



Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Saúde - FS
Núcleo de Estudos em Educação e Promoção da Saúde - NESPROM
Curso: Especialização em Educação e Promoção da Saúde

Qualidade de Vida de idosos moradores do Paranoá –DF: um olhar psicológico sobre o tema.

Suellen Santos da Silva

Brasília – DF

Abril-2010

Suellen Santos da Silva

Qualidade de Vida de idosos moradores do Paranoá-DF: um olhar psicológico sobre o tema.

Relatório de pesquisa apresentado como
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
a Universidade de Brasília como requisito
básico para a obtenção do grau de Especialista
em Educação e Promoção da Saúde da
Faculdade de Ciência da Saúde.

Professor orientador: Elioenai Dornelles Alves

Brasília-DF, abril/2010

Sumário

Resumo.....	3
Introdução	4
Capítulo I.....	5
1.1 Envelhecimento.....	5
1.2 Qualidade de vida.....	6
1.3 Promoção da Saúde.....	8
Capítulo II.....	11
2.1 Objetivo Geral.....	11
2.2 Objetivos Específicos.....	11
2.3 Justificativa.....	11
2.4 Metodologia.....	12
2.5 Sujeitos.....	12
2.6 Seleção da Amostra.....	13
2.7 Desenho do Estudo.....	13
2.8 Análise dos Dados.....	14
2.9 Aspectos Éticos.....	14
Capítulo III.....	16
3.1 Resultados e Análise.....	16
Capítulo IV.....	23
4.1 Considerações Finais.....	23
Referências Bibliográficas.....	24
Anexos.....	27

Resumo

Este trabalho final constitui-se de uma pesquisa quantitativa com o objetivo de refletir sobre a qualidade de vida dos idosos em especial sobre a importância dos aspectos psicológicos sobre o tema. O trabalho está organizado em quatro capítulos. No primeiro capítulo é apresentado um breve histórico sobre o envelhecimento o qual vem fazendo parte da realidade mundial; a qualidade de vida que é descrita como resultado da influência de inúmeros fatores como físico, psicológico, social, ambiental, cultural; a promoção da saúde a qual está intrinsecamente relacionada a qualidade de vida. O segundo capítulo é composto pela descrição da pesquisa a qual tem caráter observacional de corte transversal e utiliza-se do instrumento criado pelo grupo de estudo da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde - OMS denominado *World Health Organization Quality of Life Instrument 100* (WHOQOL-100), em versão reduzida para WHOQOL-bref, realizada para avaliar a qualidade de vida de adultos de forma sucinta, porém com as características psicométricas preservadas. No terceiro capítulo é apresentado a descrição dos resultados juntamente com a análise dos mesmos a luz das referências teóricas que embasam este trabalho. O quarto e último capítulo é composto pela síntese das informações obtidas.

No mundo e no Brasil, o aumento da longevidade e a diminuição dos índices de mortalidade proporcionados pelas melhorias das condições de saneamento, alimentação, educação e saúde tem favorecido o aumento da expectativa de vida o que nos faz observar uma população cada vez mais envelhecida. Com isso, vários estudos sobre inúmeros temas se fazem necessário para se entender e atender da melhor forma a nova configuração populacional mundial.

Dentre os temas expoentes com a emergência da velhice em todo o mundo, os assuntos como qualidade de vida e bem-estar de idosos são estudados e reinventados. Alguns estudiosos afirmam que a qualidade de vida e o bem-estar na velhice devem ser fomentados em todos os estágios anteriores no desenvolvimento humano. Num retrospecto das noções de bem-estar e, mais especificamente, de qualidade de vida eram entendidos apenas como disponibilidade de bens materiais entre eles comida, vestimenta, dinheiro suficiente, acesso aos serviços de saúde e uma residência.

Nos dias de hoje órgãos competentes e engajados no estudo da qualidade de vida a definem como a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente.” (WHOQOL Group, 1994).

Evidenciamos neste estudo que o conceito de qualidade de vida, varia de autor para autor e, além disso, é um conceito subjetivo dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo. O principal objetivo do presente estudo é caracterizar a qualidade de vida e bem-estar dos idosos, e a importância dos aspectos psicológicos do seu próprio ponto de vista.

Capítulo I

1.1 Envelhecimento

Atualmente, é notório que o envelhecimento cada vez mais vem fazendo parte da realidade mundial. As sociedades estão envelhecendo, e, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2002 os idosos somavam 590 milhões de pessoas, com expectativa de chegar ao ano de 2025 o somatório de mais de 1,2 bilhão (Almeida & Lourenço, 2007). Isto se justifica, no mundo e no Brasil, devido ao aumento da longevidade e a diminuição dos índices de mortalidade proporcionados pelas melhorias das condições de saneamento, alimentação, educação e saúde.

De acordo com as ponderações feitas pelo Estatuto do Idoso, em 2003, o perfil demográfico do Brasil mudou consideravelmente e o seu *status* de “país de jovens” passou a ser revisto, uma vez que os brasileiros com mais de 60 anos representavam 8,6% da população chegando em 2025 a 14%, ou seja, 32 milhões de idosos no país. Tal fato além de exigir do poder público a “criação de políticas que assegurem os direitos fundamentais até o estabelecimento de penas para crimes comuns cometidos contra as pessoa idosas” (Brasil, 2003) exige também da academia no que tange a análise, problematização e a reflexão sobre novas formas de compreender o envelhecimento.

A partir do século XIX surgem, gradativamente, diferenciações entre as idades. Nesse sentido, há o início da segmentação do curso da vida em estágios mais formais, as transições rígidas e uniformes de um estágio a outro e a separação espacial dos vários grupos etários (Silva, 2008). A estabilização das categorias etárias deu-se ao longo do século XIX, de modo que, no século XX, pôde-se observar maior uniformidade no interior dos grupos etários, marcação razoavelmente precisa da transição entre diferentes idades e institucionalização de ritos de passagem, como o ingresso na escola, na universidade e a aposentadoria (Hareven, 1995, *aput* Silva, 2008).

Para Diogo, Neri & Cachioni (2006) o envelhecimento e a velhice são fenômenos que variam de acordo com o tempo histórico, os valores, as práticas e as políticas de cada sociedade. Segundo os autores, o envelhecimento e a velhice devem ser compreendidos de acordo duas premissas: ambos são processos singulares; e existe uma relação causal entre doença e velhice, haja visto que a influência de agentes externos – álcool, drogas e o estresse – produzam efeitos a longo prazo sendo evidenciados na população idosa.

A percepção de que chegar à velhice é estar à beira da morte é equivocada. Ao contrário, nada mais é que um processo natural e as dificuldades e declínios biológicos, psicológicos, sociais e espirituais são naturais e esperados com o decaimento do ciclo de vida. Chegamos na grande questão: assim como o envelhecimento e a velhice são resultantes das condições biopsicossociais a qualidade de vida nesta fase do ciclo de vida o que seria?

1.2 Qualidade de Vida

“Promover a qualidade de vida numa etapa de vida em que o declínio físico é incontornável, implica considerar critérios multidimensionais, como a manutenção da rede social e de atividades significativas. A perspectiva do envelhecimento produtivo enfatiza em simultâneo os contributos prestados pelos idosos à sociedade, através dos bens que produzem e o bem-estar e qualidade de vida derivados do processo (Kaye, Butter, & Webster, 2003).”

É sabido que qualidade de vida é uma noção exclusivamente humana, que tem sido aproximada ao grau de contentamento encontrado na relação familiar, amorosa, social e ambiental. Nesse sentido, pressupõe a capacidade de realizar uma síntese cultural de todas as características que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abarca inúmeros significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de

indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Apesar de não haver uma única definição para qualidade de vida, algumas merecem destaque, como a da Organização Mundial de Saúde (2005) que define qualidade de vida como:

“A percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente.” (WHOQOL Group, 1994)

Para outros autores como Velarde & Avila (2002), qualidade de vida representa as sensações subjetivas de sentir-se bem, inseridas em um sistema de valores, com perspectivas que variam individualmente. Devido a essa subjetividade e poucas discussões sobre o tema até a década de 1980, o termo qualidade de vida era usado como sinônimo de satisfação com a vida, auto-estima, bem-estar, felicidade, saúde, valor e significado da vida, habilidade de cuidar de si mesmo e independência funcional (Carr et al., 1996).

A qualidade de vida de uma população depende de suas condições de existência, do seu acesso a certos bens e serviços econômicos e sociais: emprego e renda, educação básica, alimentação adequada, acesso a bons serviços de saúde, saneamento básico, habitação, lazer, transporte cabíveis as necessidades, etc. Em suma, é válido ressaltar que o conceito de qualidade de vida, varia de sociedade para sociedade e de acordo com cada cultura.

Como visto até o momento a qualidade de vida é o resultado de vários aspectos que compõem a vida do ser humano. Dentre eles destaca-se a saúde como um dos requisitos para

se alcançar tal feito, definida pela OMS (2002) como completo bem-estar físico e resultante das condições físicas, sociais e psicológicas acometidas a um ser humano. Nessa perspectiva e de certa forma, no que diz respeito a generalidade e integralidade dos conceitos, os dois assemelham-se. A saúde por sua vez, tem sido alvo de intensas discussões no que tange à sua promoção.

1.3 Promoção da Saúde

Não se pode falar de qualidade de vida sem se falar de promoção da saúde, já que ambas estão extremamente relacionadas. Pois, a Promoção da saúde está voltada diretamente para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, tanto particularmente quanto em sua coletividade.

Cerqueira, 1997 *apud* Sícoli & Nascimento, 2003, aponta que promoção de saúde envolve duas dimensões: a conceitual – princípios, premissas e conceitos que sustentam o discurso da promoção de saúde - e a metodológica – que se refere às práticas, planos de ação, estratégias, formas de intervenção e instrumental metodológico.

A partir da década de 1980, a promoção de saúde passou a ganhar destaque no campo da Saúde Pública, tendo o conceito sido introduzido oficialmente pela OMS (WHO, 1984). Seu marco conceitual e sua prática foram desenvolvidos predominantemente por Organizações Internacionais e por estudiosos da Europa Ocidental, Canadá e Estados Unidos (Cerqueira, 1997 *apud* Sícoli & Nascimento, 2003).

Em 1986, Ottawa Charter descreveu a promoção da saúde como sendo o processo de capacitação do indivíduo em melhorar e controlar sua saúde. Para alcançar o estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de

identificar aspirações, satisfazer necessidades e mudar ou lidar com seu ambiente. Saúde é vista, portanto, como um meio de vida e não um objetivo. As políticas de promoção de saúde envolvem abordagens diversas, mas complementares, levando em conta as diferenças sociais, culturais e econômicas de cada país.

A promoção da saúde é um tema em evidência na atualidade e que traz desafios para a ampliação das práticas no sentido de ressaltar os componentes socioeconômicos e culturais da saúde e a necessidade de políticas públicas e da participação social no processo de sua conquista (Assis, Hartz & Valla, 2004). E através de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução.

Na Carta de Ottawa (WHO, 1986), um dos documentos fundadores da promoção da saúde atual, este termo está associado a um conjunto de valores: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais. Isto é, trabalha com a idéia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos (Buss, 2000).

De acordo com Teixeira (2002), a promoção da Saúde, como nível de atenção, se refere às ações destinadas a melhorar e aprimorar a saúde das pessoas não doentes e, neste sentido, tem como enfoque uma visão integral do processo saúde-doença-atenção.

Com a promoção da saúde, tem-se um novo conceito de saúde. A saúde é percebida, não como um objetivo em si, mas como recurso da vida cotidiana. Trata-se, portanto, de um

conceito positivo, que enfatiza os meios sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. A Promoção da Saúde é, então, o maior auxílio para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Desse modo, a Promoção da Saúde não é concernente apenas ao setor sanitário, mas pelo contrário, são requisitos para a saúde: a paz, a educação, a habitação, a alimentação, a renda, o eco-sistema estável, a justiça social e a equidade (Buss *et al.*, 2000 *apud* Teixeira, 2002).

Dentro desse conceito positivo de saúde tem-se discutido os diversos fatores que a condicionam. São eles: políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos. De acordo com esses fatores, as ações da promoção da saúde devem atuar sobre o universo dos determinantes da mesma, objetivando reduzir as diferenças no estado atual da saúde e assegurar a igualdade de oportunidades, proporcionando os meios, que permitam à toda população desenvolver ao máximo o seu potencial de saúde (Buss *et. al.*, 2000 *apud* Teixeira, 2002).

A idéia de promover saúde traz novas perspectivas ao campo da epidemiologia ao propor uma abordagem mais estruturalista ao modelo biomédico. Sob o ponto de vista científico, no entanto, essa proposta representa um enorme desafio, particularmente em países como o Brasil, onde práticas que requerem participação e conscientização social para a redução das desigualdades sócio-econômicas e, conseqüentemente desigualdades na saúde, põem em risco interesses políticos individuais que se sobrepõem ao desenvolvimento coletivo (Souza *et al*, 2004).

Capítulo II

2.1 Objetivo Geral

Conhecer a percepção de qualidade de vida dos idosos da comunidade da regional de saúde do Paranoá.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever a amostra estudada quanto aos aspectos sócio-demográficos;
- Conhecer a avaliação da qualidade de vida dos idosos utilizando a metodologia adotada pela OMS (WHOQOL – bref)

2.3 Justificativa

Este trabalho visa analisar como está a qualidade de vida dos idosos residentes do Paranoá-DF. Esse estudo possibilitará aos profissionais da saúde, gestores, prestadores de serviços em saúde, população e a comunidade acadêmica a visualizar o quadro atual e repensar a qualidade de vida da população em questão e as necessidades de melhorias, mudanças dentro do setor saúde para a promoção de uma maior qualidade de vida dos idosos da região.

A verdadeira contribuição de pesquisas e trabalhos produzidos só pode ser avaliada através da opinião dos seus consumidores. Todavia, enquanto projeto, podemos antever algumas contribuições que este estudo também poderá trazer:

A experiência de um trabalho interdisciplinar dentro do enfoque filosófico multiprofissional e interinstitucional, que deve demandar novos conhecimentos, solidariedade e intercâmbio;

Com relação aos cursos envolvidos, que poderão revisar, revitalizar, ou construir seus projetos político-pedagógicos, atendendo assim exigências legais e acadêmico-institucionais;

Com as inovações, reflexões teóricas e articulações político pedagógicas advindas da integração docente assistencial e do serviço para as mudanças no modelo de atenção básica desejados as comunidades e instituições envolvidas; e,

Contribuir com a enfermagem da região centro-oeste e brasileira em sua formação, com vistas a abranger as novas possibilidades e desafios postos pela contemporaneidade

2.4 Metodologia

Para que os resultados deste estudo possam contribuir de maneira significativa com o sistema de saúde, tem-se por base que mais que resultados buscam-se o questionamento inteligente, cuja criatividade está, em grande parte, em vislumbrar pistas explicativas, misturando o conhecimento com a aventura do desconhecido.

Considerando a necessidade de aproximação ao alcance dos objetivos deste estudo, optamos pelos dois gêneros de pesquisa propostos por este autor, o teórico e o metodológico. No teórico, porque os resultados não implicam numa imediata intervenção e, no metodológico, porque contribui para a (re)construção de instrumentos e paradigmas científicos.

Os detalhamentos da trajetória metodológica na busca das compreensões necessárias deste estudo requerem os esclarecimentos relacionados ao:

2.5 Sujeitos

De acordo com dados da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Urbano e Habitação (SEDUH) e do IBGE a população idosa projetada para o Paranoá, região administrativa do Distrito Federal, para 2009 é de 3.426 idosos em um universo populacional de 65.465 pessoas.

2.6 Seleção da Amostra

A amostra do estudo com idosos foi escolhida aleatória e estratificada por sexo. Para o alcance da população idosa a ser estudada, foram incluídos homens e mulheres com idade superior a 60 anos, em 50 famílias atendidos nos Programas Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde da Regional do Paranoá, como também pelo Programa de Internação Domiciliar. Foram excluídos da amostra indivíduos com lesões cerebrais, inconscientes, com demências ou com outros problemas mentais.

2.7 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal, no qual foram realizadas entrevistas, aplicação dos instrumentos, durante as visitas domiciliares. Foram utilizadas duas ferramentas para a coleta de dados. Para conhecer os aspectos sócio-demográficos e clínicos foi criado um instrumento específico (Anexo I). Para avaliar a qualidade de vida, foi utilizado o instrumento proposto pela OMS, o *Word Health Organization Quality of Life Instrument Bref* (WHOQOL-bref – Anexo II). Este instrumento tem sido utilizado, no Brasil, para mensurar a qualidade de vida em indivíduos enfermos, sadios e idosos¹¹⁻¹⁷.

O WHOQOL-bref é uma versão reduzida do *Word Health Organization Quality of Life Instrument 100* (WHOQOL-100) utilizado para avaliar qualidade de vida de populações adultas. Contém 26 perguntas, das quais 06 foram analisadas por este trabalho. As questões são distribuídas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, neste trabalho o foco de análise será o domínio II – Domínio Psicológico. Os domínios são representados por várias facetas e suas questões foram formuladas para uma escala de respostas do tipo Likert, com escala de intensidade (nada-extremamente), capacidade (nada-completamente), frequência (nunca-sempre) e avaliação (muito insatisfeito-muito satisfeito; muito ruim-muito bom). Além dos quatro domínios, o instrumento apresenta duas questões

gerais, uma faz referência à percepção da qualidade de vida e a outra à satisfação com a saúde¹¹.

Segue questões analisadas:

- 5. O quanto você aproveita a vida?
- 6. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?
- 7. O quanto você consegue se concentrar?
- 11. Você é capaz de aceitar a sua aparência física?
- 16. Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?
- 17. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

2.8 Análise dos dados

Os dados foram analisados utilizando-se o programa estatístico SPSS 13. As análises estatísticas realizadas incluíram análises descritivas de frequência, tendência central e dispersão e análise inferencial de comparação entre as questões à luz do referencial teórico acima.

2.9 Aspectos Éticos

Em cumprimento a Resolução nº. 196/96, do Ministério da Saúde, que versa sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, este projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade de Brasília e o estudo só será iniciado mediante sua aprovação.

Para participar da pesquisa os indivíduos foram orientados quanto aos objetivos, justificativa e metodologia a ser adotada. E de forma livre e orientada fizeram sua opção de

participação, por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (anexo III), que tiveram duas vias sendo uma do participante e outra do pesquisador para compor o conjunto de documentos da pesquisa.

Foi assegurado aos participantes o sigilo, a confiabilidade, a privacidade, a proteção da sua imagem e a não estigmatização, garantindo-se que as informações obtidas com a pesquisa serão usadas no âmbito acadêmico, para o desenvolvimento da ciência e para a melhoria da qualidade de vida dos próprios indivíduos.

O estudo foi realizado com pessoas vinculadas aos programas oficiais implantados na regional do Paranoá – DF, de ambos os sexos, maiores de 60 anos e que não tenham lesões cerebrais, demências ou problemas mentais associados, de forma que, tenham autonomia plena para escolher participar ou não da pesquisa.

As instituições envolvidas, Hospital Regional do Paranoá, Centro de Saúde do Paranoá e Itapoá, Associação de Moradoras foram consultadas e foram solicitadas autorizações institucional para o encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa da SES-DF.

Foram respeitados valores culturais, sociais, morais, religiosos, éticos, bem como hábitos e costumes, que devem refletir na pesquisa, e no significado de qualidade de vida para a população pesquisada.

Capítulo III

3.1 Resultados e análise

Este capítulo destina-se a exposição e análise dos dados coletados, por meio do instrumento WHOQOL-bref, uma versão reduzida do *World Health Organization Quality of Life Instrument 100* (WHOQOL-100). Criado pela OMS - Organização Mundial de Saúde, afim de avaliar a qualidade de vida das pessoas e no caso desse trabalho de pessoas idosas residentes na região administrativa Paranoá do Distrito Federal.

Os dados foram tabulados com o auxílio do *software SPSS - Statistical Package for the Social Sciences*, a fim de agilizar a análise dos dados e garantir um bom tratamento dos mesmos. A análise estatística é parte integrante do processo de pesquisa por amostragem, em especial com relação à compreensão da base teórica do uso de uma amostra pra representar uma amostra inteira.

Com o objetivo de descrever as respostas serão apresentados neste capítulo as características sócio-demográficas dos idosos da região. Os dados acerca do domínio psicológico serão descritos de acordo com a média que é equivalente a média aritmética, sendo obtida por meio da soma de todas as pontuações pelo número de pontuações; a moda que corresponde ao dado que possui maior frequência de resposta e desvio padrão para indicar discrepâncias no momento da marcação das respostas, assim apontando sua heterogeneidade ou homogeneidade das respostas do grupo.

Para um desvio padrão com valores elevados, com valores $>0,90$ indica a existência de divergência entre as respostas, ou seja, as respostas obtidas foram feitas de extrema marcações positivas ou negativas, apesar da média inclinar um determinado valor, ele não é consensual entre o grupo. Para um desvio padrão baixo, com valor $<0,90$, aponta-se a homogeneidade de resposta entre o grupo.

Tabela 1 – Características Sócio-demográficas.

Característica	Nº	%
Sexo		
Masculino	8	36,4
Feminino	14	63,6
Idade		
60 a 65 anos	10	45,5
Acima de 65 anos	12	54,5
Nível Educacional		
Analfabeto	6	27,3
1º Grau incompleto	12	54,5
1º Grau completo	2	9,1
2º Grau completo	1	4,5
3º Grau completo	1	4,5
Profissão		
Exerce a profissão	9	40,9
Aposentado	13	59,1
Estado Civil		
Solteiro	4	18,2
Casado	9	40,9
Separado	4	18,2
Divorciado	1	4,5
Viúvo	4	18,2

O envelhecimento está aos poucos se tornando uma realidade no Brasil, repetindo uma tendência primeiramente restrita aos países desenvolvidos. A diminuição da taxa de natalidade e a elevação da esperança da vida vem corroborando com esse progressivo aumento da proporção de idosos na população brasileira. Segundo o Estatuto do Idoso, em 2003, o perfil demográfico do Brasil mudou consideravelmente e o seu *status* de “país de jovens” passou a ser revisto. A partir dos levantamentos demográficos fica claro que um veloz processo de envelhecimento vem sendo enfrentado pela população brasileira, assim como com a evolução desenfreada da desordem econômica no país.

No Paranoá - região administrativa do Distrito Federal, segundo os levantamentos da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Urbano e Habitação (SEDUH) e do IBGE a

população idosa projetada para a região, em 2009 é de 3.426 idosos em um universo populacional de 65.465 pessoas, nessa pesquisa 22 idosos participaram como sujeitos.

No estudo realizado 63,6% dos entrevistados são mulheres enquanto 36,4% dos entrevistados são homens. De acordo com os estudos feitos por Telarolli *et al.* (1996) as sociedades humanas apresentam em todo o mundo distribuições por sexo que se repetem. Nasceram mais crianças de sexo masculino e a partir do nascimento, em decorrência de fatores que se modificam ao longo do ciclo de vida, morrem mais homens que mulheres. Na faixa etária de 60 anos o predomínio feminino vai se acentuando progressivamente, podendo chegar a proporções próximas dos 2/1 no grupo acima dos 80 anos de idade.

A escolaridade é um dos indicadores mais precisos na identificação das características sócio-demográficas e o nível sócio-econômico de uma população. Os índices gerais de alfabetização do País nas últimas quatro décadas mostram uma tendência à contínua elevação. Para Telarolli *et al.* (1996), os níveis de alfabetização de idosos são inferiores aos observados na população em geral e formam um padrão presente em diversos países em desenvolvimento. O estudo realizado demonstra (ver tabela I) que 54,5% para analfabetos e 27,3% para 1º grau incompleto o que confirma a idéia de que os idosos possuem o nível escolar inferior ao restante da população. Entretanto, a tendência histórica tem sido o progressivo aumento nos níveis de alfabetização do grupo populacional com 60 anos e mais, haja visto, a emergência das instituições de ensino e programas voltados para a educação dos idosos. Dentre eles, destaca-se o movimento de Universidade da Terceira Idade não só no Brasil, mas no mundo todo. Atores como Veras & Caldas (2004), definem o movimento como:

“A universidade é tradicionalmente um espaço dos jovens, onde são gerados novos conhecimentos, um lugar de novidade e juventude. As propostas de Universidade da Terceira Idade (UTI) não fogem deste padrão, ao contrário. As UTIs promovem a saúde e a qualidade em seu sentido mais amplo aquele que toma como pressuposto ser a

saúde expressão da vida com qualidade. Seu objetivo geral é contribuir para a elevação dos níveis de saúde física, mental e social das pessoas idosas, utilizando as possibilidades existentes nas universidades.”

As mudanças demonstradas até o momento na pirâmide etária da população brasileira causaram intensas transformações no perfil etário dos trabalhadores. Segundo levantamento feito por Vitta (2006), em 2010, quatro países da Europa Alemanha, França, Suécia e Holanda estimaram que 40% da população de trabalhadores teria entre 45 e 65 anos. Os dados levantados assinalam que 40,9% dos entrevistados exercem a profissão e 59,1 estão aposentados. Sendo o primeiro dado condizente com as estimativas para 2010 em países europeus. Em 1992, pesquisas assinalavam que 47,6% dos idosos do sexo masculino e 10,9% do sexo feminino ainda são economicamente ativos, trabalhando como autônomos ou sem carteira assinada, principalmente nos setores agrícolas e de serviços (Silva & Neri, 1993). Nas entrevistas realizadas as profissões relatadas estiveram dentre os serviços autônomos e na agricultura. Outro índice de avaliação das características sócio-demográficas apontado na tabela 1 é o estado civil o qual apresenta 40,9% para idosos casados e 59,09% para idosos solteiros, separados e viúvos.

Os levantamentos feitos para análise dos dados sócio-demográficos deste trabalho demonstraram que análises mais aprofundadas sobre o tema são escassas. Observou-se que a maioria dos trabalhos preocupam-se na descrição da dinâmica demográfica do segmento idoso, incluindo uma visão prospectiva dos arranjos familiares em que estes estão inseridos, sua participação no mercado de trabalho bem como suas condições de saúde e mortalidade.

Tabela 2 – Relação de média, moda e mediana do Domínio II – Domínio Psicológico.

Domínio II – Domínio Psicológico			
Descrição do Item	Média	Moda	Desvio Padrão
5. O quanto você aproveita a vida?	2,95	4	0,95
6. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	3,68	4	0,89
7. O quanto você consegue se concentrar?	3,32	3	1,04
11. Você é capaz de aceitar a sua aparência física?	3,50	3	1,18
16. Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	3,59	4	1,05
17. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	2,00	2	0,92
Total Geral dos Itens	3,17	3,33	1,00

A tabela 1 consiste na apresentação dos resultados dentro da base sobre o Domínio II – Domínio Psicológico, nesse sentido pode-se observar que a maior média foi de $\bar{x} = 3,68$ referente ao item 6 - *Em que medida você acha que sua vida tem sentido?* e a menor média apresentada foi de $\bar{x} = 2,00$. No que diz respeito ao desvio padrão encontramos como menor desvio d.p= 0,89 apresentado no item 6 - *Em que medida você acha que sua vida tem sentido?* e o maior desvio no item 11. *Você é capaz de aceitar a sua aparência física?* sendo de d.p= 1,18.

Como demonstrado ao longo deste trabalho e a luz das ponderações feitas pela Organização Mundial de Saúde a qualidade de vida é o resultado da percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito que abarca de maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com as características proeminentes no ambiente.” (OMS, 1994).

Sendo assim, avaliação subjetiva que cada pessoa faz sobre seu funcionamento em qualquer domínio das competências comportamentais é o conteúdo primário da qualidade de vida. Ou seja, compreende uma estrutura interna que corre em paralelo com a competência comportamental. Porém, enquanto esta é avaliada por critérios objetivos, a qualidade de vida percebida é por definição um elemento subjetivo. (Neri, 2000).

As características citadas pelo domínio psicológico, assim como a noção de qualidade de vida, são conceitos de origem subjetiva, sendo assim, de cunho individual e particular. A velhice é um processo vivido por cada indivíduo de maneira diferente, sendo influenciado por fatores históricos, sociais, culturais, físicos e psíquicos. As mudanças que ocorrem nessa fase da vida devem ser encaradas com naturalidade e tranquilidade. As questões psicológicas como auto-estima estão associadas a percepção que o indivíduo tem de si, ao seu modo de ver o mundo, a aceitação de suas condições físicas e psíquicas e são claramente abordadas pelo Domínio II – Domínio Psicológico.

Os dados encontrados evidenciam que o aproveitamento da vida (representado pela questão 5. O quanto você aproveita a vida?, com homogeneidade significativa de $d.p=0,95$ demonstrando consenso entre os entrevistados); o sentido da vida (representado pela questão 6. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?, com homogeneidade significativa de $d.p=0,89$ demonstrando consenso entre os entrevistados) e tendência a quadro depressivo (representado pela questão 17. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?, com homogeneidade significativa de $d.p=0,92$ demonstrando consenso entre os entrevistados) corroboram com uma positividade para uma boa qualidade de vida no que diz respeito aos aspectos psicológicos. Isso porque, a maneira como cada um encara a velhice tem a ver com a capacidade de adaptação as mudanças da vida, dessa forma, se o indivíduo lida de forma satisfatória com as transformações físicas, sociais e psicológicas somadas com o passar dos anos a aceitação de si e do meio serão menos

sofridas, se o aproveitamento da vida e o sentido para a mesma forem ressignificados a velhice e a almejada qualidade de vida se torna uma realidade consistente e duradoura.

Ao passo que os entrevistados apresentaram resultados coesos e positivos para as e questões de aproveitamento e sentido da vida e tendência para a produção de quadros depressivos, os resultados para nível de concentração (representado pela questão 7. O quanto você consegue se concentrar?, com a moda $M=3$ apontando para uma satisfação mediana com a capacidade de se concentrar e a heterogeneidade significativa de $d.p=1,04$ demonstrado diversidade de opiniões sobre essa resposta); aceitação da aparência física (representado pela questão 11. Você é capaz de aceitar a sua aparência física?, com a moda $M=3$ apontando para uma satisfação mediana com a capacidade de se concentrar e a heterogeneidade significativa de $d.p=1,18$ demonstrado diversidade de opiniões sobre essa resposta); satisfação consigo mesmo (representado pela questão 16. Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?, com homogeneidade significativa de $d.p=0,89$ demonstrado consenso entre os entrevistados) apresentaram respostas negativas, porém sem consenso com as outras respostas dadas pelo grupo às mesmas perguntas. Sendo assim, podemos aferir que a no que se refere aos aspectos psicológicos dos entrevistados a qualidade de vida dos idosos do Paranoá-DF está satisfatória.

Capítulo IV

4.1 Considerações Finais

Em síntese, pode-se dizer que o panorama da qualidade de vida dos idosos do Paranoá-DF, no que diz respeito aos fatores psicológicos é satisfatória. Fica evidente que a velhice é um processo vivido por cada indivíduo de maneira diferente, sendo influenciado por fatores históricos, sociais, culturais, físicos e psíquicos. As mudanças que ocorrem nessa fase da vida devem ser encaradas com naturalidade e tranquilidade. As questões psicológicas como auto-estima estão associadas a percepção que o indivíduo tem de si, ao seu modo de ver o mundo, a aceitação de suas condições físicas e psíquicas

Em termos de futuros estudos e análises mais aprofundadas é importante saber que assim como a velhice é uma experiência heterogênea, a qualidade de vida é um fenômeno multidimensional e multideterminado. Dessa forma, seu estudo global pede a adoção de critérios conjuntos de natureza sócio-demográfica, política, médica, epidemiológica, ecológica e psicológica.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, T.; LOURENÇO, M. L. (2007). Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade? *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 10(1), 101- 113.

ARGIMON, I. I. L. (2002). Desenvolvimento cognitivo na Terceira Idade. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. PUC-RS.

ASSIS, M.; HARTZ, Z. M. A.; VALLA, V. V. Programas de Promoção de Saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período 1990 a 2002. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 9, n. 3, PP. 557-581.

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 03 out. 2003.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 5, ano 1, 2000.

CARR, A. J; THOMPSON, P. W; KIRWAN, JR. Quality of life measures. *British Journal of Rheumatology*, 35, 1996, 275-81. *EFDportes*, jul, 2008.

DEMO, Pedro. Pesquisa e construção do conhecimento. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1994, n.96, 1994.

DIOGO, M. J. D.; NERI, A. L; CACHIONI, M. Saúde e Qualidade de Vida na Velhice. São Paulo, Ed. Alínea, 2006.

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 Psiquiatr*. 1999;21(1): 19-28.

_____. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida “WHOQOL – bref”. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(2): 178-83.

KAYE, L.W., BUTTER, S.S., & WEBSTER, N.M. (2003). Toward a productive ageing paradigm for geriatric practice. *Ageing International* Spring, 28(2), 200-213.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.;BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2000, vol.5, n.1, pp. 7-18.

NERI, A. L., 2º CONGRESSO PAULISTA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2, 2000, Campinas-SP. Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. Texto não publicado.

Campinas: UNICAMP. Disponível em:
<http://portaldoenvelhecimento.net/artigos/maio2007/2congresso.pdf>

PALLONI, A, PELÁEZ, M. Histórico e natureza do estudo. In: Lebrão ML, 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; 2003. p. 13-32.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO P. R. Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, vol.7, n.12, fev. 2003.

SILVA, E. B. N & NERI, A. L. (1993). Questões geradas pela convivência com idosos: indicações para programas de suporte familiar. In: NERI, A. L (Org). *Qualidade de vida e idade madura*. São Paulo. Ed. Papirus, 1993.

SILVA, L. R.F. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol.15, n.1, jan./mar. 2008.

SOUZA, E. M.; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, vol. 20, n. 5, set./out. 2004.

The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p. 41-60.

TEIXEIRA, M. B. Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde. 2002. 101 f. *Tese (Mestrado em Saúde Pública)* _ Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2002.

TELAROLLI, J., R.; MACHADO, J. C. M. S.; CARVALHO, F. Demographic profile and health conditions of the elderly in a community in an urban area of Southeastern Brazil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 30, n. 5, Oct. 1996. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101996000500013&lng=en&nrm=iso>.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2004, vol.9, n.2, pp. 423-432. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232004000200018.

VELARDE-JURADO, E.; AVILA-FIQUEROA, C. *Evaluación de la cualidad de vida*. Salud Publica Mex., 44 (4), jul – ago, 2002, 349-61. *EFDportes*, jul, 2008.

VITTA, A. Envelhecimento, capacidade para o trabalho e qualidade de vida no trabalho. In: DIOGO, M. J. D.; NERI, A. L; CACHIONI, M. (Org.). *Saúde e Qualidade de Vida na Velhice*, São Paulo, Ed. Alínea, 2006.

Anexos

Anexo I

QUALIDADE DE VIDA EM FAMÍLIAS MORADORAS NO PARANOÁ.**Dados sócio-demográficos e clínicos****Nome:****Prontuário:****Sexo:** (1) masculino (2) feminino**Idade:** ----/---- (anos completos)**Data de nascimento:** -----/-----/---- (d/m/a)**Natural:****Procedente:****Profissão:**

- (1) exerce a profissão
- (2) aposentado

Nível educacional:

- (1) analfabeto
- (2) I grau incompleto
- (3) I grau completo
- (4) II grau incompleto
- (5) II grau completo
- (6) III grau incompleto
- (7) III grau completo
- (8) pós-graduação incompleto
- (9) pós-graduação completo

Estado civil:

- (1) solteiro
- (2) casado
- (3) vivendo como casado
- (4) separado
- (5) divorciado
- (6) viúvo

Como está a sua saúde?

- (1) muito ruim
- (2) fraca
- (3) nem ruim nem boa
- (4) boa
- (5) muito boa

Diagnóstico CID – 10 (referência ao utilizado pelo médico assistente)**Regime de cuidados de saúde:**

- (1) PSF
- (2) PACS
- (3) Internação Domiciliar - NIRAD

Forma de administração do questionário:

- (1) auto administrado
- (2) assistido pelo entrevistador
- (3) administrado pelo entrevistador

Anexo II

Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida

WHOQOL – abreviado

Instruções:

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outros dados de sua vida.

Por favor, responda a todas as questões.

Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma das questões, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.

Ao responder o questionário, por favor, tenha em mente os seus valores, aspirações, prazeres e preocupações (o que é importante para a sua vida).

Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tendo como referência as **duas últimas semanas**.

Por exemplo: Pensando nas **duas últimas semanas** uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completa mente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu “muito” apoio, como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completa mente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu “nada” de apoio, como abaixo.

	nada	muito pouco	Médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita	1	2	3	4	5

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número que lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito satisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas **últimas duas semanas**.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5

4	O quanto você precisa de Algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para o seu dia- a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer	1	2	3	4	5

	suas necessidades?					
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas **últimas duas semanas**.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	bom	Muito satisfeito
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

20	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

A questão seguinte refere-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas **últimas duas semanas**.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

Obrigado pela sua colaboração!!!

Anexo III

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu declaro que li todas as informações sobre a pesquisa qualidade de vida em idosos e tirei todas as minhas dúvidas. Sei que a minha participação é por vontade própria e que posso desistir de participar a qualquer tempo, sem que isso me traga qualquer problema ou prejuízo. Por isso concordo em participar.

Data:

Assinatura do participante:

Assinatura do Responsável e RG (em caso do paciente não saber ler ou escrever):

Assinatura do pesquisador ou entrevistador: