apontou que para a dimensão da consciência do indivíduo acerca de seu envelhecimento, as variações observadas nas sub escalas cronológica (Hipertenso: $3,4 \pm 0,5$ vs. Não hipertenso: $3,5 \pm 0,6$) e cíclica (Hipertenso: $2,8 \pm 0,8$ vs. Não hipertenso: $2,9 \pm 0,8$) não se mostraram significativas ($p > 0,05$), ou seja, a hipertensão não deve influenciar na presença constante da consciência da idade, bem como, não deve influenciar na presença de fases ou oscilação da percepção do envelhecimento.

Na avaliação das representações emocionais, a média do grupo hipertenso ($2,7 \pm 0,9$) apresentou-se ligeiramente mais elevada quando comparada aos não hipertensos ($2,8 \pm 0,8$), sugerindo que, os dois grupos apresentaram um perfil semelhante no que diz respeito aos sentimentos negativos.

Sobre a dimensão referente ao controle, a diferença significativa apontou que na sub escala negativa ($p < 0,05$) a pontuação média do grupo com hipertensão ($2,8 \pm 0,8$) foi menor que no grupo sem hipertensão ($3,0 \pm 0,7$), ou seja, o grupo não hipertenso está apresentando características que acentuam os sentimentos negativos relacionados as alterações negativas na saúde física e funcional e uma baixa resiliência. Quanto a sub escala positiva, não foi detectada diferença estatística significativa entre os investigados com presença ($3,9 \pm 0,3$) e ausência de hipertensão ($3,9 \pm 0,4$), ou seja, a percepção de que a qualidade da vida social na velhice deva depender do próprio investigado mostrou-se independente da hipertensão.

No que diz respeito a dimensão das consequências, para a sub escala positiva, as pontuações médias não diferiram, indicando que, tanto o grupo com hipertensão ($3,9 \pm 0,5$), quanto aqueles não hipertensos ($3,9 \pm 0,7$), apresentaram uma percepção semelhante quanto ao ganho de conhecimento/sabedoria com o envelhecimento. A ausência de diferença significativa também ocorreu na subescala das consequências negativas, onde a pontuação média do grupo hipertenso ($3,3 \pm 0,7$) mostrou-se ligeiramente mais elevada que a do grupo sem hipertensão ($3,3 \pm 0,9$), apontando que, o grupo hipertenso apresentou uma percepção semelhante sob o fato de que envelhecer torna tudo mais difícil. Estes resultados estão demonstrados na tabela 13, a seguir.

Tabela 13: Média e desvio padrão para as dimensões do QAPE, segundo a HIPERTENSÃO

Dimensões	Hipertensão Arterial Sistêmica*				p
	Sim (n=273)		Não (n=118)		
	Média	IC95%*	Média	IC95%*	
Media timeAC	3,4	3,5 – 3,6	3,5	3,4 –3,6	0,318
MediaCicl	2,8	2,8 –3,0	2,9	2,8 –3,1	0,779
MediaRepEmo	2,7	2,6 –2,8	2,8	2,6 –2,9	0,352
MediaContrl+	3,9	3,9 –4,0	3,9	3,8 –3,9	0,685
MediaContr_	2,8	2,7 –2,9	3,0	2,8 –3,1	0,021
MediaConseqPos	3,9	3,8 –3,9	3,9	3,8 –4,0	0,596
MediaConseq-	3,3	3,2 –3,4	3,3	3,2 –3,4	0,691

* Intervalo de Confiança 95% para a média APQ;

TimeAC-cronologia crônica.Cicl-cronologia cíclica.RepEmo-Representacoes Emocionais. Contrl+- controle positivo. Contr_-controle negativo. ConseqPos- consequências positivas.Conseq_- consequências negativas.

6.6 ASSOCIAÇÃO ENTRE A SATISFAÇÃO COM A AUTOIMAGEM CORPORAL E PRESENÇA DE CONDIÇÕES CLÍNICAS.

Na análise que envolveu a comparação entre as condições clínicas e a satisfação com a imagem corporal, verificou-se que, a presença de obesidade mostrou-se significativamente associada a insatisfação corporal ($p < 0,001$), onde 78,8% ($n=171$) dos investigados obesos foram classificados como apresentando insatisfação corporal ($p < 0,001$). Ainda sobre esta associação, estimou-se o Odds ratio, onde quem tem diabetes apresentou 3,18 (IC95%: 2,04 – 4,96) vezes mais chance de sentir-se insatisfeito com a imagem corporal quando comparado a alguém do grupo não obeso.

A presença de humor depressivo também se mostrou significativamente associada a insatisfação corporal ($p < 0,01$), de forma que 75,4% ($n=89$) do grupo com humor depressivo se declarou insatisfeito. Quanto a estimativa de risco,

verificou-se que quem tem humor depressivo apresentou 1,75 (IC95%: 1,17 – 3,81) vezes mais chance de sentir-se insatisfeito que o grupo sem humor depressivo.

Os resultados apresentados na tabela 14 ainda apontaram que a insatisfação com a imagem corporal apresentou tendência de associação estatística significativa ($0,05 < p < 0,10$) com a presença de diabetes tipo II (OR: 1,67 (IC95%: 1,02 – 2,76) e a presença de hipertensão (OR: 1,52; IC95%: 0,96 – 2,39), ou seja, para a estimativa de risco quem tem diabetes apresentou 1,6 vezes mais chance de estar insatisfeito com a imagem corporal quando comparado ao grupo que não tem diabetes.

Outra tendência de associação significativa ($p=0,108$) ocorreu na comparação satisfação corporal e a e a presença de doenças cardiovasculares (OR: 1,33 (IC95%: 0,98 – 1,96), indicando que, o grupo com doenças cardiovasculares tende a estar associado a insatisfação corporal, nesta amostra.

Na comparação do tabagismo e a satisfação com a imagem corporal a associação significativa não se configurou nesta amostra.

Tabela 14: Distribuição absoluta e relativa para as condições clínicas segundo a satisfação com a imagem corporal

Condições clínicas	Satisfação com imagem corporal		p¶
	Satisfeita (E=0) (n=131)	Insatisfeita (n=268)	
Diabetes tipo 2	27 (24,8)	82 (75,2)	0,056
Obesidade IMC idoso	46 (21,2)	171 (78,8)	<0,001
HAS	81 (29,6)	193 (70,4)	0,087
Tabagismo	23 (28,7)	71,2 (57)	0,472
Doença cardiovascular	29 (30,9)	65 (69,1)	0,108
Humor Depressivo	29 (24,6)	89 (75,4)	0,002

¶: Teste Qui-quadrado de Pearson

6.7 ASSOCIAÇÃO ENTRE A AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE E A PRESENÇA DE CONDIÇÕES CLÍNICAS

Os resultados da relação da classificação da auto percepção de saúde e a presença das condições clínicas, entre as comparações realizadas, apontaram associação significativa da percepção de saúde má/péssima com a presença de Diabetes Mellitus(DM), onde 41,9%(n=13) dos investigados com esta percepção apresentaram DM(p<0,05). Ainda verificou-se que se mostraram relacionadas de forma relevante com a percepção má/péssima as condições de obesidade IMC idoso, 74,2%(n=23) (p<0,05); doenças cardiovasculares,63,6%(n=21) (p<0,05) e humor depressivo, 65,6%(n=21) (p<0,001).

Com a percepção de saúde regular, a associação significativa(p<0,05) ocorreu com a presença de Hipertensão Arterial Sistêmica, que concentrou 75,7% (n=162) dos casos classificados com percepção regular da saúde.

As demais condições clínicas consideradas na comparação com a percepção de saúde não apresentaram resultados relevantes, apontando para uma relação de independência entre as variáveis comparadas, como demonstrado na tabela 15 .

Tabela 15: Distribuição absoluta e relativa para as presença de condições clínicas segundo a auto percepção de saúde

Condições clínicas	Auto percepção de saúde				p¶
	Ótima (n=24)	Boa (n=118)	Regular (n=207)	Má/péssima (n=33)	
Diabetes tipo 2	3 (12,5)	27 (22,5)	65(31,6)	13 (41,9)	0,031
Obesidade IMC idoso	16 (66,7)	55 (46,6)	120(58,0)	23 (74,2)	0,049
Obesidade IMC OMS	20 (83,3)	79 (66,9)	158(76,3)	25 (80,6)	0,162
Hipertensão arterial	16 (66,7)	76 (62,5)	162(75,7)	20 (60,6)	0,046
Tabagismo	3 (12,5)	26 (21,5)	46(21,3)	5 (15,2)	0,641

Doença cardiovascular	3 (12,5)	28 (23,7)	54(26,1)	21 (63,6)	0,011
Humor Depressivo	5 (20,8)	18 (14,9)	73(33,8)	21 (65,6)	<0,001

Percentuais obtidos sobre o total de cada classificação da percepção de saúde

¶: Teste Qui-quadrado de Pearson

6.8 ASSOCIAÇÃO ENTRE A AUTOPERCEPÇÃO DE ENVELHECIMENTO E SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL

A tabela 16 mostra as comparações das dimensões APQ em relação a satisfação com a imagem corporal, onde verificou-se que para os dados referentes a cronologia, para a dimensão crônica, as diferenças observadas não se mostraram relevantes para esta amostra, indicando que, esta dimensão independe da satisfação corporal. Já para a dimensão cíclica, a diferença significativa ($p < 0,05$) aontou que o grupo não satisfeito com a imagem ($3,1 \pm 0,8$) apresentou média mais elevada que o grupo caracterizado como satisfeito ($2,9 \pm 0,8$), portanto oscilando sua consciência quanto ao fato de envelhecer.

Em relação a dimensão das representações emocionais a pontuação média foi mais elevada no grupo não satisfeito ($3,1 \pm 0,8$) quando comparado ao grupos satisfeito com sua imagem corporal ($2,6 \pm 0,8$).

Considerando as dimensões referentes ao controle, para o controle positivo, as diferenças observadas entre os dois grupos não se mostraram significativas, no entanto para o controle negativo a pontuação média do grupo não satisfeito ($2,6 \pm 0,7$) foi significativamente menor ($p < 0,05$) do que no grupo satisfeito ($2,9 \pm 0,9$), apontando que, o grupo satisfeito está apresentando características associadas a alterações negativas na saúde física e funcional, acreditando não poder interferir no modo de envelhecer.

No que diz respeito a dimensão das consequências, verificou-se que, para a abordagem positiva, as pontuações médias não diferiram, indicando que, independentemente da satisfação corporal os dois grupos apresentaram uma percepção semelhante quanto ao ganho de conhecimento/sabedoria com o envelhecimento. No entanto para a dimensão das consequências negativas, a diferença significativa se configurou ($p < 0,05$), onde a pontuação média do grupo não satisfeito com a imagem corporal ($3,5 \pm 0,6$) mostrou-se significativamente mais elevada que no grupo satisfeito com sua imagem ($3,2 \pm 0,8$), desta forma há evidências de que, o grupo não satisfeito com sua imagem corporal está mais inclinado a acreditar que o envelhecimento tem um impacto negativo em sua vida.

Tabela 16: Média, desvio padrão e mediana para as dimensões do APE, segundo a satisfação com a imagem corporal

Dimensões	Satisfação com imagem corporal						p
	Sim (n=131)			Não (n=268)			
	Média	Desvio padrão	Mediana	Média	Desvio padrão	Mediana	
Media timeAC	3,6	0,5	3,6	3,5	0,5	3,6	0,247
MediaCicl	2,8	0,8	2,8	2,9	0,8	2,8	0,308
MediaRepEmo	2,5	0,7	2,4	2,8	0,8	2,8	0,005
MediaContrl+	3,9	0,4	4,0	3,9	0,4	4,0	0,290
MediaContr_	2,9	0,8	3,0	2,9	0,8	3,0	0,522
MediaConseqPos	3,9	0,4	4,0	3,9	0,5	4,0	0,642
MediaConseq-	3,2	0,7	3,2	3,4	0,7	3,6	0,039

TimeAC-cronologia crônica. Cicl-cronologia cíclica. RepEmo-Representações Emocionais. Contrl+- controle positivo. Contr_-controle negativo. ConseqPos- consequências positivas. Conseq_-consequências negativas.

6.9 ASSOCIAÇÃO ENTRE A AUTOPERCEPÇÃO DE ENVELHECIMENTO E A AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE

Quando as dimensões APE, foram comparadas com as classificações da percepção de saúde, ocorreu diferença estatística significativa na sub escala das consequências negativas, onde a pontuação média daqueles que perceberam sua saúde como má/péssima ($3,5 \pm 0,6$) e boa/regular ($3,3 \pm 0,8$) foram significativamente mais elevadas que a pontuação do grupo que percebeu sua saúde como ótima ($2,8 \pm 0,7$; $p < 0,05$). Ou seja, os investigados com percepção de saúde má/péssima e boa/regular mostraram-se mais inclinados a acreditarem que envelhecer torna tudo mais difícil em suas vidas, quando comparados ao grupo com ótima percepção de saúde.

Nas demais subescalas APE, quando comparadas as classificações da percepção de saúde, não ocorreram diferenças estatisticamente significativas, apontando para uma relação de independência entre as variáveis comparadas, no entanto ocorreram significâncias limítrofes que apontaram tendências de diferenças significativas ($0,05 < p < 0,10$). Neste sentido, destaca-se a sub escala do controle positivo ($p = 0,057$), onde as pontuações médias sugeriram que, quanto pior a percepção de saúde ao envelhecer menor a pontuação média, ou seja, os investigados com percepção de saúde comprometida podem estar apontando dependência sobre a sua mobilidade.

Para a cronologia crônica ($p = 0,076$), as pontuações médias sugeriram que quanto pior a percepção de saúde maior a pontuação média neste sub escala, ou seja, maior a concordância dos investigados sobre a percepção de estarem percebendo os efeitos do envelhecimento o tempo todo. A tabela 17 ilustra estes

resultados com as médias e intervalo de confiança e a tabela 18 as médias e desvio padrão destas relações.

Tabela 17: Média e Intervalo de Confiança (95%) para as dimensões do APE, segundo a percepção de saúde

Dimensões	Percepção de saúde						p§
	Ótima (n=24)		Boa/regular (n=337)		Má/péssima (n=33)		
	Média	IC95%*	Média	IC95%*	Média	IC95%*	
Media timeAC	3,2	3,0 – 3,4	3,5	3,4 – 3,6	3,6	3,5 – 3,7	0,076
Media Cicl	2,5	2,3 – 2,7	2,9	2,8 – 3,0	3,2	3,0 – 3,4	0,091
MediaRepEmo	2,4	2,1 – 2,7	2,7	2,6 – 2,8	3,2	2,9 – 3,5	0,428
MediaContrl+	4,0	3,9 - 4,1	3,9	3,9 – 3,9	3,8	3,7 – 3,9	0,057
MediaContr_	3,4	3,1 – 3,7	2,8	2,7 -2,9	2,6	2,4 – 2,8	0,167
MediaConseqPos	4,1	3,9 – 4,3	3,9	3,8 – 4,0	3,8	3,6 – 4,0	0,553
MediaConseq-	2,8b	2,5 – 3,1	3,3a	3,2 – 3,4	3,5a	3,3 – 3,7	0,014

§: Teste de Kruskal Wallys; * Intervalo de Confiança 95% para a média APE;

TimeAC-cronologia crônica.Cicl-cronologia cíclica.RepEmo-Representacoes Emocionais. Contrl+- controle positivo. Contr_-controle negativo. ConseqPos- consequências positivas. Conseq_-consequencias negativas.

Tabela 18: Média, Mediana e Desvio padrão(DP) para as dimensões do APE, segundo a percepção de saúde

Dimensões	Percepção saúde									p§
	Ótima (n=24)			Boa/regular (n=337)			Má/péssima (n=33)			
	Média	DP	Medi-ana	Média	DP	Medi-ana	Média	DP	Medi-ana	
Media timeAC	3,2	0,6	3,2	3,5	0,5	3,6	3,6	0,4	3,6	
Media Cicl	2,5	0,6	2,4	2,9	0,8	2,8	3,2	0,7	3,2	
Media RepEmo	2,4	0,7	2,0	2,7	0,8	2,4	3,2	0,8	2,8	
Media Contrl+	4,0	0,3	4,0	3,9	0,4	4,0	3,8	0,3	4,0	
Media Contr_	3,4	0,7	3,4	2,8	0,8	3,0	2,6	0,6	2,5	
MediaConseqPos	4,1	0,5	4,0	3,9	0,5	4,0	3,8	0,5	4,0	
MediaConseq-	2,8	0,7	2,8	3,3	0,8	3,6	3,5	0,6	3,6	

§: Teste de Mann Whitney

TimeAC-cronologia crônica.Cicl-cronologia cíclica.RepEmo-Representacoes Emocionais. Contrl+- controle positivo. Contr_-controle negativo. ConseqPos- consequências positivas. Conseq_-consequencias negativas.

6.10 ASSOCIAÇÃO ENTRE A SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL E A AUTOPERCEPCAO DE SAUDE

Avaliando a relação entre a satisfação com a imagem corporal e a auto percepção de saúde, demonstrada na tabela 19, foi detectada significância limítrofe ($0,05 < p < 0,10$), sugerindo que o grupo classificado como apresentando insatisfação com a saúde podem estar se mostrando relacionado a insatisfação com a imagem corporal, onde dos 33 casos com auto percepção péssima/má, 81,8% (n=27) mostraram-se insatisfeitos com a imagem corporal.

Tabela 19: Distribuição absoluta e relativa para a auto percepção e saúde segundo a satisfação corporal

Autopercepção de saúde	Satisfação imagem corporal		p¶
	Satisfeita (E=0) (n=131)	Insatisfeita (n=268)	
Ótima	10 (41,7)	14 (58,3)	0,078
Boa	47 (38,8)	74 (61,2)	
Regular	66 (30,6)	150 (69,4)	
Péssima/má	6 (18,2)	27 (81,8)	

¶: Teste Qui-quadrado de Pearson

7 DISCUSSÃO

Qualquer medida das crenças sobre envelhecimento deve captar a natureza multifacetada deste processo, devendo levar em conta tanto aspectos positivos como negativos da percepção dos indivíduos. Neste trabalho, foi utilizado o Questionário de Auto percepção do Envelhecimento (APE) para captar estas opiniões e percepções sobre o envelhecimento. Este instrumento foi criado na Irlanda a partir do modelo de auto regulação de Leventhal(SRM), que permite avaliar o impacto da doença no indivíduo e traduzido e adaptado para a língua portuguesa brasileira por Rocha(2012.). O QAPE afirma que o envelhecimento, assim como a doença, é um agente estressor que exige do indivíduo adaptação e resiliência. Assim como o SRM, o QAPE pressupõe que um indivíduo forma uma representação do envelhecimento para responder a este processo. Esta representação é embasada em dimensões lógicas. Neste estudo, o QAPE foi utilizado para avaliar quantitativamente a percepção de envelhecimento através de quatro dimensões:

(1) Cronologia – consciência do envelhecimento e variação na experiência deste processo através do tempo. Existem duas sub dimensões: crônica (até que ponto esta consciência do envelhecer é constante, i.e., ‘Sempre me classifico como velho’) e cíclica (até que ponto o indivíduo experimenta variações sobre a consciência de estar envelhecendo, i.e., ‘Passo por fases em que me sinto velho’).

(2) Consequências– crenças sobre os impactos positivos e negativos do envelhecimento na vida dos indivíduos. Existem duas sub dimensões: consequências-positivas (consciência dos benefícios positivos do envelhecimento, i.e. ‘A medida que envelheço vou ganhando sabedoria’) e consequências-negativas

(consciência do lado negativo do envelhecimento, i.e., 'Envelhecer torna tudo mais difícil pra mim').

(3) Controle – crenças sobre o poder dos indivíduos sobre os aspectos tanto positivos quanto negativos do envelhecimento. Aqui, também existem duas sub dimensões: controle-positivo (o controle percebido sobre as experiências positivas do envelhecimento, i.e. 'A qualidade da minha vida social na velhice depende de mim.') e controle-negativo (o controle percebido sobre as experiências negativas do envelhecimento, i.e. 'A minha mobilidade ao envelhecer não depende de mim').

(4) Representações Emocionais – respostas emocionais ao envelhecimento, (i.e., 'Fico deprimido quando penso em envelhecer').

O APE capta estas quatro dimensões em 32 afirmações sobre envelhecimento. Os participantes devem indicar em que grau concordam ou discordam de cada uma das afirmações (discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo ou concordo plenamente). As respostas recebem um escore de 1 a 5 e o escore médio de cada um dos domínios é calculado. O centro de cada escala é 3, indicando não concordar nem discordar com as afirmações. Escores mais altos indicam maior suporte da percepção específica.

Segundo resultados de outros estudos com idosos, esta população foi predominantemente de indivíduos do sexo feminino (59,2%), mais uma vez ilustrando a tendência de feminização do envelhecimento.

Quanto ao perfil nutricional, os indivíduos foram classificados de acordo com o protocolo da OMS e da Escala de Lipschitz com IMC para idosos. Segundo a classificação da OMS 74,2% apresentaram sobrepeso/obesidade e segundo Lipschitz 56,5% apresentaram sobrepeso/obesidade.

A maioria desta amostra referiu estar insatisfeita com a imagem corporal (67,2%). Este resultado foi semelhante ao encontrado em outro estudo realizado por nós no ambulatório de Geriatria da PUCRS, com 68%. A satisfação com o peso foi referida por 62,9% dos entrevistados, demonstrando estar esta população mais preocupada com a imagem do que com o seu peso.

Quanto a morbididades, 69,9% da amostra apresentava hipertensão arterial sistêmica, 30,2% referia humor deprimido, ou seja, referia estar triste a maior parte do tempo, 28,5% eram diabéticos tipo 2 e 25,6% apresentavam doença cardiovascular (infarto, angina ou insuficiência cardíaca).

A auto percepção de saúde foi classificada como regular por 54,8% dos indivíduos.

Em relação ao APE, quando comparadas as pontuações médias entre todas as dimensões, verificou-se que as estimativas diferiram de forma significativa, onde as médias das sub escalas controle positivo (3,9) e consequências positivas (3,9) mostraram-se mais elevadas quando comparadas com as médias das demais sub escalas. Verificou-se, também, que as menores médias foram detectadas na representação emocional (2,7), controle negativo (2,9) e cronologia cíclica (2,9), ou seja, os investigados acreditam que o envelhecimento apresenta aspectos mais positivos que negativos, que podem controlar seu envelhecimento e que a consciência de envelhecer ocorre de maneira constante e não afeta seu lado emocional.

Segundo os resultados do APE, os escores encontrados na dimensão cronologia sugerem que uma consciência constante do fato de estar envelhecendo (medida pela cronologia-crônica) é mais comum entre os idosos do que uma variação na consciência do envelhecimento (medida pela cronologia-cíclica), sendo

esta diferença estatisticamente significativa. A título de ilustração, a maior evidência da dimensão cronologia-crônica é o fato de que 89,5% deles concordam que estão sempre conscientes do fato de estarem envelhecendo, enquanto que para a cronologia cíclica, o maior impacto para as baixas pontuações foi observado no item onde 60,8% da amostra relataram discordar de que a consciência de estarem envelhecendo muda muito de um dia para outro, bem como o fato de discordarem de apresentarem fases em que se sentem velho(a)s, 54,6%. No estudo TILDA, realizado na Irlanda utilizando o APE, 60% não concordaram que passam por fases em que se sentem velhos (cronologia- cíclica), enquanto apenas 14% sempre se classificam como velhos (cronologia-crônica).

Com relação a dimensão controle, que mede crenças sobre o poder dos indivíduos sobre os aspectos tanto positivos quanto negativos do envelhecimento, os resultados apontaram que o controle positivo apresentou média significativamente mais elevada que o controle negativo (3,9 e 2,9 respectivamente), evidenciando uma crença desta população em poder controlar os aspectos positivos do envelhecimento. Quanto aos itens do controle positivo, 89,5% concordou que a qualidade dos relacionamentos na velhice depende deles mesmos. No que se refere ao controle negativo, 57,8% concordaram que sua mobilidade ao envelhecer não depende de si mesmo. Chama a atenção, no entanto, o fato de pouco mais de 40% discordarem de que a diminuição do ritmo de vida com a idade não pode ser controlado, bem como a perda de controle sobre a vitalidade ou entusiasmo pela vida e a falta de controle sobre o envelhecimento na vida social. Este resultado foi semelhante ao encontrado no estudo TILDA, onde a pontuação dimensional mais elevada foi no controle positivo, sugerindo que estes indivíduos acreditam, em grande parte, poder controlar o lado positivo do envelhecimento.

No que se refere a dimensão das consequências, que mede as crenças sobre os impactos positivos e negativos do envelhecimento na vida dos indivíduos, a média para os aspectos positivos mostraram-se significativamente mais elevadas do que para os aspectos negativos (3,9 e 3,3 respectivamente). Todos os itens da dimensão consequências positivas apresentaram um percentual de concordância superior a 80%, sugerindo que o envelhecimento, para esta população, apresenta aspectos mais positivos do que negativos, como agregar sabedoria e crescimento. O item mais frequente das consequências negativas foi àquele referente ao fato do envelhecimento limitar as atividades que o indivíduo pode realizar, com a concordância de 66,6% dos entrevistados. No entanto, boa parte dos itens desta sub escala (consequências negativas) apresentou discordâncias superiores a 30%, ou seja, discordando de que o envelhecimento seja um fator limitador.

Depressão e APE

Foram detectadas diferenças estatisticamente significativas na maior parte das sub escalas, exceto controle positivo e consequências positivas, quando comparadas as dimensões do APE e humor depressivo. Para a dimensão cronologia, o grupo com humor depressivo apresentou medias significativamente mais elevadas do que o grupo sem depressão, tanto na cronologia crônica como na cíclica, ou seja, este grupo está consciente de seu envelhecimento o tempo todo e, por vezes, em ciclos.

Obesidade e APE

Foi detectada diferença estatisticamente significativa na sub escala controle negativo no grupo de obesos onde a percepção de que a mobilidade ao envelhecer dependa dele mesmo foi mais elevada do que no grupo de não obesos. A seu escala consequências positivas também apresentou diferença, com a média do grupo obeso sendo mais elevada, porém sem significância estatística.

Diabete Mellitus e APE

Para a dimensão da cronologia crônica e cíclica a pontuação média do grupo com DM foi significativamente mais elevada do que no grupo sem DM, portanto, o grupo com DM está consciente de seu envelhecimento de forma contínua. Nos resultados da dimensão de representações emocionais, novamente o grupo com DM apresentou medias estatisticamente significativas e mais elevadas do que o grupo sem DM, mostrando ter este grupo sentimentos negativos mais expressivos em relação ao envelhecimento.

Doença cardiovascular e APE

A presença, ou não, de doenças cardiovasculares também foi comparada as dimensões APE e ocorreu diferença estatística significativa na escala cronológica, que avalia a consciência do indivíduo em seu processo do envelhecimento ao longo do tempo, especificamente para a dimensão crônica, onde a pontuação média do grupo com doenças cardiovasculares foi significativamente ($p < 0,01$) mais elevada

que no grupo sem doenças. Desta forma, há evidências de que os investigados com doenças cardiovasculares estão se mostrando significativamente inclinados a concordarem que sempre estão conscientes de sua idade. Sobre o resultado da subescala cíclica, a diferença significativa não se configurou ($p>0,05$), indicando que a doença cardiovascular não deve influenciar na presença de fases ou oscilação da percepção do envelhecimento. Quanto as outras dimensões do APE, não houve diferença significativa entre os dois grupos,

Hipertensão e APE

A comparação com o APQ que considerou a hipertensão, não apontou variações significativas ($p>0,05$) entre o grupo de hipertensos e os não hipertensos na grande maioria das dimensões.

Na avaliação das representações emocionais, a média do grupo hipertenso apresentou-se ligeiramente mais elevada quando comparada aos não hipertensos, sugerindo que os hipertensos apresentam sentimentos negativos em relação ao envelhecimento com maior frequência.

Sobre a dimensão referente ao controle, a diferença significativa apontou que na sub escala negativa ($p<0,05$) a pontuação média do grupo com hipertensão foi menor que no grupo sem hipertensão, ou seja, o grupo hipertenso está apresentando características que acentuam os sentimentos positivos relacionados as alterações negativas na saúde física e funcional como, por exemplo, discordando do fato de não poderem controlar os efeitos que o envelhecimento exerce na sua vida social.

Satisfação com a Imagem Corporal e Condições Clínicas

Na análise que envolveu a comparação entre as condições clínicas e a satisfação com a imagem corporal, verificou-se que, a presença de obesidade mostrou-se significativamente associada a insatisfação corporal ($p < 0,001$).

A presença de humor deprimido também se mostrou significativamente associada a insatisfação corporal ($p < 0,01$).

Os resultados ainda apontaram que a insatisfação com a imagem corporal apresentou tendência de associação estatística significativa ($0,05 < p < 0,10$) com a presença de diabetes tipo II e a presença de hipertensão.

Outra tendência de associação significativa ($p = 0,108$) ocorreu na comparação satisfação corporal e a e a presença de doenças cardiovasculares, indicando que o grupo com doenças cardiovasculares tende a estar associado a insatisfação corporal, nesta amostra.

Auto percepção de Saúde e Condições Clínicas

A relação da classificação da auto percepção de saúde e a presença das condições clínicas também foram comparadas e verificou-se que, para as todas as condições investigadas, mais de 80% dos entrevistados concentraram-se na classificação boa/regular. No entanto, para as classificações má/péssima foram detectadas proporções estatisticamente elevadas para a obesidade. A presença de humor depressivo também apresentou associação significativa com a má/péssima percepção de saúde ($p < 0,001$). A comparação que envolveu a percepção de saúde

e diabetes tipo II apontou para uma tendência de um número maior de casos de diabetes na má/péssima percepção de saúde.

Não houve relação significativa entre as doenças cardiovasculares e tabagismo com percepção de saúde nesta amostra.

Satisfação com Imagem Corporal e APE

Nas comparações das dimensões APE em relação a satisfação com a imagem corporal verificou-se que para os dados referentes a cronologia cíclica a diferença significativa ($p < 0,05$) apontou que o grupo não satisfeito com sua imagem apresentou média mais elevada que o grupo caracterizado como satisfeito, portanto oscilando sua consciência quanto ao fato de envelhecer.

Em relação a dimensão das representações emocionais a pontuação média foi mais elevada no grupo não satisfeito, sugerindo que este grupo fica mais deprimido quando pensa em como o envelhecimento pode afetar sua vida.

Considerando a dimensão controle, a pontuação média do grupo não satisfeito para o controle negativo foi significativamente menor ($p < 0,05$) que no grupo satisfeito, apontando que o grupo não satisfeito está apresentando características associadas a alterações negativas na saúde física e funcional, acreditando não poder interferir no modo de envelhecer.

No que diz respeito a dimensão das consequências, na subescala consequências negativas, houve diferença significativa ($p < 0,05$), onde a pontuação média do grupo não satisfeito com a imagem corporal mostrou-se mais elevada que no grupo satisfeito com sua imagem, desta forma há evidências de que o grupo não

satisfeito com sua imagem corporal está mais inclinado a acreditar que o envelhecimento tem um impacto negativo em sua vida.

Auto percepção de Saúde e APE

Quando as dimensões APE foram comparadas com as classificações da percepção de saúde, ocorreu diferença estatística significativa na sub escala das consequências negativas, onde a pontuação média daqueles que perceberam sua saúde como má/péssima e boa/regular foram significativamente mais elevadas que a pontuação do grupo que percebeu sua saúde como ótima. Ou seja, os investigados com percepção de saúde má/péssima e boa/regular mostraram-se mais inclinados a acreditarem que envelhecer torna tudo mais difícil em suas vidas, quando comparados ao grupo com ótima percepção de saúde.

Nas demais subescalas APE, quando comparadas as classificações da percepção de saúde, não ocorreram diferenças estatisticamente significativas, no entanto ocorreram significâncias limítrofes na sub escala do controle positivo ($p=0,057$), onde as pontuações médias sugeriram que os investigados com percepção de saúde comprometida podem estar apontando dependência sobre a sua mobilidade, entre outras situações inerentes ao envelhecer.

Para o Time AC ($p=0,076$), as pontuações médias sugeriram que quanto pior a percepção de saúde maior a concordância dos investigados sobre estarem percebendo os efeitos do envelhecimento o tempo todo.

Satisfação com Imagem Corporal e Auto Percepção de Saúde

Avaliando a relação entre a satisfação com a imagem corporal e a auto percepção de saúde, foi detectada significância limítrofe ($0,05 < p < 0,10$), sugerindo

que o grupo classificado como apresentando insatisfação com a saúde podem estar se mostrando relacionado a insatisfação com a imagem corporal.

REFERÊNCIAS

1. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica, número 24, Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050. Revisão 2008.
2. Rocha LMBCRM. Tradução e Adaptação Cultural do Aging Perceptions Questionnaire (APQ) para a Língua Portuguesa Brasileira. Dissertação de mestrado. PUCRS 2010.
3. Levy BR, Slade M, Kunkel S, Kasl SV. Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*;83: 261–70, 2002
4. Levy BR, Slade M, Kasl SV. Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*; 57: 409–17, 2002.
5. Kleinspehn-ammerlah A, Kotter-Gruhn D, Smith J. Self-Perceptions of Aging: Do Subjective Age and Satisfaction with Aging Change during Old Age? *Journal of Gerontology B Psychological Sciences*, 63(6):377–85, 2008.
6. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population division. *World Population Prospects: the 2008 revision: highlights. Key findings*. New York: United Nations; 2009. Working paper No. ESA/P/WP.210. p.IX-XIII. [107p.]. [Disponível em: http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2008/wpp2008_highlights.pdf Acesso 2010 out 20.

7. Mead GH. *Mind, Self, and Society*. Chicago: University of Chicago Press, 1932.
8. Nelson T. *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge: MIT Press, 2002.
9. Levy BR, Langer EJ. Aging free from negative stereotypes: Successful memory among the American deaf and in China. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66: 935–43, 1994.
10. Levy BR, Myers LM. Preventive Health Behaviors Influenced by Self-perceptions of Aging. *Preventive Medicine* 39: 625-629, 2004.
11. Kempen G et al. The relationship of functional limitations to disability and the moderating effects of psychological attributes in community-dwelling older persons. *Social Science and Medicine*, 48:1161–172, 1999.
12. Hummert ML. A social cognitive perspective on age stereotypes. Hess TM, Blanchard-Fields F. (Eds.), *Social cognition and aging*. San Diego: Academic Press. pp. 175–196, 1999.
13. Baltes PB, Smith J. New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49:123–35, 2003.
14. Levy BR, Slade M, Kasl SV. Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57: 409–17, 2002.
15. Barker M, O'Hanlon A, McGee HM, Hickey A, Conroy RM. Cross-sectional validation of the Aging Perceptions Questionnaire: a multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. *BMC Geriatrics*, 7:9, 2007.
16. Leventhal H, Nerenz DR, Steele DJ: Illness representations and coping with health threats. In *Handbook of Psychology and Health Volume 4*. Edited by:

- Baum A, Taylor SE, Singer J. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 219-252, 1984.
17. Kart CS, Kinney JM: The realities of aging: An introduction to gerontology. 6th edition. U.S: Pearson Allyn & Bacon; 2000.
 18. Westerhof GJ, Barrett AE, Steverink N : Forever young? A comparison of age identities in the United States and Germany. *Research on Aging*, 25(4):366-383, 2003.
 19. Steverink N, Westerhof GJ, Bode C, Dittmann-Kohli F : The personal experience of aging, individual resources, and subjective well-being. *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56B,(6):364-373, 2001.
 20. Cash TF, Pruzinsky T. (Eds.).*Body Images: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice* (pp. 171-179). NY: Guilford Press, 2002.
 21. Cash TF. Physical appearance and mental health. In J.A. Graham & A. Kligman (Eds.), *Psychology of cosmetic treatments* (pp. 196-216). New York: Praeger Scientific ,1985.
 22. Bruchon-Schweitzer. Body Image Questionnaire in Une Psychologie du Corps. Paris: Press universitaires de France,1990.
 23. Stunkard AJ, Sorensen T I ,Schulsinger F. (eds). *Use of the Danish Adoption Register for the Study of Obesity and Thinness*. Raven Press: New York, 1983.
 24. Tehard B, Van Liere MJ, Com Nougé C, Clavel-Chapelon F. Anthropometric measurements and body silhouette of women: validity and perception. *J Am Diet Assoc.*,102 (12):1779-84, 2002.

25. Thompson J K, Altabe MN. Psychometric properties of the figure rating scale. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 15–19, 1991.
26. Bailis DS, Segall. Two views of self related general health status. *Soc.Sci Med.*2003;56(2) 203-17)
27. Lima-Costa, MF et al. Auto avaliação da saúde de idosos. *Revista de Saúde Publica* 2004;38(6):827-34.)
28. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav.* 1997;38(1):21-37)
29. Martikainen P et al. Reliability of perceived health by sex and age. *Soc Sci Med* 1999;48(8):1117-22.
30. Alves LS, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;17(5/6):333–41.)
31. Teng, CT; Humes, EC; Demetrio, FN. “Depressão e comorbidades clínicas”. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 2005; v. 32, nº 3.
32. World Health Organization. The world health report 2002: reducing risks, promoting health life. [acesso em 2013]. Disponível em:
http://www.who.int/whr/2002/media_centre/en/index.html.
33. Sartorelli DS, Franco LJ. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. *Cad saúde Publica* 2003; 19 Suppl 1:29-36.) 61 32
34. World Health Organization. Diabetes (Fact Sheet, 312, updated March, 2013).
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html> (acessado em Agosto 2013)
35. www.portalsaude.saude.gov.br/vigitel 2011diabetes final. Acessado em 08/08/2013).

36. Engroff, P et al. (2008). Efeitos dos medicamentos hipolipêmicos no perfil lipídico de população idosa de Porto Alegre, RS, Brasil. RBAC, 40(4), 297-300.
37. Zaitune et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brazil. Cad Saude Publica, Rio de Janeiro, 22(2):285-294, fev. 2006.
38. Poirier P. Obesity and Cardiovascular Disease: Pathophysiology, Evaluation and effect of weight loss. Circulation 113:898-918:2006.
39. Van Domburg R et al. Smoking cessation reduces mortality after coronary artery bypass surgery: a 20-year follow-up study J Am Coll Cardiol.; 36:878-883;2000.
40. Moretti T et al. Estado nutricional e prevalência de dislipidemias em idosos. Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 38,3, 2009
41. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: World Health Organization; 1998.
42. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. Prim Care 1994; 21:55-67.)
43. Cervi A, Franceschini SCC, Priori SE. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. Rev Nutr 2005; 18:765-75
44. World Health Organization-WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of the WHO Expert Committee. World Health Organ Tech Rep Ser; 859:1-452, 1995.
45. Williams IL et al. Obesity, atherosclerosis and the vascular endothelium: mechanisms of reduced nitric oxide bioavailability in obese humans. International Journal of Obesity. v. 26(6), PP. 754-764. 2002.

46. Arsenault BJ, Rana J, Lemieux I, Després JP et al. Physical activity, the Framingham risk score and risk of coronary heart disease in men and women of the EPIC-Norfolk study Atherosclerosis ,vol 209(1).261-265, 2010
47. Cornelissen VA et al. Influence of exercise at lower and higher intensity on blood pressure and risk factors at older age. J. Hypertens.,27(4): 753-762, 2009.
48. Oliveira DAAP et al. Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência. Rev Saúde Pública; 40 (4):734-6, 2006.
49. Pasquali L. Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. Brasília: IBAPP; 1999.
50. Raymundo, VP. Letras de Hoje, Porto Alegre, v. 44, n. 3, p. 86-93, jul./set. 2009
51. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010 [online] [acessado em 13/12/2013].. Disponível em <http://censo2010.ibge.gov.br/resultados>
52. Prefeitura de Porto Alegre [Internet]. Porto Alegre: Prefeitura de Porto Alegre; 2009 [acessado em 2009 dez. 01]. Disponível em: [http://www.portoalegre.rs.gov.br/\(10\)](http://www.portoalegre.rs.gov.br/(10))
53. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de ética em Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96.
54. Goldim JR. Pesquisa em Idosos. [acessado em 2009 Mar 25]. Disponível em: [http://www.bioetica.ufrgs.br\(20\)](http://www.bioetica.ufrgs.br(20))
55. Goldim JR. Bioética e Envelhecimento. [acessado em 2009 Mar 25]. Disponível em: [http://www.bioetica.ufrgs.br\(21\)](http://www.bioetica.ufrgs.br(21))
56. Clotet J, Francisconi CF, Goldim JR (org.). Consentimento informado e a sua prática na assistência e pesquisa no Brasil. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000.

57. Rocha et al. The Association of Self Body Image Perception ,Weight Perception, Body Composition with Screening of Depression in Geriatric Outpatients of a University Hospital in Brazil.AGS Conference 2011.

ANEXO A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica juntamente com o Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul estão desenvolvendo um projeto de pesquisa, sob o título de: **ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DOS IDOSOS ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE.**

A proposta desse projeto surgiu, devido ao aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis-DCNT- demências, osteoporose, diabetes, hipertensão arterial, obesidade, síndrome metabólica e agravos a saúde oriundo do próprio processo de envelhecimento (alterações nutricionais, antropométricas e de pele), bem como, as infecções parasitárias, que ainda são um grave problema de saúde pública na Brasil, em comunidades mais carentes. Além disso, idosos portadores dessas doenças têm um risco mais elevado de perda de qualidade de vida e morte.

Essa pesquisa pretende contribuir tanto para o melhor conhecimento dessas doenças, como também para prevenção e tratamento mais eficaz dessas das mesmas em idosos de Porto Alegre.

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa, por encontrar-se dentro dos critérios de inclusão desse projeto.

Os participantes desta pesquisa serão submetidos a um questionário para obtenção de informações como identificação, estilo de vida, dados nutricionais, antropométricos, dermatológicos, prática de atividade física, saúde, história de doenças, uso de medicação e dados sócio-econômicos e culturais. Além disto, será coletado sangue para a análise genética e bioquímica, o que causará um leve desconforto temporário devido à picada da agulha, havendo possibilidade de formação de um pequeno hematoma na região da coleta. Também será coletado fezes e urina, que não ofereceram nenhum risco. Todos os participantes serão avaliados por uma equipe multidisciplinar (geriatra, psiquiatra, psicólogo, dermatologista, enfermeiro, nutricionista, farmacêutico).

Todos os resultados obtidos serão confidenciais e ficarão sob a tutela e total responsabilidade dos pesquisadores deste projeto, podendo a qualquer momento

ser consultados e/ou eliminados da pesquisa caso você desista da sua participação como voluntária. Você tem a liberdade de abandonar a pesquisa em qualquer fase desta, sem que isto leve a penalização alguma ou qualquer prejuízo posterior a você ou a sua família.

Todos os resultados serão entregues para a unidade da ESF ao qual o idoso pertence.

Esta pesquisa praticamente não determina risco adicional ou dano à sua saúde e sua participação é isenta de remuneração ou ônus. No caso dos idosos que forem submetidos a biópsia de pele, no momento do exame pode ocorrer alguns desconforto como: dor local, pequeno risco de sangramento, hiperemia no local.

Os pesquisadores envolvidos no Projeto garantem a você o direito a qualquer pergunta e/ou esclarecimentos mais específicos dos procedimentos realizados e/ou interpretação dos resultados obtidos nos exames.

Existem benefícios imediatos, já que os resultados desta avaliação servem como uma revisão médica gratuita, além de aquisição de informações e orientações sobre prevenção de doenças. Além disso, você participando desta pesquisa estará contribuindo na identificação de possíveis fatores que levam a maior predisposição as patologias e morbidades investigadas nesse projeto, possibilitando a melhoria do conhecimento e entendimento das mesmas, permitindo a prevenção e atenuação deste problema na nossa população.

Após ter recebido todas as informações relacionadas ao estudo eu, _____ portadora da CI _____ certifico que o responsável pelo projeto, Irênio Gomes da Silva Filho responderá a todas as minhas perguntas sobre o estudo e minha condição, e eu, voluntariamente, aceito participar dele, pois reconheço que:

1º) Foi-me fornecida uma cópia das informações ao paciente, a qual eu li e compreendi por completo.

2º) Fui informado (a) dos objetivos específicos e da justificativa desta pesquisa de forma clara e detalhada. Recebi informações sobre cada procedimento no qual estarei envolvida, dos riscos ou desconfortos previstos, tanto quanto os benefícios esperados.

3º) Está entendido que eu posso retirar-me do estudo a qualquer momento, e isto não afetará meus cuidados médicos ou de parentes meus no presente e no futuro.

4º) Entendi que ao participar do estudo responderei a um questionário adicional, serei examinada clínica e laboratorialmente. O desconforto que poderei sentir é o da picada da agulha e a formação de um pequeno hematoma.

5º) Todas as informações a meu respeito serão confidenciais.

6º) Fui informado(a) que caso existam danos à minha saúde, causados diretamente pela pesquisa, terei direito a tratamento médico e indenização conforme estabelece a lei. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

7º) Foi-me garantido(a) que não terei gastos em participar do estudo.

8º) Foi-me dada à garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou qualquer dúvida acerca dos riscos e benefícios da pesquisa e o meu tratamento. Caso tiver novas perguntas sobre este estudo, poderei chamar os pesquisadores integrantes da equipe de pesquisa pelo telefone (51) 3320 5120. Para qualquer pergunta sobre os meus direitos como participante deste estudo ou se penso que fui prejudicada pela minha participação, poderei chamar Irênio Gomes da Silva Filho no telefone (51) 33203000, ramal: 3090.

Concordo que os meus dados obtidos neste estudo sejam documentados.
Declaro, ainda que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Nome do Paciente: _____

Assinatura do Paciente/Representante Legal: _____

Data ___/___/___

Pesquisador(a) Responsável: _____

Assinatura: _____

Data ___/___/___

Este formulário foi lido para _____ em
___/___/___, Porto Alegre-RS, por _____,
enquanto eu estava presente.

Nome da Testemunha: _____

Assinatura da Testemunha: _____

Data ___/___/___

ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF.CEP-127/10

Porto Alegre, 26 de janeiro de 2010.

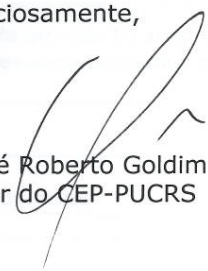
Senhor Pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 10/04967 intitulado **"Estudo epidemiológico e clínico dos idosos atendidos pela estratégia de saúde da família (ESF) do município de Porto Alegre"**.

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,


Prof. Dr. José Roberto Goldim
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilmo. Sr.
Prof. Irenio Gomes da Silva Filho
IGG
Nesta Universidade

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 – 3º andar – CEP: 90610-000
Sala 314 – Fone Fax: (51) 3320-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/prppg/cep

ANEXO C Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS

Subprojeto 4: PREVALÊNCIA DE SÍNDROME METABÓLICA E DE FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR EM IDOSOS ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE. Cujo objetivo: a) Descrever a prevalência de SM através de 3 diferentes critérios. b) Descrever a prevalência dos componentes individuais da SM. c) Analisar a associação entre SM e escore de risco cardiovascular de Framingham. d) Construir banco de dados que possibilite estudos longitudinais futuros.

Subprojeto 5: PREVALÊNCIA DE OSTEOPOROSE E SUA ASSOCIAÇÃO COM RISCO DE FRATURAS EM IDOSOS ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE. Cujo objetivo: a) Mensurar valores do ultrasonometria de calcâneo em idosos. b) Mensurar valores da densidade mineral óssea pela densitometria óssea em parte dos idosos. c) Relacionar os valores de ultrasonometria de calcâneo com a densidade mineral óssea da densitometria óssea de Coluna Lombar e Fêmur Proximal. d) Mensurar níveis séricos de cálcio e PTH.

Subprojeto 6: ESTADO NUTRICIONAL E HABITO ALIMENTAR DOS IDOSOS ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE E SUA ASSOCIAÇÃO COM DEFICIT COGNITIVO. Cujo objetivo : a) Descrever o estado nutricional dos idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Porto Alegre b) Descrever o padrão alimentar dos idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Porto Alegre. c) Verificar se existe associação entre o estado nutricional dos idosos e déficit cognitivo. d) Verificar se existe associação entre o padrão dietético dos idosos e déficit cognitivo. e) Verificar a associação do estado nutricional e do padrão alimentar com os diagnósticos específicos de déficit cognitivo (transtorno cognitivo leve, doença de Alzheimer, demência vascular).

Subprojeto 7: MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS RELACIONADAS A RISCO DE DOENÇA E MORTE. Cujo objetivo: a) Descrever o perfil antropométrico; b) Analisar as medidas antropométricas; c) Verificar a associação entre as medidas antropométricas e o risco de doenças crônicas não transmissíveis; d) Construir um banco de dados que possibilite estudos longitudinais futuros.

Subprojeto 8: DERMATOSES EM IDOSOS ATENDIDOS PELA ESF DE PORTO ALEGRE – RS. Cujo objetivo: a) Identificar as principais dermatoses em idosos atendidos pelo Programa de Saúde da Família de Porto Alegre – RS; b) Determinar a prevalência das dermatoses em idosos atendidos pelo Programa de Saúde da Família de Porto Alegre – RS; c) Analisar eventos associados com as causas das dermatoses em idosos atendidos pelo Programa de Saúde da Família de Porto Alegre - RS, permitindo que sejam traçadas estratégias de prevenção das mesmas.

Subprojeto 9: PREVALÊNCIA DE POLINEUROPATIA DIABÉTICA SENSITIVO-MOTORA DISTAL SIMÉTRICA EM IDOSOS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2, ATENDIDOS PELA REDE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE. Cujo objetivo: a) Determinar a prevalência de polineuropatia diabética sensitivo-motora distal simétrica nos idosos com DM2, atendidos ESF de Porto Alegre. b) Analisar eventos associados as causas da polineuropatia diabética sensitivo-motora distal simétrica, permitindo que sejam traçadas estratégias de prevenção das mesmas. c) Relacionar a prevalência de polineuropatia diabética sensitivo-motora distal simétrica com o controle glicêmico, tratamento e tempo de duração da doença. d) Avaliar a eficácia dos monofilamentos de Semmes - Weinstein no diagnóstico e prognóstico do pé com neuropatia diabética. e) Correlacionar a sensibilidade cutânea dos pés, os achados clínicos e o eletroneuromiográficos.

Subprojeto 10: ASSOCIAÇÃO DA PERCEPÇÃO CORPORAL, ESTADO NUTRICIONAL E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EM IDOSAS. Cujo objetivo: - verificar a associação da percepção da imagem corporal, estado nutricional, autoestima e características sociodemográficas de idosas acima de 60 anos, atendidas pela estratégia de saúde da família do município de Porto Alegre. - analisar a percepção da imagem corporal das idosas; - verificar a associação da percepção da imagem corporal com o estado nutricional das idosas; - verificar a associação da percepção da imagem corporal com as variáveis sociodemográficas (nível socioeconômico, escolaridade, idade e estado civil).

Subprojeto 11: PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS NA POPULAÇÃO DE IDOSO ATENDIDOS PELO ESF DE PORTO ALEGRE. Cujo objetivo : a) Determinar a prevalência de transtornos psiquiátricos na população de idoso atendidos pelo PSF de Porto Alegre.

Subprojeto 12: AUTOPERCEPÇÃO DE ENVELHECIMENTO E SUA ASSOCIAÇÃO COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS (DCNT) EM IDOSOS ATENDIDOS PELO ESF DE PORTO ALEGRE. Cujo objetivo : - verificar a associação da autopercepção de envelhecimento e a incidência de DCNT em idosos acima de 60 anos, atendidas pela estratégia de saúde da família do município de Porto Alegre. - analisar a autopercepção de envelhecimento dos idosos; - verificar a associação da autopercepção do envelhecimento com a incidência de DCNT nos idosos; - verificar a associação da autopercepção do envelhecimento com as variáveis sócio-demográficas (nível socioeconômico, escolaridade, idade e estado civil).



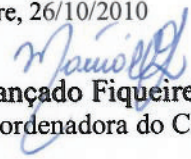
Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**.

IMPORTANTE : Deverá ser acordado com a coordenação/supervisão da ESF escolhida para realização desta pesquisa, “Qual o agente comunitário que estará atuando junto aos pesquisadores e em que horário do seu dia de trabalho estarão disponíveis para pesquisa”.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLE assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação do trabalho.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 26/10/2010


Márcia Cançado Figueiredo
Vice-Coordenadora do CEP

ANEXO D Artigo aceito para publicação

INTRODUCTION

Aging is a very well-known process. Recent research points to an increase in life expectancy, not only in developed countries, but also in developing ones. All individuals without exception will go through the aging process. Invariably, this process comes with a variety of losses, from physical to functional and social. These losses can promote dissatisfaction with one's body image as well as a lowering of overall self-esteem, sometimes leading to major morbidities such as depression.¹⁻³

Knowing the relationship of the older adults and their body and the implications of this relationship to self-esteem is crucial for health professionals dealing with this age group to better understand and stimulate better aging practices.⁴ In this paper, the authors review the literature on body image perception, especially among the older adults, and its effects on the general self-esteem and consequently, quality of life for this age group. Gerontophobia and ageism are also discussed in regard to their interference with successful aging.

METHODS

The Medline/PubMed database from 2005 to 2012 was searched for articles using the key words "body image perception" with 6286 articles found, and when limited to aged 65+ in English, 356 articles were found. When limited for no surgery, cancer, or neurological diseases, 152 articles were left. A review was performed on the titles and abstracts and only 80 were related to body image perception among the older adults. A new search using LILACS data base was performed using the keywords "body image perception" with 183 articles found. When limited to body image as the main topic, 9 articles were left, which were already part of the 80 found in Medline/PubMed. A close review was conducted in the 80 articles and those dealing with post-surgical reports and neurological diseases, as well as those with repeated data were excluded, leaving 54 articles on body image perception and the older adults. One article, published in 2013, has been added to the manuscript as suggested by peer reviewers.

CONTENT OF THE REVIEW

Quality of life

Since quality of life is a multidimensional construct, a wide range of variables, including socio-demographic, psychosocial and health-related ones potentially influences it.⁵ Life expectancy has increased

all over the world in the last 30 years and will continue to do so in a fast rate. In addition, the oldest old (aged 80 years and over), comprising more frail people, is the age group that is expected to grow the most. In order for this aging population to achieve their later years healthy, aging should not be regarded as a negative social phenomenon, and older adults should be able to enjoy a healthy, prosperous life through social participation and contribution. Factors that forbid the older adults from leading a healthy life include various psychological and social problems occurring in older age, as well as a high incidence of diseases.⁶

Older adults are at high risk for developing chronic illnesses and related disabilities. These chronic conditions include diabetes mellitus, arthritis, congestive heart failure and dementia, to name a few. Many experience hospitalizations, nursing home admissions, and low-quality care. They also may lose the ability to live independently at home. Chronic conditions are the leading cause of death among older adults. Preventive health care are crucial for maintaining the quality of life and wellness of older adults.⁷

The ability to complete basic daily activities may decrease if illness, chronic disease, or injury limit physical or mental abilities of older adults. These limitations make it hard for older adults to remain at home. Early prevention and physical activity can help prevent such declines. Unfortunately, less than 20 percent of older adults engage in enough physical activity, and fewer do strength training.⁸

Behaviors such as participation in physical activity, self-management of chronic diseases, or use of preventive health services can improve health outcomes. Sonati et al.⁹ found a lower acceptance capacity of physical appearance (body image) in older adults over 70 years-old when compared with younger individuals (from 60 to 69) and it was positively associated with quality of life and self-perception of health. The age group from 64-69 years of age showed the highest acceptance of physical appearance (body image) and it was also positively associated with quality of life.⁹

Body image

Body image is the cognitive and subjective representation of physical appearance and sensations experienced by the body.¹⁰ The concept of body image is defined as a psychological experience that one has about his/her appearance and body functioning.^{10,11,12} Body image perception reflects the way we see and perceive our body. As such, body image is a dynamic

concept: it alters itself along the life course according to external and internal influences. According to Mosquera,¹³ if there are no adaptations to these changes, there will be an intense dissatisfaction not only with body image but also with life itself.

According to Thompson,¹⁴ body image involves a series of components, among which are weight satisfaction, accuracy of size perception, body satisfaction, body esteem, body perception, ideal body and body image disorder. Body image bears a moderate relationship to self-esteem and psychosocial adjustment (e.g., eating disturbances, depression, social anxiety, and sexual functioning).¹⁵

Body image is formed by four dimensions: cognitive, affective, behavioral and perceptual.¹⁶ In an attempt to evaluate how the individual perceives the shape and size of his/her body, the perceptual dimension has been frequently used in health research.¹⁷ Secord and Jourard,¹⁸ early in 1953, defined body image as the group of “perceptions, beliefs and knowledge that individuals have about the structure, functioning, limits and appearance of their own body”. Image has an unconditional power. All the body perceptions and experiences are rationally interpreted and emotionally lived under the influence of beliefs and attitudes culturally determined.¹⁹

An individual’s experience of body image, either positive or negative, has some bearing on their behavior. Individuals who have a negative body image may choose clothing that is not revealing, or retreat from social events and physical intimacy. In addition to its influence upon behavior, body image can also impact individual’s self-esteem.²⁰

Body image and the older adults

The older adults population in Brazil has been increasing steadily, and the growth of this age group is expected to exceed that of all other age groups in the next years.²¹ The changes associated with the aging of the body most likely have an effect upon body image.²² The majority of the older adults population are women (IBGE, 2010)²³ and with the growing concern over aging and an increasing social pressure on women to retain physical attractiveness and sexuality through a slim figure and young looks as they grow older, body image satisfaction is an important issue to be studied when quality of life is to be granted.²²

Body image is a dynamic concept. The concern with body image has always been an object of study in younger populations, especially women. It is only recently that researchers have turned their attention to older women populations, and they have concluded

that more than 60% of women between the ages of 60 and 70 years, and around 80% of women 54 years old are not satisfied with their own bodies.^{24,25}

Body image during old age can suffer distortions, since there is a negative view about aging in society, based on the false association of aging and incapacity and incompetence. Western society also demands that women should be forever young and beautiful in order to guarantee their place in it.²⁶ For a long time, it was thought that these socio cultural demands applied only to young people. Researches now days show that in a somewhat lesser degree, it also happens to adults and older individuals, with a higher prevalence in women. In the older adults, in particular, this body image distortion triggers feelings of worthlessness and lowers self-esteem which, together with the existing rejection of the aging process contributes somewhat to a worse quality of life at a stage of life already full of uncontrollable losses.^{27,28}

Associations were found between body image and mental health in seniors. Self-esteem was associated with body image preoccupation among 148 Australian elders by Baker and Gringart.²⁹ Miller et al.³⁰ found body image dissatisfaction to be related to psychological distress and depression among 183 American seniors over 70 years of age. Oberg and Tornstam³¹ acknowledge that within our youthful, sexualized, consumer culture, older adults are marginalized with regards to their bodies. They implied that modern images of older bodies are limited to either problem bodies or those that are youthful in nature, leading active lifestyles, dieting, and dressing and behaving in what can be considered a youthful manner.

Body image and gender differences in the older adults

Considering the influence that body image may have on many aspects of an individual’s life, it is important to know if body image can be changed throughout the life course. In her literature review of research involving body image of both older males and females, Tiggemann²⁰ found that body dissatisfaction remained relatively stable across the lifespan in women. She indicated that some studies have found that older males also experience body dissatisfaction; however, there exists a gender difference since body dissatisfaction occurs more often among women. Interestingly, Kaminski and Hayslip³² found that being older had a more negative relationship on the Body-as-Object Esteem scores of males than females.

Damasceno et al.³³ described the ideal body type and level of body satisfaction among a group of 186 individuals (87 female and 98 male) joggers. They concluded that men preferred stronger bodies with less body fat, whereas women preferred a slimmer body. They also found that few people have the body they desire, leading to body image dissatisfaction both among women and men.³⁴ However, several authors found that males may have a more positive body image than females and that this gender difference also persists throughout the life course.^{11,12}

With increasing age, women move further away from basic features that tend to be most valued in a woman: beauty and youth. Conversely, men are “allowed” to appear their age, and in fact, signs of aging may even enhance a man’s attractiveness. As a result of the devaluation of older women in our culture, older women tend to view themselves more negatively with increasing age. This differential treatment of aging, in which women lose value and see themselves more negatively with increasing age, whereas men maintain or gain value, has been labeled as the double standard of aging. Women are judged to reach middle age and old age at younger chronological ages than men. Women are judged to become less sexual and less attractive than men as they advance from middle age to old age; and women are judged to become less feminine with increasing age, whereas men’s masculinity is unaffected by age.^{35,36}

Some studies also suggested that, even though body image in relation to physical appearance remains important with age, this aspect of body image decreased proportionally because body competence, an area of body image specifically important to seniors, significantly increased with age. These results suggest that among older adults, well-being is tied more to satisfaction with body functioning than it is to satisfaction with appearance.^{29,12}

Society strains influencing body image

The perception one has about his/her body is influenced by concepts and values imposed by the society and is built through social interaction. The individual makes up this image from his/her sensations but he/she is greatly influenced by what the society thinks and idealizes about an “acceptable body”.^{37,38,39} According to Tavares³⁸, in order for a body image to be truly related to a real body, one needs to transcend certain socio cultural elements.

Among the external influences, the one that mostly influences body image is socio- cultural pressure, which demands of all individuals but mainly women,

a frenetic search for the ideal body, an ideal created by the socio cultural environment itself. Since early in life, girls’ education involves caring for the body, food, clothing and hygiene. Physical development is socially and culturally conditioned to stereotyped models of beauty. This often generates frustration, social alienation and severe nutritional disorders. The growing importance given to body image and physical appearance give origin not only to physical, but also psychological, disorders that will ultimately affect one’s overall wellbeing.⁴⁰

The interest of researches in body image and health perception results from the fact that many of the problems and needs of individuals seeking medical care derives from the influence of factors beyond their concrete pathology, such as psychological, environmental and socio demographic ones.

Gerontophobia and ageism

The world is experiencing an unprecedented increase in average life expectancy and population aging, described as a revolution in longevity. In primitive societies, old age was frequently valued. Older persons often provided knowledge and experience. However, when society shifted from an agrarian to an industrialized economy, older land owners lost their authorities and old age became a burden to families and society.⁴¹

Older women, in particular, experience the impact of ageism. Living longer and alone and making up for some 80 percent of the residents of nursing homes in the USA, they are more vulnerable than men to abuse and poverty. Becca Levy et al.^{42,43} demonstrated the adverse physiological effects of ageism, showing that older individuals who are presented with negative stereotypes of aging over time experience detrimental changes, such as a decline in memory performance and a heightened cardiovascular response to stress. In western society, women are consistently judged based on their physical appearance and relationship status, while men are measured more by their accomplishments and wealth. The constant messages demanding eternal beauty and youth especially affect older women and may eventually also affect their self-perception. As they get older, women become more concerned with comparisons to the ideal thin body type. They confront their own fears of their aging body and society messages that are telling them that they are getting old.⁴⁴⁻⁴⁶

Gerontophobia is an individual’s negative self-perceptions of his/her aging bodies, leading to a fear of growing old, which may cause specially women

to evaluate with great criticism their aging bodies. When compared to thin young bodies, this evaluation may trigger feelings of diminished self-worth and lower self-esteem.⁴⁷ Ageism is society's stereotypical perceptions of older adult individuals, imposing standards of beauty most of the times impossible to achieve without serious health hazards, causing mainly eating disorders and depression.

Businesses that promote “anti-aging” cures and miracles reinforce the idea that beauty is synonymous with youth.⁴⁸ People from all over the world spend a lot of money on anti-aging products each year with the promise to keep them from growing old. Doctor Levy notes: “It is possible to overcome stereotypes, but they often operate without people's awareness. Look at all the talk about plastic surgery, Botox – the message is, “Don't get old”.”⁴³

Attributing physical decline to age is not only detrimental to older persons but to the population as a whole. It erroneously assumes that age itself is the cause of decline when in fact illness is often the cause. And it fails to recognize that some diseases that manifest themselves later in life are caused by behavior and environmental exposure early in life. Prejudice against older persons can be seen as arising from complex attitudes and fear of mortality.⁴⁹ Ironically, most people consider living a long life to be an achievement and they strive to live as long as they can. So at the same time as long life in and of itself is considered a victory, as a group older women and men are considered physiological failures.⁵⁰

Despite significant research, stereotypes of older persons as physically, mentally, and emotionally unfit and incapable of providing aesthetic beauty to the world reinforce the belief that they lack the ability to be part of the active community. The myth that older persons add little or no value to the community has led to the conclusion that they should be viewed as a burden and deserve minimal services.⁵¹

Evaluation of body image satisfaction

Some of the methods used for evaluating self-body image are the Body Image Satisfaction Questionnaire (BISQ)⁵², and the Nine Figure Scale of Stunkard⁵³, among others. The BISQ was developed by Lutter et al. in 1986 to evaluate body image satisfaction, as the name implies. It has 22 items on a 5-point Likert scale, varying from very unsatisfied (1) to very satisfied (5). The higher the value obtained the greater the satisfaction with one's body. Lutter et al.⁵² validated this instrument in a diverse population, including the older adults.

The Nine Figure Scale,⁵³ created in 1983, measures the body image self-perception with varying pictures from figure 1 (undernutrition) through 9 (severe obesity). The use of this scale is a simple, efficient and quick way to evaluate body image perception. A series of silhouettes of different body sizes is presented to an individual and he/she has to choose first which one is more similar to her/his real body. Next, the individual is asked to choose which of the silhouettes represents his/her ideal body. When the ideal image is subtracted from the real one a score different from zero indicates body image dissatisfaction.

Using the Nine Figure Scale, Powell et al found a body size misperception, that is, an ideal image different from the real image, surprisingly prevalent among obese adults from the general population. In this study, body size misperception was associated with an overestimation of health and underestimation of risk, lower utilization of the health care system, and inadequate physician counseling, suggesting that a multifaceted intervention may be needed to counter the effects of body size misperception. According to the authors, physicians must not only identify and counsel patients with body size misperception in the clinical setting but also partner with public health and community advocates to develop treatment programs that reach these individuals in their own communities.⁵⁴

In another study concerning body image satisfaction in women, body dissatisfaction was found to significantly decrease across older age, but the association was attenuated and no longer significant after stratifying by BMI. The authors found particularly two groups of women who may be especially vulnerable to body dissatisfaction: middle-aged women and obese women.⁵⁵

CONCLUSIONS

Aging is a process that embodies many losses leading frequently to lower self-esteem and thus a poorer quality of life. Body image distortion triggers feelings of worthlessness and lowers self-esteem which, together with the existing rejection of the aging process contributes somewhat to a worse quality of life at a stage of life already full of uncontrollable losses.

Body image perception is a concept that should not be overlooked when dealing with the older adults. Body image during old age can suffer distortions, since there is a negative view about aging in society, based on the false association of aging and incapacity and incompetence. Besides, women are advised by society that they should be forever young and beautiful in order to guarantee their place in it.

Associations were found between body image and mental health in seniors. Self-esteem was associated with body image preoccupation and body image dissatisfaction has been related to psychological distress and depression.

There is a lack of research on this field that should be resolved by population studies, especially multicenter ones, so we can learn and improve our care for the older adults.

REFERENCES

- World Health Organization [Internet]. 2012. [cited 2012 Jun 19]. Available from: <http://www.who.int/topics/ageing/en/>
- Siqueira MEC. Teorias Sociológicas do Envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, organizers. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara; 2002. p. 47-58.
- Rocha LMBCRM, Nogueira, EL, Gomes I, Schwanke C. The association of self body image perception, weight perception, body composition with screening for depression in geriatric outpatients of a University Hospital in Brazil. In: *American Geriatrics Society Conference 2010 April*. Washington; 2010.
- Chaim J, Izzo H, Sera C. To Care in Health: satisfaction with body image and self-esteem of old people. *Mundo Saúde*. 2009;(2):175-181.
- Browne JP, O'Boyle CA, McGee HM, Joyce CRB, McDonald NJ, O'Malley K, Hiltbrunner B. Individual quality of life in the healthy older adults. *Qual Life Res*. 1994;3(4):235-44.
- Bloom DE, Börsch-Supan A, McGee P, Seike A. Population aging: facts, challenges, and responses. In: *Program on the Global Demography of Aging Working*; 2011. Paper 71.
- Kramarow E, Lubitz J, Lentzner H, Gorina Y. Trends in the health of older Americans, 1970–2005. *Health Aff (Millwood)*. 2007 Sept-Oct;26(5):1417-25.
- Christmas C, Andersen RA. Exercise and older patients: guidelines for the clinician. *J Am Geriatr Soc*. 2000 Mar;48(3):318-24.
- Sonati JG, Modeneze DM, Vilarta R, Maciel, ES, Boccaletto, EM, Silva CC. Body composition and quality of life (QoL) of the older adults offered by the “University Third Age” (UTA) in Brazil. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011;52(1):e31-5.
- Cash TF, Fleming, EC. Body image and social relations. In: Cash T.F, Pruzinzky T, editors. *Body image: a handbook of theory, research and clinical practice*. New York: Guilford Press; 2002. p. 277-86.
- Peat CM, Peyerl NL, Muehlenkamp JJ. Body image and eating disorders in older adults: a review. *J Gen Psychol*. 2008 Oct;135(4):343-58.
- Reboussin BA, Rejeskib WJ, Martinb KA, Callahanc K, Dunnd AL, Kingc AC, Sallise JF. Correlates of satisfaction with body function and body appearance in middle- and older aged adults: the activity counseling trial (ACT). *Psychol Health*. 2000;15(2):e239-54.
- Mosquera J. Auto-imagem e auto-estima: sentido para a vida humana. *Estud Leopold*. 1976;37:49-54.
- Thompson J K. The (mis)measurement of body image: ten strategies to improve assessment for applied and research purposes. *Body Image*. 2004 Jan;1(1):7-14.
- Cash TF, Henry PE. Women's body images: the results of a national survey in the U.S.A. *Sex Roles*. 1995;33(1-2):19-28.
- Brown TA, Cash TF, Mikulka PJ. Attitudinal body-image assessment: factor analysis of the body-self relations questionnaire. *J Pers Assess*. 1990 Fall;55(1-2):135-44.
- McCabe MP, Ricciardelli LA. A longitudinal study of pubertal timing and extreme body change behaviors among adolescent boys and girls. *Adolescence*. 2004 Spring;39(153):145-66.
- Secord PF, Jourad SM. The appraisal of body-cathexis: body-cathexis and the self. *J Consult Psychol*. 1953 Oct;17(5):343-7.
- Ribeiro A. O corpo que somos -aparência, sensualidade, comunicação. Lisboa: Notícias Editoria; 2003.
- Tiggemann M. Body Image across the adult life span: stability and change. *Body Image*. 2004 Jan;1(1):29-41.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Internet]. 2012. [cited 2012 Apr 19]. Available from: <http://www.ibge.com.br>
- Kreuger DW. *Body self and psychological self*. New York: Brunner; 1989.
- Camarano AA. *Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica*. Brasília: IPEA; 2002. (Text for discussion, 858).
- Mangweth-Matzek B, Rupp CI, Hausmann A, Assmayr K, Mariacher E, Kemmler G, Whitworth AB, Biebl W. Never too old for eating disorders or body dissatisfaction: a community study of older adults women. *Int J Eat Disord*. 2006 Nov;39(7):583-6.
- McLaren L, Kuh D, Hardy R and Gauvin L. Positive and negative body-related comments and their relationship with body dissatisfaction in middle-aged women. *Psychol Health*. 2004 Apr;19(2):261-72.
- Halliwell E, Dittmar H. A qualitative investigation of women's and men's body image concerns and their attitudes toward aging. *Sex Roles*. 2003;49:675-84.
- Cash TF. The influence of sociocultural factors on body image: Searching for constructs. *Clin Psychol (New York)*. 2005;12:438-42.
- Tiggemann M, Lynch JE. Body image across the life span in adult women: the role of self-objectification. *Dev Psychol*. 2001 Mar;37(2):243-53.
- Baker L, Gringart, E. Body image and self-esteem in older adulthood. *Ageing and Society*. 2009;29:977-95.
- Miller DK, Morley JE, Rubenstein LZ, Pietruszka FM. Abnormal eating attitudes and body image in older undernourished individuals. *J Am Geriatr Soc*. 1991 May;39(5):462-6.
- Oberg P, Tornstam L. Youthfulness and fitness-Identity ideals for all ages? *Journal of Aging and Identity*. 2001;6(1):15-29.
- Kaminski PL, Hayslip B Jr. Gender differences in body esteem among older adults. *J Women Aging*. 2006;18(3):19-35.
- Damasceno VO, Lima JRP, Vianna JM, Vianna VRA, Novaes JS. Tipo Físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. *Rev Bras Med Esporte*. 2005;11(3). 181-6.
- Johnston O, Reilly J, Kremer J. Women's experiences of appearance concern and body control across the lifespan: challenging accepted wisdom. *J Health Psychol*. 2004 May; 9(3):397-410.

35. Bedford JL, Johnson CS. Societal influences on body image dissatisfaction in younger and older women. *J Women Aging*. 2006;18(1):41-55.
36. Willcox S. Age and Gender in Relation to Body Attitudes. Is There a Double Standard of Aging? *Psychol Women Q*. 1997;21(4):549-65.
37. Federici ES. Imagem Corporal em idosos praticantes de um programa de educação física [dissertation]. São Paulo: USP; 2004.
38. Tavares MCGCF. Imagem corporal: conceito e desenvolvimento. Barueri: Manole; 2003.
39. Gosselink CA, Cox DL, McClure SJ, De Jong ML. Ravishing or ravaged: women's relationships with women in the context of aging and Western beauty culture. *Int J Aging Hum Dev*. 2008;66(4):307-27.
40. Monteath SA, McCabe MP. The influence of societal factors on female body image. *J Soc Psychol*. 1997 Dec;137(6):708-27.
41. Simmons LW. The role of the aged in primitive society. New Haven, CT: Yale University Press; 1945.
42. Levy BR, Slade MD, Kunkel S, Kasl SV. Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *J Pers Soc Psychol*. 2002 Aug;83(2):261-70.
43. Levy BR. Improving memory in old age by implicit self-stereotyping. *J Pers Soc Psychol*. 1996 Dec;71(6):1092-107.
44. Butler RN. Combating ageism. *Int Psychogeriatr*. 2009 Apr;21(2):211.
45. Hurd LC. Older women's body image and embodied experience: an exploration. *J Women Aging*. 2000;12(3-4):77-97.
46. Eboni J. Body image and the aging female. Florida: University of Florida; 2009.
47. Wilkinson JA, Ferraro KF. Thirty years of ageism research. In: Nelson TD, editor. *Ageism: stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology; 2002.
48. Business Communications Company. *Anti-aging products & services*. Norwalk, CT: Business Communications Company; 2005.
49. Greenberg J, Schimel J, Mertens A. Ageism: denying the face of the future. In: Nelson TD, editor. *Ageism: stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology; 2002.
50. Hess TM, Auman C, Colcombe SJ, Rahhal TA. The impact of stereotype threat on age differences in memory performance. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2003 Jan;58(1):P3-11.
51. International Longevity Center-USA. *Ageism in America*. New York, NY: International Longevity Center-USA; 2006.
52. Melpomene Institute for Women's Health Research. *The bodywise woman*. Champaign, IL: Human Kinetics; 1990.
53. Stunkard A J, Sorensen T, Schulsinger F. Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. In: Kety SS, Rowland LP, Sidman RL, Matthysse SW, editors. *Genetics of neurological and psychiatric disorders*. New York: Raven; 1983. p. 115-20.
54. Powell TM, de Lemos JA, Banks K, Ayers CR, Rohatgi A, Khera A, McGuire DK, Berry JD, Albert MA, Vega GL, Grundy SM, Das SR. Body Size Misperception: A Novel Determinant in the Obesity Epidemic. *Arch Intern Med*. 2010 Oct 11;170(18):1695-7.
55. Runfola CD, Von Holle A, Trace SE, Brownley KA, Hofmeier SM, Gagne DA, Bulik CM. Body dissatisfaction in women across the lifespan: results of the UNC-SELF and Gender and Body Image (GABI) studies. *Eur Eat Disord Rev*. 2013 Jan;21(1):52-9.

ANEXO E Artigo Publicado

was the one proposed by Beaton et al., with two translations to Portuguese followed by a synthesis of these two translations, two back translations, a synthesis of these back translations, an analysis by the specialist committee and a pretest. The validity of the content was performed by the analysis of the committee and the qualitative analysis of the pretest. After the application of the pretest and an individual interview with the applicants, two alterations were necessary on the document used as pretest. The final document originated will be applied in the near future to a larger sample of individuals for its validation to the Brazilian population.

INTRODUÇÃO

O processo do envelhecimento é inerente a todo ser humano; no entanto, pode ser influenciado por hábitos saudáveis e atitudes positivas. A manutenção da funcionalidade física, psíquica e social é imprescindível para que o envelhecimento seja o mais ativo, autônomo e independente possível.¹

A importância da autopercepção em relação a situações mais objetivas tem estimulado pesquisas na área gerontológica. Estudos têm demonstrado que uma percepção ou atitude mais positiva em relação ao envelhecimento está associada a benefícios tanto na saúde física como no bem-estar emocional dos indivíduos.² Fatores sociais, como relacionamentos com familiares e amigos, promovem uma autopercepção positiva tanto de saúde como de envelhecimento. Indivíduos que cultivam uma rede de relacionamentos apresentam uma percepção mais favorável deles mesmos e de sua situação de saúde.³ O apoio de grupos sociais estimula positivamente a autoestima, contribuindo para uma percepção mais positiva do envelhecimento e saúde.

Poucos estudos, no entanto, têm focado nos aspectos psicológicos e sociais que podem também influenciar na promoção de incapacidades e interferir negativamente no processo de envelhecimento ativo e bem-sucedido. Entre os fatores sociopsicológicos que podem ser perfeitamente modificados, está a percepção sobre o envelhecimento, isto é, como o indivíduo sente o processo de seu próprio envelhecimento.^{1,4}

A percepção que um indivíduo tem de seu próprio envelhecimento pode contribuir sobremaneira para o sucesso deste processo. Vários estudos^{5,6,13} demonstraram que percepções positivas e negativas podem influenciar na recuperação de algumas doenças e na prevenção de outras. Esta percepção sobre o envelhecer está presente em todas as idades em maior ou menor grau de consciência, contribuindo diferentemente para a adaptação ao envelhecer. Estudos como os de Levy e colaboradores^{4,6,13,14} têm demonstrado que associações negativas e positivas com o envelhecimento podem causar um impacto tanto emocional quanto cognitivo em indivíduos idosos ou naqueles que estejam chegando à velhice.

A autopercepção do envelhecimento parece ser um bom indicador de um envelhecimento bem-sucedido.⁵ A existência de problemas de saúde não apenas provoca um efeito negativo direto na percepção sobre o envelhecimento, como também indireto, através de uma percepção negativa sobre a saúde. Portanto, indivíduos idosos com um estado de saúde comprometido podem apresentar uma percepção negativa em relação à sua saúde, o que pode gerar uma percepção negativa sobre o envelhecimento como um todo. Barker et al.⁷ afirmaram que quanto melhor a saúde de um indivíduo idoso, percebida por ele mesmo, melhor sua autopercepção de envelhecimento.

Portanto, a autopercepção do envelhecimento é um bom indicador de um envelhecimento bem-sucedido.⁵ Estudos abordando a percepção sobre envelhecimento mostram que uma idade

subjetiva jovem e uma alta satisfação com o envelhecimento estão associadas à boa saúde, altos níveis de bem-estar e poucos sintomas clínicos.⁶ Entretanto, no Brasil ainda não existem instrumentos e escalas validados e adaptados culturalmente para se avaliar especificamente a autopercepção do envelhecimento. Por isso, a necessidade de desenvolver e divulgar pesquisas sobre validação e propriedades psicométricas de escalas traduzidas e adaptadas ao nosso idioma e ao nosso país é fundamental.

Desta forma, o presente artigo visa a apresentar a tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa do Brasil do *Aging Perceptions Questionnaire* (APQ), originalmente desenvolvido, validado e publicado em língua inglesa.

O APQ foi desenvolvido por Barker et al.⁷ na Irlanda e é um instrumento multidimensional autoaplicável que tem como objetivo avaliar a autopercepção do envelhecimento a partir do Modelo de Autorregulação (SRM). A base deste modelo é que um indivíduo forma uma representação de sua doença ou ameaça à saúde que pode ser dividido em uma série de dimensões lógicas: identidade (crenças sobre a natureza de sua doença e a relação desta com seus sintomas), cronologia (crenças sobre a duração de sua doença, se esta é aguda, crônica ou cíclica), as consequências (crenças sobre o impacto que esta doença tem na sua vida), controle (crenças sobre a maneira de gerenciar essa doença), causas (crenças sobre as possíveis causas da doença) e as representações emocionais (as respostas emocionais geradas pela doença).

Esse questionário avalia, portanto, a autopercepção do envelhecimento a partir de oito domínios distintos, sete dos quais envolvem opiniões sobre o próprio envelhecimento, enquanto que o oitavo é chamado domínio da identidade e examina a experiência dos indivíduos com as alterações em relação às doenças. Para a pontuação, é utilizada a escala de Likert,¹⁵ com escores de 1 a 5. O APQ apresenta duas partes: a primeira, composta por 32 itens, avalia a opinião do indivíduo sobre seu envelhecimento; a segunda, composta por 17

itens, avalia a existência de doença e sua relação com o processo de envelhecimento.

O processo de tradução e adaptação cultural de um instrumento é de suma importância, especialmente na área da saúde. Este processo exige, além da equivalência linguística, sua adaptação semântica, cultural e conceitual para que possa refletir com maior veracidade e confiabilidade os resultados propostos pelo instrumento original na nova população em estudo. Nascimento e Figueiredo⁸ referem que a utilização de um instrumento estrangeiro sem a sua devida adaptação pode colocar em risco a validade e a precisão dos resultados obtidos nestas avaliações. No entanto, relataram também a escassez de referências práticas sobre os procedimentos e análises envolvidas na construção e adaptação de instrumentos psicológicos.

Dessa forma, a tradução de uma escala deve primar pela linguagem simples e clara, mantendo-se equivalente no que tange a seus conceitos culturais e sociais, além da equivalência semântica e idiomática.⁹ Neste contexto, um dos protocolos de tradução e adaptação cultural mais amplamente utilizados no Brasil é o proposto por Beaton et al.¹⁰⁻¹²

MÉTODO

O método para tradução e adaptação cultural utilizado no presente estudo foi o proposto por Beaton et al.¹² Inicialmente, foi solicitada a autorização formal dos autores do questionário original, bem como obtida a aprovação da Comissão Científica e do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS (Ofício n. 1.122/09 do CEP-PUC-RS).

Procedimento

Os procedimentos adotados neste estudo seguem as recomendações de Beaton et al.¹² A figura 1 sintetiza tais recomendações.

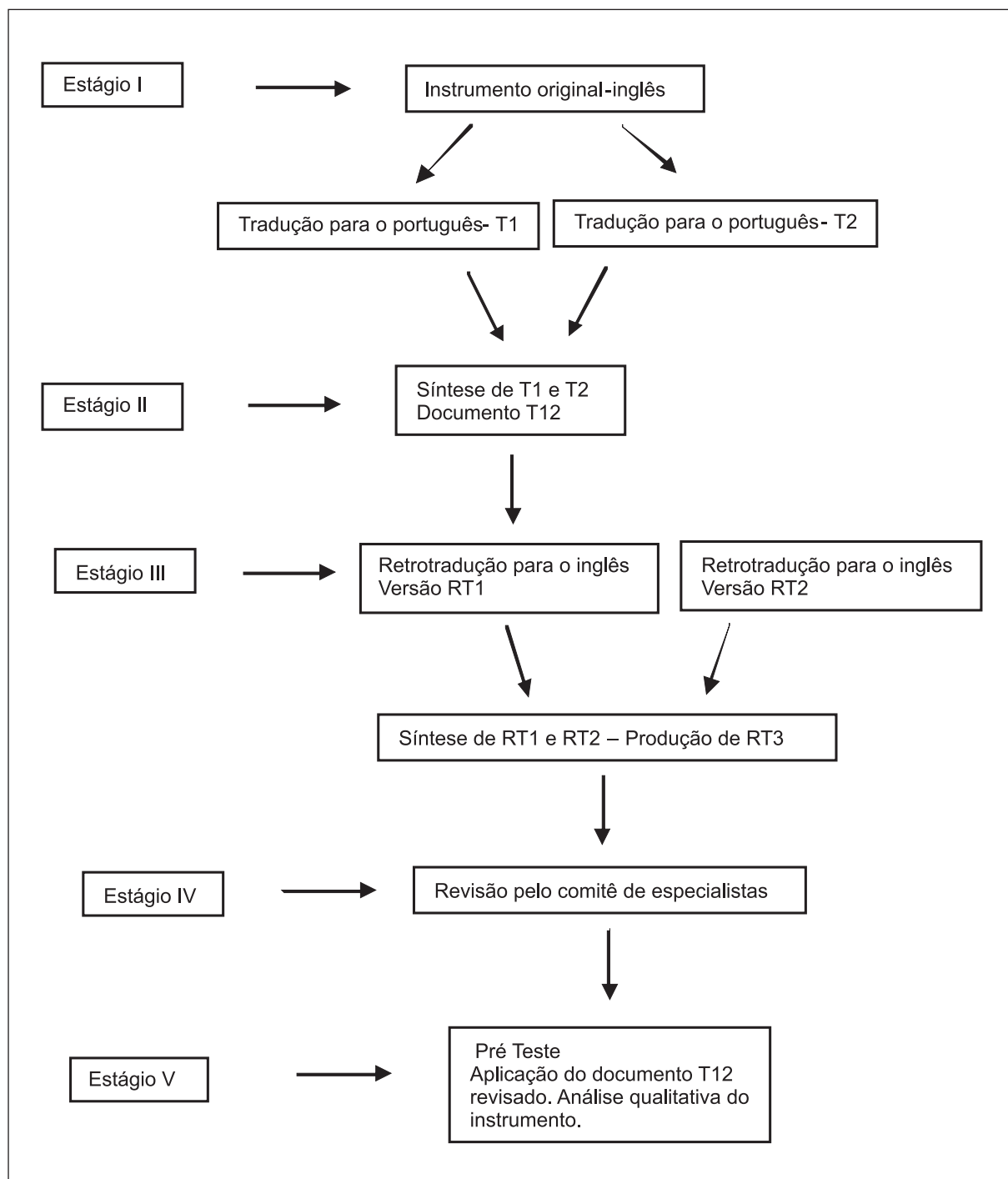


Figura 1 - Procedimentos para tradução e adaptação cultural conforme as recomendações do protocolo de Beaton et al.¹²

Primeiramente, o instrumento foi traduzido do inglês para o português por dois tradutores brasileiros com fluência na língua inglesa. Desta forma, foram gerados os documentos T1 e T2, respectivamente.

Após as traduções, os dois documentos (T1 e T2) foram submetidos ao comitê de especialistas composto por um epidemiologista, por um profissional médico e pelo tradutor médico, todos bilíngues que, conjuntamente, elaboraram a síntese da T1 e T2 – o documento T12 – que, submetida ao segundo tradutor, obteve sua aprovação.

O documento T12 foi então enviado a dois outros tradutores nativos da língua inglesa, ambos fluentes em português do Brasil, para as retrotraduções. Foram criados nesta etapa dois novos documentos, RT1 e RT2. Um dos tradutores reuniu-se com a pesquisadora e tradutora médica para elaborar a síntese das duas retrotraduções e elaborar o documento RT3. Palavras e expressões que diferiam entre as duas retrotraduções foram sublinhadas e analisadas posteriormente quanto a melhor escolha para o documento final. Após o acordo entre os dois tradutores, o documento RT3 foi remetido ao comitê de especialistas para análise e comparação ao documento original. Todos os membros do comitê de especialistas eram fluentes em inglês e português. Neste momento, o documento original, a versão T12 e a RT3 foram comparadas pelo comitê para análise semântica, idiomática, conceitual e cultural.

Após a etapa de retrotradução, foi realizado o pré-teste com 30 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, pacientes do ambulatório de Geriatria do Hospital São Lucas da PUC-RS, escolhidos por conveniência, que responderam ao questionário T12, após as alterações do comitê de especialistas. Todos participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. A seguir, cada participante foi entrevistado individualmente pela pesquisadora quanto ao entendimento do questionário e possíveis dúvidas que tiveram para responder às questões do instrumento. O objetivo principal

do pré-teste foi fazer uma avaliação qualitativa do instrumento como parte do processo de adaptação cultural à nova população para a qual se destina.

RESULTADOS

Para o pré-teste foram entrevistados 30 indivíduos do ambulatório de Geriatria do Hospital São Lucas da PUC-RS com idade variando entre 62 e 100 anos ($76,48 \pm 9,26$), de ambos os sexos, tendo sido observada uma predominância do sexo feminino (92,6%) sobre o sexo masculino (7,4%), o que confirma a tendência da feminização do envelhecimento. Dentre os entrevistados, 11,1 eram analfabetos e 33,3% não completaram o ensino fundamental. Os resultados obtidos mostraram que o APQ, em sua versão para o português do Brasil, apresentou uma equivalência cultural e conceitual ao instrumento original, não sendo necessárias adaptações neste âmbito (quadro 1).

Quanto ao quesito semântico, foram realizadas alterações em dois itens do questionário a partir da análise das entrevistas com os pacientes. O item 15 "*Whether getting older has positive sides to it depends on me*", traduzido no documento T12 utilizado para o pré-teste por "*Se o fato de envelhecer tem aspectos positivos é algo que depende de mim*", foi alterado para "*Depende de mim o fato de envelhecer ter aspectos positivos*", visto ter gerado problemas de entendimento em mais de um entrevistado no pré-teste. No item 16, a palavra "restringe" foi substituída por "limita" para melhor entendimento da afirmação, após a aplicação do pré-teste e análise qualitativa do mesmo. Estas alterações deram origem à versão final do instrumento traduzido para a língua portuguesa brasileira.

Adicionalmente, a maior parte dos sujeitos de pesquisa (70%) necessitou de auxílio do entrevistador para ler as perguntas, a maioria por problemas visuais. Não foi observada, no entanto, dificuldade em escolher as respostas. O tempo médio de aplicação do APQ foi de 15 minutos.

Quadro 1 - Tradução e adaptação cultural do *Aging Perceptions Questionnaire* (APQ) para a língua portuguesa brasileira

QUESTIONÁRIO SOBRE PERCEPÇÕES DE ENVELHECIMENTO (APQ)

As questões abaixo avaliam suas opiniões e experiências sobre o processo de envelhecimento. Como todos estão envelhecendo, estas questões podem ser respondidas por qualquer pessoa de qualquer idade. Não existem respostas certas ou erradas, apenas suas experiências e opiniões. Mesmo que a questão seja sobre um assunto que você não pense com frequência em relação a si mesmo, favor tentar dar uma ideia do que pensa, respondendo a todas as perguntas.

A) OPINIÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO					
Estamos interessados nas suas opiniões e experiências pessoais sobre o processo de envelhecimento. Indique suas opiniões sobre as afirmações seguintes (discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo ou concordo plenamente). Circule a resposta que melhor descreve sua opinião sobre cada afirmação.					
	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Plenamente
1. Tenho consciência de estar envelhecendo o tempo todo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Estou sempre consciente da minha idade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Sempre me classifico como velho/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Estou sempre consciente do fato de que estou envelhecendo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Sinto minha idade em tudo que faço	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. À medida que envelheço, vou ganhando sabedoria	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. À medida que envelheço, continuo crescendo como pessoa	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. À medida que envelheço, aprecio mais as coisas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Fico deprimido/a quando penso sobre como o envelhecimento pode afetar as coisas que eu consigo fazer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. A qualidade da minha vida social na velhice depende de mim	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. A qualidade de meus relacionamentos com os outros na velhice depende de mim	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Se eu vou continuar vivendo a vida plenamente é algo que depende de mim	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Fico deprimido/a quando penso como o envelhecimento pode afetar minha vida social	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. À medida que vou envelhecendo, há muito que posso fazer para manter minha independência	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. Depende de mim o fato de envelhecer ter aspectos positivos.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Quadro 1 - Tradução e adaptação cultural do *Aging Perceptions Questionnaire* (APQ) para a língua portuguesa brasileira (Continuação)

A) OPINIÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO					
Estamos interessados nas suas opiniões e experiências pessoais sobre o processo de envelhecimento. Indique suas opiniões sobre as afirmações seguintes (discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo ou concordo plenamente). Circule a resposta que melhor descreve sua opinião sobre cada afirmação.					
	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Plenamente
16. Envelhecer limita as coisas que posso fazer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Envelhecer me torna menos independente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Envelhecer torna tudo muito mais difícil para mim	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19. À medida que envelheço, posso participar de cada vez menos atividades	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20. À medida que envelheço, já não lido tão bem com os problemas que surgem	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
21. A diminuição do ritmo de vida com a idade não é algo que eu possa controlar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
22. A minha mobilidade ao envelhecer não depende de mim	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
23. Não tenho controle sobre a perda de vitalidade ou de entusiasmo pela vida à medida que vou envelhecendo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
24. Não tenho controle sobre os efeitos que o envelhecimento exerce sobre minha vida social	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
25. Fico deprimido/a quando penso em envelhecer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
26. Eu me preocupo com os efeitos que o envelhecimento pode ter sobre meus relacionamentos com os outros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
27. Minha experiência com o envelhecimento é cíclica :às vezes piora e às vezes melhora.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
28. Minha consciência de estar envelhecendo vai e volta em ciclos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
29. Fico brabo/a quando penso em envelhecer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
30. Passo por fases em que me sinto velho/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
31. Minha consciência de estar envelhecendo muda muito de um dia para outro	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
32. Passo por fases em que me vejo como velho/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Quadro 1 - Tradução e adaptação cultural do *Aging Perceptions Questionnaire* (APQ) para a língua portuguesa brasileira (Continuação)

B) EXPERIÊNCIA COM MUDANÇAS RELACIONADAS À SAÚDE					
A lista a seguir descreve algumas mudanças relacionadas à saúde que talvez você tenha vivenciado. Pode me dizer se vivenciou essas mudanças nos últimos 10 anos e se acredita que as mudanças vivenciadas estão especificamente relacionadas com o fato de envelhecer?					
		Você VIVÊNCIOU esta mudança?		‘Em termos das mudanças que você VIVÊNCIOU: Acha que esta mudança está relacionada ou deve-se SOMENTE ao fato de você estar envelhecendo?’	
		Sim	Não	Sim	Não
Id1	Problemas com o peso	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Id2	Problemas com o sono	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Id3	Problemas nas costas ou hérnia de disco	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Id4	Dor nas articulações	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Id5	Não ter mobilidade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Id6	Perda de equilíbrio	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Id7	Perda de força	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Id8	Redução do ritmo de vida	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Id9	Câimbras	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Id10	Problemas nos ossos ou articulações	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Id11	Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Id12	Problemas de audição	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Id13	Mudanças na visão	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Id14	Problemas respiratórios	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Id15	Problemas nos pés	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Id16	Depressão	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Id17	Ansiedade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de tradução e adaptação de um instrumento é extremamente complexo, assemelhando-se a criação e desenvolvimento de um novo instrumento. Neste processo, deve-se ter em mente a busca de equivalências linguísticas que proporcionem a utilização do instrumento na nova cultura sem perda de sua eficácia.¹⁵

A importância de estudos transculturais na área da saúde e, em especial, sobre o processo do envelhecimento, reforça a necessidade de tradução e adaptação de instrumentos muitas vezes de origem na língua inglesa para outras línguas e culturas.

Os resultados destas pesquisas podem auxiliar no entendimento das várias imagens e percepções do processo do envelhecimento e estimular novas pesquisas nesta área, visto que estamos beirando uma nova identidade populacional na maioria dos países do continente sul-americano. Observa-se que a população está cada vez mais velha e demanda mais atenção, principalmente no que se refere à prevenção de agravos.

Concluindo, a versão para o português do APQ foi obtida por meio de um cuidadoso processo de tradução e adaptação, compatível com as recomendações previstas atuais para esse processo¹². A próxima etapa do estudo envolverá a validação do instrumento traduzido e adaptado para a população brasileira.

REFERÊNCIAS

1. Kempen GI, van Heuvelen MJ, van Sonderen E, van den Brink RH, Kooijman AC, Ormel J. The relationship of functional limitations to disability and the moderating effects of psychological attributes in community-dwelling older persons. *Soc Sci Med*. 1999 May; 48(9):1161-72.
2. Maier H, Smith J. Psychological predictors of mortality in old age. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1999 Jan;54(1):P44-54.
3. Krause N. Social support and feelings of personal control in later life. In: Pierce G, Lakey B, Sarason I, Sarason B (Eds.). *Sourcebook of social support and personality*. New York: Plenum Press; 1997. p. 335–55.
4. Levy B, Myers LM. Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Prev Med*. 2004 Sep;39(3):625-9.
5. Baltes PB, Smith J. New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology* 2003; 49:123–35.
6. Levy BR, Slade M, Kasl SV. Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2002 Sep;57(5):P409-17.
7. Barker M, O'Hanlon A, McGee HM, Hickey A, Conroy RM. Cross-sectional validation of the Aging Perceptions Questionnaire: a multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. *BMC Geriatr* 2007;7:9.
8. Nascimento E, Figueiredo VL. WISC-III e WAIS-III: alterações nas versões originais americanas decorrentes das adaptações para uso no Brasil. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2002;15(3):603-12
9. Ciconelli R.M. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36(Brasil SF36). *Rev Bras Reumatol*. 1999; 39(3):143-50.
10. Santos ALP, Simões AC. Tradução e adaptação transcultural do Physical Activity Scale de Aadahal e Jorgensen. *Revista brasileira de educação física e esporte* 2009 abr./jun.; 23(2):143-53.

11. Giusti E, Befi-Lopes DM. Tradução e adaptação transcultural de instrumentos estrangeiros para o Português Brasileiro (PB). Pro Fono. 2008 jul-set;20(3):207-10.
12. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz M. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of Health Status Measures of the American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS). 2002. Disponível em: <http://www.dash.iwh.on.ca/assets/images/pdfs/X-CulturalAdaptation-2007.pdf>. Acesso em 10/04/2010.
13. Levy BR, et al. Longevity increased by positive self-perceptions of aging. J Pers Soc Psychol. 2002; 83(2): 261-70.
14. Levy BR, Langer EJ. Aging free from negative stereotypes: Successful memory in China and among the American deaf. J Pers Soc Psychol. 1994; 66(6):989-97.
15. Freitas S, et al. Tradução da "Binge Eating Scale". Rev Bras Psiquiatr. 2001; 23 (4) :215-20.
16. Likert R. A Technique for the Measurement of Attitudes. Archives of psychology. 1932; 22(140); 1-55.

Recebido: 17/11/2010

Revisado: 02/3/2011

Aprovado: 22/8/2011

ANEXO F Artigo Submetido revista B1

**Validação do questionário de autopercepção de envelhecimento (APE)
para a população brasileira**

**Validation of the Aging Perception Questionnaire(APQ) for the Brazilian
population**

Validacao do Questionario de Autopercepcao de envelhecimento

Laura Maria Brenner Ceia Ramos Mariano da Rocha¹, Irenio Gomes da Silva²,
Newton Luiz Terra³

¹Médica nutrologa, especialista em Nutrição Clínica e Estética pelo Instituto Metodista de Porto Alegre(IPA) –IPGS, mestre e doutora em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS. laura.ramos.rocha@gmail.com Av. General Barreto Viana, 793, CEP 91330630, Porto Alegre – RS - Brasil. Contribuiu no planejamento, revisão bibliográfica, organização e execução de todas as etapas de coleta de dados e elaboração do artigo.

²Médico neurologista, pós-doutor em Doenças Neuromusculares pelo Centro Hospitalar Universitário Bicetre - França. irenio.filho@pucrs.br Av. Ipiranga, 6690-219, CEP: 90610-000, Porto Alegre – RS - Brasil. Contribui com a revisão do artigo.

³Médico geriatra, doutor em Gerontologia Biomédica , diretor do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS. terranl@pucrs.br. Av. Ipiranga, 6690-219, CEP: 90610-000, Porto Alegre – RS – Brasil. Contribuiu com a revisão do artigo final.

Autor para correspondência:

Enviar correspondência para Laura Maria Brenner Ceia Ramos Mariano da Rocha

Resumo

O envelhecimento populacional mundial já não é fato novo, nem mesmo o seu impacto na saúde mundial. Assim, o entendimento dos diferentes aspectos ligados a esse processo humano mundial, entre eles, a auto percepção do envelhecimento, é necessário, para que se atinja o objetivo de uma velhice saudável e ativa para todos. O questionário de Auto Percepção do Envelhecimento(APE) provou ser um instrumento que pode contribuir para a identificação de pacientes com percepções distorcidas em relação ao processo de envelhecimento, que poderiam levar a desfechos menos favoráveis em processos de doença e até mesmo interferir na longevidade destes pacientes. A validação do APE para a língua portuguesa do Brasil foi realizada em uma amostra de 402 indivíduos com mais de 60 anos. Os resultados da Análise Fatorial confirmaram as 7 dimensões descritas no instrumento original. A investigação das propriedades psicométricas da versão portuguesa-brasileira mostraram boa consistência interna em praticamente todas as dimensões. Este instrumento irá proporcionar estudos em uma área nova do conhecimento deste processo, visando sempre um envelhecimento ativo e de sucesso para os indivíduos.

Abstract

The world's aging population and its impact on the world's health is no longer a new fact. Thus, the understanding of different aspects of this global human process, among them, self-perception of aging, is necessary to achieve a healthy and active aging for all. The Aging Perception Questionnaire (APQ) has proven to be a tool that can contribute to identifying patients with distorted perceptions of the aging process, which could lead to less favorable outcomes in disease processes and even interfere with the longevity of these patients. The validation of the APQ for the Brazilian-Portuguese language was carried out in a sample of 402 individuals over 60 years. The results of the factorial analysis confirmed the 7 dimensions described in the original instrument. The investigation of the psychometric properties of the Brazilian - Portuguese version showed good internal consistency in virtually all dimensions. This instrument will provide studies in a new area of knowledge of the aging process, always seeking an active and successful aging for all individuals.

Introdução

O envelhecimento populacional mundial já não é fato novo¹, nem mesmo o seu impacto na saúde mundial. Assim, o entendimento dos diferentes aspectos ligados a esse processo humano mundial é necessário, para que se atinja o objetivo de uma velhice saudável e ativa para todos².

Ainda o grande foco das pesquisas são os estudos ligados a fármacos, doenças e outros aspectos físicos e suas consequências, como as quedas ³. Porém, há algum tempo a qualidade de vida e sua importância para todos, não apenas os idosos, tem sido objeto de pesquisa. A partir daí começa o entendimento de que fatores outros que não os físicos e biológicos também participam do envelhecimento e podem diferenciar os bem-sucedidos nesse processo daqueles que não o foram. Entre outros fatores, a auto percepção do envelhecimento ^{4,5}.

Não obstante, apesar do aumento do interesse em estudos na área do envelhecimento, ainda não há instrumentos suficientes e adequados para avaliar a percepção que os indivíduos têm sobre o envelhecimento e como esta afeta sua qualidade de vida. Muitos destes instrumentos foram criados em outras línguas, necessitando ser traduzidos, adaptados e validados para serem utilizados em outras populações.

O instrumento original para análise de auto percepção de envelhecimento, o Aging perceptions Questionnaire (APQ) foi elaborado com o objetivo de avaliar a auto percepção do envelhecimento a partir do Modelo de Auto Regulação por meio de um instrumento multidimensional ⁶. Este instrumento foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa brasileira por Rocha et al em 2010, sendo denominado questionário de Auto Percepção de Envelhecimento (APE) ⁷.

O APE provou ser um instrumento que pode contribuir para a identificação de pacientes com percepções distorcidas em relação ao processo de envelhecimento, que poderiam levar a desfechos menos favoráveis em processos de doença e até mesmo interferir na longevidade destes pacientes ⁸.

Contudo o APQ ainda não foi validado no português do Brasil. Este estudo, portanto, foi desenvolvido com o objetivo de realizar essa validação.

Métodos

Este foi um estudo observacional, transversal e analítico desenvolvido no Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da universidade (protocolo no.10;04967) e da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (protocolo no. 001.021434.10.7). Foi solicitada de cada um dos participantes a assinatura de duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ficando uma cópia com eles. Os dados apresentados são relativos a amostra do estudo maior intitulado “Estudo Epidemiológico e Clínico dos Idosos Atendidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Município de Porto Alegre (EMI-SUS)”⁹.

O estudo foi realizado em uma amostra aleatória de 402 indivíduos provenientes de 30 diferentes equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF) de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul (Brasil). Para a seleção desses idosos, inicialmente foi sorteada a ordem em que participariam as gerências distritais de saúde (GD) e, em seguida, quais as equipes da ESF de cada GD participariam, de forma estratificada por gerência. De cada GD foi selecionado um número de equipes correspondentes a aproximadamente 30%. Após o sorteio das equipes, elas eram contatadas para que enviassem a lista de todos os seus usuários idosos para a coordenação do estudo, que então realizava o sorteio dos 36 que seriam convidados a participar do EMI-SUS. Essa participação envolveu, entre outros, uma avaliação dos idosos sorteados

por uma equipe multiprofissional do IGG (médicos, nutricionistas, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos), nos ambulatórios do Hospital São Lucas da PUCRS. Foi durante esta avaliação que foi aplicado o APE para validação da sua versão traduzida e adaptada para o português do Brasil. Todos os procedimentos relativos ao desenvolvimento do estudo maior, o EMIU-SUS, em suas diferentes fases são descritos em mais detalhes em Gomes et al ⁹

Foram incluídos no estudo pessoas com idade igual ou maior a 60 anos que estivessem cadastradas na ESF. Foram excluídos aqueles que não tinham condições de se deslocarem até os ambulatórios do Hospital São Lucas para a avaliação multiprofissional no transporte oferecido pelo grupo de pesquisa.

Instrumentos

Foram utilizados dois instrumentos: o APQ, apresentado em mais detalhes abaixo e um questionários bio-socio-demografico.

O Questionário Bio-socio-demografico Simples foi elaborado para o registro de informações profissionais, sociais e de saúde dos idosos.

O *Aging Perceptions Questionnaire*(APQ) foi desenvolvido e validado por Barker et al.¹⁵ na Irlanda e avalia a auto percepção do envelhecimento a partir de quatro dimensões distintas; envolvem opiniões sobre o próprio envelhecimento. O APQ foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa brasileira por Rocha et al em 2010 como APE ⁷. O APE foi construído a partir da estrutura do Modelo de Autorregulação de Leventhal(SMR) ¹⁰. A base deste modelo é de que um indivíduo forma uma representação de sua doença ou ameaça a saúde que pode ser dividido em uma serie de dimensões lógicas:

identidade (crenças sobre a natureza de sua doença e a relação desta com seus sintomas), cronologia (crenças sobre a duração de sua doença, se esta é aguda, crônica ou cíclica), as consequências (crenças sobre o impacto que esta doença tem na sua vida), controle (crenças sobre a maneira de gerenciar esta doença), causas (crenças sobre as possíveis causas da doença) e as representações emocionais (as respostas emocionais geradas pela doença).

Como o processo de envelhecimento é por si só um fator desencadeador de estresse, exigindo dos indivíduos um processo de adaptação às mudanças tanto físicas, fisiológicas e psicológicas, Barker et al. sugeriram que a estrutura do SMR fosse utilizada para avaliar as adaptações do indivíduo ao processo de envelhecimento.

As quatro dimensões e suas sub escalas utilizadas pelos autores foram:

- cronologia: avalia a consciência do indivíduo acerca de seu envelhecimento e sua experiência com este processo ao longo do tempo. Esta dimensão pode ser crônica (“Sempre me classifico como velho (a)” ou cíclica (“Passo por fases em que me sinto velho (a)”). A consciência crônica do envelhecimento tem sido associada à inatividade e saúde deficiente.

- consequências: avalia as crenças do indivíduo sobre o impacto que o envelhecimento pode ter em sua vida. Estas consequências podem ser positivas (“À medida que envelheço vou ganhando sabedoria”) ou negativas (“Envelhecer torna tudo mais difícil pra mim”). As consequências positivas têm sido associadas com maior criatividade e melhor sensação de bem estar, enquanto que as consequências negativas têm sido associadas com depressão e menor sensação de bem estar.

- controle: crenças em maneiras individuais de lidar com o processo de envelhecimento. Aqui também encontramos uma subdivisão em controle de experiências positivas (“A qualidade da minha vida social na velhice depende de mim”) ou de experiências negativas (“A minha mobilidade ao envelhecer não depende de mim”).

- representações emocionais: avalia a resposta emocional induzida pelo envelhecimento, mais especificamente através de sentimentos negativos de raiva, medo, depressão, ansiedade, preocupação e tristeza, os quais têm sido associados a alterações negativas na saúde física e funcional e uma baixa resiliência.

As subescalas que fazem parte do APE no quesito opiniões sobre envelhecimento são a duração crônica (avaliada nos itens 1-5), duração cíclica (itens 27, 28, 30, 31 e 32), consequências positivas (itens 6, 7 e 8), consequências negativas (itens 16-20), controle positivo (itens 10, 11, 12, 14 e 15), controle negativo (itens 21-24) e representações emocionais (itens 9, 13, 25, 26 e 29). A avaliação destes 32 itens é feita através de uma escala do tipo Likert de 5 pontos, variando de discordo totalmente (1 ponto) a concordo plenamente (5 pontos). Todas as subescalas são pontuadas de 1 a 5, com exceção da subescala controle negativo, que é pontuada de maneira inversa.

Procedimentos e Abordagem analítica

Os dados foram armazenados no programa EXCELL e analisados com o programa SPSS versão 18. Para a caracterização da amostra foi utilizada estatística descritiva, com demonstração de valores de média e desvio-padrão.

Os procedimentos utilizados para a validação do APE estão de acordo com os princípios comumente aceitos na literatura. Kermarreck et al.¹¹ citam que a literatura recomenda a aplicação da escala em 10 sujeitos por item da escala, no processo de validação. Segundo Hair et al.¹², o tamanho da amostra para a análise fatorial não deve ser menor do que 50 respondentes, e preferencialmente deve possuir amostras superiores a 100 sujeitos, mesmo para escalas com poucos itens. Na nossa pesquisa, a validação foi feita com uma amostra de 402 indivíduos para uma escala de 32 itens, amostra superior a necessária.

Após a tradução do instrumento, foi realizada a análise psicométrica apresentada no presente artigo, a qual constituiu de Análise Fatorial Exploratória (AFE), utilizada para identificar a estrutura fatorial do instrumento e descrever e sintetizar os dados agrupando os itens correlacionados entre si.

Na análise estatística foram usados o índice de Kaiser-Meyer-Olkin para verificar a consistência dos dados originais o teste de esfericidade de Bartlett.

Para a análise das componentes principais foram escolhidos os fatores que apresentaram *eigenvalues* (autovalores) superiores a um. A extração dos fatores principais foi efetuada após rotação *Varimax* e critério de *Kaiser*.

Considerando os sete fatores pré-estabelecidos para o instrumento, foi calculada a análise de confiabilidade e a consistência interna pelo coeficiente alpha de Cronbach para cada uma das dimensões, bem como, as medidas descritivas de cada dimensão e de seus respectivos itens; análise de correlação do item em relação ao total da escala e o coeficiente alpha de Cronbach de cada dimensão se o item era eliminado. Para que se possa

adequadamente interpretar os índices alpha de Cronbach obtidos com esta amostra, conduziram-se estatísticas preliminares (descritivas e correlacionais).

Resultados

Os resultados apresentados referem-se a uma amostra de **402** investigados, com média de idade de 68,3 ($\pm 7,4$) anos, sendo idades mínimas e máximas de 60 e 104 anos. Na abordagem da idade através de faixas etárias, predominou o grupo de até 64 anos, representando 38,5% (n=154) dos casos, sendo que 8,3% (n=33) apresentaram 80 anos ou mais. O sexo feminino, 59,2% (n=238) mostrou-se ligeiramente mais elevado que o masculino, 40,8 % (n=164).

O nível de escolaridade mais prevalente foi do ensino fundamental, 65,6% (n=255). Sobre o status marital os casados ou que viviam em união estável, representaram 40,0% (n=159) da amostra, seguidos daqueles que se declararam viúvos, 28,7% (n=114).

A faixa de rendimento de mais de 1até 3 SM concentrou 49,5% (n=199) da amostra, e a faixa com rendimento de até 1 SM, 26,6% (n=107). Vale salientar que 14,7% (n=59) dos investigados não responderam a esta questão.

Tabela 1: Perfil da amostra

Variáveis	Total amostra (n=402)	
Sexo		
Feminino	238	59,2
Masculino	164	40,8
Idade (anos) – NR=2 (0,5%)		
Média \pm desvio padrão	68,3 \pm 7,4	
Mediana (Mínimo – Máximo)	66,0 (60 - 104)	
Faixa etária – NR=2 (0,5%)		

Até 64	154	38,5
De 65 a 69	111	27,8
De 70 a 79	102	25,5
80 ou mais	33	8,3
Escolaridade – NR=13 (3,2%)		
Analfabeto	50	12,7
EFI e C	309	78,4
EMI e C	33	8,4
ESI e C	2	0,5
Estado civil – NR=5 (1,2%)		
Casado/união estável	159	40,0
Divorciado/separado	54	13,6
Viúvo	114	28,7
Solteiro	70	17,6
Renda		
Ate 1SM	107	26,6
Mais de 1 a 3SM	199	49,5
Mais de 3 a 6SM	32	8,0
Mais de 6 a 10SM	4	1,0
Mais 10 SM	1	0,2
NR	59	14,7
Satisfação imagem corporal		
Satisfeita (E=0)	131	32,8
Insatisfeita (E=outros)	268	67,2
SATIS_PESO - NR=3 (0,7%)		
Sim	251	62,9
Não	148	37,1
IMC (kg/m²)– NR=18 (4,5%)		
Média ±desvio padrão		28,5 ± 5,2
Mediana (Mínimo – Máximo)		27,9 (17,5 – 49,2)
Classificação IMC - NR=18 (4,5%)		
Baixo peso (IMC<18,5)	4	1,0
Peso normal (18,5 - 24,9)	95	24,7
Sobrepeso (25,0-29,9)	157	40,9
Obesidade (≥30,0)	128	33,4
Classificação IMC IDOSO - NR=18 (4,5%)		
Baixo peso (IMC<22)	30	7,8
Peso normal (>22 a 27)	137	35,7
Sobrepeso/Obesidade (IMC>27)	217	56,5
Condições clínicas		
Diabetes tipo 2- NR=20 (5,0%)	109	28,5
Sobrepeso/Obesidade IMC (OMS) - NR=18(4,5%)	285	74,2
Sobrepeso/Obesidade IMC IDOSO- NR=18(4,5%)	217	56,5
HAS- NR=10 (2,5%)	274	69,9

Doença Cardiovascular (insuf.cardiaca / infarto/ angina) NR=35(8.7%)	94	25,6
Tabagismo - NR=5 (1,3%)	80	20,2
Depressão - NR=1 (0,2%)	121	30,2
Autopercepção da saúde		
Ótima	24	6,1
Boa	121	30,7
Regular	216	54,8
Péssima/má	33	8,4

Na tabela 2 é reproduzida a solução fatorial final. O teste de esfericidade de Bartlett foi estatisticamente significativo indicando ser improvável que a matriz de correlação seja uma matriz identidade (ou seja, existem itens correlacionados significativamente de forma a detectar fatores/componentes independentes), informação representada pelo elevado índice estimado pelo teste ($\chi^2_{\text{calc}}=4699,644$) e pelo nível de significância muito próximo de zero ($p<0,0001$).

Para verificar a consistência dos dados originais foi aplicado o teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO), que apresentou um índice igual a 0,889, situando-se em um intervalo muito bom, indicando que o tamanho amostral está adequado para a aplicação da técnica.

Sobre os resultados das dimensões, observou-se que, nas dimensões controle positivo ($3,9\pm 0,4$) e consequências positivas ($3,9\pm 0,5$) foram observadas as médias mais elevadas na amostra, enquanto que as dimensões Representações Emocionais ($2,7\pm 0,8$) e controle negativo ($2,8\pm 0,8$) se caracterizaram pelas menores pontuações médias.

O índice de alpha de Cronbach bruto correspondente a cada dimensão, apresentou estimativas entre 0,555 (Cronologia cronica) e 0,795 (Consequencias negativas), sendo que, apenas a dimensão da Cronologia cronica apresentou estimativas abaixo do mínimo necessário (0,600).

No que diz respeito a análise psicométrica dos itens e da escala, investigou-se o grau de discriminação dos itens para cada uma das 7 dimensões, e os resultados apontaram que na dimensão de maior comprometimento Cronologia cronica as correlações dos itens com a pontuação total variaram entre 0,182 e 0,387, indicando que o item 2 mostrou-se pouco discriminativo (ou seja, excluído este item melhora o poder de discriminação da dimensão, melhorando também o α que passa de 0,555 para 0,562).

As demais dimensões apresentaram correlações com o total da amostra superiores a 0,400, a estimativa mínima aceitável.

Discussão

A validação do APE para a língua portuguesa do Brasil foi realizada em uma população com mais de 60 anos. Os resultados da Analise Fatorial confirmaram as 7 dimensões descritas no instrumento original desenvolvido na Irlanda. A investigação das propriedades psicométricas da versão portuguesa-brasileira mostraram boa consistência interna em praticamente todas as dimensões.

Segundo os resultados do APE, os escores encontrados na dimensão cronologia sugerem que uma consciência constante do fato de estar envelhecendo (medida pela cronologia-crônica) é mais comum entre os idosos do que uma variação na consciência do envelhecimento (medida pela cronologia-cíclica), sendo esta diferença estatisticamente significativa. A título de ilustração, a maior evidência da dimensão cronologia-crônica é o fato de que 89,5% deles concordam que estão sempre conscientes do fato de estarem envelhecendo, enquanto que para a cronologia cíclica, o maior impacto para as baixas pontuações foi observado no item onde 60,8% da amostra relataram discordar de que a consciência de estarem envelhecendo muda muito de um dia para outro, bem como o fato de discordarem de apresentarem fases em que se sentem velho(a)s, 54,6%. No estudo TILDA ¹³, realizado na Irlanda utilizando o APE, 60% não concordaram que passam por fases em que se sentem velhos. (cronologia- cíclica), enquanto apenas 14% sempre se classificam como velhos (cronologia-crônica).

Com relação a dimensão controle, que mede crenças sobre o poder dos indivíduos sobre os aspectos tanto positivos quanto negativos do envelhecimento, os resultados apontaram que o controle positivo apresentou media significativamente mais elevada que o controle negativo (3,9 e 2,9 respectivamente), evidenciando uma crença desta população em poder controlar os aspectos positivos do envelhecimento. Quanto aos itens do controle positivo, 89,5% concordou que a qualidade dos relacionamentos na velhice depende deles mesmos. No que se refere ao controle negativo, 57,8% concordaram que sua mobilidade ao envelhecer não depende de si mesmo. Chama a atenção, no entanto, o fato de pouco mais de 40% discordarem de

que a diminuição do ritmo de vida com a idade não pode ser controlado, bem como a perda de controle sobre a vitalidade ou entusiasmo pela vida e a falta de controle sobre o envelhecimento na vida social.

No que se refere a dimensão das consequências, que mede as crenças sobre os impactos positivos e negativos do envelhecimento na vida dos indivíduos, a média para os aspectos positivos mostraram-se significativamente mais elevadas do que para os aspectos negativos (3,9 e 3,3 respectivamente). Todos os itens da dimensão consequências positivas apresentaram um percentual de concordância superior a 80%, sugerindo que o envelhecimento, para esta população, apresenta aspectos mais positivos do que negativos, como agregar sabedoria e crescimento. O item mais frequente das consequências negativas foi aquele referente ao fato do envelhecimento limitar as atividades que o indivíduo pode realizar, com a concordância de 66,6% dos entrevistados. No entanto, boa parte dos itens desta sub escala (consequências negativas) apresentou discordâncias superiores a 30%, ou seja, discordando de que o envelhecimento seja um fator limitador.

O APQ foi recentemente validado para a língua francesa ¹⁴ também como parte de um estudo populacional- Observatoire Regional du Vieillissement em Poitou-Charentes (OPREVI) cujo objetivo e estudar o envelhecimento de uma população com mais de 65 anos, através de dados sócio psico-demograficos e de saúde que influenciem a qualidade de vida. Vários questionários foram enviados por correios, entre eles o APQ. A validação do APQ para a língua francesa foi realizada com 394 indivíduos, 164 homens e 230 mulheres. A análise fatorial realizada confirmou a estrutura multidimensional do APQ com 7 dimensões que foram sobrepostas aquelas do

questionário original na população irlandesa. As propriedades psicométricas da versão francesa também demonstraram boa consistência interna em todas as dimensões.

Considerações Finais

Este artigo relata o processo de validação do Questionário de Autopercepção de Envelhecimento, cuja tradução e adaptação cultural foi publicada recentemente ¹⁵.

Os resultados das análises estatísticas confirmam ter este instrumento um nível de confiabilidade e consistência interna que permitem afirmar ser este instrumento adequado para mensurar a autopercepção do envelhecimento de um indivíduo em várias dimensões, bem como sua percepção sobre a influência de morbidades no processo de envelhecimento.

Este instrumento irá proporcionar estudos em uma área nova do conhecimento deste processo, visando sempre um envelhecimento ativo e de sucesso para os indivíduos.

Concluídas a tradução, adaptação cultural (Rocha et al) e agora a validação deste instrumento, o mesmo será utilizado para analisar a associação entre a auto percepção do envelhecimento e as morbidades mais prevalentes em amostra populacional de idosos da Estratégia de Saúde da Família de Porto Alegre.

Tabela 1: Análise Fatorial EXPLORATÓRIA -

Itens/ Questões	Comunalidade		Componentes da matriz rotacional*£							α Cronbach (α=0,884; **α _{std} =0,892)	
	Extração		1	2	3	4	5	6	7	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q1	,618		-,006	,121	,040	,099	-,029	,766	,067	,200	,885
Q2	,589		-,069	,018	,079	-,040	,366	,617	-,246	,067	,886
Q3	,641		,216	,030	,317	-,031	-,177	,238	,636	,350	,883
Q4	,550		,022	,075	,011	,107	,077	,680	,252	,204	,885
Q5	,583		,146	,366	,091	,009	-,055	,182	,619	,405	,881
Q6	,646		,006	-,089	-,103	,255	,748	-,046	,040	-,034	,888
Q7	,630		-,007	-,054	,029	,278	,729	,129	-,021	,051	,886
Q8	,525		-,155	,015	-,067	,142	,636	,147	-,225	-,088	,888
Q9	,455		,580	,293	,102	,005	,149	-,016	,010	,546	,878
Q10	,595		-,043	,038	-,021	,713	,212	,190	-,034	,098	,886
Q11	,545		-,003	,043	,046	,634	,286	,177	-,158	,125	,885
Q12	,538		-,132	,039	,060	,686	,119	-,117	,130	,031	,886
Q13	,533		,631	,321	,093	,084	,042	-,082	,086	,602	,877
Q14	,383		,119	-,109	-,009	,591	,050	,007	-,066	,077	,886
Q15	,573		,005	,016	,188	,378	,069	,347	-,519	,111	,885
Q16	,456		,123	,589	,198	,081	,042	,161	-,144	,452	,880
Q17	,413		,204	,491	,295	-,116	,161	,013	,059	,472	,880
Q18	,646		,320	,708	,169	-,037	-,082	,051	,065	,631	,876
Q19	,651		,241	,737	,116	-,018	-,139	,056	,115	,577	,877
Q20	,617		,221	,724	,142	-,063	-,062	,002	,129	,552	,878
Q21	,469		,195	,511	,376	,112	-,053	,051	,105	,537	,878
Q22	,546		,207	,284	,635	,102	-,066	,065	,027	,508	,879
Q23	,675		,252	,254	,732	,004	-,064	,049	,070	,547	,878
Q24	,635		,298	,321	,661	-,007	-,023	,032	,063	,587	,877
Q25	,694		,755	,070	,282	-,075	,066	-,152	,080	,582	,877
Q26	,537		,663	,272	,128	-,082	-,007	-,008	,015	,585	,877
Q27	,564		,642	,360	,002	-,015	-,115	,095	,001	,594	,877
Q28	,580		,567	,445	-,190	-,007	,014	,021	,155	,529	,879
Q29	,594		,664	,000	,260	-,036	,150	-,228	,100	,472	,880
Q30	,602		,698	,143	,064	,015	-,257	,145	,047	,550	,878
Q31	,635		,746	,122	,185	,063	-,139	-,009	,072	,606	,877
Q32	,623		,710	,065	,192	-,004	-,189	,204	,002	,569	,877
Autovalores			5,097	3,484	2,173	2,135	2,073	1,958	1,420		
% de variância			15,928	10,887	6,791	6,672	6,478	6,120	4,437		
% variância acumulada			15,928	26,815	33,606	40,278	46,756	52,876	57,313		

*Método de extração: Análise de Componentes Principais para Análise Fatorial Exploratória; £: Método rotacional, Varimax com kaiser Normalização (manter componentes com autovalor maior que 1); **Alpha de Cronbach padronizado;
 Parâmetros do modelo: KMO: 0,889; Teste de Esfericidade de Bartlett: ($\chi^2_{\text{calc}}=4699,825$; $p<0,0001$)

Tabela 2: Análise da consistência interna das dimensões.

Dimensão	Alpha (α Padronizado)	Itens	Análise descritiva		Alpha se item deletado	Correlação item- total*
			Média	Desvio padrão		
Timeline acute/chronic (3,5±0,5)	0,555 (0,565)	1	3,6	0,9	,466	,370
		2	4,0	0,5	,562	,182
		3	2,9	1,1	,509	,317
		4	3,8	0,7	,471	,387
		5	3,2	1,0	,468	,367
Timeline cyclical: (2,9±0,8)	0,831 (0,831)	27	3,1	1,0	,793	,644
		28	3,1	1,0	,822	,540
		30	2,8	1,1	,791	,654
		31	2,6	1,0	,785	,673
		32	2,9	1,1	,795	,638
Emotional Representations (2,7±0,8)	0,825 (0,827)	9	3,0	1,1	,795	,606
		13	2,9	1,1	,787	,633
		25	2,5	1,1	,765	,709
		26	2,8	1,1	,800	,589
		29	2,3	0,9	,804	,576
Control positive (3,9±0,4)	0,659 (0,672)	10	3,9	0,6	,550	,529
		11	4,0	0,5	,577	,496
		12	3,9	0,5	,628	,363
		14	3,8	0,7	,659	,333
		15	3,9	0,5	,618	,386
Control negative: (2,8±0,8)	0,776 (0,775)	21	3,3	1,0	,762	,498
		22	3,2	1,0	,727	,568
		23	3,0	1,0	,693	,632
		24	3,1	1,0	,700	,619
		Consequences positive (3,9±0,5)	0,706 (0,705)	6	3,9	0,6
7	3,9			0,6	,546	,578
8	4,0			0,6	,697	,454
Consequences negative (3,3±0,8)	0,795 (0,797)	16	3,5	0,9	,789	,464
		17	3,2	1,1	,791	,467
		18	3,3	1,1	,717	,694
		19	3,3	1,0	,729	,660
		20	3,2	1,1	,747	,605
Experience of health-related changes – Id (\pm)	0,893 (0,895)					
	HealthRe	7,88	4,059			
	HealthAg	3,76	3,767			

*Correlação entre o item e o valor global (pontuação total da dimensão);

Referencias

1. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Population aging today: demands, challenges and innovations), Rev Saúde Pública 2009;43(3):548-54
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.
3. Rezende CP, Gaede-Carrillo MRG, Sebastião ECO . Queda entre idosos no Brasil e sua relação com o uso de medicamentos: revisão sistemática Falls in elderly Brazilians and the relationship to: a systematic review. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(12):2223-2235, dez, 2012.
4. Levy BR, Slade M, Kasl SV. Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. Journal of Gerontology: Psychological Sciences; 57: 409–17, 2002.
5. Steverink N, Westerhof GJ, Bode C, Dittmann-Kohli F : The personal experience of aging, individual resources, and subjective well-being. *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56B,(6):364-373, 2001.
6. Barker M, O'Hanlon A, McGee HM, Hickey A, Conroy RM. Cross-sectional validation of the Aging Perceptions Questionnaire: a multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. BMC Geriatrics, 7:9, 2007.
7. Rocha LMBCRM. Tradução e Adaptação Cultural do Aging Perceptions Questionnaire (APQ) para a Língua Portuguesa Brasileira. Dissertação de mestrado. PUCRS 2010.
8. Levy BR et al. Longevity increased by positive self-perceptions of aging. Journal of Personality and Social Psychology 2002; 83(2): 261–70.

9. Gomes et al. The multidimensional study of the elderly in the Family health strategy in Porto Alegre, Brazil (EMISUS) . Pan American Journal of Aging Research. 04/2013; 1(1):20-24.
10. Leventhal H, Nerenz DR, Steele DJ: Illness representations and coping with health threats. In *Handbook of Psychology and Health Volume 4*. Edited by: Baum A, Taylor SE, Singer J. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 219-252, 1984.
11. Kermarrec S, Kabuth B, Bursztejn C, Guillemin F. French Adaptation and Validation of the Helping Alliance Questionnaires for Child, Parents and Therapist. Canadian Journal of Psychiatry, 51(14). 2006.
12. Hair Jr JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Análise Multivariada de dados. 5a ed. Porto Alegre. Bookman. 2005.
13. Layte R, Sexton E, Savva G. Quality of Life in Older Age: Evidence from an Irish Cohort Study. Journal of American Geriatrics Society. 61(s2):S299-305. 2013.
14. Ingrand et al. BMC Geriatrics 2012, 12:17
<http://www.biomedcentral.com/1471-2318q12/17>.
15. Rocha LMBCRM; Gomes I; Schwanke CA: Tradução e adaptação cultural do APQ- Aging Perceptions Questionnaire- para a língua portuguesa brasileira.. Rev. bras. geriatr. gerontol., 15(2), 2012.

ANEXO G Questionário de Auto Percepção do Envelhecimento

QUESTIONÁRIO SOBRE PERCEPÇÕES DE ENVELHECIMENTO (APQ)

As questões abaixo avaliam suas opiniões e experiências sobre o processo de envelhecimento. Como todos estão envelhecendo, estas questões podem ser respondidas por qualquer pessoa de qualquer idade. Não existem respostas certas ou erradas, apenas suas experiências e opiniões. Mesmo que a questão seja sobre um assunto que você não pense com frequência em relação a si mesmo, favor tentar dar uma idéia do que pensa, respondendo a todas as perguntas.

A) OPINIÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO

Estamos interessados nas suas opiniões e experiências pessoais sobre o processo de envelhecimento. Indique suas opiniões sobre as afirmações seguintes (discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo ou concordo plenamente). Circule a resposta que melhor descreve sua opinião sobre cada afirmação.

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Plenamente
1. Tenho consciência de estar envelhecendo o tempo todo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Estou sempre consciente da minha idade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sempre me classifico como velho/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Estou sempre consciente do fato de que estou envelhecendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto minha idade em tudo que faço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. À medida que envelheço, vou ganhando sabedoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. À medida que envelheço, continuo crescendo como pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. À medida que envelheço, aprecio mais as coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Fico deprimido/a quando penso sobre como o envelhecimento pode afetar as coisas que eu consigo fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. A qualidade da minha vida social na velhice depende de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. A qualidade de meus relacionamentos com os outros na velhice depende de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Se eu vou continuar vivendo a vida plenamente é algo que depende de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Fico deprimido/a quando penso como o envelhecimento pode afetar minha vida social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. À medida que vou envelhecendo, há muito que posso fazer para manter minha independência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Depende de mim o fato de envelhecer ter aspectos positivos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Envelhecer limita as coisas que posso fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Envelhecer me torna menos independente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Envelhecer torna tudo muito mais difícil para mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. À medida que envelheço, posso participar de cada vez menos atividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. À medida que envelheço, já não lido tão bem com os problemas que surgem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. A diminuição do ritmo de vida com a idade não é algo que eu possa controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. A minha mobilidade ao envelhecer não depende de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Não tenho controle sobre a perda de vitalidade ou de entusiasmo pela vida à medida que vou envelhecendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Não tenho controle sobre os efeitos que o envelhecimento exerce sobre minha vida social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Fico deprimido/a quando penso em envelhecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Eu me preocupo com os efeitos que o envelhecimento pode ter sobre meus relacionamentos com os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Minha experiência com o envelhecimento é cíclica :às vezes piora e às vezes melhora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Minha consciência de estar envelhecendo vai e volta em ciclos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Fico brabo/a quando penso em envelhecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Passo por fases em que me sinto velho/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Minha consciência de estar envelhecendo muda muito de um dia para outro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Passo por fases em que me vejo como velho/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

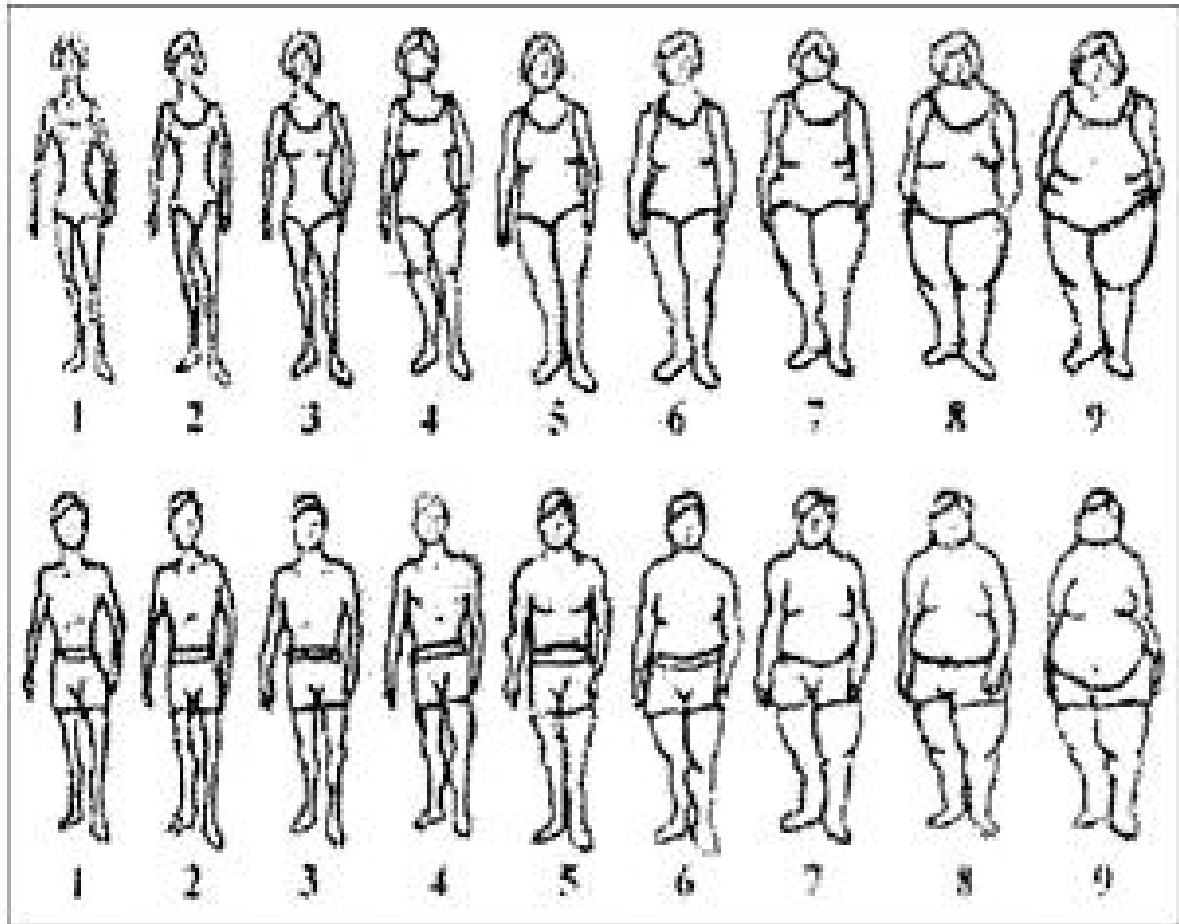
ANEXO H Escala de Nove Silhuetas de Stunkard

ESCALA DE STUNKARD PARA IMAGEM CORPORAL

Nome: _____

Telefone: _____ Idade: _____

Peso: _____ Altura: _____ Circunferência da Cintura: _____



1) Qual a silhueta que mais se assemelha à você?
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

2) Qual a silhueta você gostaria de ter?
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

Está satisfeito(a) com seu peso?

() Sim () Não Por que? _____