

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MARIA LEÔNIA PESSOA DA SILVA

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS ACAMADOS  
EM UM MUNICÍPIO PARAIBANO**

JOÃO PESSOA – PB

2009

**MARIA LEÔNIA PESSOA DA SILVA**

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS ACAMADOS  
EM UM MUNICÍPIO PARAIBANO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem nível Mestrado, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba na área de concentração de enfermagem atenção a saúde, inserido na linha de pesquisa: Epidemiologia e Saúde, como requisito para obtenção do grau de Mestre.

**ORIENTADORA:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Maria Emília Romero de Miranda Henriques

JOÃO PESSOA – PB

2009

MARIA LEÔNIA PESSOA DA SILVA

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS ACAMADOS  
EM UM MUNICÍPIO PARAIBANO**

Aprovado em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Emília Romero de Miranda Henriques  
Orientadora /UFPB.

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Solange Fátima Geraldo da Costa  
Membro /UFPB.

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Clélia Simpson de Miranda /UFRN  
Membro /UFPB.

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares  
Membro /UFPB.

Ao meu pai José (*In memorian*) que foi um exemplo de uma bonita velhice, inspiração para este trabalho.

À minha tia Elza e minha mãe Darcira, pelo amor incondicional e por terem me ensinado que educação é um tesouro que faz parte do ser.

Ao meu esposo, Sérgio, que com seu apoio e compreensão, muito contribuiu para a concretização deste objetivo.

Aos meus filhos, Dennys e Talytha, sol da minha vida, aquecem, nutrem e fazem feliz a minha existência. **DEDICO.**

## AGRADECIMENTOS

A Deus e a Nossa Senhora fonte de vida, por ter-me concedido esta oportunidade de aprendizado e permitido que recebesse a ajuda necessária ao êxito deste estudo.

À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Emília Romero de Miranda Henriques por ter acreditado em mim e pelo estímulo e sabedoria com que conduziu a construção deste trabalho.

À professora Dr<sup>ª</sup>. Solange Fátima Geraldo da Costa, pela disponibilidade, atenção e colaboração que demonstrou em todo percurso do mestrado.

A todos os idosos que além de colaborarem com esta pesquisa me receberam carinhosamente em suas casas.

Ao professor Dr. César Cavalcante e a professora Dr<sup>ª</sup>. Wilma Fontes Dias pela competência, apoio, orientação e acolhida durante todo mestrado.

À coordenadora e à vice-coordenadora do Curso de Mestrado em Enfermagem, professoras Dr<sup>ª</sup>. Antônia Oliveira Silva e Dr<sup>ª</sup>. Maria de O. Ferreira Silva, pelas orientações, compromisso, dedicação e competência.

A todos os professores do Curso, pelos ensinamentos, incentivo, ajuda e companheirismo ao longo desta caminhada.

Aos meus amigos Paulo Manoel Silva e Giselia Alves de Araújo, pela colaboração e sugestão fundamentais para este trabalho.

Ao professor Gerson da Silva Ribeiro e o professor Jamilton Alves Farias, Luiza e Tereza Cristina Cunha Barbosa pelo apoio incentivo e colaboração.

Aos colegas do Curso de Mestrado, agradeço os momentos de alegrias.

A todos, o meu respeito e a minha admiração.

A Velhice chega rapidamente  
E traz consigo a experiência  
esperança de viver o não vivido  
E de sonhar o não sonhado.

A velhice chega  
E traz consigo o tempo  
O ontem que passou,  
O hoje que se faz presente

O futuro que a Deus pertence  
E a vida que não pode parar  
Viver muitos anos  
Para muitos é insano  
Para poucos a chance de acertar

A primavera passou  
O verão e o outono  
Chega o inverno com os anos  
Mas vale a pena a vida comemorar

É privilégio viver bem  
Aos 5,15, 25 e 60 anos  
E em cada etapa da vida  
Permitir-se sonhar, sonhar e sonhar..

(Maria Emília R. M. Henriques)

## RESUMO

SILVA, M. L. P. da. **Qualidade de vida de idosos acamados em um município paraibano**. 2009. 104f. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa - PB.

A população brasileira está passando por um processo de envelhecimento rápido e intenso, sendo esta parcela vulnerável a adoecer e ficar acamada, conseqüentemente afetando a qualidade de vida da pessoa idosa. Neste estudo, objetivou-se avaliar a qualidade de vida de idosos acamados, em um município Paraibano. Trata-se de um pesquisa exploratória descritiva com uma abordagem quantitativa. Foi realizado na cidade de Solânea-PB. Participaram da investigação 100 idosos acamados a coleta de dados ocorreu no período de janeiro e fevereiro de 2008. Estes dados foram coletados por meio da técnica de entrevista com a utilização de dois formulários: o primeiro foi elaborado para se conhecer o perfil dos indivíduos estudados e o segundo, o formulário utilizamos o instrumento de mensuração de qualidade de vida da OMS, denominado whoqol-old (1999). Este apresenta-se com 24 itens distribuídos em 6 facetas: funcionamento sensorio, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; intimidade. Os dados foram analisados quantitativamente mediante a tratamento estatístico para análise descritiva (frequência, percentagem, média e desvio padrão). A maior parcela dos acamados é na faixa etária acima de 70 anos. A causa mais comum da restrição ao leito encontrada foi o AVC e Diabetes Mellitus. Com relação à avaliação da qualidade de vida, observa-se que o escore médio total dos idosos acamados do município de Solânea foi de 52,3, isso significa que o índice de qualidade de vida destes idosos está um pouco acima da média da escala. Em se tratando das facetas, a que sobressaiu foi "Morte e Morrer" com um escore médio 76,8 (DP=25,1), indicando que os indivíduos entrevistados possuem poucas preocupações, inquietações e temores quanto à morte e morrer e, portanto, uma melhor qualidade de vida nessa faceta. Já a faceta que apresentou o menor escore médio 31,4 (DP=14,2) foi "Autonomia", sugerindo uma pior qualidade de vida nessa faceta. Observa-se que o escore da faceta "Autonomia" se encontra bem abaixo da média da escala. Portanto, ao estudar essas facetas, podemos concluir que esses idosos entrevistados pelo fato de estarem acamados não são pessoas infelizes e vislumbram o futuro que não se evidencia na maioria das pessoas que não aceitam a velhice. Entretanto, com relação à assistência à saúde, evidencia-se a precariedade dos serviços de saúde no município onde se realizou a investigação. Nesta perspectiva, o trabalho irá contribuir para que as autoridades do município tenham conhecimento dos resultados para melhorarem o nível de assistência a esses idosos e conseqüentemente melhorem sua qualidade de vida.

**Palavras-chaves:** Enfermagem, Idosos – qualidade de vida, Idosos acamados – qualidade de vida.

## ABSTRACT

SILVA, M. L. P. da. **Quality of life of bedridden elderly in the municipality of Paraíba state.** 2009. 104f. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa - PB.

The Brazilian population has been subjected to a process of rapid and intense aging, with a portion becomes vulnerable to falling ill and staying in bed, consequently, this has consequences for the quality of life of the old age. O aim of this study was assessed the quality of life of elderly in a municipality of Paraíba state, who are ill and are unable to get out of bed. This is a descriptive and exploratory research with a quantitative approach. The study was conducted in the Solânea city, state of Paraíba. 100 seniors participated in the research are restricted to bed, the data collection occurred during January and February 2008. These data were collected through an interview technique with the use of two forms: the first was prepared to meet the profile of the individuals studied, and the second was a form which used the instrument to measure quality of life of the called whoqol-old (1999). This, it is with 24 items divided into 6 facets: sensory functioning, autonomy, activities past, present and future, social participation, death and dying; intimacy. The data were analyzed quantitatively by statistical treatment for descriptive analysis (frequency, percentage, mean and standard deviation). Most patients who are restricted to the bed is in the age group above 70 years. The most common cause of the restriction found the bed was the stroke and diabetes mellitus. Regarding the quality of life, it is observed that the average total score of bedridden elderly of the Solânea city, state of Paraíba was 52.3, this means that the index of quality of life of the elderly is a little above the average of the scale. In the case of facets, which stand out was "Death and Dying" with a mean score 76.8 (SD = 25.1), indicating that the individuals interviewed have few concerns, worries and fears about death and dying, and therefore a better quality of life in that aspect. Already a side that had the lowest mean score 31.4 (SD = 14.2) was "autonomy", suggesting a worse quality of life in that aspect. Observe that the score of facet "Autonomy" is well below the average of the scale. Therefore, to study these aspects, we can conclude that the elderly respondents, because of being bedridden, are not unhappy people and see the future that is not evident in most people who do not accept the old age. However, with respect to health care, it is the precariousness of health services in the municipality where the investigation took place. Accordingly, the study will help the authorities to provide subsidies for improvement of the level of assistance to those elderly and, consequently, improve their quality of life.

**Keywords:** Nursing, Elderly – quality of life, Bedridden elderly – quality of life



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Estágios no desenvolvimento do Whoqol-old..... 36

Figura 1 - Localização da cidade de Solânea no mapa estado da Paraíba ..... 45

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição percentual dos idosos segundo a faixa etária e medidas descritivas da variável idade .....	50
Tabela 2 -	Tabela 2 - Distribuição percentual dos idosos segundo o estado civil .....	51
Tabela 3 -	Distribuição percentual e medidas descritivas dos idosos segundo o número de filhos.....	52
Tabela 4 -	Distribuição percentual dos idosos segundo a escolaridade .....	53
Tabela 5 -	Distribuição percentual dos idosos segundo atuação no trabalho antes de ficar acamado.....	54
Tabela 6 -	Distribuição percentual dos sujeitos segundo as profissões em que atuavam no trabalho antes de ficarem acamados .....	54
Tabela 7 -	Distribuição percentual dos idosos segundo a renda familiar, principal provedor da família e medidas descritivas quanto à renda e ao número de pessoas que dependem dela.....	55
Tabela 8 -	Distribuição percentual dos idosos quanto às patologias identificadas como determinantes das limitações e o tempo de acama (medidas descritivas) .....	56
Tabela 9 -	Freqüências e medidas descritivas da faceta “Funcionamento do Sensório”.....	60
Tabela 10 -	Freqüências e medidas descritivas da faceta “Autonomia”.....	63

Tabela 11 - Freqüências e medidas descritivas da faceta “atividades passadas, presentes e futuras” .....	65
Tabela 12 - Freqüências e medidas descritivas da faceta “Participação Social” .....	68
Tabela 13 - Freqüências e medidas descritivas da faceta “Morte e Morrer” .....	70
Tabela 14 - Freqüências e medidas descritivas da faceta “Intimidade” .....	73
Tabela 15 - Escores médios e desvios padrão para a qualidade de WHOQOLOLD .....	76

# SUMÁRIO

<b>1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....</b>	<b>13</b>
<b>2 ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA: DISCURSO DA LITERATURA</b>	
2.1 Envelhecimento .....	20
2.2 Qualidade de Vida .....	31
<b>3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS</b>	
3.1 Tipo de Estudo .....	45
3.2 Local de Pesquisa .....	45
3.3 População e Amostra.....	46
3.4 Considerações Éticas .....	46
3.5 Instrumento e Técnica de Coleta de Dados .....	46
3.6 Análise dos Dados .....	47
<b>4 ANÁLISE E DISCURSSÃO DOS RESULTADOS</b>	
4.1 Caracterização dos Participantes do Estudo.....	50
4.2 Qualidade de Vida dos Idosos Acamados .....	59
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>79</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>84</b>
<b>APÊNDICES</b>	
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	96
Apêndice B – Instrumento para Coleta de Dados .....	97
<b>ANEXOS</b>	
Anexo A – <i>WHOQOL-OLD</i> – Instrumento de Mensuração de Qualidade de Vida.....	99
Anexo B – Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa .....	100

# **1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

“Sei que o meu trabalho é uma gota no oceano,  
mas sem ele o oceano seria menor”.

(Madre Teresa de Calcutá)

O envelhecimento, na atualidade, configura-se em um problema de Saúde Pública e tem levado a alguns questionamentos que dizem respeito à qualidade de vida desse grande contingente de idosos que a passos acelerados tem ocasionado mudanças na pirâmide populacional no que se relaciona a transição demográfica e epidemiológica. Faz-se necessário uma concentração de esforços nas diferentes áreas profissionais, objetivando um maior conhecimento sobre o fenômeno do envelhecimento e, especialmente, como envelhecer de forma saudável, priorizando esses esforços na manutenção da independência e autonomia do idoso.

O aumento da longevidade em todo o mundo constitui, na atualidade, apesar das conquistas e do avanço tecnológico um problema social da maioria das comunidades, particularmente nos países em desenvolvimento, onde este processo ocorreu de maneira crescente nas últimas décadas. Este aumento em nosso país, em nosso Estado, apresenta, cada vez mais, um quadro de aumento de expectativa de vida, resultando numa sobrevivência marcada por incapacidades e dependência. Viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade e significado aos anos adicionais de vida (VERAS, 2003).

Quando a pessoa envelhece existem alguns fatores psicossociais que interferem na qualidade de vida. Um dos aspectos mais difíceis para o idoso é conviver com as perdas. Segundo Paschoal (2004), essas perdas se intensificam em situações como: a aposentadoria, perda da posição social, o surgimento de doenças crônicas, aliadas a problemas financeiros, menores oportunidades de convívio social, perda de familiares, amigos, cônjuges. Tudo isso pode levar o idoso ao isolamento social, sentimento de inferioridade, depressão e a uma maior dependência, física e/ou psicossocial.

A esse respeito Caldas (2003) define que, a dependência é um estado em que a pessoa é incapaz de existir ou funcionar, sem a ajuda de outrem e cita os três tipos de classificação: Dependência estruturada, é aquela que a pessoa perde seu valor social, quando perde seu status junto à sociedade; Dependência física, pode tornar o indivíduo incapaz para realização das atividades da vida diária, ou seja, vestir-se, banhar-se, alimentar-se, entre outras; Dependência comportamental é aquela considerada quando os idosos dependentes permanecem mais tempo no domicílio e seu relacionamento é mais restrito no âmbito familiar.

O envelhecimento com dependência e prevalência de patologias crônicas na maioria dos idosos necessita de uma abordagem abrangente para ser bem avaliada, já que as doenças crônicas podem ser incapacitantes ou não. Portanto, faz-se necessário classificar a incapacidade em graus de dependência: leve, parcial ou total. É exatamente o grau de dependência que determina os tipos de cuidados que serão necessários. Para avaliar o grau de dependência utiliza-se o método de avaliação funcional. Esse método é bastante conhecido e aplicado na prática geriátrica (CALDAS 2003).

Segundo Ramos (2003), a capacidade funcional é definida como a capacidade de um indivíduo se adaptar aos problemas cotidianos. Sendo avaliada com base na capacidade de execução das atividades da vida diária (AVD), que por sua vez se dividem em: atividades básicas da vida, tarefas próprias do autocuidado; atividades instrumentais da vida diária; capacidade para levar uma vida independente na comunidade; e atividades avançadas da vida diária, atos mais complexos, ligados à automotivação, como trabalho, exercício físico, entre outros.

Segundo os autores, Gordilho *et al.* (2000), na Saúde Pública a capacidade funcional nasce como um novo conceito em saúde, instrumentalizando e operacionalizando a atenção à saúde do idoso. Esta propõe que as ações preventivas, assistenciais e de reabilitação devam melhorar a capacidade funcional prejudicada pelo idoso ou mantê-la, e sempre que possível tentar recuperá-la.

Os cuidados prestados a idosos com dependência podem ser realizados no domicílio, indo ao encontro à tendência atual das instituições hospitalares de conceder alta precoce ao geronte, para diminuir os custos e acelerar sua recuperação num ambiente familiar. Sendo assim, o domicílio é visto hoje como o melhor espaço para o idoso envelhecer, seja um envelhecimento saudável ou acrescido de doenças crônicas degenerativas e/ou outras afecções, podendo viver com boa qualidade de vida e manter a estabilidade da doença (GIRARDON-PERLINI, 2001).

No entanto, Smeltzer e Bare (2002) comentam que o sucesso da recuperação do idoso no domicílio depende de pessoas preparadas para prestar-lhes os cuidados gerais e específicos e que cabe à equipe multiprofissional avaliar essas pessoas antes de conceder-lhes alta hospitalar, dando continuidade ao acompanhamento domiciliar para avaliar o cuidado prestado e o suporte necessário.

De acordo Zimerman (2007), em função das mudanças demográficas ocorridas, não é mais possível ignorar a necessidade de atenção à velhice por parte dos âmbitos político, econômico, da saúde e institucional. Os idosos têm necessidades e características próprias que devem ser atendidas através da criação de novos espaços, serviços e produtos, assim como da reformulação de posturas e conceitos.

A baixa resolução do modelo atual, a precariedade dos serviços ambulatoriais, a escassez dos serviços domiciliares, a falta de instâncias intermediárias, fazem com que o primeiro atendimento ocorra em estágio avançado, dentro do hospital, o que não só aumenta os custos como diminui as chances de um prognóstico favorável (MENDES, 2001). Toda essa situação apresenta um desafio para as autoridades sanitárias, especialmente no que se refere à implantação de novos modelos e métodos de planejamento, gerência e prestação de cuidados (VERAS, 2007).

Atualmente, a percepção geral da sociedade brasileira é de que o atendimento é precário, custo elevado, desperdício de recursos e má prestação de cuidados. Parahyba e Simões (2006) a ponta que há uma carência de redes de suporte formais ao idoso com a falência do sistema previdenciário, a família é a única fonte de recursos disponível para o cuidado do idoso dependente. Essa população vive cotidianamente angústias com a desvalorização das aposentadorias e pensões, com a falta de assistência, com o abandono em hospitais ou asilos, e sofrem, ainda, todo tipo de obstáculos para assegurar alguma assistência por meio de planos de saúde.

Corroborando com a afirmativa dos autores Parahyba e Simões (2006), Medeiros *et al.* (1998) questionam que, seguridade social objetiva garantir a saúde, a previdência e a assistência social (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988), no entanto transfere o seu papel para os cidadãos, fazendo recair sobre a família a cobertura de suas falhas. A família do idoso dependente, que recebe os baixos benefícios previdenciários do paciente (aposentadoria, pensão ou benefício de auxílio-doença), não consegue arcar com os custos do cuidado. Apesar dessas dificuldades de financiamento é possível estabelecer políticas públicas que envolvam mecanismos de apoio institucional e comunitário às famílias que cuidam e aos idosos que não possuem uma família que assuma os cuidados.



Caldas (2000) conclui que, quando contam com uma estrutura de apoio institucional, estratégico, material e emocional, os cuidadores têm a possibilidade de exercer o cuidado e permanecer inseridos socialmente sem imobilizar-se pela sobrecarga determinada pela difícil e estafante atenção ao doente dependente.

Levando em consideração este aspecto, é importante destacar que:

A demanda de assistência à saúde da faixa etária que mais cresce nesse século e a existência de alternativas de atenção colocam importantes questionamentos a quem formula, planeja, executa e, principalmente, a quem financia os serviços de saúde. Insistir exclusivamente no modelo hospitalar e asilar significa uma total falta de sintonia com o que está acontecendo no mundo, como um desprezo pela realidade do idoso no Brasil (MENDES, 2001, p. 103).

Na concepção de Caldas (2003) sobre essa questão do cuidado ao idoso dependente, aponta para as ações desenvolvidas pela Estratégia da Saúde da Família (ESF) com a inserção no programa de previsão de financiamento das ações e uma rede de suporte institucional, que possa oferecer ao cuidador informal, sendo visto como um agente de saúde orientações direcionadas para prestar uma assistência adequada ao idoso, incluindo medidas preventivas para evitar a dependência precoce, ou seja, possibilitando a manutenção da independência e autonomia, requisitos essenciais para uma boa qualidade de vida.

A busca pela melhoria da qualidade de vida é uma procura incessante do ser humano. Uma das características fundamentais da nossa espécie, além de nossa capacidade teleológica em relação ao trabalho, é a eterna necessidade de querer viver bem, de constantemente vislumbrar novas condições para melhoria do cotidiano, de tentar superar as condições mais adversas por outras um tanto melhores, mesmo que esta tentativa possa ser vista pelas demais pessoas como inexpressiva (MOREIRA, 2000).

Qualidade de vida é um conceito culturalmente construído em determinado tempo e lugar, influenciado por fatores socioculturais, biológicos e psicológicos. O indivíduo define a qualidade de vida a partir de suas percepções subjetivas com relação à sua vida. Dependendo desses fatores, tal conceito é diferente para cada um, tornando-se complexo defini-lo de modo generalizando.

Vale salientar que muito de subjetivo está inegavelmente imbricado ao significado do termo "qualidade", já que a designação desta palavra está vinculada a uma percepção pessoal. Desta forma, a busca por uma definição meramente quantitativa, pautada apenas em indicadores pré-estabelecidos (renda, escolaridade, moradia, entre outras), mostra-se insuficiente, pois omite dados importantes referentes às percepções, julgamentos e valores que cada um dos indivíduos possui em relação ao termo "qualidade" (CAVALCANTI, 1990; PASCHOAL, 2004; NÉRI, 2006).

Assim sendo, os fatores subjetivos adquirem também igual relevância: por exemplo, para determinada pessoa é imprescindível a existência de relações afetivas ou amorosas para que ela tenha uma boa qualidade de vida, para outros esse item não conta como prioridade em sua vida. No entanto, Silva (2003) destaca que, o envelhecimento humano é um fenômeno complexo, com dimensões objetivas e subjetivas, construídas cultural e historicamente. O bem estar da pessoa na velhice depende mais de fatores sociais e ambientais do que de determinações genéticas.

Neste sentido, há diversas condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice ou que a influenciam negativamente. Investigações sobre Qualidade de Vida são de grande importância científica e social para subsidiar ações e fomentar políticas sociais, visando à promoção da dignidade e respeito com a velhice, que é uma fase de vida normal e inerente a todo ser vivo (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINE, 2003).

Diante dessa realidade a opção em estudar a temática da pessoa idosa, parte da constatação de que o seguimento idoso é hoje, a que mais cresce em todo o mundo. Este crescimento afeta as políticas públicas, trazendo novas demandas para o Estado, sociedade e a família. Como consequência, são constantes os apelos da ciência moderna que alertam para a necessidade, de adoção de medidas e programas que venham prevenir ou minimizar os males que freqüentemente ocorrem nesta faixa etária, comprometendo a qualidade de vida da pessoa idosa.

Esta problemática acerca do idoso acamado foi o motivo para realizar este estudo onde tive à oportunidade de trabalhar com estes na minha prática profissional como enfermeira, atuando na Estratégia de Saúde da família na cidade de Solânea no município – Pb, em 2002 e posteriormente na cidade Bayeux, município – Pb. No

ano de 2006 desenvolvi um projeto educativo realizado na cidade de João Pessoa, Solânea-Pb e Bananeiras-Pb, com idosos, sobre promoção da saúde que nasceu do interesse em conhecer melhor as inter-relações entre qualidade de vida e envelhecimento.

Alicerçado em conteúdo teórico-metodológico na área do envelhecimento e visando a contribuição para o campo da Saúde Pública, o presente estudo tem como eixo a questão do envelhecimento e a qualidade de vida dos idosos acamados, visando contribuir com o conhecimento sobre esse tema, e também auxiliar os sujeitos que vivenciam esse processo.

A saúde e a qualidade de vida dos idosos, mais do que em outros grupos etários, sofrem a influência de múltiplos fatores físicos, psicológicos, sociais e culturais, de tal forma que avaliar e promover a saúde do idoso significa considerar variáveis de distintos campos do saber, numa atuação interdisciplinar e multidimensional. É importante que os profissionais de diversas áreas do saber também reflitam sobre essas questões e as aprofundem, buscando qualificar-se, cada vez mais, para o exercício de suas atividades com os idosos.

Entendemos ser de suma importância à realização deste estudo, com indivíduos idosos acamados, visando à melhoria do seu cotidiano. Considerando as limitações do ser idoso, dessa forma, estaremos contribuindo com subsídios para a melhoria no cuidar e conseqüentemente de sua qualidade de vida.

Enquanto enfermeira tive a necessidade premente de adquirir conhecimentos e realizar um estudo que vivenciei culminou com o seguinte questionamento: Como está a qualidade de vida de idosos acamados do município selecionado para a investigação?

Portanto essa pesquisa visa o alcance do seguinte objetivo:

- Avaliar a qualidade de vida de idosos acamados, em um município Paraibano.

## **2 ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA: DISCURSO DA LITERATURA**

“O futuro pertence aqueles que acreditam na beleza dos seus sonhos”.

(Eleanor Roosevelt)

## 2.1 Envelhecimento

O envelhecimento nas últimas décadas tornou-se um fenômeno bastante observado, com o aumento progressivo nos países da América Latina, principalmente em Cuba, Argentina, Uruguai, Brasil e Chile. No Brasil, estima-se que haverá cerca de 34 milhões de idosos em 2025, o que levará o Brasil a 6ª posição entre os países mais envelhecidos do mundo. Atualmente, a população de idosos ultrapassa os 15 milhões de brasileiros, para uma população total de cerca de 170 milhões de habitantes, sendo que 6% desta amostra têm de 60 a 74 anos e 2% têm 75 anos ou mais (FIGUEIREDO, 2004; IBGE, 2007; NERI, 2007; UCHÔA, 2003; VERAS, 2003).

É pertinente neste momento trazer alguns apontamentos realizados pelo IBGE (2000) em que o Estado da Paraíba ocupa o 3º lugar com relação aos outros estados da federação, no que concerne ao número de idosos na sua população com índice de 22,9%, que representa uma taxa de envelhecimento populacional de 13,86% na década de 90. Na Paraíba, o crescimento do número de pessoas idosas ocorreu devido às baixas condições de vida da população e migração de jovens em busca de trabalho em outros Estados. Justamente a esse fator pode-se associar o aumento da taxa de mortalidade jovem e o decréscimo da fertilidade. Observamos que essa população concentra-se mais próxima ao litoral (VERAS, 2003).

É oportuno destacar, segundo Néri e Freire (2000), que o limite da idade para o ingresso na etapa de vida referente ao envelhecimento é de 65 anos para as nações desenvolvidas e de 60 anos para os países em desenvolvimento, porém, dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que a expectativa de vida da população mundial, que atualmente é de 66 anos, passará a ser de 73 anos em 2025.

Inseridos nesta realidade, Veras (2003) diz que para alcançar esta população numerosa, o país passou por dois processos: a transição demográfica, que foi determinada pela redução da taxa de mortalidade e da taxa de fecundidade; e a transição epidemiológica, pelas alterações nos padrões de saúde e doença e nas interações desses padrões com seus determinantes e conseqüências de ordem demográfica, econômica e sociológica. No entanto, Silva (2007) ressalta que entre

os anos de 1940 e 1960, houve significativa redução das taxas de mortalidade, mesmo a sim não houve nenhuma alteração na estrutura etária da população. Só a partir dos anos 60 é que se pode considerar uma real mudança na distribuição etária brasileira, quando se iniciou o declínio da fecundidade no Brasil.

O processo de envelhecimento em países desenvolvidos ocorre de forma gradual, em um período de 70 anos, com queda gradativa da mortalidade, com o desenvolvimento de tecnologias que contribuem para a melhoria da saúde, melhores condições nutricionais, moradia, trabalho e a melhoria das condições sanitárias em geral. Nos países em desenvolvimento, ocorre ocasionando forte impacto social a exemplo do Brasil, marcado por um contexto de desigualdades sociais, economia frágil, aumento da pobreza, e da limitação do acesso aos bens coletivos sem as modificações estruturais que respondam às demandas do novo grupo etário emergente (PALLONI; PELÁEZ, 2003; VERAS, 2007).

Para Santos (2003), a velhice é um processo natural, biológico, dinâmico, progressivo e irreversível, desde o início do nascimento, evoluindo com o passar dos tempos até o término de sua vida. O autor supracitado acrescenta que apesar de a velhice ser um fenômeno biológico, o envelhecimento de cada indivíduo está determinado por questões subjetivas, condicionadas às questões da hereditariedade, do social e do cultural, incluindo-se aí a sua história de vida.

De acordo com Aranha (2003), aspectos culturais interferem na maneira de olhar o envelhecer e, conseqüentemente, na maneira como a pessoa idosa vai se constituir nesse meio. Assim, a sociedade destina um lugar e um papel ao indivíduo que envelhece, diferindo de acordo com o contexto social em que está inserido. Desta forma, não existe uma velhice, mas etapas de vida que diferem de acordo com o gênero, classe social e intelectual, nesse sentido é fundamental uma visão singularizada para cada idoso.

São muitos os termos utilizados para referir-se às pessoas que já tiveram uma longa trajetória de vida. Dentre eles destacamos: velho, terceira idade e idoso. Dessa forma, segundo Araújo (2007), no século XIX, na França, era denominado velho (*vieux*) ou velhote (*veillard*) aquele indivíduo que não desfrutava de *status* social. Reportando-se ao século XVIII, a palavra velhice não possuía conotação pejorativa, sendo empregada aqueles que dispunham de bom poder aquisitivo e cuja imagem se associava a "bom cidadão. No século XXI o termo "velho" está carregado

de conotações negativas, sendo empregado para reforçar a exclusão social daqueles que não produzem mais nos moldes das sociedades capitalistas.

Surge então um novo vocábulo para designar o grupo: a “terceira idade.” Essa expressão é uma criação recente das sociedades ocidentais contemporâneas. Para Barros (2007), sua invenção implica a criação de uma nova etapa na vida, que se interpõe entre a idade adulta e a velhice e é acompanhada de um conjunto de práticas, instituições e agente especializados, encarregados de definir e atender às necessidades desta população que, a partir dos anos 70, em boa parte das sociedades européias e americana, passaria a ser caracterizada como vítima da marginalização e da solidão. Nesse sentido, Peixoto (2007) afirma que a terceira idade torna-se categoria classificatória de uma classe heterogênea, mascarando a realidade social.

O último léxico que se refere à velhice é “idoso” devido às medidas tomadas na França sobre o envelhecimento chegando ao Brasil na década de 1960, quando os documentos também começam a adotar o termo idoso. Esta é uma conotação utilizada para a classe dominante, porque esse termo “velho” tem assim uma conotação negativa ao designar, sobretudo, as pessoas de mais idade pertencentes às camadas populares que apresentam mais nitidamente os traços do envelhecimento e do declínio. Então “velho” passa a ser sinônimo de decadência, sendo banida dos textos oficiais (PEIXOTO, 2007). Nesse contexto, o termo “idoso” é visto como um tratamento menos agressivo.

Quando se trata de todo esse processo de envelhecimento, vale salientar que a vida toda de um homem, a concepção de velho se altera, sofrendo diversas transformações: na infância o velho tem 30 anos; na adolescência 50 anos; quando chega aos 40, o velho passa a ter 70 anos e quando este tem 80 anos “o velho é sempre o outro”. Essa idéia é enfatizada por Beauvoir (1990) que inclui a velhice como algo “irrealizável”, porque não podemos reconhecer a velhice em nós mesmos, só podemos vê-la nos outros, embora eles tenham a nossa idade.

Outro fato que nos chama a atenção é que as pessoas tendem a fazer confusão e colocam no mesmo plano velhice e envelhecimento, como relata Papaléo Netto (2007), o envelhecimento não é a velhice, é um processo irreversível, que se inscreve no tempo. Começa com o nascimento e acaba na destruição do

indivíduo, ou seja, se o envelhecimento é o tempo da idade que avança, a velhice é o da idade avançada, entendida por muitos indivíduos um passo para a morte.

É válido dizer que, tanto a velhice quanto o momento em que ela se dá, não são rígidos, variam de pessoa para pessoa, de acordo com o momento de vida, e seus acontecimentos. Para o autor acima citado o aparecimento da velhice aconteceria por ocasião de uma ruptura brutal do equilíbrio entre perdas e ganhos. Segundo Beauvoir (1990), a Velhice seria apenas uma fase da existência, diferente da juventude e da maturidade, mas dotada de um equilíbrio próprio e que deixa aberta ao indivíduo uma gama de possibilidades.

A autora acrescenta que a velhice é construída cognitivamente no decorrer da vida, a partir de suas vivências e da seleção e assimilação dos valores que o meio ambiente tenta nos impor a esse respeito. Mas, a velhice não é doença, afinal a medicina moderna invalidou o conceito de Sênescência de que "*senectus ipsa morbus*", isto é, "a velhice é por si só uma doença". Embora alguns insistam em denominá-la como doença incurável, como um declínio inevitável, hoje, reconhece-se a velhice tão somente como um período da vida dotado de singularidade e particularidade.

Envelhecer não significa necessariamente adoecer. O indivíduo pode envelhecer de forma natural, sabendo conviver bem com as limitações impostas pelo passar dos anos, mantendo-se ativo até em fase tardia da vida a qual é chamada de senescência. Mas o que ocorre com mais frequência é o envelhecimento anormal (patológico), no qual o indivíduo sofre o efeito negativo das doenças e problemas que podem afetar o idoso (é o que chamamos senilidade), fazendo com que haja uma incapacidade progressiva para uma vida saudável e ativa (PAPALÉO NETTO, 2000; ZEMLIN, 2007).

Do ponto de vista de Papaléo Netto (2007), se as alterações fisiológicas celulares, teciduais, orgânicas e funcionais variam de indivíduo para indivíduo, então não é possível definir a velhice simplesmente pelo referencial da cronologia, porém é importante que faça o conhecimento acurado desse período da vida humana, num estudo que se preocupe com o processo de envelhecimento: que busque dissociar a fase do envelhecer do termo doença.

Entre as variabilidades e diferenças do ritmo de envelhecimento, devemos também considerar as diferenças entre a idade cronológica e a idade fisiológico-



funcional, esta representando fisicamente toda a história de vida do indivíduo em seus aspectos materiais, econômicos e afetivos, cujos resultados levam a um estado orgânico peculiar de acordo com as vivências individuais como: alimentação, nível de atividade física, doenças, estresse e outros (LEON,1987).

Diante dos pressupostos mencionados sobre o envelhecimento, podemos entender o envelhecimento como processo natural do ciclo da vida, e que ocorrem alterações e mudanças nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, podendo ser atravessado com dignidade e prazer porque ele expressa o acúmulo de experiências vividas no decorrer dos anos. É importante entender que as perdas não ocorrem apenas na velhice, mas em todas as fases, do nascimento ao fim da vida. Para Néri (2006), essas mudanças ocorrem em qualquer idade se ela estiver aberta ao crescimento e ao desenvolvimento.

Prosseguindo nas considerações sobre o envelhecimento, Goldfarb (1998) aponta que quando um idoso se olha no espelho, o que este lhe devolve é uma imagem que produz uma impressão de inquietante estranheza, apavorante, ligado a uma deterioração. Apavorante porque a imagem do espelho não corresponde mais à imagem da memória, parece sempre estar “fora”, do outro lado, embora saibamos que “aquela” é a nossa imagem, como dizia Drummond (1987) “os outros enxergam a velhice que se esconde em nós”.

Meirelles (2004, p. 13) descreve poeticamente o retrato da velhice, “capaz de tais mudanças que até pode chegar a ser sentido como estranho, a se separar do sujeito ou de aprisioná-lo por não acompanhar seus desejos”.

Eu não tinha este rosto de hoje, assim calmo, assim triste, assim magro, nem estes olhos tão vazios, nem o lábio amargo. Eu não tinha estas mãos sem força, tão paradas, e frias e mortas; eu não tinha este coração que nem se mostra. Eu não dei por esta mudança tão simples, tão certa, tão fácil. Em que espelho ficou perdida a minha face?

Estamos cientes de que, mesmo na ausência de doenças, como reflexo do envelhecimento, o avanço da idade desencadeia alterações físicas e funcionais inevitáveis. Para justificar essa afirmativa, Douglas (2002) comenta que vamos envelhecendo desde o momento da concepção, do nascimento até o final da vida. Com o decorrer dos anos, são evidentes as modificações como: aparecimento de

cabelo e barba grisalhos, rugas na pele, e alterações de certos parâmetros somáticos que transformam as dimensões corporais externas. O indivíduo passa a utilizar recursos protéticos como próteses dentárias, óculos, aparelhos auditivos, entre outros.

Para Freitas *et al.* (2002), Caldas (2003), Rebelatto; Morelli (2004), Hoffmann (2006), Papaléo Netto (2007), as modificações fisiológicas e estruturais variam de um indivíduo a outro, e podem ser encontradas em qualquer idoso, sendo próprias ao envelhecimento normal. Essas alterações manifestam-se por declínio das funções dos diversos órgãos de forma linear em função do tempo, observa-se que ao final da terceira década de vida as primeiras alterações funcionais e/ou estruturais atribuídas ao envelhecimento, como observa-se a seguir.

No que concerne às unhas, pele e fâneros devido à redução de líquidos intracelular conseqüente ao déficit de células, a primeira torna-se seca e frágil, além do mais as fibras elásticas da derme formam feixes dispostos segundo direções preferenciais, conforme as linhas de tensão.

Com a idade, o ouvido interno e o nervo auditivo sofrem um processo de degeneração com perda da capacidade auditiva para altas freqüências. Os olhos tendem a afundar-se por diminuição da gordura orbitária. A boca tende a secar em função da menor produção de saliva e de alteração na sua qualidade, diminuindo também o paladar, tornando-se mais lento o reflexo nauseativo com o aumento das possibilidades de engasgamento. As gengivas ficam mais finas, diminuído a sua capacidade de suportar a pressão de uma prótese dentária.

Os dentes tendem a separa-se sendo freqüente a sua perda progressiva, por diferentes motivos, podendo tornar-se mais escuros devido à perda do esmalte e aos depósitos minerais. A diminuição da espessura da pele e do subcutâneo que originam as indesejáveis rugas, e a pele costuma se apresentar pálida, seca, áspera e mais sensível à variações de temperatura. probabilidade de ocorrência de manchas e de queratose seborréica. Os pelos corporais apresentam redução quantitativa e a coloração passa a ser esbranquiçada por perder o pigmento (melanina) podendo haver quedas ou não e poderá surgir a calvície pela diminuição dos bulbos capilares.

Há um incremento do peso, perda da massa livre de gordura, diminuição da altura, aumento da gordura corporal, diminuição da densidade óssea e da massa muscular. Na musculatura, perda de 10% a 20% na força muscular, diminuição da habilidade para manter a força estática, aumento do índice de fadiga muscular, diminuição da capacidade para a hipertrofia, diminuição no tamanho e número de fibras musculares, diminuição na capacidade de regeneração, diminuição das enzimas glicólicas e oxidativas, glicogênio e outros.

No sistema cárdio-vascular - diminuição do débito cardíaco, da frequência cardíaca, do volume sistólico, da utilização de oxigênio pelos tecidos, diminuição do VO<sub>2</sub> máximo, aumento da pressão arterial, aumento na diferença arteriovenosa de O<sub>2</sub>, da concentração de ácido láctico, aumento no débito de O<sub>2</sub>, menor capacidade de adaptação e recuperação do exercício pulmonar, diminuição da capacidade vital, aumento do volume residual, da ventilação durante o exercício, menor mobilidade da parede torácica, diminuição da capacidade de difusão pulmonar de O<sub>2</sub>.

No sistema neurológico, diminuição de tamanho e número de neurônios, diminuição na velocidade de condução nervosa, aumento do tecido conectivo dos neurônios, menor tempo de reação, menor velocidade de movimento, diminuição do fluxo sanguíneo cerebral. A força muscular é diminuída, a marcha é lentificada com a diminuição dos movimentos associados, os reflexos profundos são diminuídos e alterações de sensibilidade são notadas, assim como alterações de memória. Perdas de grupos celulares e diminuição da capacidade funcional de muitos sistemas bioquímicos, o que acaba por levar a um prejuízo cognitivo sem que isso signifique doença, loucura ou demência.

Em relação ao sistema respiratório há uma redução da expansibilidade pulmonar devido à capacidade da caixa torácica, podendo carrear menos oxigênio, o que pode promover eventos como a dispnéia, colapso, diminuição do reflexo de tosse, entre outros.

No sistema digestivo ocorre diminuição da produção do ácido clorídrico e de outras enzimas, pois há evidência de pirose e redução na quantidade de saliva. Na parte distal do esôfago o epitélio escamoso estratificado é substituído pelo epitélio colunar, e essa substituição é determinada pelas denudações epiteliais decorridas do refluxo de ácidos gástrico.

No intestino grosso o epitélio do colo se atrofia e a túnica muscular do colo se espessa. Isso origina áreas de alta pressão intraluminal causando a formação de divertículos. Quanto às eliminações fecais, também podem sofrer alterações devido à lentificação no funcionamento intestinal.

O sistema endócrino apresenta-se como redução no nível de adrenalina, gerando diminuição na capacidade de adapta-se ao estresse, diminuição na imunidade e secreção de hormônios acarretando na instalação de infecções e doenças crônico-degenerativas. As glândulas supra-renais apresentam aumento de nódulos corticais com idade, o que também acontece na hipófise.

O sistema imunológico também sofre alterações com aumento da incidência de processos malignos que surgem devido a deficiência do sistema de defender o organismo contra agentes invasores. Os anticorpos auto-ímmunes aumentam a medida que o indivíduo envelhece, com isso ocorre o aumento do número de infecções que o idoso está susceptível, como a gripe e pneumonia. O sistema imunológico também sofre alterações com aumento da incidência de processos malignos que surgem devido a deficiência do sistema de defender o organismo contra agentes invasores. Os anticorpos auto-ímmunes aumentam a medida que o indivíduo envelhece, com isso ocorre o aumento do número de infecções que o idoso está susceptível, como a gripe e pneumonia.

A função urinária do idoso é uma atividade das mais afetadas, pois devido à redução no tamanho dos rins e suas células funcionais, além de diminuição ou perda do tônus muscular, pode haver instalação de diversas alterações, tais como: disúria, nictúria, desequilíbrio ácido-básico, retenção urinária, incontinência, entre outras.

No rim do idoso é perceptível que as arteríolas aferentes não apresentam nenhuma conexão com os glomérulos, ocorrendo uma diminuição significativa no número de glomérulos e com evidente substituição por tecido fibroso. Além do mais, a próstata aumenta de tamanho independente do surgimento de patologias.

Nas mulheres há diminuição do tamanho dos ovários e o útero se atrofia, além da promoção da secura da vagina; esses eventos ocasionam tendências a prolapso, irritação e infecção.

Os ligamentos que mantêm o útero, bexiga e reto em posição tornam-se enfraquecido com o processo de envelhecimento, promovendo então a queda

destes órgãos. No que diz respeito às glândulas mamárias, seus ligamentos perdem robustez, ficando as mamas pendentes, havendo também, perda do tecido gorduroso que é substituído por tecido fibroso.

Quanto ao sexo masculino, as células da parede do túbulos seminíferos envolvidos na reprodução e nutrição dos gametas masculinos passam a ser menos ativas e o número de espermatozóide cai para a metade.

Com base na abordagem acima, Néri (2000), diz que a velhice não se caracteriza só por perdas e limitações, é possível manter e até aprimorar a funcionalidade em diferentes segmentos das áreas física, cognitiva e afetiva. Viver uma boa velhice, significa viver um processo contínuo de adaptação e aprendizagem com os ganhos e perdas em busca da integridade e do bem-estar.

Qualquer pessoa está sujeita apresentar algumas anomalias. Agora, a capacidade de adaptar-se a uma nova condição de vida, mesmo com anomalias, faz com que o envelhecimento não se constitua como processo anormal. No entanto, para Simon (2005) a vida apresenta muitas situações angustiantes, as quais, para sobreviver, a pessoa tenha que se adaptar continuamente. A adaptação é entendida como o conjunto de respostas de um organismo vivo a situações que a cada momento o modificam, permitindo a manutenção de sua organização, por mínima que seja, compatível com a vida, na solução de problemas.

No aspecto social, caracteriza a velhice por uma progressiva redefinição de identidade e do papel de cidadão, que pode ser marcado por impactos negativos ocasionados pela má qualidade de vida (CALDAS, 2003) A marginalização da velhice é consequência do modelo concentrador de renda e de oportunidades de trabalho no qual a distribuição da velhice por classes e grupos sociais mostra o perfil equivalente da concentração da riqueza e do poder em nosso país (LADISLAU, 2002). Considerando essa abordagem dos autores supracitados, entendemos que nossa sociedade valoriza a juventude e reserva à velhice somente o déficit, a falta de expectativas, fazendo com que o próprio idoso desista dos seus projetos de futuro.

Nesse contexto, segundo Motta (2004), na realidade há duas imagens da velhice: a tradicional, do velho inativo, mas “respeitável”; e a nova, a mais dinâmica e participante em determinadas situações sociais. Neste sentido, de acordo com Néri

(2007), é o desconhecimento do que significa ser velho que induz a práticas com foco ideológico, que contribuem para a manutenção e propagação de mitos, estereótipos negativos e preconceitos acerca da velhice.

Ainda com referência ao assunto no entendimento de Smeltzer e Bare (2002), as teorias sociológicas sobre o envelhecimento tentam prever e explicar as interações sociais e os papéis que contribuem para uma adaptação bem sucedida do idoso ao envelhecimento. Cabe destacar, em especial, a teoria da atividade que influencia os movimentos sociais de idosos e orienta proposições nas áreas de lazer e educação não formal, afirmando que estes são veículos privilegiados para a promoção do bem-estar na velhice, incluindo formas de manutenção da atividade na presença das múltiplas perdas associadas ao processo de envelhecimento, a substituição das atividades físicas por atividades intelectuais, quando essa estiver reduzida, substituindo novos e diferentes papéis, interesses ou pessoas. Por exemplo o papel de trabalho, na ocorrência da aposentadoria (ELIOUPOULOS, 2005; SIQUEIRA, ROCHA, 2002).

Podemos, ainda, concordar com Beauvoir (1990, p. 35), quando sentencia que “a velhice é, antes de mais nada, um problema social e só em segundo lugar representa uma modificação funcional e orgânica”. Nossa sociedade valoriza a juventude e reserva à velhice somente o déficit, a falta de expectativas fazendo com que o próprio idoso desista dos seus projetos de futuro. Para Lima (2001), a sociedade e o estado não podem mais ignorar o idoso, que se tornou ator na cena política e social, redefinindo imagens estereotipadas nas quais a velhice aparece associada à solidão, doença, viuvez e morte, enfatizando essa fase de vida como uma condição desfavorável, muitas vezes indesejada.

A idade psicológica é afinidade com o modo de vida que cada pessoa impõe a si mesma, há pessoas que se sentem velhas, mesmo que o espelho não denuncie o passar dos anos. Essa forma de julgar-se pode estar associada ao estilo de vida atrelado ao acúmulo de experiências negativas ao longo da vida, ou à incapacidade de equacionar problemas. Assim, ela pode ser definida também pela sensação de bem-estar constante ou pela dolorosa e estressante perda da alegria de viver (PLONER, 2000).

Segundo Salgado (2007, p. 2), “envelhecer é uma propriedade particular, com vivências e expectativas específicas que não reduzem a responsabilidade de vida e

a participação ativa no processo social, pois, mesmo velho o indivíduo continua membro da humanidade”.

Para Smeltzer e Bare (2002), na realidade, o ideal seria um envelhecimento psicológico bem sucedido, o qual reflete na capacidade que a pessoa idosa tem de se adaptar às perdas físicas, sociais e emocionais.

A terceira idade deve trazer consigo uma vida produtiva com qualidade valendo lembrar que a complexidade do ser não se desfaz com o passar dos anos, ao contrário, talvez até aumente, diz Lima (2001), mas é preciso que ele seja estimulado a, inicialmente, organizar seu tempo fazendo projetos de vida com criatividade, energia e iniciativa isto é, dando significados a vida para que esta não caia no vazio.

Segundo o Ministério da Saúde (2006, p. 25), o objetivo fundamental do Programa de Assistência Integral à Saúde do Idoso-PAISI é “conseguir a manutenção de um estado de saúde com a finalidade de atingir o máximo de vida ativa na comunidade junto à família com o maior grau possível de independência funcional e autonomia”.

No Brasil, contamos com o decreto 1948/96, que regulamenta a lei 8.842/ 94, que dispõem sobre a política nacional estabelecendo os objetivos e as estratégias do programa de atenção integral de saúde do idoso, que envolve um conjunto de ações voltadas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde ou manutenção da qualidade de vida a mais digna possível. Essas ações deveriam ser desenvolvidas nos diversos níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde (FIGUEIREDO, 2004). Embora estas medidas representem um ganho para a sociedade, ainda existe um longo caminho a percorrer para atender às reais necessidades da população, melhorando assim a sua qualidade de vida.

De acordo com o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2006), instituído em 1º de Outubro de 2003 através da Lei nº 10.741, é obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e com dignidade. Devendo-se abrigar-se em asilos somente aqueles que não possuam família ou carecem de manutenção da própria sobrevivência (BRASIL, 2006).

Sumarizando, a equipe de Saúde da Família precisa estar sempre atenta à pessoa idosa, objetivando a manutenção e valorização da autonomia, na constante atenção ao seu bem-estar, a sua rotina funcional e a sua inserção familiar e social, mantendo os mais independentes possível no desempenho de suas atividades rotineiras.

Para Teixeira (2002, p. 105), “a segurança propiciada por um ambiente acolhedor, assim como a autonomia permitida por um ambiente estimulador são ambas, necessárias ao bem-estar do idoso.”

## **2.2 Qualidade de Vida**

O conceito de qualidade de vida (QV) na literatura, permanece controversa e não existe, ainda uma definição que seja comumente aceita pelos estudiosos apesar dos debates, não se chegou a um consenso. A temática acerca da QV Tem sido discutido mundialmente, não significando dizer que é novo, pois Sócrates já fazia referência a esse conceito (BARROS, 2002; FARQUHAR, 1995; FORATININI, 1991; IGLESIAS, 2002; MEEBERG, 1993; PASCHOAL, 2000; RAMOS-CERQUEIRA; CREPALDI, 2000; ROCHA, 2002; SEIDL; ZANNON, 2004).

Para Kluthcovsky (2005) esse termo foi mencionado pela primeira vez, por Pingou em 1920 em um livro que trata de economia e bem-estar, onde abordou o suporte governamental para pessoas carentes e o impacto sobre a vida destas, e sobre o orçamento do Estado. Mas, nessa época o termo não foi valorizado, caindo no esquecimento.

No entanto, de acordo com a Organização Mundial da Saúde através do grupo Whoqol (1998) a expressão qualidade de vida foi empregada pela primeira vez em 1964, pelo presidente dos Estados Unidos Lyndon Johnson, quando declarou que os padrões de vida não poderiam ser medidos pelos balanços dos bancos, mas pela qualidade de vida que eles proporcionavam às pessoas. O interesse em conceitos como “Padrão de Vida” e “Qualidade de Vida” foi inicialmente partilhado por cientistas sócias, filósofos e políticos (FLECK *et al.*, 1999a; JACOB FILHO, 2003).

Vale salientar sobre um fato histórico de que nos Estados Unidos, após a segunda Guerra Mundial o termo qualidade de vida passou a ser associada á



melhoria do padrão de vida referindo-se a conquista de bens materiais por possuir casa, carro, aparelhos eletrônicos, investimentos financeiro, boa aposentadoria, entre outros (KAWAKAME; MIYADAHIRA, 2005; PASCHOAL, 2000). Nesse sentido, o termo qualidade de vida, foi, usado para criticar políticas, nas quais o objetivo era o crescimento econômico sem limites e os valores materiais assumiam importância fundamental (PASCHOAL, 2000).

Com o passar dos anos, o conceito sobre QV, têm-se valorizado fatores como satisfação, amor, felicidade, realização pessoal, percepção do bem estar, emprego, acesso serviço público, comunicação, urbanização, ambiente social, liberdade, solidariedade e as necessidades humanas básicas como: a alimentação, moradia, educação, trabalho, saúde e lazer (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; NAHAS, 2001; QUEIROZ; SÁ; ASSIS, 2004; SAVONITTI, 2000; VELARDE-JURADO; AVILA-FIGUEROA, 2002; VILARTA; GONÇALVES, 2004)

Atualmente, qualidade de vida é utilizada pela população em geral, jornalistas, políticos, executivos, e em pesquisas ligadas a várias especialidades, sociologia, medicina, enfermagem, psicologia, economia, geografia, história social, filosofia e propaganda (IGLESIAS, 2002; QUEIROZ; SÁ; ASSIS, 2004).

Para Minayo, Hartz e Buss (2000) QV é uma palavra conhecida como polissemia, ou seja, quando uma única palavra ou um conjunto de vocábulos implica muitos sentidos. Ao dizer Qualidade de Vida, pode-se está querendo indicar bem-estar pessoal, posse de bens materiais, participação em decisões coletivas e muito mais. Jacques (1996) colabora com os autores ao afirmar que QV é algo tão amplo quanto à dimensão do ser humano.

Spink (2001, p. 56) também de forma ampliada, partiu do mesmo referencial lingüístico, mas o fez vendo que esse termo assumiu na modernidade tardia três sentidos, o metafórico, o metonímico e o sinedóquico, como estratégia “para falar de novas sensibilidades decorrentes do imperativo de enfrentar a imponderabilidade e volatilidade dos riscos modernos.”

É interessante destacar que na literatura encontram-se outras expressões para designar qualidade de vida, como sejam; bem-estar, felicidade, boas condições de vida e satisfação na vida (LENTZ *et al.*, 2000). Assim como a dimensão que se tem atribuído a vida em termo de **quantidade** como sendo o resultado da ação médica, os avanços científicos e tecnológicos, expressada pela média de expectativa, taxas

de mortalidade e de indicadores epidemiológicos, entre outros, dando uma conotação a QV de forma objetiva; e na dimensão de **qualidade** considerada complexa, aonde sua conceituação, ponderação e valorização vem sofrendo uma evolução que acompanha a dinâmica da humanidade, com suas culturas, crenças e valores, atribuindo a QV uma característica subjetiva (ROMANO, 1993).

Para Paschoal (2000, p. 28), esse conceito “está submetido a inúmeros pontos de vista e que tem variado de época para época, de país para país, de cultura para cultura, de classe social para classe social e, até mesmo, de indivíduo para indivíduo”, podendo variar ainda de acordo com o tempo, com o estado de espírito, ou de humor.

Nesta perspectiva, Bertoncetto (2004) afirma que a diversidade de conceitos referentes à qualidade de vida, onde esta é considerada de indivíduos diferentes, lugares diferentes e tempos diferentes, ou seja, a qualidade de vida se caracteriza como um conceito de alto nível de abstração e possui vários significados que são diferentes para cada indivíduo e para cada cultura.

Nesse sentido, Moreira (2001) expressa qualidade de vida através do plano cultural e que pode ser observado através das diferentes civilizações americana, européia, asiática, entre outras. Percebe-se que a literatura vem se tornando unânime em afirmar que o conceito de qualidade de vida depende da avaliação pessoal e individual que cada um faz, dependendo de sua cultura e suas necessidades pessoais de bem estar.

No contexto da atenção a saúde, a primeira vez que o termo qualidade de vida foi empregado em periódico médico aconteceu na metade dos anos 60, quando, Elkington (1966) escreveu um editorial intitulado “MEDIDAS e QUALIDADE DE VIDA” levantou questões acerca das responsabilidades da medicina a respeito desse constructo. Daí em diante a utilização do termo na literatura médica e das ciências da saúde vem aumentando impressionantemente.

Em relação a seu emprego na literatura médica, o termo qualidade de vida vem sendo associado a diversos significados, como condições de saúde e funcionamento social. Qualidade de vida relacionada à saúde (*health-related quality of life*) e estado subjetivo de saúde (*subjective health status*) são conceitos relacionados à avaliação subjetiva do paciente e ao impacto do estado de saúde na capacidade de se viver plenamente (FLECK, et.al., 1999a).

Para os autores, Seidl e Zannon (2004) o interesse por QV na área da saúde decorre em parte do surgimento de novos paradigmas que influenciam as políticas e as práticas de saúde nas últimas décadas. O termo QV relacionado à área da saúde tem recebido várias conceituações. De forma genérica a OMS<sup>1</sup> (THE WHOQOL GROUP, 1997, p. 1) propõe “um conceito para qualidade de vida subjetivo, multidimensional” e que inclui elementos positivos e negativos: a considera como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK, 2000, p.179).

A expressão qualidade de vida nas últimas décadas vem sendo explorada, em virtude da crescente desumanização ocorrida como consequência do avanço científico tecnológico da medicina e ciências correlatas (GRUPO WHOQOL, 1998). Lentz *et al.*, (2000, p. 45) neste mesmo pensamento afirma que “vivemos um momento de efervescência tecnológica e da constatação de que a tecnologia não dá conta das necessidades do ser humano”, daí a importância de se buscar cada vez mais estudo acerca de qualidade de vida com o intuito de suprir o que o avanço tecnológico não foi capaz de atender.

No entendimento de Cury (2004) a crise da sociedade moderna tem gerado angústia e solidão, apesar da expansão da indústria do lazer (Internet, televisão, estilos musicais) e do aumento populacional. As pessoas estão sós no meio da multidão, falta de diálogo entre os grupos, em especial a família, que passou a caracterizar-se apenas por um grupo de pessoas que moram sobre o mesmo teto. Observando-se então uma deteriorização da própria qualidade de vida da população mesmo contando com o avanço das ciências como medicina, psicologia e psiquiatria.

Devido à necessidade de construir um instrumento que avaliasse qualidade de vida dentro de uma perspectiva internacional, a Organização Mundial de Saúde (OMS) constituiu um grupo para desenvolver um projeto colaborativo multicêntrico, resultando na elaboração do instrumento WHOQOL-100, ou seja, composto por 100 itens. O projeto contou com a elaboração de 15 centros simultaneamente, considerando as diferenças culturais, níveis de industrialização, disponibilidade de serviços, importância da família e religião dominante, entre outros. Envolveram-se os

---

<sup>1</sup> Neste estudo levaremos em consideração o conceito de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde.

seguintes centros nesta etapa: Melbourne (Austrália), Zagreb (Croácia), Paris (França), Nova Delhi (Índia), Madras (Índia), Beer-Sheeva (Israel), Tóquio (Japão), Tilburg (Holanda), Panamá (Panamá), São Petersburgo (Rússia), Barcelona (Espanha), Bangkok (Tailândia), Bath (Reino Unido), Seattle (EUA), Harare (Zimbabwe), (FLECK *et al.*, 1999a). O fato de não existir um consenso na definição de QV fez com que antes do desenvolvimento do instrumento *World Health Organization Quality of Life* (whoqol) fosse trabalhado em função desse conceito, cabendo a OMS através da união de vários especialistas, a emissão desse conceito conforme *The Whoqol Group*, (1995 *apud* FLECK, 2000). Trata-se de um conceito abrangente que envolve a complexidade do constructo, inter-relacionando o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais, onde a questão não está na natureza desses elementos, mas na forma de percepção do respondente/paciente que está sendo avaliado (FLECK, 2000).

Na tentativa de resumir a complexidade do conceito de qualidade de vida com relação à cultura e realidades sociais, foram construídos diversos instrumentos para sua mensuração. Entre os primeiros instrumentos e talvez um dos mais divulgado seja o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), elaborado pelo programa das Nações Unidas, com intuito de tratar aspectos econômicos, referentes à renda saúde e educação. O IDH inspirou a construção do Índice de Condições de Vida (ICV), que se refere à renda, educação, infância, habitação e longevidade. Outro tipo de instrumento foi o Índice de Qualidade de Vida, que além dos fatores de trabalho, segurança, moradia, serviços de saúde, dinheiro, estudo, qualidade do ar, lazer e transporte. Nesses indicadores encontra-se a concepção de que renda, saúde e educação são três elementos fundamentais da qualidade de vida de uma população (MINAYO, HARTZ, BUSS, 2000).

Como já salientado, existe diversos instrumentos visando avaliar a qualidade de vida de pacientes com diversos problemas de saúde e estes de forma geral se apóiam em teorias para a seleção do procedimento de mensuração que considera três correntes para sua construção de acordo com Ann Bowling (1991 *apud* MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000) trata do Funcionalismo, que define um estado normal para cada idade e função social, seu desvio, a morbidade. É caracterizado por indicadores individuais de capacidade de execução de atividades. Outra corrente é a Teoria do Bem-Estar, que explora as relações subjetivas da experiência de vida, buscando a competência do indivíduo na minimização dos problemas. E a Teoria da

Utilidade, que tem bases econômicas, que pressupõe um indivíduo para comparar o estado de saúde a outro.

O autor classificam como instrumentos genéricos e específicos os seguintes: os instrumentos genéricos com a finalidade de refletir sobre as doenças na vida do cliente em ampla variedade sobre os aspectos de saúde e desconfortos físicos e emocionais. Já os instrumentos específicos mensuram a qualidade de vida dos portadores de determinadas doenças, como a asma, insuficiência coronariana. Contempla ainda a população de idosos, determinado grupo ou de forma individual entre outros (BERTONCELLO, 2004).

Assim, para a elaboração do instrumento Whoqol-100 (considerado um instrumento genérico) foram necessários vários estágios, conforme apresentada no quadro 1 segundo Grupo WHOQOL (1995 *apud* FLECK *et al.*, 1999a, p.22).

<b>Estágio</b>	<b>Método</b>	<b>Produto</b>	<b>Objetivos</b>
Classificação do conceito	Revisão por <i>experts</i> internacionais	Definição de qualidade de vida Definição de um protocolo para o estudo	Estabelecimento de um consenso para uma definição de qualidade de vida e para uma abordagem internacional da avaliação de qualidade de vida.
Estudo piloto qualitativo	Revisão por <i>experts</i> Grupos focais Painel escrito por <i>experts</i> e leigos	Definição de domínios e subdomínios Elaboração de um conjunto de questões	Exploração do conceito de qualidade de vida através das culturas e geração de questões
Desenvolvimento de um instrumento piloto	Administração do WHOQOL piloto em 15 centros	Padronização de um questionário de 300 questões	Refinamento da estrutura do WHOQOL. Redução do conjunto de questões
Teste de campo	Aplicação em grupos homogêneos de pacientes	Estrutura comum de domínio Conjunto de 100 questões Escala de respostas equivalentes em diferentes idiomas	Estabelecimento de propriedades psicométricas do WHOQOL.

Quadro 1 – Estágios no desenvolvimento do WHOQOL-100

Fonte: Grupo Whoqol (1995 *apud* FLEK *et al.*, 1999a, p. 22).

De acordo com o Grupo whoqol (1998) após o desenvolvimento do whoqol-100, buscando ser utilizado pelo maior número de países. O grupo Whoqol determinou uma metodologia devendo ser seguida para as novas versões: Tradução do instrumento (que utilizou a tradução da metodologia da OMS) preparação do teste piloto (a versão do Whoqol-100 é discutida nos grupos focais do novo cento, sendo estudada três categorias diferentes em cada centro: Pessoas em contato com o serviço de saúde; pessoas da população geral incluindo cuidadores informais e profissionais da área de saúde); Desenvolvimento das escalas de respostas (considerando intensidade, capacidade, freqüência e avaliação); e administração do teste piloto (o instrumento deve ser aplicado em 300 pessoas adultas).

O Whoqol-100 é um instrumento em que a multidimensionalidade é percebida na estruturação do instrumento em seis domínios, os quais estão dispostos da seguinte forma: Domínio I - Físico, Domínio II - Psicológico, Domínio III - Nível de independência, Domínio IV – Relações Sociais, Domínio V – Meio-Ambiente, Domínio VI - Aspectos Espirituais/religião/crenças pessoais, onde cada domínio é formado por facetas totalizando 24, conforme o esquema abaixo (GRUPO WHOQOL, 1998 ,p.8; FLECK *et al.*, 1999b,p.23).

Domínio I – Domínio Físico:

1. Dor e desconforto
2. Energia e fadiga
3. Sono e repouso

Domínio II – Domínio Psicológico

4. Sentimentos positivos
5. Pensar, aprender, memória e concentração
6. Auto-estima
7. Imagem corporal e aparência
8. Sentimentos negativos

Domínio III – Nível de Independência

9. Mobilidade
10. Atividades da vida cotidiana
11. Dependência de medicação ou de tratamentos
12. Capacidade de trabalho

#### Domínio IV – Relações Sociais

13. Relações pessoais
14. Suporte (apoio social)
15. Atividade sexual

#### Domínio V – Meio Ambiente

16. Segurança física e proteção
17. Ambiente no lar
18. Recursos Financeiros
19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
20. Oportunidade de adquirir novas informações e habilidades
21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
23. Transporte

#### Domínio VI – Aspectos Espirituais/religião/crenças pessoais

24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

Fleck *et al.* (1999a) e o grupo Whoqol (1998), a versão do Whoqol em português no Brasil, foi desenvolvido no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre sob a coordenação do Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck. Esse mesmo grupo desenvolveu uma versão abreviada do Whoqol-100 que é o Whoqol-bref, um instrumentos curtos e rápida aplicação, mas com características psicométricas satisfatórias. Os dados que originaram a versão abreviada foram retirados do teste de campo de vinte centros em dezoito países diferentes.

Para composição das questões do Whoqol–bref, levou-se em consideração os critérios psicométrico e conceitual. Referente ao conceitual foi preservado o caráter abrangente do instrumento original (Whoqol-100), onde cada uma das 24 facetas foi representada por uma questão. No tocante ao psicométrico, foi escolhida a questão que mais se correlacionou com o escore total do instrumento original, calculado pela média das facetas. Em seguida os itens escolhidos foram

examinados por peritos para verificar se refletia conceitualmente cada domínio de onde as facetas proviam (FLECK *et al.*, 2000).

Nesse sentido a versão em português do Whoqol-bref apresentou características psicométricas satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critérios, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste. A consistência interna referida como boa, foi medida pelo coeficiente  $\alpha$  de Cronbach, tanto para as 26 questões, quanto para os quatro domínios ou cada um deles (FLECK *et al.*, 2000).

Esse instrumento consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida, sendo uma referente à vida e a outra à saúde, e as 24 restantes representam cada uma das 24 facetas. Dessa forma, difere do Whoqol-100 em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de quatro questões, no Whoqol-bref cada faceta é avaliada por apenas uma questão.

Assim, o instrumento Whoqol-bref encontra-se estruturado segundo Fleck *et al.*, (2000) e o Grupo Whoqol (1998), da seguinte forma: Domínio 1 – Físico, Domínio 2– Psicológico Domínio 3 – Relações Sociais Domínio 4 – Meio Ambiente.

O questionário Whoqol-bref apresenta na sua composição, questões formuladas para uma escala de respostas, tipo Likert com quatro variáveis, sendo cada uma com cinco níveis. As escalas são: **de intensidade**, que varia de nada - extremamente; **de capacidade**, variando de nada - completamente; **de frequência**, que vai de nunca - sempre; **de avaliação**, que varia de muito insatisfeito - muito satisfeito, muito ruim - muito bom. Essas expressões são chamadas âncoras, tendo uma pontuação de 1 a 5. Os escores estão invertidos para as questões 3, 4 e 26, onde 1=5,2=4,3=3,4=2 e 5=1,considerando a formulação da pergunta para que fiquem ordenadas como as demais questões de forma positiva (GRUPO WHOQOL,1998).

O projeto *WHOQOL-OLD* é um estudo internacional multicêntrico iniciado em 1999. Tem como objetivo principal desenvolver e testar um módulo específico de avaliação de qualidade de vida em idosos com propriedades de uso transcultural. O projeto foi conduzido pelo Grupo WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life Group*), contando com a participação de 22 centros, representando todos os continentes.



A metodologia de desenvolvimento do instrumento seguiu o que foi preconizado pelo Grupo WHOQOL, previamente aplicada aos outros instrumentos dessa Organização, destinados à avaliação da qualidade de vida. Contrariamente às metodologias clássicas do modelo seqüencial (em que um instrumento desenvolvido em um idioma é submetido a um processo de tradução de retrotradução) e do modelo paralelo (em que um conjunto comum de itens é gerado por discussão de especialistas de diferentes culturas e, em seguida, a formulação dos itens é realizada em um idioma, com posterior tradução), o Grupo WHOQOL propõe uma metodologia chamada de simultânea. Esta se caracteriza pela participação de diferentes centros, representantes de distintos contextos culturais, na definição de todos os aspectos a serem considerados relevantes para a determinação de qualidade de vida, assim como na geração e na redação dos itens, e nos testes-piloto e de campo, assegurando uma metodologia mais capaz de permitir investigações transculturais (BULLINGER *et al.*, 1996).

O projeto *WHOQOL-OLD* partiu do pressuposto de que é questionável a validade da utilização de instrumentos desenvolvidos com base em uma população de adultos jovens para aferição de qualidade de vida em idosos. No entanto, há poucos estudos específicos com idosos, entre eles o EuroQol e o SF 36.

Segundo Chachamovich *et al.* (2006) outra questão de extrema relevância para a investigação de QV, e ainda não investigada, é determinar se áreas específicas de maior importância para a população idosa e, portanto se há necessidade de inclusão de itens adicionais num instrumento genérico de aferição de qualidade de vida. Como exemplo, citam-se duas facetas originalmente propostas para o instrumento WHOQOL-100 e posteriormente excluídas em função de seu desempenho psicométrico insatisfatório em adultos jovens: problemas do funcionamento sensorial e comunicação. Tais facetas mantêm-se não relevantes para idosos?

O passo inicial para o desenvolvimento do módulo foi composto pela realização de grupos focais. O objetivo desta etapa foi de discutir diretamente com a população a ser estudada o conteúdo das instruções e dos itens do WHOQOL-100, em relação à relevância do conteúdo dos itens e de sua formulação semântica, de modo a serem adequadamente compreendida pelos idosos. A metodologia aplicada no grupos focais do centro brasileiro e o resultado das discussões em tais grupos

encontram-se detalhadamente descritos em outra publicação (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003). Em resumo, foram realizados grupos focais com idosos em lares de moradia, hospitais e na comunidade. Ao todo, conduziram-se cinco grupos focais e um exercício de questionamentos com o grupo de profissionais da área de saúde identificados com cuidados de idosos. Os resultados dessa atividade no nosso centro apontaram para a presença de uma tendência de associação entre qualidade de vida e bem-estar ou sentir-se bem. Ao serem questionados sobre os aspectos relevantes na definição de qualidade de vida em idosos, as respostas espontâneas incluíram os seis domínios propostos no WHOQOL-100 reforçando a noção de multidimensionalidade do construto. Das 24 facetas componentes do instrumento, 19 foram consideradas relevantes, sendo que as cinco facetas não espontaneamente lembradas distribuíram-se em mais de um domínio, reforçando a importância conceitual dos domínios (já que, caso todos os itens pertencessem ao mesmo domínio, poder-se-ia levantar a hipótese que tal domínio não fosse de fato importante). Ao serem perguntados sobre a importância de cada uma das 24 facetas do WHOQOL-100, os participantes dos grupos focais consideraram-nas todas relevantes. Sugeriram, entretanto, algumas modificações em cinco facetas para torná-las mais adequadas à aplicação a idosos. Itens adicionais também foram examinados e considerados relevantes para a avaliação de qualidade de vida em idosos, tanto pelos idosos entrevistados como pelos cuidadores.

Tais dados vêm ao encontro da hipótese de que os idosos constituem um grupo particular e, como tal, apresentam especificidades relevantes para serem consideradas na avaliação da qualidade de vida. Um instrumento adequado para a avaliação da qualidade de vida tem que necessariamente contemplar estes aspectos (FLECK *et al.*, 2003)

Seguiu-se a essa etapa a realização do teste piloto em 22 centros representativos dos cinco continentes. Em um total de 7401 sujeitos, a versão-piloto foi aplicada e os dados foram analisados quanto a sua adequação e desempenho psicométrico por métodos de estatística clássica e pela teoria de resposta ao item. O resultado das estratégias de análise estatística foi a geração de um instrumento com 33 itens extraídos dos 40 previamente testados, de acordo com parâmetros psicométricos previamente definidos (FLECK *et al.*, 2006).

O teste de campo envolveu a aplicação de um conjunto de instrumentos básicos com o objetivo de testar as propriedades do módulo WHOQOL-OLD. Neste momento, cada centro adicionou ao conjunto básico de instrumentos outros que geraram dados pertinentes aos interesses de pesquisa de cada centro. O teste de campo foi conduzido com uma amostra total de 5.556 sujeitos em 20 diferentes centros. O conjunto de medidas incluído em todos os 20 centros foi composto de WHOQOL-BREF (*The WHOQOL Group, 1998*), o módulo WHOQOL-OLD de 33 itens, questões sociodemográficas e de função do tamanho do instrumento, uma vez que os centros incluíram outros questionários além dos acima citados, de acordo com o interesse científico de cada centro participante.

A versão final do módulo WHOQOL-OLD é composta por 24 itens com resposta por escala tipo Likert de 1 a 5, divididos em 6 facetas. Cada faceta é composta por 4 itens, gerando então escores que variam de 4 a 20 pontos. Os escores das seis facetas combinados com as respostas aos 24 itens geram também um escore total. A análise dos dados gerados no teste de campo internacional psicométrico do instrumento WHOQOL-BREF em uma amostra brasileira é alvo de publicação (CHACHAMOVICH *et al.*, 2006) assim como a apresentação do módulo WHOQOL-OLD em português e suas propriedades psicométricas (FLECK *et al.*, 2006). A versão final do instrumento em Português está disponível para download no site do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, juntamente com a sintaxe de análise de dados.

É oportuno dizer que outros instrumentos já haviam sido desenvolvidos pelo Grupo Whoqol: o módulo HIV/AIDS, em função da importância médica, do impacto na qualidade de vida, de seu estigma, e das peculiaridades que envolve o contágio. O outro módulo desenvolvido foi espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. Com a modificação do conceito de saúde pela Assembléia Mundial de Saúde de 1993, para a inclusão de uma dimensão não material ou espiritual de saúde (FLECK, 2000, P.37; FLECK *et al.*, 2003).

Vale salientar, que existem outros instrumentos genéricos de avaliação de QV como o caso do SF-36” (*Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey*), que é um questionário multidimensional composto por 36 questões, envolvendo oito escalas ou componentes como: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos

emocionais e saúde mental, usado para avaliação genérica de saúde. A versão desse instrumento para a língua portuguesa é um parâmetro reproduzível e validado para ser usado na avaliação de QV de pacientes brasileiros portadores de artrite reumatóide (CICONELLI *et al.*, 1999; DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003).

Outro instrumento genérico de QV é o Índice de Qualidade de Vida (IQV), desenvolvido em 1982 pelas enfermeiras Norte Americanas Ferrans e Powers, do Departamento Médico-Cirúrgico da Universidade de Illinois-Chicago-USA. Esse questionário pode ser usado tanto para pessoas sadias como para portadores de alguma patologia, sendo composto por 68 questões divididos em duas partes com 34 itens cada uma. A primeira parte mede o nível de satisfação e a segunda, o nível de importância, na visão do respondente atribuído a cada item. Cada parte de 34 itens corresponde a quatro domínios: Saúde/Funcionalidade, Socioeconômico, Psicológico/Espiritual e Família. A versão em português no Brasil, foi traduzida da versão original e validada por Kimura (1999 *apud* KAWAKAME, MIYADAHIRA, 2005).

Silva (2003), em seu trabalho sobre qualidade de vida em idosos, afirmou o caráter multidimensional e abstrato do tema, referenciados a aspectos objetivos e subjetivos da vida. Estes aspectos subjetivos seriam representados por fatores físicos, mentais e sociais.

Assim Paschoal (2000), em seu estudo sobre qualidade de vida em idosos acrescentou uma quarta característica, a mutabilidade, partindo do pressuposto que a avaliação da qualidade de vida pode mudar, em função do tempo, local, pessoa e contexto cultural.

Partindo da hipótese de que os idosos constituem um grupo particular ou seja, apresentam especificidades relevantes para serem consideradas na avaliação da qualidade de vida. Optou-se para o instrumento *Whoqol-old* por contemplar esses aspectos para avaliação da qualidade de vida. Sendo assim o instrumento *Whoqol-old* será o que se propõe para avaliação da QV para este estudo por atender a um dos objetivos que é avaliar de modo geral a qualidade de vida e pelas características apresentadas estando norteado pelo Conceito de qualidade de vida emitido pela OMS. E pelo instrumento validado para idosos e traduzido para o português com características tão abrangentes e de simples e rápida aplicabilidade.

### **3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS**

“Paciência e perseverança tem o efeito mágico de fazer as dificuldades desaparecerem e os obstáculos sumirem”.

(John Quincy Adans)

### 3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva de natureza quantitativa. Segundo, Richardson *et al.* (1999), abordagem quantitativa caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de dados de informação, quanto ao tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples como percentual, desvio-padrão, às mais complexas, como coeficiente de correlação, análise de regressão, entre outros.

### 3.2 Local de Estudo

O estudo foi realizado no município de Solânea no interior da Paraíba, na área de abrangência de Estratégia da saúde da família (ESF), no domicílio. O município possui uma área territorial de 265.921 km<sup>2</sup>, densidade demográfica de 121,6 hab/km<sup>2</sup>, atingindo uma altitude de 626 m. Geograficamente, pertence à microrregião do Curimataú Oriental e à mesorregião Agreste Paraibano, conforme mostra a figura. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, (IBGE, 2008), sua população estimada em 28.149 habitantes. Em relação ao contingente de idosos, do total de habitantes, 2.862 de 60 anos a 80 anos ou mais. Quanto à população de idosa acamado, segundo dados da Secretária de Saúde de Solânea (SSA, 2007) são 167 idosos. A escolha deste local se deu pelo fato da pesquisadora ser natural de Solânea, bem como um número considerável de idosos e que obviamente facilitou a sua aproximação com os idosos acamados moradores da cidade selecionada para a investigação.

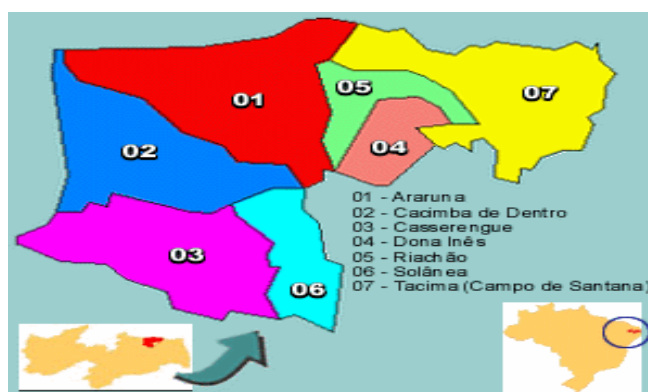


Figura 1 - Localização da cidade de Solânea no Estado da Paraíba  
Fonte: <http://webcarta.net/carta/geo.php?sr=4746&lg=pt>

### **3.3 População e Amostra**

A população foi composta de idosos acamados no domicílio, acima de 60 anos ou mais, perfazendo um total de 167 (cento e sessenta e sete) idosos na cidade de Solânea. A amostra foi constituída de 100 (cem), levando em consideração que 67 dos idosos encontravam-se sem condições de verbalizar suas opiniões, sendo este um dos critérios de exclusão. Para seleção de amostra foram adotados os seguintes critérios:

- Encontrar-se acamado no domicílio, e ter condições físicas e psíquicas para responder as questões sobre a sua qualidade de vida.
- Aceitar participar da pesquisa;
- O idoso ou o responsável assinar o Termo de Consentimento Livre e esclarecido

### **3.4 Considerações Éticas**

É oportuno destacar, que a pesquisadora levou em consideração as observâncias éticas preconizadas para a pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com Resolução 169/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2000). Principalmente no que diz respeito ao termo de consentimento livre esclarecido. Sendo este imprescindível para desenvolver pesquisa com seres humanos, respeitando-se sua dignidade e autonomia. Também foi levado em consideração a Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2007), que trata do código de ética dos profissionais de enfermagem.

### **3.5 Instrumento e Técnica de Coleta de Dados**

A coleta de dados ocorreu após a aprovação do projeto pelo comitê de ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba - CCS/ UFPB no mês de janeiro de 2008. Protocolo nº- 1542/07 mediante a aplicação dos questionários nos domicílios durante o dia.

Para viabilizar a coleta de dados foi utilizada a técnica da entrevista por meio de formulários. Para coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: o primeiro formulário foi elaborado para se conhecer o perfil dos indivíduos estudados e o segundo, o formulário WHOQOL – OLD que é um instrumento utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para avaliar qualidade de vida.

O projeto *WHOQOL-OLD* pretendeu desenvolver e testar a avaliação da qualidade de vida para pessoas mais velhas. Ele teve início em 1999, como uma cooperação científica de diversos centros. O objetivo do projeto foi desenvolver e testar uma medida genérica da qualidade de vida em adultos idosos para utilização internacional/transcultural. Na aplicação dos instrumentos foi antecedida de uma conversa informal onde na oportunidade foram apresentados os questionários com o compromisso de esclarecer qualquer dúvida que o participante tenha sobre o construto e compreensão do mesmo.

### **3.6 Análise dos Dados**

Inicialmente, a pesquisadora caracterizou a amostra do estudo utilizando as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, número de filhos, Esses dados foram tabulados e distribuídos por meio de freqüência e percentuais, dispostos em tabelas, e analisados com respaldo na literatura pertinente à temática em pauta.

Os dados referentes ao instrumento de mensuração de qualidade de vida foram organizados e analisados em um banco de dados eletrônico, no *Software Statistica Package for the Social Sciencs* (SPSS), versão 11.0 for Windows. A análise dos dados foi realizada com o propósito de responder o objetivo da pesquisa. Devido as características do estudo, os dados foram analisados através de técnicas estatísticas para Análise Descritiva (freqüência, porcentagem, medidas de tendência central e medidas de dispersão), disposto em tabelas.

A média representa a soma de todos os valores dividida pelo número de participantes (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). O desvio padrão (BUSSAB; MORETTIN, 1987). Para Polit, Beck e Hungler (2004) o DP pode ser interpretado como uma indicação de grau de erro, quando se usa a média aritmética para descrever um conjunto de dados.



Com relação ao questionário – *WHOQOL-OLD* é composta por 24 itens com resposta por escala tipo Likert (escores de 1 a 5), divididos em 6 facetas: “Funcionamento do Sensório” (FS), “Autonomia” (AUT), “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (PPF), “Participação Social” (PSO), “Morte e Morrer” (MEM) e “Intimidade” (INT). Para a avaliação da qualidade de vida, se considerarmos o escore 3 como um valor intermediário, podemos dizer que escores inferior a este representam baixa qualidade de vida e superior uma alta qualidade de vida. Basicamente, escores altos representam uma alta qualidade de vida, escores baixos representam uma baixa qualidade de vida

Cada faceta é composta por 4 itens, gerando então escores que variam de 4 a 20 pontos. Os escores das seis facetas combinados com as respostas aos 24 itens geram também um escore total. Para avaliar o escore total das facetas fez-se uma transformação do escore bruto para um escore transformado em escala de 0 a 100. Dessa forma é possível expressar o escore da escala em percentagem entre o valor mais baixo possível (0) e o mais alto possível (100).

A análise dos dados gerados no teste de campo internacional psicométrico do instrumento *WHOQOL-OLD* em uma amostra brasileira é alvo de publicação (FLECK *et al.*, 2006).

## **4 ANÁLISE E DISCURSSÃO DOS RESULTADOS**

“Não importa que tipo de fisionomia a vida lhe mostre.  
Importa a fisionomia com que você encara a vida”.

(Schmidt)

#### 4.1 Caracterização dos Participantes do Estudo

No sentido de caracterizar o grupo estudado, trabalhou-se com as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, estado civil, número de filhos, escolaridade, profissão, renda familiar, patologias e o tempo de acamado.

Com relação ao sexo, destaca-se que dos 100 participantes, 69,0% são do sexo feminino e 31% são do sexo masculino.

Tabela 1 - Distribuição percentual dos idosos segundo a faixa etária e medidas descritivas da variável idade

Faixa Etária	n	%
Menos de 70 anos	13	13,0
De 70 a 79 anos	29	29,0
De 80 a 89 anos	42	42,0
De 90 anos acima	16	16,0
Total	100	100,0
Medidas Descritivas	Valores	
	Mínimo	60
	Máximo	110
	Média	80,4

Fonte: Partes da pesquisa Solânea / PB, 2008.

A Tabela 1 apresenta a distribuição percentual dos idosos inseridos no estudo segundo a faixa etária e as medidas descritivas para a variável idade (mínimo, máximo e média). Verifica-se que a maior proporção dos idosos estudados tinham entre 80 e 89 anos, ou seja 42,0%. A idade mínima observada foi de 60 anos, a idade máxima de 110 anos e a média de 80,4 anos.

Os idosos analisados apresentavam uma média de idade alta (80,4 anos) e com predomínio do sexo feminino. Fatores biológicos, sociais e culturais são responsáveis pela maior expectativa de vida das mulheres. No Brasil, elas vivem aproximadamente sete anos a mais que os homens (VERAS, 2007).

Atualmente, a expectativa média de vida do brasileiro se amplia de tal forma que grande parte da população atual alcançará a velhice. Entretanto, embora já apresentem um perfil demográfico semelhante ao dos países do Primeiro Mundo, os

grandes centros populacionais brasileiros ainda não dispõem de infra-estrutura de serviços que dê conta das demandas decorrentes das transformações demográficas vigentes.

Segundo Néri (2007), os dados da Organização Mundial da Saúde, apresentados por Engler, é relevante saber quantos anos livres de incapacidade podem viver os homens e as mulheres idosas. A esperança de vida livre de incapacidade no Brasil e na Nicarágua está em torno de 59 anos. Em contrapartida, a taxa do Canadá é de 74 anos, e a dos Estados Unidos é de 70 anos. Segundo a mesma fonte, uma mulher brasileira de 60 anos pode esperar viver livre de incapacidades por 13,7 anos e os homens, por 11,6 anos. O período de tempo sem saúde será de 8,7 anos para as mulheres e de 7,7 anos para os homens brasileiros.

Os achados relativos aos componentes da tabela 1 são compatíveis aos dados da Organização Mundial da Saúde, sobre o tempo livre de incapacidade no Brasil, que está em torno dos 59 anos. E em relação aos idosos entrevistados, é notório que em uma pequena parcela, aos 60 anos, há presença de patologias, e acima dos 70 anos apresentaram maior prevalência de dependência funcional. Em geral, limitações funcionais são mais freqüentes em indivíduos mais idosos, pelo próprio declínio da função de alguns sistemas orgânicos, gerando risco de ter alguma restrição funcional tornando-os incapacitados.

Segundo Jorge (2005) existe uma maior preocupação em tornar a velhice mais produtiva e saudável, o que é denominado de envelhecimento ativo. Esta é uma recomendação da Organização das Nações Unidas (ONU) para as políticas públicas relacionadas ao envelhecimento, que prevê a otimização das oportunidades de saúde a fim de aumentar a qualidade de vida conforme as pessoas envelhecem.

Tabela 2 - Distribuição percentual dos idosos segundo o estado civil

Estado civil	n	%
Viúvo (a)	50	50,0
Casado (a)	42	42,0
Solteiro	5	5,0
Separado (a)	2	2,0
Divorciado (a)	1	1,0
Total	100	100,0

Fonte: Partes da pesquisa Solânea / PB, 2008.

No que diz respeito ao estado civil dos acamados, observa-se na Tabela 2 que a maior proporção dos idosos estudados eram viúvos, ou seja, 50%. É importante observar também que na amostra estudada há ainda um grande percentual de indivíduos casados (42,0%). Os solteiros, divorciados ou separados representam apenas 8% dos idosos estudados.

Os dados da PNAD 2006 replicam os de outros países. A nossa população de 60 anos ou mais cresce mais no número de mulheres do que o de homens. Aqui também o contingente feminino é tanto mais expressivo quanto mais idoso é o segmento, principalmente nas áreas urbanas. As mulheres têm maior probabilidade de ficar viúvas e em situação econômica desvantajosa do que os homens. A maioria das idosas brasileiras não teve emprego remunerado e com carteira assinada, o que aumenta a sua desvantagem (CAMARANO *et al.*, 2004).

Tabela 3 - Distribuição percentual e medidas descritivas dos idosos segundo o número de filhos

Faixa Etária	n	%
Não possuem filhos	12	14,0
Menos de 3 filhos	10	10,0
De 3 a 6 filhos	41	41,0
De 7 a 10 filhos	28	28,0
Mais de 10 filhos	9	9,0
Total	100	100,0
Medidas Descritivas	Valores	
	Mínimo	0
	Máximo	15
	Média	5,1

Fonte: Partes da pesquisa Solânea / PB, 2008.

No que diz respeito ao número de filhos de cada participantes. Pode-se observar na Tabela 3 que a grande maioria dos idosos estudados possuíam de 3 a 6 filhos, ou seja, 41,0%. A média de filhos da amostra estudada foi de 5,1, o mínimo de 0 e o indivíduo com o maior número de filhos afirmou ter 15 filhos.

Considerando o estado civil predominante entre os idosos entrevistados foi viúvo, logo a média de filhos de 5,1. As transformações que se operam no interior das famílias como maior mobilidade (facilitada pelo seu menor tamanho), mulheres

sós, mães solteiras, casais sem filhos, emigração de filhos e aumento do número de separações e divórcios reduzem a perspectiva de envelhecimento em um ambiente familiar seguro. O suporte social precário constitui um dos fatores de risco para institucionalização (HEREDIA *et al.*, 2004).

A grande maioria dos idosos – cerca de 99% - vive com seus familiares. Apenas 1% deles vive em instituições asilares. O que ameniza e conforta esta situação é que quase todos vivem em convívio com seus familiares (QUINTANILHA, 2004).

Tabela 4 - Distribuição percentual dos idosos segundo a escolaridade

Escolaridade	n	%
Analfabeto (a)	47	47,0
Semi-analfabeto (a)	33	33,0
Ensino fundamental incompleto	18	18,0
Ensino fundamental completo	2	2,0
Total	100	100,0

Fonte: Partes da pesquisa Solânea / PB, 2008.

No que concerne à escolaridade dos idosos acamados estudados, observa-se na Tabela 4 que a maior proporção destes é de analfabetos (47,0%) ou semi-analfabetos (33,0%). Apenas 20,0% dos indivíduos analisados afirmaram possuir ensino fundamental (completo ou incompleto).

As porcentagens de analfabetismo e de baixa escolaridade entre os participantes da pesquisa foram altas e significativas. A baixa escolaridade é um dado presente entre idosos. Os autores Santos, Lopes e Néri (2007) relatam que, à época em que eram crianças e adolescentes, o acesso à escola secundária e aos cursos superiores era mais restrito do que atualmente, já que o ensino era ainda mais elitista do que hoje. A população-rural era maior e, ainda muito jovens, os indivíduos integravam a força de trabalho de suas famílias, dentro e fora de casa. Nesse meio, as escolas eram majoritariamente distantes e escassas. Nas zonas urbanas, a industrialização levou para as fábricas grande contingente de jovens já a partir dos 14 anos ou até antes. As mulheres não eram estimuladas ao estudo, mas preparadas para o casamento e a vida doméstica.

A educação cria condições para enfrentar preconceitos e a falta de oportunidades em todas as idades, gera aumento de renda, promove a qualidade de vida e favorece o genuíno exercício da cidadania (CACHIONI, 2003), enquanto o analfabetismo compromete o nível de entendimento dos indivíduos e limita o acesso a informações veiculadas pela escrita. Assim, os idosos ficam restritos a registros de sua memória e na dependência de informações e esclarecimentos de terceiros (IBGE 2002; HEREDIA *et al.*, 2004).

Tabela 5 - Distribuição percentual dos idosos segundo atuação no trabalho antes de ficar acamado

Trabalhava?	n	%
Sim	93	93,0
Não	7	7,0
Total	100	100,0

Fonte: Partes da pesquisa Solânea / PB, 2008.

Tabela 6 - Distribuição percentual dos sujeitos segundo as profissões em que atuavam no trabalho antes de ficarem acamados

Profissão	nº	%
Agricultor (a)	64	64,0
Comerciante	12	12,0
Dona de casa	7	7,0
Professor (a)	4	4,0
Cozinheiro (a)	3	3,0
Costureiro (a)	2	2,0
Outras	8	8,0
Total	100	100,0

Fonte: Partes da pesquisa Solânea / PB, 2008.

Nas tabelas 5 e 6, observa-se a situação profissional dos idosos estudados antes de ficarem acamados. Verifica-se que 93,0% deles trabalhavam e 7,0% não trabalhavam, a grande maioria era agricultor (a). Dentre as outras profissões mais citadas pelos indivíduos, pode-se citar: comerciante, 12,2%; dona-de-casa, 4,1%; professor(a), 4,1%; cozinheiro(a), 3,1%; e costureiro(a), 2,0%.

Tabela 7 - Distribuição percentual dos idosos segundo a renda familiar, principal provedor da família e medidas descritivas quanto à renda e ao número de pessoas que dependem dela

Renda Familiar*	n	%		
Menos de 1 SM	26	26,0		
De 1 a menos de 2 SM	52	52,0		
De 2 a menos de 3 SM	14	14,0		
3 SM ou mais	8	8,0		
Total	100	100,0		
Principal provedor	n	%		
O próprio	74	74,0		
Cônjuge	11	11,0		
Filho (a)	6	6,0		
Outro	3	3,0		
Não informaram	6	6,0		
Total	100	100,0		
Medidas Descritivas	Renda		Dependentes	
	Mínimo	270,00	Mínimo	1
	Máximo	2.500,00	Máximo	9
	Média	762,40	Média	3,5

Fonte: Partes da pesquisa Solânea / PB, 2008.

No que diz respeito à renda familiar, pode-se observar na Tabela 7 que a maioria dos idosos envolvidos na pesquisa possuem renda familiar de 1 a menos de 2 salários mínimos (52,0%). Os dados apontam também que uma 26% dos entrevistados afirmaram possuir renda de menos de 1 salário mínimo. Apenas 22,0% dos idosos disseram possuir 2 salários mínimos ou mais. A renda média da amostra estudada foi de R\$ 762,40, a renda mínima de R\$ 270,00 e a renda máxima de R\$ 2.500,00. Verifica-se ainda na referida tabela que na maioria das famílias o principal provedor é o idoso acamado entrevistado, ou seja, em 74% delas e que a média de dependentes desta renda é de 3,5 indivíduos.

A maioria da amostra estudada encontra-se aposentada. As aposentadorias giram em torno de um salário mínimo vigente<sup>2</sup> (R\$ 370,00) e mesmo sendo valores relativamente baixos representam muito na composição da renda familiar, significando, em muitos casos, a única fonte de renda de toda a família. Mas quase

<sup>2</sup> Foi considerado o salário mínimo da época em que foi realizado a coleta de dados da pesquisa; Janeiro de 2007.



todos têm casa própria a qual geralmente é partilhada com algum membro da família. Para Lima-Costa *et al.*, (2003) As condições econômicas dos idosos refletem-se na sua saúde. As pessoas pobres e de baixa renda, entre elas particularmente os idosos, têm piores indicadores de saúde e de capacidade funcional. O que complica sua condição é o fato de os idosos terem menos acesso aos serviços de saúde.

Vale ressaltar que no Brasil, existem cinco vezes mais idosas sem nenhuma fonte de renda do que idosos, numa proporção de 18,6% para 3,5%. Os homens, em média, ganham o dobro das mulheres. As mulheres se aposentam mais por idade enquanto que os homens se aposentam mais por tempo de serviço (GIATTI; BARRETO, 2003). Existem mais homens aposentados do que mulheres aposentadas, e mais mulheres pensionista do que homens pensionistas. Na região Nordeste, 80,3% dos homens e 66,6% das mulheres são aposentadas; na região Sudeste, 80,8% dos homens e 48,8% das mulheres estão nesta condição. Na região Nordeste, 14,7% das mulheres são pensionista; na região Sudeste elas são 26,9% (IBGE, 2006).

Tabela 8 - Distribuição percentual dos idosos quanto às patologias identificadas como determinantes das limitações e o tempo de acamado (medidas descritivas)

Patologias	n	%
AVC	33	21,6
DIABETES	22	14,4
HIPERTENSÃO	20	13,0
PERDA DA VISÃO	10	6,5
CARDÍACO (a)	15	9,9
FRATURA FÊMUR	12	7,8
AMPUTAÇÃO (MS OU MI)	10	6,5
OSTEOPOROSE	9	5,9
PROSTATA	4	2,6
COLUNA	4	2,6
ARTRITE	3	2,0
OUTRAS	11	7,2
Total	153	100,0
	Tempo de acamado (em anos)	
Medidas Descritivas	Mínimo	0
	Máximo	13
	Média	2,5
	Desvio Padrão	2,5

Fonte: Partes da pesquisa Solânea / PB, 2008.

Na Tabela 8 verifica-se que, segundo a afirmação dos entrevistados, as principais causas que os deixaram acamados foram: AVC, citada por 21,6% dos idosos; diabetes *mellitus*, citada por 14,4%; hipertensão arterial, por 11,8%; problemas originados pela visão, também citada por 9,1% dos indivíduos; entre outras. No que diz respeito ao tempo de acamado verifica-se que, em média, os idosos estudados estão acamados há 2,5 anos, que o que possui menos tempo está acamado há menos de 1 ano e o idoso com mais tempo está acamado há 13 anos.

Quando investigada a presença de doença, foi registrado um alto índice de Acidente Vascular Cerebral, diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, e osteoporose, atingindo a maioria dos idosos pesquisados.

A tabela destaca alta prevalência das doenças cardiovasculares: Acidente Vascular Cerebral (21,6%) Diabetes e (14,4%), Hipertensão Arterial (11,8%), e Infarto Agudo do Miocárdio (8,5%), osteoporose (5,9%), queda, destacando-se a fratura de fêmur como sua principal consequência (7,8%).

À medida que a população vai envelhecendo aumenta a incidência e a prevalência das chamadas doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), são responsáveis por incapacidades físicas, internações e óbitos no país, oneram os cofres públicos principalmente com transplantes cardíacos e gastos hospitalares.

As doenças cardiovasculares são as principais causas de morbi-mortalidade nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Estas doenças incluem: as doenças coronarianas (isquêmicas, cardíacas e infarto); acidente vascular cerebral; hipertensão; insuficiência cardíaca e doença reumática cardíaca. Elas são responsáveis por cerca de 16,6 milhões de óbitos por ano no mundo, e dentre esses, 7,5 milhões devem-se as doenças isquêmicas; 5,5 milhões aos AVC e, 3 milhões à hipertensão e outras cardiopatias (OPAS, 2003).

Para ter uma idéia do impacto das DCD no Brasil, essas doenças constituem 28,2% como a primeira causa de óbitos. O Brasil ostenta cinco milhões de diabéticos, 12 milhões de hipertensos e 27 milhões de pessoas com excesso de peso. Somente essas DCD são responsáveis por 25% das internações hospitalares, consumindo com isso recursos na ordem de 1,5 milhões de reais. Considerando o uso de materiais especiais, órteses e próteses e assistência ambulatorial, hospitalar

e medicamentos, o gasto com tal tipo de doença alcança três bilhões de reais do cofre nacional (LIMA-COSTA, 2004).

Essas doenças poderão sobrecarregar o sistema de saúde, considerando que seu custo hoje já representa quase a metade do custo de todas as admissões hospitalares e que essa demanda tende somente a aumentar à medida que continua a evolução da transição da saúde (BANCO MUNDIAL, 2005).

A Organização Mundial de Saúde enfatiza que a efetividade de políticas voltadas para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis envolve questões de legislação, regulamentação e educação em massa, tendo em vista que mudanças individuais de comportamentos são difíceis de acontecer sem que haja mudanças ambientais (LIMA-COSTA, 2004).

Grande parte das DCNTs pode ser evitada, a maioria delas, a causa principal não são os fatores genéticos e sim os fatores de risco ambiental e comportamental. Segundo estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS), para estimar a proporção de mortes que poderia ser atribuída aos diferentes fatores de risco, no Brasil seriam sete os fatores responsáveis por cerca de 50% de todas as mortes: pressão arterial elevada, obesidade, uso de tabaco e álcool, colesterol alto, baixa ingestão de frutas e vegetais e sedentarismo (BRASIL, 2006).

Dessa forma, a prevenção é a forma mais eficaz, barata e gratificante de tratar as DCD; além da educação para a saúde, a reorganização das comunidades e da rede básica. A estratégia do Ministério da Saúde para promoção da saúde e prevenção dessas doenças consiste em ações direcionadas para a mudança de estilos de vida que predispõem aos fatores de risco. Cabe à equipe de saúde orientar a população para mudança de hábitos desfavoráveis, através de orientações para atividade física, alimentação saudável e redução de fumo e álcool com o objetivo de promover a saúde (BRASIL, 2002b).

As causas da DCD são complexas sendo necessárias ações permanentes que incluam não apenas famílias e indivíduos, mas também aspectos sociais, econômicos e culturais determinantes dessas doenças. Para o desenvolvimento de estratégia global, a OMS envolveu governos, profissionais de saúde, indústrias de alimentos, publicidades e a sociedade civil para ajudar a tornar as escolhas fáceis em escolhas saudáveis, tanto na alimentação como na atividade física (OPAS, 2003).

A osteoporose é o principal fator que favorece a fratura no idoso. Na terceira idade os acidentes são freqüentes e tendem a ter conseqüências sérias, constituindo a quinta causa de morte na velhice. A principal causa de acidentes desta faixa etária são as quedas, com destaque para a fratura de fêmur como sua principal conseqüência (AZEVEDO, 2002).

Outra enfermidade presente nas idosas do estudo foi artrite. Segundo os dados do IBGE/PNAD de 2003, uma cifra de 28, 2% a 33% de mulheres entre os 60 e os 80 anos têm artrite ou reumatismo; entre os homens, essas taxas variam entre 15,5% e 20,1% nas mesmas idades (CAMARANO, 2005).

#### **4.2 Qualidade de Vida de Idosos Acamados**

Apresenta-se, nas tabelas a seguir, a avaliação da qualidade de vida dos idosos acamados do município de Solânea incluídos na amostra. O instrumento *WHOQOL-OLD* avalia a qualidade de vida através de 24 questões atribuídas a seis facetas: “Funcionamento do Sensório”; “Autonomia”; “Atividades passadas, presentes e futuras”; “Participação Social”; “Morte e morrer”; e “Intimidade”. Cada faceta foi analisada a partir do percentual de resposta a cada questão, bem como através da média do escore do item e desvio padrão. Quanto maior a média do escore maior a qualidade de vida.

Na Tabela 15 (a seguir), apresenta-se uma comparação entre os escores médios de cada faceta (escala de 0 a 100) e a medida da qualidade de vida dos idosos acamados através do escore total, que é a combinação das seis facetas do instrumento.

Tabela 9 - Frequências e medidas descritivas da faceta “Funcionamento do Sensório”

Questão	Opções de resposta	n	%	Média	Desvio Padrão
(F25.1) Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?	1 - Extremamente	0	0,0	3,7	1,4
	2 - Bastante	37	37,0		
	3 - Mais ou menos	7	7,0		
	4 - Muito pouco	11	11,0		
	5 - Nada	45	45,0		
(F25.2) Como você avalia o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?	1 - Muito ruim	38	38,0	2,2	1,2
	2 - Ruim	21	21,0		
	3 - Nem ruim nem boa	24	24,0		
	4 - Boa	16	16,0		
	5 - Muito boa	1	1,0		
(F25.3) Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?	1 - Extremamente	0	0,0	3,7	1,4
	2 - Bastante	38	38,0		
	3 - Mais ou menos	4	4,0		
	4 - Muito pouco	7	7,0		
	5 - Nada	51	51,0		
(F25.4) Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?	1 - Completamente	0	0,0	4,3	1,2
	2 - Muito	13	13,5		
	3 - Médio	13	13,5		
	4 - Muito pouco	6	6,2		
	5 - Nada	66	66,8		

Fonte: Partes da pesquisa Solânea / PB, 2008.

A avaliação da qualidade de vida segundo as questões do *WHOQOL-OLD* referentes à faceta “Funcionamento do Sensório” é apresentada na Tabela 9. Esta faceta avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na qualidade de vida dos idosos inseridos no estudo .

Pode-se verificar que a maior média observada, ou maior qualidade de vida, está na última questão desta faceta (F25.4). Esta questão trata do impacto da perda das habilidades sensoriais na capacidade de interação com outras pessoas. Nota-se que a grande maioria dos idosos entrevistados afirmaram que a perda de seus sentidos não afetou em “nada” a sua capacidade de se relacionar com outros indivíduos, ou seja, 66,8%. O escore médio desta questão foi de 4,3.

Outras questões avaliadas junto a esta faceta foram as F25.1 e F25.3, onde ambas apresentaram média de 3,7 e a questão F25.2 que apresentou a menor média, ou menor qualidade de vida. O escore médio da questão F25.2 que trata da

avaliação pessoal do seu funcionamento sensorial foi de apenas 2,2. Nesta questão a maioria dos idosos entrevistados avaliaram o funcionamento dos seus sentidos como “muito ruim”, ou seja 38% deles.

As alterações visuais e auditivas são as mais necessárias para manutenção de uma boa qualidade de vida, entretanto, todos os sentidos podem ser afetados pelo processo de envelhecimento. Essas alterações sensoriais podem ter um forte impacto sobre o estilo de vida do idoso, pois podem acarretar problemas para se comunicar, na interação familiar e social. No idoso, a surdez constitui-se um dos mais importantes fatores de desagregação social, causando depressão, tristeza, solidão e isolamento. Segundo Musiek e Rintelmann (2001), a deficiência auditiva na população idosa está associada à depressão e demência.

A audição pode diminuir levemente, essa perda relacionada com a idade é denominada presbiacusia que somada as alterações degenerativas de todo o nosso organismo, medicamentos, doenças crônicas e a história natural da vida do indivíduo torna a perda auditiva extremamente comprometedor, interferindo diretamente com a qualidade de vida.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência define como presbiacusia a perda auditiva devido à idade, que vem sendo apontada como a principal causa de deficiência auditiva nos idosos, com uma prevalência de cerca de 30% na população com mais de 65 anos de idade. A segunda causa de deficiência auditiva nesta população, apontada no mesmo documento, é a perda auditiva induzida por ruído (BRASIL, 2002).

No processo de desgaste fisiológico do envelhecimento segundo Cypel (2006) a visão diminui gradualmente. Quando a perda da visão é associada ao glaucoma pode ocasionar cegueira. Outro agravamento à saúde do idoso é a formação de catarata, sendo esta curável através de facectomia. Quanto a retinopatia diabética tipo 2 (mais freqüente nos idosos), tem atingido cifras de 20% entre a população acima de 65 anos, metade destes não diagnosticada. Todos esses agravamentos geram uma perda de qualidade de vida.

A autora acima acrescenta que, o idoso não precisa chegar à terceira ou quarta idade enxergando mal. Se isso acontece, não devemos encarar o fato como parte da história natural do envelhecimento. O ganho de 1 ou 2 linhas de visão pode

fazer com que o idoso mantenha sua independência. Se este ganho for na visão de perto, ajuda a preservar a leitura, uma de suas principais atividades, como meio de interação social, diversão e contato com o mundo.

Nesta pesquisa, observou-se que uma maior parte dos idosos tinham problemas de visão e uma outra pequena parcela de audição. Essas situações vivenciadas por eles causavam grandes transtornos transformando indivíduo produtivo em fardo frente às necessidades da família, comprometendo sua autonomia e conseqüentemente prejudicando sua qualidade de vida. Quanto ao paladar e olfato, nenhum dos idosos apresentaram alterações. Com relação ao tato, foi encontrado apenas um entrevistado, com queixas da enfermidade de Parkinson.

Com base nos dados levantados decorrente na análise do discurso observamos que devemos ajudar os idosos que sofrem com essas alterações auditivas e visuais, informando, desmistificando, levando-os a um tratamento adequado, respeitando as suas dificuldades e integrando-os na sociedade.

Envelhecer com uma deficiência envolve um processo adaptativo dependente da interação de fatores biológicos, psicológicos e socioculturais. O envelhecimento e a deficiência são cercados de inúmeras falsas crenças, de estereótipos e preconceitos, todos solidamente arraigados nos indivíduos, nos grupos e nas instituições sociais. Fundamentalmente, eles derivam do medo e da rejeição que as pessoas sentem em relação à velhice, em parte por motivos infundados, em parte porque de fato a velhice e a deficiência prenunciam aquilo que as pessoas mais rejeitam: afastamento, dependência e morte (NERI; CACHIONI; RESENDE, 2002).

Ajustar-se a uma deficiência é um processo social complexo que requer ajuste pessoal e social contínuo. Como o foco de cuidado em saúde tem sido voltado para a integração e a inclusão da pessoa com deficiência à sociedade, torna-se fundamental para os profissionais de saúde que trabalham com reabilitação compreenderem como as pessoas se ajustam e vivem o dia-a-dia com uma deficiência (NERI, 2007).

Tabela 10 - Freqüências e medidas descritivas da faceta “Autonomia”

Questão	Opções de resposta	n	%	Média	Desvio Padrão
(F26.1) Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?	1 - Nada	25	25,0	2,5	1,2
	2 - Muito pouco	29	29,0		
	3 - Mais ou menos	23	23,0		
	4 - Bastante	20	20,0		
	5 - Extremamente	3	3,0		
(F26.2) Até que ponto você sente que controla o seu futuro?	1 - Nada	50	50,0	1,7	0,8
	2 - Muito pouco	29	29,0		
	3 - Mais ou menos	20	20,0		
	4 - Bastante	1	1,0		
	5 - Extremamente	0	0,0		
(F26.3) Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?	1 - Nada	69	69,0	1,4	0,7
	2 - Muito pouco	26	26,0		
	3 - Médio	3	3,0		
	4 - Muito	2	2,0		
	5 - Completamente	0	0,0		
(F26.4) O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?	1 - Nada	3	3,0	3,5	0,8
	2 - Muito pouco	8	8,0		
	3 - Mais ou menos	32	32,0		
	4 - Bastante	55	55,0		
	5 - Extremamente	2	2,0		

Fonte: Partes da pesquisa Solânea / PB, 2008.

A avaliação da faceta “Autonomia” pode ser observada na Tabela 10. Esta faceta refere-se à independência na velhice e, portanto, descreve até que ponto se é capaz de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões. A faceta F26.1 apresentou escore médio de 2,5 e trata da liberdade em se tomar suas próprias decisões; F26.2 apresentou escore médio de 1,7 e investiga o sentimento individual quanto ao controle do futuro; e a questão F26.3 apresentou o menor escore médio (1,4), sugerindo a menor qualidade de vida, que questiona quanto cada indivíduo faz as coisas que gostaria de fazer. Nesta questão F26.3, a maior proporção dos idosos afirmou que não faz “nada” do que gostaria, ou seja, 68,4% deles.

Observa-se na referida tabela que a questão que apresentou a maior média e, por conseguinte, a melhor qualidade de vida foi a F26.4 que trata do sentimento individual quanto ao respeito de outras pessoas por sua liberdade. Verifica-se que o escore médio desta questão foi de 3,5 e que a maioria dos indivíduos afirmaram que as pessoas ao seu redor respeitam “bastante” sua liberdade, ou seja, 55% deles.



A independência está intimamente relacionada com autonomia uma das condições mais importantes para o idoso, que se expressa na liberdade, na tomada de decisões sobre si e na opinião com relação aos outros.

Para Pavarini e Néri (2000, p. 62-63), autonomia significa auto-governo, que se expressa na liberdade para agir e para tomar decisões. É liberdade individual, privacidade, livre escolha, auto-regulação, independência moral, liberdade para experimentar o self e a harmonia com os próprios sentimentos e necessidades. Nesse sentido Faro (2001) afirma que a autonomia é definida como capacidade de decisão e independência pela capacidade de realizar algo com seus próprios meios, e independência como o estado de quem tem liberdade ou autonomia

Os resultados obtidos através da análise de componentes principais na tabela 10 mostram que esses idosos, apesar de estarem acamados, e não terem a sua independência em alguns aspectos, mantinham ainda sua autonomia, tinham liberdade de fazer as suas próprias escolhas e tomar suas decisões. Porém, é necessário pontuar-se que, apesar da relação do poder fazer e poder escolher encontrar-se mesmo fisicamente impedida, muitas pessoas são capazes de exercer suas liberdades de escolha e de controle sobre parte de seu ambiente. Pavarini (1996) ressalta que, se a pessoa idosa mantiver preservada sua cognição, as limitações físicas não podem constituir, por si, obstáculos para a realização de seus desejos, vontades e para que tenha participação nas decisões que dizem respeito, em especial, à própria vida.

Apesar da questão da F26.1 ter apresentado um percentual de 29,3, ou seja, um número maior de idosos que afirmaram que tinham muito pouca autonomia, é significativo o resultado apresentado na mesma faceta, o percentual de 23,0 que afirmaram ter mais ou menos autonomia e 20,0, bastante autonomia. Correlacionando com a F26.4, verifica-se que o escore médio desta questão foi de 3,5 e que a maioria dos idosos afirmaram que as pessoas ao seu redor respeitam “bastante” sua liberdade, ou seja 55% deles. Percebe-se na vida desses idosos acamados a liberdade de decisão dentro de suas limitações, autonomia de pensamento dando total liberdade de decidir com base nas suas crenças e valores. Para Caldas (2004), é mais legítimo pensar na autonomia de pessoas idosas e enfermas em termos do grau em que sua liberdade é respeitada do que em termos do grau em que são capazes de tomar decisão.

Conforme o homem vai tomando conhecimento de sua posição no universo, independente da fase de vida e de acordo com estas, a necessidade de se tornar independente tende a aumentar. Deve-se levar em consideração que ninguém é totalmente independente pois vivemos em uma sociedade. Para Zimerman (2007, p. 27), “a dependência ou a independência, portanto, não são absolutas e é necessário estabelecer em relação a que coisa ou pessoa alguém é dependente”.

Na situação de dependência, o grande desafio é saber respeitar a individualidade e a autonomia da pessoa. Portanto, a preocupação e o objetivo da pessoa idosa mesmo sendo dependente é manter a sua autonomia e o máximo de independência possível, em todos os domínios de sua vida (PASCOAL, 2000).

Neste contexto a dependência se traduz por uma ajuda indispensável para a realização dos atos elementares da vida. Por outro lado, a dependência não é um estado permanente. É um processo dinâmico cuja evolução pode se modificar e até ser prevenida ou reduzida se houver ambiente e assistência adequados (CALDAS, 2003).

Tabela 11 - Frequências e medidas descritivas da faceta “atividades passadas, presentes e futuras”

Questão	Opções de resposta	n	%	Média	Desvio Padrão
(F27.1) Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?	1 - Muito infeliz	0	0,0	3,9	0,4
	2 - Infeliz	2	2,0		
	3 - Nem feliz nem infeliz	11	11,0		
	4 - Feliz	87	87,0		
	5 - Muito feliz	0	0,0		
(F27.3) Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?	1 - Nada	77	77,0	1,4	0,8
	2 - Muito pouco	10	10,0		
	3 - Médio	11	11,0		
	4 - Muito	2	2,0		
	5 - Completamente	0	0,0		
(F27.4) O quanto que você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?	1 - Nada	7	7,0	2,7	0,9
	2 - Muito pouco	37	37,0		
	3 - Médio	35	35,0		
	4 - Muito	21	21,0		
	5 - Completamente	0	0,0		
(F27.5) Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?	1 - Muito insatisfeito	1	1,0	3,9	0,5
	2 - Insatisfeito	3	3,0		
	3 - Nem satisfeito nem insatisfeito	6	6,0		
	4 - Satisfeito	89	89,0		
	5 - Muito satisfeito	1	1,0		

Fonte: Partes da pesquisa Solânea / PB, 2008.

A faceta “Atividade passadas, presentes e futuras” descreve a satisfação por conquistas na vida e coisas a que se anseia. Observa-se na referida tabela que as questões que apresentaram maiores médias (3,9) e, portanto, melhores qualidades de vida foram: a questão F27.1, que questiona o quão felizes os indivíduos estão com as coisas que esperam para o seu futuro (nesta questão a maioria dos acamados afirmaram estar “felizes”, ou seja, 87%); e a questão F27.5, que interroga o quão satisfeitos os indivíduos estão com o que já alcançaram em suas vidas (nesta questão a maioria dos idosos afirmaram estar “satisfeitos”, 89% deles).

As outras questões estudadas juntamente a esta faceta foram: a questão F27.4 que apresentou escore médio de 2,7 e que investiga os sentimentos em relação ao reconhecimento merecido em sua vida; e a questão F27.3 que apresentou o menor escore médio (1,4) e, dessa forma, a menor qualidade de vida. Nesta questão a grande maioria dos idosos acamados afirmaram que em “nada” estão satisfeitos com suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações em sua vida, ou seja, 77% deles.

Os idosos acamados, responderam estar felizes. Esta compreensão de felicidade é muito complexa, principalmente quando vem de uma pessoa idosa com limitações. Em contra partida, assim como a qualidade de vida é subjetiva, a felicidade também e esta resposta pode ter vários fatores que a contemplam como a projeção da família, filhos, netos e/ou outras pessoas ou mesmo esta felicidade pode ser ocasionada por o indivíduo estar bem consigo mesmo e com os outros. De certa forma, a qualidade de vida é multidimensional e difícil de ser mensurada levando-se em consideração a especificidade do ser.

As vidas desses idosos ganham rumos não desejáveis e as mudanças vão acontecendo a cada dia que passa. Os sentimentos mudam muito, as percepções das coisas, da vida, das pessoas, dos valores e a importância que dão a eles são constantemente levados a se modificarem e a se adaptarem em virtude dos acontecimentos das suas vidas e daqueles que estão próximos a eles.

Os resultados obtidos através da análise de componentes principais da tabela 11 corroboram com os achados de que são muito presentes a lembrança e a saudade da vida anterior que está ligada à importância do trabalho em suas vidas conseqüentemente, vem a comparação com a vida atual. Essas Lembranças do

passado revelam a importância da sua história de vida e as experiências adquiridas e a recompensa pela felicidade de ter trabalhado e criado os filhos.

Para Santos (2001), à medida que avançamos na vida, nossas lembranças aumentam sem cessar. Mas estas lembranças não estão soltas, se organizam em função da relação que guardamos conosco e constituem a história pessoal lembrada. Esta organização pessoal do passado inicia-se já na primeira infância, chega à adolescência e continua por toda a vida, ocupando mais espaço na velhice devido talvez à pequena margem de liberdade do idoso para imaginar o futuro.

Na perspectiva do futuro, não há preocupações, planejamento, vivem o hoje, explanam sempre a expressão “graças a Deus” ou “futuro a DEUS pertence.” O sentimento da fé é um aspecto fortalecedor, a certeza da presença de Deus ajuda a esses idosos a prosseguirem suas vidas com mais perseverança, acreditando que tudo poderá ficar melhor. Silveira, Caldas e Carneiro (2006) também encontraram, em sua pesquisa, a força que têm os preceitos morais e religiosos, ajudando a enfrentar as dificuldades e seguir adiante com mais facilidade.

Esses acontecimentos se perpetuam em seu existir, fortalecendo o vínculo do passado com o presente, promovendo muitos sentimentos em sua existencialidade. A vida só tem sentido quando no ser desperta a sensação de plenitude. A realização que o idoso adquiriu durante seu desenvolvimento foi resultante de uma postura que ele seguiu em determinados momentos de sua vida (CALDAS, 2003).

Para Pena e Santos (2006), terceira idade é viver em movimento contínuo, é caminhar pela vida, ultrapassar etapas, plantar, colher os frutos e saber que alguns desses frutos caíram da árvore antes da hora e não renderam o fruto esperado. É a espera do que vem pela frente, como quem espera ver e acredita em um futuro que está por vir é plano a expectativa do que está por vir.

Tabela 12 - Frequências e medidas descritivas da faceta “Participação Social”

Questão	Opções de resposta	n	%	Média	Desvio Padrão
(F28.1) Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?	1 - Muito insatisfeito	1	1,0	3,1	0,9
	2 - Insatisfeito	29	29,0		
	3 - Nem satisfeito nem insatisfeito	31	31,0		
	4 - Satisfeito	39	39,0		
	5 - Muito satisfeito	0	0,0		
(F28.2) Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?	1 - Muito insatisfeito	0	0,0	2,7	0,6
	2 - Insatisfeito	34	34,0		
	3 - Nem satisfeito nem insatisfeito	58	58,0		
	4 - Satisfeito	8	8,0		
	5 - Muito satisfeito	0	0,0		
(F28.4) Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?	1 - Nada	57	57,0	1,5	0,6
	2 - Muito pouco	39	39,0		
	3 - Médio	3	3,0		
	4 - Muito	1	1,0		
	5 - Completamente	0	0,0		
(F28.7) Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?	1 - Muito insatisfeito	0	0,0	2,7	0,7
	2 - Insatisfeito	41	41,0		
	3 - Nem satisfeito nem insatisfeito	49	49,0		
	4 - Satisfeito	10	10,0		
	5 - Muito satisfeito	0	0,0		

Fonte: Partes da pesquisa Solânea / PB, 2008.

A seguir, na Tabela 12, avaliou-se a faceta “Participação Social” que delinea a participação em atividades do cotidiano, especialmente na comunidade. O maior escore médio e, portanto, a melhor qualidade de vida observada foi na questão F28.1, que indaga o quão satisfeitos os indivíduos estão com a maneira com a qual utilizam seu tempo. Nesta questão o escore médio foi de 3,1 e o maior percentual de respostas foi no item “satisfeito” (39%).

As outras questões estudadas nesta faceta foram: a questão F28.2, com escore médio de 2,7 e que investiga o nível de satisfação dos indivíduos com suas atividades; a questão F28.7, também com escore médio de 2,7 e que questiona os indivíduos quanto a satisfação com as oportunidades para participarem de

atividades da comunidade; e com menor escore médio (1,5), a questão F28.4 que indaga aos indivíduos o quanto eles sentem suficiente o que tem para fazer em cada dia. Nesta questão a maior proporção dos idosos acamados entrevistados assinalaram o item “nada”, ou seja, 57% deles.

A realização de atividade de lazer depende, além do tempo livre, de condições financeiras, condições físicas, educação e cultura. Os dados da pesquisa mostram especificamente que para esses idosos o lazer fica cada vez mais restrito sem muitas opções. Todas as atividades são realizadas dentro de casa devido à dificuldade de locomoção do seu estado de saúde.

As atividades são: ver televisão, ouvir rádio, dependendo da enfermidade a minoria realiza trabalhos manuais, assim como a leitura que é feita por uma pequena parcela não só pela doença mas pelo grau de escolaridade.

A esse grupo de indivíduos a pesquisa traz informações relevantes quanto à frequência de visitas de parentes e amigos. Essas redes de amizade têm um papel fundamental na sociabilidade desses idosos. As amizades dos idosos colocam em cenas as afinidades de gosto, de estilo de vida e uma outra linguagem de sentimento que apela mais abertamente para as dimensões negociadas das relações. A intimidade e a reciprocidade implicadas nas relações de amizade favorecem a construção de uma identidade comum e o estabelecimento de laços de ajuda e de conforto emocional (ALVES, 2007).

Com base nos dados levantados na análise percebe-se que para esses idosos o que está em jogo é o resgate da sua saúde, ou seja, voltar as suas atividades de quando eram saudáveis, eles não conseguem trocar o trabalho por alguma atividade de lazer. Para Doll (2007), o trabalho traz para o trabalhador a sensação de estar integrado na sociedade. Através da atividade profissional, ele se sente útil e reconhecido. Já o lazer, um simples passatempo, não traz a mesma sensação, deixando um possível sentimento de vazio.

Tabela 13 - Frequências e medidas descritivas da faceta “Morte e Morrer”

Questão	Opções de resposta	n	%	Média	Desvio Padrão
(F29.2) Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?	1 - Extremamente	1	2,0	4,3	1,2
	2 - Bastante	14	14,0		
	3 - Mais ou menos	9	9,0		
	4 - Muito pouco	5	5,0		
	5 - Nada	70	70,0		
(F29.3) O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?	1 - Extremamente	1	1,0	4,3	1,2
	2 - Bastante	15	15,0		
	3 - Mais ou menos	9	9,0		
	4 - Muito pouco	5	5,0		
	5 - Nada	70	70,0		
(F29.4) O quanto você tem medo de morrer?	1 - Extremamente	7	7,0	4,2	1,4
	2 - Bastante	14	14,0		
	3 - Mais ou menos	5	5,0		
	4 - Muito pouco	4	4,0		
	5 - Nada	70	70,0		
(F29.5) O quanto você teme sentir dor antes de morrer?	1 - Extremamente	7	7,0	3,6	1,5
	2 - Bastante	26	26,0		
	3 - Mais ou menos	11	11,0		
	4 - Muito pouco	11	11,0		
	5 - Nada	45	45,0		

Fonte: Partes da pesquisa Solânea / PB, 2008.

A Tabela 13 apresenta as frequências de respostas e medidas descritivas das questões da faceta “Morte e Morrer”. Esta faceta relaciona-se a preocupações, inquietações e temores sobre a morte e morrer. Nesta faceta as questões que apresentaram maiores médias (4,3) foram: a questão F29.2, que questiona o quão preocupado o indivíduo está com a maneira pela qual irá morrer (nesta questão a maior proporção dos indivíduos assinalaram o item “nada”, ou seja, 69,7%); e a questão F29.3, que investiga o medo de não poder controlar a morte (nesta questão a maior proporção dos idosos também assinalaram o item “nada”). A questão com o menor escore médio dessa faceta foi a F29.5, que investiga o medo de sentir dor antes de morrer. O escore médio desta questão foi 3,6.

O ser humano tornou-se ciente de si mesmo, da sua existência, e essa consciência da própria vida abriu oportunidades para planejar e organizar o seu futuro e sua vida. Mas em contra partida, a consciência da sua existência leva necessariamente à consciência da finitude da vida, a morte.

O caráter de tabu que a morte recebeu nas sociedades contemporâneas também é destacado por Norbert (2001) ao relatar o afastamento da morte como consequência de um processo civilizador, no qual o desenvolvimento das ciências e o avanço da medicina despertaram, na sociedade, a crença de que o processo natural de envelhecer e morrer pode ser controlado. Ademais, com o auxílio do progresso médico e a capacidade crescente de prolongar a vida do indivíduo e aliviar as dores do envelhecimento e da agonia, a morte constitui um dos fatos que indica que o controle humano sobre a vida e a natureza tem limites.

Esta questão da Morte e Morrer, desde os primórdios da vida, representa um desafio para o homem. A aversão dos adultos a tudo aquilo que lembre a idéia da morte é uma tendência muito antiga na história da humanidade, e dominante no atual estágio da civilização. Como consequência muitas pessoas, especialmente ao envelhecerem, vivem um constante terror da morte, criando fantasias pelo medo de morrer, e estas podem ser tão intensas, e reais, quanto dor física de um corpo em deterioração.

Saber que nossa vida tem um fim geralmente deixa um sentimento de melancolia, até porque, no nosso inconsciente, nós não admitimos a possibilidade de morrer. Doll e Py (2007), relembra Freud, que diz ostentarmos uma tendência para arquivar a morte, para eliminá-la da vida, para silenciá-la. No inconsciente todos estamos convencidos de nossa própria imortalidade. Nesse sentido, a morte é deplorável, nos toma sempre de surpresa, mal preparados, e com o qual nos defrontamos com muito medo e todo tipo de negação. Entretanto, mesmo quando o medo da morte parece ausente, ela está onipotentemente presente, vindo à tona em situações de crise ou em certas fases evolutivas quando os nos impõem a realidade da morte.

No presente estudo, a maior parte dos idosos afirmaram que não estão preocupados de que maneira irão morrer, muito menos de não poderem controlá-la, e também não temem a morte. Observou-se que essa maioria era de idosos mais religiosos, que têm o hábito de ler a Bíblia e que em toda sua trajetória de vida tiveram uma participação nos trabalhos comunitários da igreja. Eles vêem a morte como um acontecimento natural da vida: nascer, crescer, multiplicar e morrer. O sentimento da fé e confiança que essas pessoas demonstram parece ser maior, traz a elas a tranquilidade e aceitação da morte.



Para Pena e Santos (2006), a velhice também é uma etapa da vida em que os seres humanos geralmente voltam-se para a religiosidade. A esperança da vida eterna para o ser humano e para a história constitui um apoio e uma força insuperável nos anos de enfraquecimento e de inevitável aproximação de uma meta, que se apresenta como desconhecida e incerta, mas que para o crente, na verdade, é o momento do encontro definitivo com Deus.

Quanto aos idosos que responderam que tinham bastante medo da morte, demonstraram não estarem preparados, e até sofrem por acharem que estão muito próximo da morte, devido sua enfermidade e idade. O que foi observado é que essas pessoas não eram ateus, mas não tinham nenhuma aproximação com religião alguma e nunca tiveram vínculo com a comunidade. “Acreditamos que a fé ou a espiritualidade, independente da religião que se siga, pode e deve dar uma importante contribuição para o desenvolvimento da qualidade de vida” (CURY, 2004. p. 212).

Um aspecto relevante é na questão da (F29.5) em que os idosos apresentaram uma preocupação com o medo da dor antes da morte, mesmo nas questões anteriores das outras facetas não tendo apresentado receio da morte e nem preocupação com a mesma. Entretanto, a passagem para outra vida é um mergulho no desconhecido, e principalmente na forma como se dá. O medo dessas pessoas é compreensível na nossa cultura, onde vivenciamos o processo de morrer permeado de dores, tanto para o doente como para os familiares que acompanham a trajetória.

Segundo Néri (2007), no estudo sobre Idosos no Brasil - Vivências, Desafios e Expectativas na Terceira Idade, realizada pela Fundação Perseu Abramo (FPA) e pelo SESC (Serviço Social do Comércio), oitenta por cento dos idosos e 90% dos não idosos entrevistados afirmaram que a morte não assusta, pois sabemos que faz parte da vida. No entanto, tememos a dependência, a perda de dignidade, a solidão e o sofrimento que, sabemos, podem anteceder a morte. Esse não é um dado somente brasileiro, uma vez que a literatura científica de vários países mostra fatos semelhantes.

Uma das atitudes que o homem idoso desenvolve diante da proximidade da sua morte é a necessidade de fugir da passividade, mantendo assim o controle ativo da vida e da morte. Este domínio ativo da vida, que o leva ao abandono do poder,

seria uma etapa construtiva para a aceitação realística de sua morte inevitável. Portanto, manter o domínio ativo da própria vida seria de fundamental importância para a solução da crise desta etapa (BEAUVOIR, 1990).

Aqueles que temem pensar e falar na morte porque ela representa o fim deveriam começar a refletir melhor a respeito. Afinal, seria pensar muito pequeno achar que a vida acaba aqui. E não estou falando necessariamente em vida espiritual. Nós não morremos, continuamos existindo naquilo que fizemos, no legado que deixamos, por meios de pessoas, de idéias, de nossa herança afetiva e de nossas atitudes. Nosso corpo físico acaba, mas não o nosso eu. “Ter medo da morte é ter medo de viver. A vida é um processo, não uma meta” (ZIMERMAM, 2007, p.118).

Tabela 14 - Frequências e medidas descritivas da faceta “Intimidade”

Questão	Opções de resposta	n	%	Média	Desvio Padrão
(F30.2) Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?	1 - Nada	1	1,0	3,4	0,8
	2 - Muito pouco	13	13,0		
	3 - Mais ou menos	35	35,0		
	4 - Bastante	48	48,0		
	5 - Extremamente	3	3,0		
(F30.3) Até que ponto você sente amor em sua vida?	1 - Nada	3	3,0	3,4	1,0
	2 - Muito pouco	20	20,0		
	3 - Mais ou menos	21	21,0		
	4 - Bastante	51	51,0		
	5 - Extremamente	5	5,0		
(F30.4) Até que ponto você tem oportunidades para amar?	1 - Nada	6	6,0	3,2	1,0
	2 - Muito pouco	21	21,0		
	3 - Médio	27	27,0		
	4 - Muito	44	44,0		
	5 - Completamente	2	2,0		
(F30.7) Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?	1 - Nada	5	5,0	3,2	1,0
	2 - Muito pouco	21	21,0		
	3 - Médio	29	29,0		
	4 - Muito	42	42,0		
	5 - Completamente	3	3,0		

Fonte: Partes da pesquisa Solânea / PB, 2008.

A faceta “Intimidade” avalia a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas. As questões que apresentaram maiores médias (3,4) na faceta “Intimidade” foram: a questão F30.2, que questiona até que ponto o indivíduo tem um sentimento de companheirismo em sua vida (nesta questão a maior proporção dos indivíduos assinalaram o item “bastante”, ou seja 48%); e a questão F30.3, que investiga até que ponto os indivíduos sentem amor em sua vida (nesta questão a maior proporção dos idosos também assinalaram o item “bastante”, ou seja 51% deles).

As questões que apresentaram menores médias (3,2) na faceta “Intimidade” foram: a questão F30.4, que estuda até que ponto os indivíduos têm oportunidade para amar (nesta faceta a maioria dos idosos assinalaram o item “muito”, ou seja, 44% deles); e a questão F30.7, que levanta até que ponto os indivíduos tem oportunidades para ser amados (nesta questão a maioria dos acamados assinalaram o item “muito”, ou seja, 42%).

Para Abegg, Rodrigues e Solar (2008), o sexo na velhice está envolto em preconceitos, delírios de grandeza, complexos e frustrações, mas a velhice não é necessariamente uma barreira para uma vida sexual ativa. Homens e mulheres devem estar conscientes das mudanças que estão ocorrendo em seus corpos, e os parceiros devem investir mais em carícias, toques, beijos e carinhos durante todo o dia e não só na hora do ato sexual.

Assim, a intimidade se relaciona em vários fatores que extrapolam o sexo propriamente dito. Pelos depoimentos dos idosos entrevistados, o conceito de intimidade diz respeito a pessoas próximas, incluindo os familiares como filhos, netos e outros. Considerando que o homem vive em uma sociedade e que se precisa de outros indivíduos para sua completude, os idosos do estudo não ficaram à margem. Portanto esses idosos entrevistados contribuíram através de suas falas com um novo conceito de intimidade compreendido pela pesquisadora.

Neste estudo, intimidade significa ter o outro que escuta, ampara, troca experiência, cuida durante os problemas do dia a dia e, finalmente, ajuda o idoso a ser realmente um velho que viva dignamente seu processo de envelhecimento dentro de um contexto social considerado essencialmente importante para uma boa qualidade de vida.

Para Santos et al. (2002), a qualidade de vida do idoso compreende a consideração de diversos critérios de natureza biológica, psicológica e sócio-estrutural, pois vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice: longevidade, satisfação, controle cognitivo, continuidade de relações informais com amigos. Há na literatura estudos sobre desenvolvimento na velhice que demonstram que aquilo que movimenta a pessoa em direção a algo é o que dá significado à vida e vai adquirindo significações diversas ao longo do desenvolvimento humano. Assim, para os idosos, a força motriz da busca de contatos está muito mais ligada a conteúdos emocionais e afetivos do que a busca de informações, preponderantemente mais fortes nos jovens (VICINI, 2002).

Cabe salientar que, mesmo em situações de extrema mudança na vida, essas pessoas demonstram a força de vontade de fazer de sua vida atual uma forma de readaptação às adversidades. Mas isso é possível porque essas pessoas têm a ajuda de seus familiares ou de pessoas que acabaram tornando-se da família pelo carinho despendido no cuidado pela pessoa acamada. Sentir-se feliz, amada, e bem cuidada por toda família acaba atenuando o sofrimento.

O suporte social dado pela família e a possibilidade de manter as relações sociais entre as gerações familiares e amigos favorecem a auto-estima e reduzem problemas de saúde, principalmente da saúde mental. A possibilidade de participar, ajudando de alguma forma, sendo ouvido e respeitado nas decisões são fatores de grande importância na manutenção da saúde e na qualidade de vida dos idosos, mesmo dos fisicamente debilitados (RAMOS, 2002).

Nesse contexto, elementos tais como amor, surpresa, perdão, alegria, esperança, doação e partilhamento atuam no sistema imunológico. Isso quer dizer que as emoções desencadeiam reações físicas. E atualmente, a medicina em geral, e particularmente a psiquiatria, enfatizam a importância do bom humor, dos bons sentimentos e da afetividade sadia na qualidade de vida e na saúde global da pessoa (BALLONE, 2008).

Tabela 15 - Escores médios e desvios padrão para a qualidade de WHOQOL-OLD

Facetas	Escore médio	Desvio Padrão
Funcionamento do sensório	62,2	27,9
Autonomia	31,4	14,2
Atividades passadas, presentes e futuras	48,7	9,4
Participação social	37,4	11,5
Morte e morrer	76,8	25,1
Intimidade	56,6	19,4
Total	52,3	9,9

Fonte: Partes da pesquisa Solânea / PB, 2008.

Na Tabela 15, estão apresentados os escores médios e desvios padrão (na escala de 0 a 100) para as facetas do WHOQOL-OLD, bem como o escore total. Observa-se que o escore médio total para a qualidade de vida dos idosos acamados do município de Solânea foi de 52,3. Isso significa que o índice de qualidade de vida destes idosos está um pouco acima da média da escala.

A faceta com o maior escore médio (76,8) foi “Morte e Morrer” indicando que os indivíduos entrevistados possuem poucas preocupações, inquietações e temores quanto a morte e morrer e, portanto, uma melhor qualidade de vida nesta faceta. Já a faceta que apresentou o menor escore médio (31,4) foi “Autonomia”, sugerindo uma pior qualidade de vida nesta faceta. Observa-se que o escore da faceta “Autonomia” se encontra bem abaixo da média da escala.

Vale ressaltar segundos os autores Murray e Jennings (2005) Quando é inevitável o confronto com a morte, freqüentemente agimos como se morrer fosse um problema apenas da pessoa que está morrendo e não considerarmos a inserção da nossa própria morte numa rede vital de relações intrapsíquicas e interpessoais altamente complexas. O fato é que morremos como vivemos.

È interessante destacar que a autonomia é um princípio ético e uma forma de liberdade pessoal baseada no respeito pelas pessoas. Ou seja, as pessoas têm o direito de determinar o curso de suas vidas, desde que o exercício do seu direito à

autodeterminação não atente contra a autonomia dos semelhantes (PASCHOAL, 2000).

Destarte, a compreensão de qualidade de vida na velhice está atrelada ao significado de velhice dado pelos idosos, inseridas neste contexto as referências às mudanças do corpo e às imagens desse corpo, ao estilo de vida, aos contrastes sociais e culturais que se caracterizam ao longo de suas vidas.

É oportuno destacar os resultados da pesquisa dos autores Fleck, Chachamovich e Trentini (2003) com pessoas velhas. Os mesmos observaram que os idosos de 60 a 80 anos que se descreveram como saudáveis definiram qualidade de vida em termos de ter alegria na vida, amor e amizade, ao passo que os idosos da mesma faixa etária que se descreveram como doentes a definiram em termos de bem-estar, dinheiro e sentir-se bem, os de mais de 80 anos saudáveis falaram em saúde, espiritualidade e ter boas condições de vida, ao passo que os “doentes da mesma faixa etária usaram como critérios a independência, a cognição, a liberdade e a saúde”. Este achado da pesquisa dos autores suplicados com relação às explanações dos idosos doentes sobre qualidade de vida corrobora com os dados do presente estudo.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

“De tudo ficará três coisas:  
A certeza de que se está sempre começando,  
A certeza de que é preciso continuar,  
A certeza de que seria interrompido antes de  
terminar.  
Fazer da queda um passo de dança,  
Do medo uma escala,  
Do sono uma ponte,  
Da procura um encontro”.

(Fernando Sabino)

O estudo permitiu evidenciar aspectos da qualidade de vida de idosos acamados no universo de Solânea – PB. Para possibilitar esta investigação utilizamos o instrumento de mensuração de qualidade de vida da OMS, instrumento este denominado *whoqol-old* (1999) por ser utilizado para mensurar a qualidade de vida dos idosos. O *Whoqol-old* apresenta-se com 24 itens distribuídos em 6 facetas: funcionamento sensorio; autonomia; atividades passadas presentes e futuras; participação social; morte e morrer e intimidade. Na faceta funcionamento do sensorio, cujo percentual maior de respostas é 66%, no qual os idosos entrevistados afirmaram que o fato da diminuição do funcionamento dos sentidos não afeta o relacionamento interpessoal. Com relação às avaliações de seus sentidos como (olfato, tato, paladar, visão e audição), 38% dos idosos disseram estar muito ruim, o que significa que é fisiológica a perda dos sentidos com o desgaste fisiológico normal do processo de envelhecimento.

Com relação à faceta autonomia 55% dos idosos entrevistados disseram que as pessoas respeitam bastante sua liberdade, entretanto um percentual negativo, ou seja, ninguém fez alusão ao impedimento de fazer as coisas que gostariam de fazer. Na faceta atividades passadas, presente e futuras, 89% dos idosos disseram estar muito satisfeitos com o que alcançaram na sua vida, entretanto com relação as atividades futuras, quando questionados se estão felizes com o que podem esperar daqui para frente, um percentual negativo (0%) alegou não estar infeliz, o que quer dizer que esses idosos planejam atividades futuras. Na faceta participação social, 57% dos idosos disseram não ter nada para fazer no dia a dia e um percentual negativo (0%) encontram-se insatisfeitos com o seu nível de atividade.

Na faceta morte e morrer, 70% não estão preocupado com a maneira de como vão morrer, e 45% alegaram que a preocupação destes idosos acamados se reporta à dor. A faceta intimidade mostrou que 51% sentem amor em sua vida e 1% declarou não ter companheirismo em sua vida.

Ao estudar essas facetas, vislumbramos alguns resultados que poderíamos chamar de esperados como, por exemplo, a mudança na vida da pessoa acamada gera um impacto significativo na vida dos demais membros da família, o que começa a existir uma maior necessidade de compreensão e colaboração de todos. Entre as coisas que estão mais presentes, não podemos deixar de ressaltar a saudade da vida anterior que está ligada à importância do trabalho em suas vidas e às simples



atividades da vida como andar, tomar banho, comer. No entanto, podemos afirmar que esses idosos entrevistados pelo fato de estarem acamados não são pessoas infelizes e vislumbram o futuro que não se evidencia na maioria das pessoas que não aceitam a velhice.

As observações, durante as entrevistas, possibilitaram uma aproximação maior com os idosos e assim pude conhecê-los melhor, possibilitando também conhecer a complexa e problemática que envolve a vivência da doença crônica. Comprometendo muito além do que apenas a esfera biológica, ela acaba interferindo de diferentes formas no próprio estilo de vida das pessoas acometidas, do seu grupo familiar e social. Então, trabalhar com esses idosos trouxe inúmeras contribuições no sentido da valorização da vida. Ainda o estudo aponta para outras investigações, em outra população, mesmo porque os idosos pesquisados residem em cidade interiorana, onde se observa o compromisso da família de cuidar do ser idoso .

Foi importante constatar que a percepção da qualidade de vida, para os entrevistados, parece ser fortemente determinada por fatores de ordem socioeconômica, uma vez que a doença interrompe ou dificulta a inserção no processo produtivo, diminuindo as possibilidades de acesso aos bens de consumo. Ao mesmo tempo, as pessoas com dependência passam também a experimentar diferentes sentimentos e comportamentos decorrentes de alterações na capacidade física, na auto-estima e na imagem corporal, nas relações com outras pessoas e na realização de uma série de atividades da vida diária.

Aos profissionais envolvidos com a assistência à saúde, é de fundamental importância a consideração de que a doença seja ela aguda ou crônica, é uma experiência bastante complexa e individualizada.

É preciso enfatizar também que, no processo de adaptação às limitações decorrentes da doença, nós enfermeiros, temos um importante papel a desempenhar. Neste processo há muito por se fazer no sentido de que as ações da equipe de saúde levem em conta a multidimensionalidade do conceito de qualidade de vida.

A qualidade de vida tem um enfoque mais generalizado, englobando em um discurso sensações e reflexões de todos os aspectos anteriormente relatados. As

histórias de vida são as mais diversas possíveis que convergem com um mesmo destino, causas primárias e ímpares que com o passar do tempo foram delineando um ideal de vida comum. É a busca de cuidados, liberdade, autonomia, solidão, um encontro com a saúde. Há relatos de desprezo familiar, da perda de contato, saudade, da insociabilidade com as pessoas. Apesar de algumas vezes as idéias discordarem em situações diversas, as citações nas histórias não se limitaram ao que cada um falava, influenciaram na sua saúde e qualidade de vida.

Diante da realidade inquestionável das transformações demográficas iniciadas no último século e que nos fazem observar uma população cada vez mais envelhecida, sendo essa parcela muito vulnerável a ficar acamada. Precisamos de estratégias de colaboração e de ajuda a essas famílias de forma mais eficiente. Precisa, acima de tudo, ter uma abordagem sistêmica na qual busquemos valorizar a importância do cuidador, para que a pessoa acamada sinta-se amparada em suas necessidades básicas, proporcionando segurança, um ambiente acolhedor, assim como a autonomia permitida por um ambiente estimulador são ambas necessárias para a melhora da qualidade de vida em busca da independência.

A dependência deve ser destacada como um processo dinâmico. Sua evolução pode modificar-se ou até ser prevenida se houver ambiente e assistência adequados. Portanto, a solução do problema representado pelo envelhecimento com dependência inclui o delineamento de uma política que envolva todos os setores da sociedade, e não apenas o governo, e o estabelecimento de programas que atendam aos idosos independentes a fim de prevenir a dependência. E isso deve ser parte dos programas de promoção da saúde.

Cumprir assinalar que estando acamado, o idoso pode desempenhar atividades tornando-se útil com terapia ocupacional, haja vista, que estando o sono, o tratamento médico e a concentração preservados temos a obrigação de valer os direitos destes idosos garantidos na constituição Federal, na Política Nacional do Idoso, o Estatuto do Idoso e por último no Pacto de Vida e no Pacto pela Saúde 2006 a partir da Portaria 399/GM, em que o Idoso faz parte de um grupo prioritário na reorganização da Atenção Básica a Saúde.

Os idosos entrevistados são cuidados pelas famílias, entretanto, com relação a assistência à saúde, evidencia-se a precariedade dos serviços de saúde no município onde se realizou a investigação. Nesta perspectiva, o trabalho irá

contribuir para que as autoridades do município tenham conhecimento dos resultados para melhorar o nível de assistência a esses idosos e conseqüentemente melhorem sua qualidade de vida.

Embora trate-se, ainda, de uma questão que gera questionamentos e inquietações, esta realidade não pode ser omitida pelos órgãos governamentais e pela sociedade em geral. A atenção e o suporte a essas pessoas são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida do idoso fragilizado e do próprio idoso cuidador.

Esta pesquisa reforça a necessidade de redirecionar a atenção à saúde do idoso, buscando identificar, no cotidiano dos serviços de saúde, a presença de incapacidade funcional entre os idosos, as principais necessidades de cuidado e o conhecimento do cuidador para lidar com as incapacidades. E, diante das necessidades surgidas nas últimas décadas com o processo de envelhecimento populacional, torna-se imprescindível redirecionar a formação acadêmica e qualificação dos profissionais de saúde valorizando não somente o conteúdo, mas também a sua aplicação na prática profissional. A enfermagem, por sua vez, deverá compor a equipe multidisciplinar enfatizando a promoção à saúde e a prevenção de incapacidades.

## **REFERÊNCIAS**

“ A velhice só começa quando se perde o interesse. “

(Jean Rostand)

ALVES, A. M. Os idosos, as redes de relações sociais e as relações familiares. In: Néri *et al.* (org) **Idosos no Brasil vivências, desafios e expectativas na terceira idade**: São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2007. Cap. 9, p. 139.

ARANHA, V. C. A representação social do envelhecimento e os determinantes afetivo-emocionais: semelhanças e conflitos entre os idosos e não idosos usuários do HC-FMUSP. Dissertação. (Mestrado). USP, São Paulo, 2003.

ARAÚJO, L. F.; CARVALHO, V. A. M. L. **Aspectos sócio-históricos e psicológicos da velhice**. Disponível em: <<http://www.seol.com.br/mneme>>. Acesso em: 05 jul. 2007.

ABEGG, G.; RODRIGUES, L. C. B.; RODRIGUES, M. da G. S. **A sexualidade na terceira idade sob o olhar dos participantes do grupo de idosos Papimar**. Disponível em: <[http://www.fazendogenero7.ufsc.br/artigos/A/Abegg-Rodrigues-Rodrigues\\_45.pdf](http://www.fazendogenero7.ufsc.br/artigos/A/Abegg-Rodrigues-Rodrigues_45.pdf)>. Acesso em: 29 out. 2008.

AZEVEDO, J. R. D. As quedas na terceira idade. 2002. Disponível em: <[http://www.ficarjovemlevatempo.com.br/monta\\_tela.php4terceiridade](http://www.ficarjovemlevatempo.com.br/monta_tela.php4terceiridade)>. Acesso em: 05 maio 2008.

BALLONE, G. J. Alterações emocionais no envelhecimento. **PsiquWeb, Psiquiatria Geral**. Disponível em: <http://gballone.sites.uol.com.br/geriat/andropausa.html>. 2002. Acesso em: 12 abr. 2008

BANCO MUNDIAL. Brasil - Enfrentando o desafio das doenças não transmissíveis no Brasil. **Relatório**, n. 32576-BR, 2005.

BARROS, M. M. L. de. Identidade e memória. In: Barros, M. M. (Org) **Velhice ou terceira idade?** Rio de Janeiro, FGV, cap. 3, p. 138. 2007.

BARROS, R. C. M. Variação da qualidade de vida após a internação na Unidade de Terapia Intensiva: instrumento de medida *WorldHealth Quality of Life 9WHOQOL – BREF*, 2002. 117 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2002.

BEAUVOIR S. **A velhice**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BERTONCELLO, K.C.G. **Qualidade de vida e a satisfação da comunidade do paciente após a laringectomia total**: construção e validação de um instrumento de medida. 2004. 206f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

BRASIL. Secretaria Nacional de programas Especiais de saúde. **Programa de saúde do idoso**. Disponível em: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso 03/02/2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 2 ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº196/96**. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde, Brasília, DF: CONEP, 2000.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. (documento para discussão). Ministério da Saúde, Brasília, 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília, Ministério da Saúde, 2006b. Cadernos de Atenção Básica: n.14 Série, A. Normas e Manuais Técnicos.

BUSSAB, W. O.; MORETTIN, P. A. **Estatística básica**. 4. ed. São Paulo: Atual, 1987.

CACHIONI, M. **Quem educa os idosos?** Um estudo sobre professores de universidades da terceira idade. Campinas (SP): Alínea, 2003.

CALDAS, C. P. **O sentido do ser cuidando de uma pessoa idosa que vivencia um processo demencial**. 2000. 141f. Tese. (Doutorado). Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ, Rio de Janeiro, 2000.

\_\_\_\_\_. Envelhecimento com dependência: responsabilidade e demandas da família. **Caderno Saúde Pública**, v. 19, n. 3. Rio de Janeiro, p. 773-781, 2003.

CAMARANO, A. A. (org) **Idosos brasileiro**: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas. Brasília, Presidência da República, subsecretaria de direitos humanos, 2005.

CAMARANO, A. *et al.*. Como vive o idoso brasileiro? In: Camarano, A. A. (org) **muito além dos 60 – os novos idosos brasileiro**. Rio de Janeiro, IPEA, 2004, p. 141. 2004.

CAVALCANTI, M. G. P. H.; SAAD, P. M. **Considerações preliminares e o plano de ação mundial sobre o envelhecimento**: o Idoso na Grande São Paulo. São Paulo: Coleção Realidade Paulista, p.175-179, 1990.

CHACHAMOVICH, E. *et al.*. Qualidade de vida em idosos: desenvolvimento e aplicação do módulo *Whoqol-old* e teste do desempenho do instrumento whoqol-bref em uma amostra de idosos brasileiros. 2006. 125 f. Dissertação (Mestrado). UFRGS. PPG Psiquiatria. Porto Alegre, 2006.

CICONELLI, R. M. *et al.*. Tradução para a língua portuguesa e avaliação do questionário genérico de qualidade de vida SF – 36 (Brasil SF – 36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 143-150, maio/jun. 1999.

CYPEL, M. Envelhecimento, senescência, senilidade. **Revista Universo Visual**. Disponível em: <[http://www.universovisual.com.br/publisher/preview.php?edicao=1106&id\\_mat=1374](http://www.universovisual.com.br/publisher/preview.php?edicao=1106&id_mat=1374)>. Acesso em nov./2006.

COFEN. **Conselho Federal de Enfermagem**. Resolução 311/2007. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2007. disponível em: <<http://www.portalcoren-rs.gov.br/web/resoluca/r311.htm>>. acesso em Nov de 2008.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

CURY, A. **12 Semanas para mudar uma vida**. Colinas, SP: Academia de Inteligência, 2004.

DANTAS, R. A. S; SAWADA, N. O; MALERBO, M. B. Pesquisa sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 532-8, jul/ago. 2003.

DOLL, J. Educação, cultura e lazer: perspectivas de velhice bem-sucedida. In: Néri *et al.* (Org) **Idosos no Brasil vivências, desafios e expectativas na terceira idade**: São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2007. cap. 8, p. 111.

DOLL, J.; PY. L. Idoso em relação com a morte: aspecto éticos. In: Néri (Org.) **Qualidade de vida na velhice**. Campinas, SP: Alínea, cap. 12 p. 288. 2007.

DOUGLAS, C. R. R. **Tratado de fisiologia aplicada à fisioterapia**. São Paulo: Robe Editorial, 2002.

DRUMMOND DE ANDRADE, C. (1987) **O avesso das coisas**. Rio de Janeiro.

EIKINGTON, J. R. Medicine and quality of life. **Ann. Intern. Med.**, v. 64, p. 711 – 4, 1966.

ELIOUPOULOS, C. **Enfermagem gerontológica**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed. 2005.

FARQUHAR, M. Elderly people's definitions of quality of life. **Social Science Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1439- 1446, 1995.

FARO, A. C. M. Autonomia, dependência e incapacidades: Aplicabilidade dos conceitos na saúde do adulto e do idoso. In: **Brasil, instituto para o desenvolvimento da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, p.137 – 140, 2001.

FIGUEIREDO, N. M. A. *et al.*. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul, SP: Difusão Enfermagem, 2004. GUIDI, M. L. M; MOREIRA, M. R. L. P. (Org). *Rejuvenescer a velhice*. 2. ed, Brasília: UNB, 1996, p. 250.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (Whoqol -100): características e perspectivas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.33 -38, 2000.

FLECK, M. P. A; CHACHAMOVICH, E; TRENTINI, C. M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Rev Saúde Pública.**; v.37 n. 6, p. 793-799. 2003.

FLECK, M. P. A. *et al.*. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev. Bras. Psiquiatria**. São Paulo, v.1, n.1, p.19-27, abr. 1999a.

FLECK, M. P. A. *ET AL.*. Development and application of the Portuguese version of the World Health Organization Quality of Life Assessment for Old People – The *Whoqol-old* modulo. **Rev Saúde Pública**, v, 40 n. 4, p. 120 – 129. 2006.

FORATTINI, O. P. Qualidade de vida e meio urbano. Cidade de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 75-86, 1991.

FREITAS, E. V. *et al.*. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

GIRARDON-PERLINI, N. M. O. **Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar**. Coleção trabalhos acadêmicos científicos. Série dissertações de mestrado, SP: UNIJUI, 2001.

GIATTI, L; BARRETO, S. M. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 759-771, maio-junho, 2003.

GOLDFARB, D. C. **Corpo, tempo e envelhecimento**. São Paulo: Casa do psicólogo, 1998

GORDILHO, A. *et al.*. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**. Rio de Janeiro: UNATI. 2000.

GRUPO WHOQOL.. **Avaliação de qualidade de vida. Whoqol (versão em português)**. Organização Mundial da Saúde 1998. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html>>. Acesso em 26 maio 2007.

HEREDIA,V.B.M. *et al.*. **A realidade do idoso institucionalizado**.Textos Envelhecimento, 2004, v. 7, n. 2. Disponível em: <<http://www.unati.uerj.br>> Acesso em: 20/07/2008.



HOFFMANN, Maria Edwiges. **Bases biológicas do envelhecimento**. Disponível em: <[www.consciencia.br](http://www.consciencia.br)>. Acesso: 03/12/2006.

IGLESIAS, R. B. Qualidade de vida de alunos-trabalhadores que cursam a graduação em enfermagem. 2002. 97 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2000: características da população e dos domicílios - Resultado do universo. Rio de Janeiro (RJ): IBGE, 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>>. Acesso Abr 23. de 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico 2005: Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/>>. Acesso ago 12. de 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTSTÍSTICA. (IBGE). **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**. (PNAD) 2006. Disponível em: <[www.ibge.gov.br/home](http://www.ibge.gov.br/home)>. Acesso em 10 set./2008.

YESAVAGE, J. A. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **Journal of Psychiatric Research**, n.17, p. 37- 49, 198).

JACOB FILHO, W. EDITORIAL. Envelhecimento e qualidade de vida. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 18, n. 1, p. 3, jan/mar. 2003.

JACQUES, W. C. A. Qualidade de vida: algo mais de que um elenco de benefícios. **Treinamentos & Desenvolvimento**, ano 4, n. 43, jul., p. 32-33, 1996.

JORGE, M. Idosos em ativa idade. **Revista Espaço Aberto Comportamento Terceira Idade**, São Paulo, n. 51, jan. 2005.

KAWAKAME, P.M.G.; MIYADAHIRA. Qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. **Rev. Esc. Enferm.** USP, v.39, n.2, p.164-72, 2005.

KAWAMOTO, E. E.; SANTOS, N. C. H. dos; MATOS, T. M. de. **Enfermagem comunitária**. São Paulo: EPU, 1995.

KLUTHCOSVSKY, A. C. G. C. Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de um município do interior do Paraná. Ribeirão Preto. 2005. 127f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de São Paulo, 2005.

LADISLAU, L. Lazer e a participação social. **A Terceira Idade**, v. 13; n. 25 p. 7 – 25. 2002.

LEON, A. S. Introduction to the Symposium: age as a criterion for work performance chronologic vs physiologic age. **Med Science in Sports and Exercise**, v. 19, n. 2, p. 157 – 58, 1987.

LENTEZ, R.A.. *et al.*. O profissional e a qualidade de vida: uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.4, p.7-14, ago. 2000.

LIMA, M. A. A gestão da experiência de envelhecer em um programa para a terceira Idade: A UNATI /UERJ. In: VERAS, RP. (Org) **Velhice numa perspectiva de futuro saudável**. UNATI/ UERJ, Rio de Janeiro, 2001

LIMA, C.; M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 700-701, 2003.

LIMA-COSTA, M. F. Influencia da idade e da escolaridade no uso de serviço preventivos de saúde – inquérito de saúde da região metropolitana de belo horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Epidemiologia e Serviço de Saúde**. v.13, n. 4, out./dez., 2004. p 209 – 15.

LIMA-COSTA, *et al.*. Socioeconomic position and health in a population of Brazilian elderly, the Bmbui Heealth and Ageing Study (BHAS). **Pan-American Journal of Public Health**, v. 13, p. 387 – 394, 2003.

MEDEIROS, S. A. *et al.*. As trajetórias de vida dos cuidadores principais. In: Karsch, U. M. S. (Org) **Envelhecimento com dependência**: revelando cuidadores: São Paulo: EDUC, 1998. p. 87-145.

MEEBERG, A. G. Quality of life: a concept analysis. **Jounal of Advanced Nursing**, v. 18, p.32 – 38, 1993.

MEIRELLES, C. **Melhores poemas**. 15. ed. São Paulo: Global, 2004.

MENDES, W. **Home Care**: Uma Modalidade de Assistência à Saúde. Universidade Aberta da Terceira Idade. Rio de Janeiro:Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2001.

MINAYO, M. C. S.; HARTS, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.07 -17, 2000. ISSN. 1413 – 8123.

MOREIRA, W. W. (Org). **Qualidade de vida**: complexidade e educação. Campinas: Papyrus, 2001.

MOREIRA, M. M. da S. Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento. Dissertação. (Mestrado). 2000. 100f. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2000.

MOTTA, A. B. Envelhecimento e sentimento do Corpo. In: Minayo, M. C. S.; COIMBRA Jr., C. E. A. (Orgs). **Antropologia**, saúde e envelhecimento, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 37-50, 2004.

MURRAY, T. H.; JENNINGS, B. The quest to reform end of life care: why has it been so difficult? *Hasting Center Report*, v. 6, n. 35, p. 552- 557, 2005.

MUSIEK, F. E.; RINTELMANN, W. F. **Perspectivas atuais em avaliação auditiva**. São Paulo: Manole, 2001.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina, Mimiograf, 2001. 238p.

NERI, M. Renda, consumo e aposentadoria: evidências, atitudes e percepções. In: Néri *et al.* (org) **Idosos no Brasil Vivências, Desafios e Expectativas na Terceira Idade**: São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2007, cap. 7, p. 91.

NERI, A. L. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: NERI, A. L, organizadora. **Qualidade de vida na idade madura**. Campinas (SP): Papyrus, 2006. p.9-56

\_\_\_\_\_. Atitudes e preconceitos em relação à velhice. In: NÉRI *et al.* (org) **Idosos no Brasil vivências, desafios e expectativas na terceira idade**: São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2007. cap. 4, p. 55.

\_\_\_\_\_. Feminização da velhice. In: NÉRI *et al.* (org) **Idosos no Brasil vivências, desafios e expectativas na terceira idade**: São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2007. cap. 3, p. 33.

NERI, A. L.; CACHIONE, M.; RESENDE. M. C. Atitudes em relação à velhice. In: Freitas *et al.*. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Koogan, p. 972-980. 2007.

NERI, A. L.; FREIRE, S. A. (Org). **E por falar em boa velhice**. São Paulo: Papyrus, 2000.

NORBERT, E. **A solidão dos moribundos seguido de envelhecimento e morrer**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Doenças crônicas degenerativas e obesidade**: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, 2003. 60p.

PALLONI, A.; PELÁEZ, M. Histórico e natureza do estudo. In: LEBRÃO, M. L, DUARTE, YAO. **SABE**: saúde, bem-estar e envelhecimento. O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; p. 13-32, 2003.

PARAHYBA, M. I.; SIMÕES, C. C. S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, Rio de Janeiro p. 967-974, out-dez/2006.

PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de gerontologia**. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atheneu, 2007.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. São Paulo. 2000. 255f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina, São Paulo: Universidade de São Paulo, 2000.

PASCHOAL S. M. P. Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método de impacto clínico. 2004. 300f. [Tese]. São Paulo: USP/Programa de Pós-Graduação em Ciências; 2004

PAVARINI SCI, Neri AL. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: DUARTE, YAO, Diogo MJD'E. **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p.62-63.

PAVARINE, S. C. I. Dependência comportamental na velhice: uma análise do cuidado prestado ao idoso institucionalizado. 1996. 205f. Tese (Doutorado). São Paulo: Faculdade de Educação da Universidade de Campinas, 1996.

PENA, F. B. SANTO, F. H. do E. O movimento das emoções na vida dos idosos: um estudo com um grupo da terceira idade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 01, p. 17-24, 2006. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_1/original\\_02.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_02.htm)>. Acesso em 22/07/2008.

PEIXOTO, C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios velho, velhote, idoso, terceira idade. In: BARROS, M. M. (ORG) **Velhice ou terceira idade?** Rio de Janeiro: FGV, 2007. cap. 2, p. 75.

PLONER, K. S. Bolinha não entra em clube de Luluzinha: Questões de Gênero em Grupos de Terceira Idade. Dissertação. (Mestrado). Pontifca Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, p. 137, 2000.

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

QUEIROZ, C. M. B.; SÁ, E. N. C.; ASSIS, M. M. A. Qualidade de vida e políticas públicas no município de Feira de Santana. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, Rio de Janeiro abr-jun. 2004.

QUINTANILHA, L.M. **Cartilha do idoso**. Brasília – DF: Senado Federal, 2004. Disponível em: <[http://www.sptm.triang.net/revista/rev9\\_2/art2\\_9\\_2.pdf](http://www.sptm.triang.net/revista/rev9_2/art2_9_2.pdf)>. Acesso em: 05 ago./2008.

RAMOS, C. A. T. A.; CREPALDI, A. L. Qualidade de vida em doenças pulmonares crônicas: aspectos conceituas e metodológicos. **J Pneumol**, v. 26, n. 4, p.207-213, jul/ago, 2000.

\_\_\_\_\_. Epidemiologia do Envelhecimento: In FREITAS, E. V. (col.) **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, S. A, 2002.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**, v.19, n.03, Rio de Janeiro, Jun./2003

REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G. S. **Fisioterapia geriátrica**: a prática da assistência ao idoso. São Paulo: Barueri, 2004.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999. p.70-78.

ROACHA, S. **Introdução à enfermagem gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

ROMANO, B. W. Qualidade de vida: teoria e prática. **Rev. Soc. Cardiol**, São Paulo, v. 3, n. 6, p. 6-9, 1993.

SALGADO, M. O sistema social e o idoso. Disponível em: <<http://www.hojeemdia.com.br>>. Acesso em: 03 jul./2007.

SANTOS, G. A.; Lopes, A.; Néri. L. Escolaridade, raça e etnia elementos de exclusão social de idosos. In: Néri *et al.* (org) **Idosos no Brasil vivências, desafios e expectativas na terceira idade**: São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2007. cap. 5, p. 79.

Santos, M. de O. S. dos. **Reminiscência**: recordar é viver. 2001. Disponível em: <<http://www.psiconet.com.ar/tiempo/monografias/reminiscencia.htm>>. Acesso em: 10 ago./2008.

SANTOS, S.R.; SANTOS, I. B. C.; FERNANDES, M. G. M.; HENRIQUES, M. E. R. M. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. **Rev Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, nov./dez. 2002, 10 (6).

SANTOS, S. S. **Sexualidade e amor na velhice**. Porto Alegre: Sulina, 2003.

SAVONITTI, B. H. R. A. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. 2000. 139 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C.M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde**, v. 20, n. 2, Rio de Janeiro, p. 580-588, mar-abr., 2004.

SIQUEIRA, M. E.C. Teoria sociológica do envelhecimento. In: FREITAS, E. V, *et al.*. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 5, p. 47-56, 2002.

SILVEIRA, Teresinha Mello da; CALDAS, Célia Pereira; CARNEIRO, Terezinha Féres. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. **Caderno Saúde Pública**, v. 22, n. 8, Rio de Janeiro, ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php?id=S0102-311X200600011&lng=en&nrm=iso>>. Acesso em: 12 abr./2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa e Projetos – PACS/PSF. Brasília, 1999. Disponível em: <<http://www.saúde.gov.br>>. Acesso em: 03/0/2006

MEEBERG, A. G. Quality of life: a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 18, p.32 – 38, 1993.

SILVA, J. V. Ser idoso e ter qualidade de vida: as representações de idosos residentes em cidades do sul de Minas Gerais. 2003. 255f. Tese. (Doutorado). São Paulo: Universidade de São Paulo, 2003.

SILVA, M. C. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. **Textos Envelhecimento**, v. 8, n. 1. 2005. Disponível em: <<http://www.unati.uerj.br>> Acesso em: jul./2007.

SIMON, R. **Psicoterapia breve operacionalizada**: teoria e técnica. São Paulo: casa do psicólogo, 2005.

SOUSA, L.; GALANTE, H.; FIGUEIREDO, D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Rev Saúde Pública**,; v. 37 n.3, jun./2003 p. 364-371.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. C. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 11.ed, v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SPINK, M. J. Tópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**. v.17 n. 6, p. 1277-1311, 2001.

TEIXEIRA, M. B. Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde. Dissertação (Mestrado). 2002. 105f. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

THE GRUPO WHOQOL. **Avaliação de qualidade de vida**. Whoqol (versão em português). Organização Mundial da Saúde 1998. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html>>. Acesso em: 26 mai./2007.

UCHÔA E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cad Saúde Pública**, v. 19, p. 849-53, 2003.

VELARDE - JURADO, E.; AVILA-FIGUEROA, C. Evaluación de la calidad de vida. **Salud Pública do México**, México, v. 44, n. 4, p. 349-361, jul-aug. 2002.

VERAS, R. P. (Org). **Velhice numa perspectiva de futuro saudável**. Disponível em <<http://www.unati.uerj.br/crde/texto/unati2.pdf>> Acesso em: 25 de set 2003.

VERAS, R. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos, Rio de Janeiro. **Cad. de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p.05. out. 2007.

VICINI, G. **Abrço afetuoso em corpo sofrido saúde integral para idosos**. São Paulo: SENAC, 2002.

VILARTA, R.; GONÇALVES, A. Qualidade de vida: concepções básicas voltadas à saúde. In: GONÇALVES, A; VILARTA, R. (Org.). **Qualidade de vida e atividade física**: explorando teorias e práticas. Baurueri, SP: Manole, 2004. Parte 1, cap. 2, p. 27-62.

ZEMPLIN, W. R. **Princípios de anatomia e fisiologia em fonoaudiologia**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice**: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2007.

## **APÊNDICES**



## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

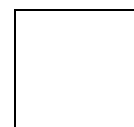
Eu, Maria Leônia Pessoa da Silva, Enfermeira, aluna do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, pretendo realizar uma pesquisa sobre “**Qualidade de Vida de Idosos Acamados em um Município Paraibano,**” sob a orientação da Profa Dra. Maria Emília R. de M. Henriques. Esse estudo tem como objetivos: Avaliar a qualidade de vida de idosos acamados. A finalidade será de contribuir com subsídios para medidas que visem à melhoria da qualidade de vida dos idosos acamados no município de Solânea.

Para realização desta pesquisa, venho através deste Termo de Consentimento Livre Esclarecido solicitar sua participação, em uma entrevista com a pesquisa sobre Qualidade de Vida de Idosos Acamados em um Município Paraibano. Vale ressaltar que será respeitada a sua autonomia à liberdade de participar desta pesquisa, o direito de desistência em qualquer fase da sua realização, a garantia do seu anonimato e o sigilo das informações que forem prestadas. No caso de qualquer dúvida o senhor(a) que você possa ter sobre este termo e sobre o estudo, estarei disponível a esclarecer. Solicito ainda autorização para que os resultados desta pesquisa possam ser apresentados em eventos da área da saúde e usados para publicação em revistas científicas.

#### CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO DA PESQUISA

Declaro que, após convenientemente esclarecida (o) pela pesquisadora e ter compreendido o que me foi explicado, aceito em participar da presente pesquisa. Autorizo o uso dos dados obtidos através dos questionários com objetivo de desenvolver a pesquisa citada, como também a apresentação em eventos científicos e publicação.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante



\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha em caso de analfabeto

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador (a) Responsável

Solânea, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Contato com o pesquisadora responsável:

Favor ligar para o pesquisadora Maria Leônia Pessoa da Silva, fone: (83) 33632447, End: Rua, José Pessoa da Costa , 304, Solânea-Pb. Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, ligar para: O Comitê de Ética, (83) 32167791, programa de pós-graduação, 32167109.

## APÊNDICE B

### INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

#### 1. Caracterização da amostra

1. Sexo:  Masculino  Feminino

2. Idade: \_\_\_\_\_ (anos completo)

3. Estado Civil:  solteiro  casado  viúvo  divorciado  separado

4. Possui filhos:  - Quantos? \_\_\_\_\_  
 não

5. Escolaridade:  =analfabeto  semi-analfabeto  
Ensino Fundamental:  Completo  incompleto  
Ensino Médio:  Completo  incompleto  
Ensino Superior:  Completo  incompleto

6. Trabalhava:  sim  não

7. Qual a profissão? \_\_\_\_\_

8. Renda Familiar: \_\_\_\_\_

9. Quantas pessoas vivem desta renda? \_\_\_\_\_

10. Qual o principal provedor da família?

11. Há quanto tempo está acamado (a) \_\_\_\_\_

12. Causa de está acamado \_\_\_\_\_

**ANEXOS**

## A - WHOQOL-OLD: INSTRUMENTO DE MENSURAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA



### WHOQOL-OLD

#### Instruções

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida nas duas últimas semanas.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser:

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro "Bastante", ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado "Nada" com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

**Muito obrigado(a) pela sua colaboração!**

As seguintes questões perguntam sobre o quanto você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

F25.1 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F25.2 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F25.1 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F25.2 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F25.4 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F25.2 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F25.3 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F25.4 O quanto você tem medo de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F25.5 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre quão completamente você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

F25.4 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F26.2 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F27.2 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F27.4 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F28.4 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F27.5 Quanto satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F28.1 Quanto satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F28.2 Quanto satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F28.7 Quanto satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F27.1 Quanto feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito feliz
1	2	3	4	5

F28.2 Como você avalia o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

As seguintes questões se referem a qualquer relacionamento íntimo que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

F30.2 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F30.3 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F30.4 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F30.7 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

Você tem algum comentário sobre o questionário?

**OBRIGADO(A) PELA SUA COLABORAÇÃO!**



## ANEXO B – CERTIDÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

S586q Silva, Maria Pessoa da.

Qualidade de vida de idosos acamados em um município paraibano / Maria Leônia Pessoa da Silva – João Pessoa, 2008.

104p.

Orientadora: Maria Emília Romero de Miranda Henriques.

Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS.  
1. Enfermagem. 2. Idosos – qualidade de vida. 3. Idosos acamados – qualidade de vida - Solânea (PB).

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)