

CLÁUDIA BEATRIZ DEGANI CARDOZO DE AGUIAR DA SILVA

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS ATENDIDOS PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA EM RIO GRANDE/RS**

RIO GRANDE

2008

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS ATENDIDOS PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA EM RIO GRANDE/RS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Tecnologias de Enfermagem/Saúde a Indivíduos e Grupos Sociais.

Orientadora: Dr^a. Marlene Teda Pelzer.

RIO GRANDE

2008

S585 Silva, Cláudia Beatriz Degani Cardozo de Aguiar da
Qualidade de vida de idosos atendidos pelas equipes de saúde
da família em Rio Grande / Cláudia Beatriz Degani Cardozo de
Aguiar da Silva. -- Rio Grande: Universidade Federal do
Rio Grande, 2008.

111 f. ; 29,7 cm.

Orientador: Marlene Teda Pelzer

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande.

Curso de Pós-graduação em Enfermagem, 2008.

Anexos: f. 105-111.

Apêndices: f. 98 - 104.

Referências bibliográficas: f. 90 – 97.

1. Idoso. 2. Saúde do idoso. 3. Qualidade de vida. 4. Saúde da família.
5. Rio Grande. I. Pelzer, Marlene Teda. II. Universidade Federal do
Rio Grande.

CDU 614-053.9

Catálogo na fonte :Bibliotecário Gilson Borges Corrêa CRB 10/1213

CLÁUDIA BEATRIZ DEGANI CARDOZO DE AGUIAR DA SILVA

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS ATENDIDOS PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA EM RIO GRANDE, RS.**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação da Banca Examinadora para obtenção do título de

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada, na versão final, em 29 de agosto de 2008, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de concentração: Enfermagem e Saúde.

Prof^a. Dr^a. Mara Regina Santos da Silva
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Marlene Teda Pelzer
Presidente (FURG)

Prof^a. Dr^a. Silvana Sidney Costa Santos
Membro Efetivo (FURG)

Prof^a. Dr^a. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin
Membro Efetivo (UFRGS)

Prof. Dr. Sérgio Antonio Carlos
Membro Efetivo (UFRGS)

Prof^a. Dr^a. Hedi Crecencia Hecker de Siqueira
Membro Suplente (FURG)

Dedico a...

Aos meus pais Lauro e Maria Luiza pela vida, pelo amor, por me incentivarem e por toda a compreensão nos momentos difíceis.

Á minha amada filha Carine

Vida de minha vida. Grande motivo do meu viver e de tornar os obstáculos mais fáceis de serem superados.

Aos idosos riograndinos,

Vencedores de inúmeras adversidades da vida e que muito têm contribuído para nossa sociedade e nem sempre, recebendo o reconhecimento e o respeito merecidos.

Que o fruto deste trabalho seja instrumento estimulador para os gestores e profissionais redirecionarem suas políticas, condutas e tratamento para a melhoria, cada vez maior, da qualidade de vida da população idosa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida e pela oportunidade de realizar este trabalho.

Agradeço a minha filha Carine pela compreensão nas horas de ausência e pelo incentivo recebido em seus beijos e abraços, durante minhas incansáveis horas diante do computador.

Aos meus pais, Lauro e Maria Luiza, pelo exemplo a ser seguido, pela formação recebida, pelo incentivo, apoio, dedicação e amor que sempre me deram. Sei que vocês vibraram com cada etapa concluída desta minha caminhada.

Ao meu irmão Márcio, por sempre acreditar em mim e mesmo a distância, fazendo o que lhe era possível.

À Prof^a. Dr^a. Marlene Teda Pelzer, minha orientadora, uma pessoa especial que foi mais que uma orientadora, foi amiga, incentivadora, sempre disponível e dedicada. Obrigada por acreditar em meu potencial e pela oportunidade de orientar-me na busca do conhecimento.

Aos meus colegas de mestrado, em especial às minhas colegas e amigas: Aline Brandão, Cristiane Moraes e Queli Lisiane companheiras de mestrado, pelo convívio durante o curso, pelas trocas na realização dos trabalhos, artigos e dissertação e pela amizade.

As acadêmicas Larissa Baumgarten, Olívia Farias, Deise Lima, Virgínia Silveira, Juliana Freitas, Fabiani Munhoz, pelo auxílio na coleta de dados.

Aos professores e funcionários do Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da FURG, pelo compartilhar, por todo o apoio e pelo convívio durante esta etapa de minha vida.

Aos professores integrantes da banca do exame de qualificação cujas críticas e sugestões enriqueceram o trabalho.

A Rafaela, pela sua disponibilidade em usar sua arte na computação para me auxiliar nas ilustrações gráficas do meu trabalho.

Ao Eduardo, que tanto me apoio durante esta etapa final, se disponibilizando a digitar os inúmeros questionários comigo.

A secretaria da saúde e à Coordenação da Estratégia de Saúde da Família do município do Rio Grande por me permitirem a realização deste trabalho.

A todas as enfermeiras e aos agentes comunitários da Estratégia Saúde da Família que colaboraram na disponibilização dos dados sobre os idosos, e na acolhida durante as visitas as UBSF's.

A todos os familiares e amigos, que não será possível enumerá-los aqui, pois poderia estar esquecendo de algum, obrigada a vocês que se fizeram presentes nesta caminhada.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo...

Muito Obrigada!

Agradecimento especial...

Aos idosos participantes da pesquisa, pela paciência, colaboração e disponibilidade. Meu eterno agradecimento. Sem vocês, seria impossível este trabalho.

A IDADE DE SER FELIZ

Existe somente uma idade para a gente ser feliz,
somente uma época na vida de cada pessoa em que é possível
sonhar

e fazer planos e ter energia bastante para realizá-los
a despeito de todas as dificuldades e obstáculos.

Uma só idade para a gente se encantar com a vida
e viver apaixonadamente
e desfrutar tudo com toda intensidade
sem medo nem culpa de sentir prazer.

Fase dourada em que a gente pode criar e recriar a vida
à nossa própria imagem e semelhança
e vestir-se com todas as cores
e experimentar todos os sabores
e entregar-se a todos os amores
sem preconceito, nem pudor.

Tempo de entusiasmo e coragem
em que todo desafio é mais um convite à luta
que a gente enfrenta com toda disposição de tentar algo novo,
de novo e de novo,
e quantas vezes for preciso.

Essa idade tão fugaz na vida da gente
chama-se PRESENTE
e tem a duração do instante que passa.

Mário Quintana

(Poeta gaúcho, faleceu em Porto Alegre, próximo dos 87 anos).

RESUMO

SILVA, Cláudia Beatriz Degani Cardozo de Aguiar da. **Qualidade de vida de idosos atendidos pelas equipes de saúde da família em Rio Grande, RS**. 2008. 111 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/RS.

Os objetivos deste estudo foram descrever o perfil socioeconômico, demográfico e a percepção da qualidade de vida (QV) da população idosa de uma região urbana atendida pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, no município do Rio Grande/RS, e analisar a associação entre variáveis de interesse do estudo e a QV percebida dos idosos. Foi realizado um estudo transversal, descritivo, com 301 idosos cadastrados na cidade do Rio Grande, no período de junho a agosto de 2008. Os dados foram coletados por inquérito domiciliar. Para o levantamento do perfil foi utilizado formulário específico e para a avaliação da QV foi utilizado o questionário WHOQOL-BREF. O pacote estatístico para as análises foi o programa Stata, versão 9.2. A análise descritiva dos dados foi feita usando-se média e desvio-padrão para as variáveis numéricas. A comparação das variáveis com os domínios de QV foi feita mediante análise de variância (ANOVA). A medida de ocorrência utilizada foi à prevalência, juntamente com o intervalo de confiança de 95% (IC95). Os quatro domínios de Qualidade de Vida e QV geral foram as variáveis dependentes, sendo propostas 12 variáveis independentes, de interesse para a correlação. Entre os respondentes, 61,3% eram do sexo feminino, com idade entre 60 e 69 anos, 82,7% brancas, 66,1% com baixa escolaridade, 54,8% casadas, 85% aposentadas, 90,4% moram com outras pessoas, 38,9 % são de baixa renda, 76,4% residem em casas de alvenaria e 80,7% contam com água encanada, 86,4% declararam apresentar algum problema de saúde, com destaque para a hipertensão 28,6% e outros problemas cardíacos 14,6%. Uma proporção de 42,2% percebe a sua saúde como regular, não participa de grupos 64,4% e 60,5% faz tratamento ambulatorial. Verificou-se associação positiva e estatisticamente significativa com melhores escores de QV entre os idosos do sexo masculino que obtiveram nos domínios Psicológico e Social, com os idosos entre 60-69 anos nos domínios Físico, Psicológico e Social, da mesma forma com os idosos com maior escolaridade, nos domínios Físico, Psicológico, Ambiental e de QV geral. Em relação ao estado civil, os idosos que referiam viuvez, tinham menores escores de QV nos domínios Físico, Psicológico e Social. Os indivíduos que não estavam aposentados e os que moram acompanhados obtiveram escores mais altos no domínio Físico. Os indivíduos com melhor renda per capita obtiveram melhores escores nos domínios Físico, Psicológico, Ambiental e QV geral. Os que referiam não ter problema de saúde obtiveram melhores escores nos domínios Físico, Psicológico e QV geral. Quanto melhor a percepção de saúde, melhor os escores em todos os domínios. Os idosos que participam de grupos obtiveram melhores escores de QV em todos os domínios. Não estar em tratamento obteve melhor escore nos Domínios Físico e de QV geral. Os resultados do estudo demonstraram a diversidade de fatores que influenciam na QV e a importância de se conhecer o perfil deste grupo etário, para o estabelecimento de políticas públicas de saúde e subsidiar a reorientação das ações que vem sendo desenvolvidas, visando garantir a saúde integral do ser idoso e sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Idoso. Saúde do Idoso. Saúde da Família.

ABSTRACT

SILVA, Cláudia Beatriz Degani Cardozo de Aguiar da. **Life quality of old people Who are attended by Family's Health teams in Rio Grande – RS.** 2008. 111 p. Dissertation (Masters in Nursing)– Nursing Pos graduation Program, Universidade Federal do Rio Grande – RS.

The study aimed to describe the demographic and social-economic profile and the perception of life quality (LQ) of an old population from an urban region that attended by the Family's Health Strategy teams in Rio Grande – RS, and also to analyze the association between the variables which are interesting for the study and the LQ realized by the old people. It was a transversal and descriptive study with 301 old people registered in Rio Grande, for the time of July to August of 2008. Data were collected by domiciliary interview. A specific formulary was used to build the profile and to the LQ evaluation, the WHOQOL-BREF was used. The statistic package to do the analysis was the Stata program v. 9.2. The data descriptive analysis was made using the medium and deviation-standard for numerical variables. Comparing variables and LQ dominations was done towards variation analysis (ANOVA). The occurrence measure used was prevalence together with the trust interval of 95% (IC95). The life quality four dominations and general LQ were the dependent variables, being proposed 12 independent variables interesting for the correlation. Among the responders, 61,3% were female at the age between 60 and 69, 82,7% Caucasians, 66,1% with low education, 54,8% married, 85% retired, 90,4% live with other people, 38,9% are low income, 76,4% live in masonry houses and 80,7% have channeled water, 86,4% say to have some health problem, highlighting hypertension - 28,6% - and other cardiac problems – 14,6%. A proportion of 42,2% percept their health as regular, 64,4% are not part of groups and 60,5% take ambulatory treatment. A positive and statically significant association with better scores of LQ between male old people who reached in Psychological domination and in Social, with old people at the age between 60 and 69 in Physical domination, Psychological, Social, of the same way with old people of high education, in Physical domination, Psychological, Environmental and general LQ was verified. About the civil status, the old people who are widowers had less LQ scores in Physical dominations, Psychological and Social. The ones who are not retired and that ones who do not live alone got the higher score in Physical domination. The ones with better income got the better scores in Physical domination, Psychological, Environmental and general LQ. The ones who did not refer health problems got better scores in Physical domination, Psychological and general LQ. The best is the health perception, got better scores in all dominations. Old people who are part of groups got better scores of LQ in all dominations. The ones who are not in treatment got the better scores in Physical domination and general LQ. Results showed the factors' diversity which influenced in the LQ and the importance to know this age group's profile, to establish health public politics and subsidize the reorientation of action that have been developed to guarantee the old people integral health and their life quality.

Key words: Life Quality. Old Person. Old person's Health. Family's Health.

RESUMEN

SILVA, Claudia Beatriz Degani Cardozo de Aguiar da. **Calidad de vida de los ancianos atendidos por los equipos de salud de la familia en de Rio Grande, RS.** 2008. 111 f. Disertación (Maestría en Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería, Universidade Federal de Rio Grande, Rio Grande / RS.

Los objetivos de este estudio fueron describir el perfil socioeconómico, demográfico, y identificar la percepción de la calidad de vida (CV) de la población de anciana de una región urbana atendida por los equipos de la Estrategia Salud de la Familia, en el municipio de Rio Grande / RS, y examinar la asociación entre las variables de interés para el estudio y la CV percibida de los ancianos. Fue realizado un estudio transversal, descriptivo, con 301 ancianos registrados en Río Grande, en el periodo de junio a agosto de 2008. Los datos fueron colectados por la averiguación en los hogares. Para el levantamiento de la ficha de perfil se utilizó formulario específico y para evaluación de CV fue utilizado el cuestionario WHOQOL-BREF. El paquete estadístico para el análisis fue el programa Stata, versión 9.2. El análisis descriptivo de los datos se realizó mediante el uso de media y desvío estándar para variables numéricas. La comparación de las variables con las áreas con los dominios CV se hizo mediante el análisis de la varianza (ANOVA). El grado de incidencia se utilizó para la prevalencia, junto con el intervalo de confianza de 95% (IC95). Los cuatro dominios de calidad de vida y CV general fueron las variables dependientes, siendo propuestas 12 variables independientes de interés para la correlación. Entre los respondientes, 61,3% eran mujeres, de edades comprendidas entre 60 y 69 años, 82,7% blancas, 66,1% con baja escolaridad, 54,8% casadas, 85% jubiladas, el 90,4% viven con otras personas, 38,9% son pobres, 76,4% viven en casas de mampostería y 80,7% tienen agua encanada, 86,4% declaran tener algún problema de salud, con énfasis en la hipertensión 28,6% y otros problemas cardíacos 14,6%. Una proporción de 42,2% percibe su salud como regular, no participan grupos 64,4% y 60,5% hace tratamiento ambulatorio. Fue verificada la asociación positiva y estadísticamente significativa asociación con mejores puntajes de CV entre los ancianos de sexo masculino que obtuvieran en los dominios Psicológico y Social, con los ancianos entre 60-69 años en los dominios Físicos, Psicológicos y Sociales, de la misma manera con los ancianos de mayor escolaridad, en los dominios Físicos, Psicológicos, Ambientales y de la CV general. En lo que respecta al estado civil, los ancianos que informaron viudez, había puntajes más bajos de la CV en los ámbitos Físicos, Psicológicos y Sociales. Las personas que no eran jubilados y los que viven juntos ha consigue la puntuación más alta en el Físico. Los individuos con mayor renta per cápita tuvieron mejores resultados en las áreas Psicológico, Ambiental y CV general. Aquellos que informaron de no tener problema de salud tuvieron mejores resultados en el Físico, Psicológico y CV general. Cuanto mejor la percepción de la salud, mejor de sus calificaciones en todos los ámbitos. Los ancianos que participan de grupos tuvieron mejores resultados de la CV en todos los ámbitos. No estar en tratamiento tuvo mejores resultados en el dominio Físico y CV general. Los resultados del estudio demostraron la diversidad de factores que influyen en la CV y la importancia de conocer el perfil de este grupo de edad, para el establecimiento de las políticas de salud pública y proporcionar la reorientación de las acciones que están siendo desarrolladas, a fin de garantizar la salud integral del anciano y su calidad de vida.

Palabras-clave: Calidad de vida. Anciano. Salud del Anciano. Salud de la Familia.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 -	ÁREA DE ABRANGÊNCIA E DISTRIBUIÇÃO DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, NA ZONA URBANA DO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE, RS (2008).....	45
FIGURA 2 -	ÁREA DE ABRANGÊNCIA DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, NA ZONA URBANA, COM DESTAQUE PARA OS BAIROS SELECIONADOS PARA PESQUISA, NO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE, RS (2008).	46
QUADRO 1 -	DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO GERAL E DE IDOSOS, POR BAIROS, DA ZONA URBANA, CADASTRADOS PELA ESF- RIO GRANDE, RS (2008).	47
QUADRO 2 -	DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS DE FORMA REPRESENTATIVA, PARA A AMOSTRA. RIO GRANDE, RS (2008).....	48
FIGURA 3 -	ESCORE DE QUALIDADE DE VIDA DE ACORDO COM OS DIFERENTES DOMÍNIOS DO WHOQOL-BREF PELOS IDOSOS DE UMA REGIÃO URBANA DA ESF. RIO GRANDE, RS (2008).	61
QUADRO 3 -	SÍNTESE DAS ASSOCIAÇÕES ENCONTRADAS ENTRE OS FATORES EXAMINADOS E OS DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA DO WHOQOL-BREF DOS IDOSOS DE UMA REGIÃO URBANA DA ESF. RIO GRANDE, RS (2008).....	73

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	-DISTRIBUIÇÃO DE IDOSOS DE UMA REGIÃO URBANA DA ESF, DE ACORDO COM AS VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS ESTUDADAS – RIO GRANDE (RS), 2008.....	56
TABELA 2	- DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS DE UMA REGIÃO URBANA DA ESF, SEGUNDO CONDIÇÕES DE MORADIA – RIO GRANDE, RS (2008)	59
TABELA 3	- DISTRIBUIÇÃO DE IDOSOS DE UMA REGIÃO URBANA DA ESF, SEGUNDO A PRESENÇA DE PROBLEMAS DE SAÚDE – RIO GRANDE, RS (2008)	59
TABELA 4	- VALORES OBTIDOS NOS DOMÍNIOS E QUALIDADE DE VIDA GERAL DO WHOQOL-BREF PELOS IDOSOS DE UMA REGIÃO URBANA DA ESF. RIO GRANDE, RS (2008)	61
TABELA 5	- MATRIZ DE CORRELAÇÃO ENTRE OS DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA DO WHOQOL-BREF PELOS IDOSOS DE UMA REGIÃO URBANA DA ESF. RIO GRANDE, RS (2008)	62
TABELA 6	- DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS DE UMA REGIÃO URBANA DA ESF, SEGUNDO A AUTO-AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA, WHOQOL–BREF. RIO GRANDE, RS (2008)	62
TABELA 7	- ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS ESTUDADAS E O DOMÍNIO FÍSICO DE QUALIDADE DE VIDA DO WHOQOL-BREF DOS IDOSOS DE UMA REGIÃO URBANIZADA DA ESF. RIO GRANDE, RS (2008)	63
TABELA 8	- ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS ESTUDADAS E O DOMÍNIO PSICOLÓGICO DE QUALIDADE DE VIDA DO WHOQOL-BREF DOS IDOSOS DE UMA REGIÃO URBANA DA ESF. RIO GRANDE, RS (2008)	65
TABELA 9	- ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS ESTUDADAS E O DOMÍNIO SOCIAL DE QUALIDADE DE VIDA DO WHOQOL-BREF DOS IDOSOS DE UMA REGIÃO URBANA DA ESF. RIO GRANDE, RS (2008)	67

TABELA 10- ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS ESTUDADAS E O DOMÍNIO AMBIENTAL DE QUALIDADE DE VIDA DO WHOQOL-BREF PELOS IDOSOS DE UMA REGIÃO URBANA DA ESF- RIO GRANDE,RS (2008).....	69
TABELA 11- ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS ESTUDADAS COM A QUALIDADE DE VIDA GERAL DO WHOQOL-BREF DOS IDOSOS DE UMA REGIÃO URBANA DA ESF- RIO GRANDE, RS (2008)	71

LISTA DE ABREVIATURAS

- ESF - Estratégia de saúde da família
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- PACS - Programa de Agentes Comunitárias de Saúde
- PNAD - Pesquisa por amostra de domicílios
- PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
- PSF - Programa de saúde da família
- QV - Qualidade de vida
- SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
- SUS - Sistema Único de Saúde
- UBSF - Unidade Básica de Saúde da Família
- WHOQOL-BREF- World Health Organization Quality of Life - BREF

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVOS	21
2.1	OBJETIVO GERAL	21
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3	HIPÓTESES	22
4	REFERENCIAL TEÓRICO	23
4.1	O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	23
4.1.1	O Idoso e o envelhecimento	26
4.2	A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	29
4.3	POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS AO IDOSO	31
4.4	QUALIDADE DE VIDA	34
4.4.1	A mensuração da qualidade de vida e os instrumentos de avaliação para a população idosa.	36
4.4.2	Revisão bibliográfica das pesquisas sobre qualidade de vida do idoso, de 2000-2007	40
5	METODOLOGIA	42
5.1	TIPO DE ESTUDO	42
5.2	LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	43
5.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO	47
5.4	SELEÇÃO DA AMOSTRA	47
5.5	VARIÁVEIS DO ESTUDO	49
5.6	INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS	50
5.7	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS.....	51
5.7.1	Treinamento dos entrevistadores	52
5.7.2	Estudo piloto.....	53
5.8	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	53
5.9	ASPECTOS ÉTICOS	54
6	RESULTADOS	56
6.1	ANÁLISE DESCRITIVA- CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS.	56
6.2	ANÁLISE ESTATÍSTICA DAS ASSOCIAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS ESTUDADAS E OS DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA.....	63

6.3	SÍNTESE DOS FATORES ASSOCIADOS AOS MENORES ESCORES NA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DE UMA REGIÃO URBANIZADA DA ESF. RIO GRANDE/RS	73
7	DISCUSSÃO	75
8	CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
	REFERÊNCIAS	90
	APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE	98
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	100
	APÊNDICE C - MANUAL DO ENTREVISTADOR	101
	ANEXO A - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO WHOQOL-BREF	105
	ANEXO B – SINTAXE DO WHOQOL-BREF	108
	ANEXO D - PARECER DO NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE – NEPES	110
	ANEXO E - AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE	111

1 INTRODUÇÃO

Tratar de assunto referente à saúde do idoso é de meu interesse há muito tempo, pois, como psicóloga atuando em saúde mental, em unidades básicas de saúde da rede pública, pude perceber vários idosos padecendo de depressão e outros transtornos psíquicos, sem um atendimento adequado. Alguns até estavam medicados, mas só estas ações não se faziam suficientes para aliviar seu sofrimento. A dor que os profissionais de saúde não entendiam, era muita vezes, imperceptível ao olho clínico e a exames de laboratórios; era a dor da solidão, da desesperança, da rejeição, da dificuldade em lidar com suas incapacidades, e mais ainda, a de perceber suas capacidades de superação dessas dificuldades.

Notei pessoas com dificuldade em lidar com o envelhecimento, mas também observei outras que aprenderam a encarar a vida com outro olhar e aproveitaram esta fase para dedicarem-se mais a si, e ao que sempre desejaram fazer e até então não era possível.

Meu papel, neste grupo como psicóloga consistia em estimulá-los a saírem do isolamento, a fazerem atividades artísticas, participarem de grupos sociais, dançarem, descobrirem novas formas de lazer e de desvelar a vida através do outro; promovendo o envelhecimento ativo. Assim, percebi que era necessário aprender a envelhecer, a conquistar um envelhecimento ativo e que esta nova forma de viver, necessita começar desde cedo, ou seja, durante todas as etapas da vida.

Nesse contexto, encontra-se a promoção da saúde, que ao sair dos centros de saúde, se estende para as comunidades, aos ambientes da família, à escola, acrescentando, como campos de atuação, o reforço comunitário, que contém um componente educativo, e o desenvolvimento de habilidades pessoais. (TEIXEIRA, 2002).

A idéia inicial deste trabalho surgiu ao realizar uma abordagem comunitária no bairro Santa Tereza, no qual atuo, por solicitação da Pós-Graduação em Saúde da Família da FURG, em 2005. Na ocasião, percebeu-se a necessidade da criação de grupos de hipertensos, pela grande prevalência deste agravo na população. No entanto, o grupo formado e por mim coordenado, era preponderantemente de maiores de 60 anos, devido à significativa adesão desta população idosa e a carência destes indivíduos por um momento de troca. Neste espaço, falava-se e discutiam-se os problemas tanto físicos, quanto psicológicos e sociais.

Assim, pude perceber a importância das redes de apoio e dos grupos de idosos, para esta população majoritariamente desassistida.

Comecei a realizar atividades com idosos no município de Rio Grande em 2006, como voluntária no NUTI- Núcleo da Terceira Idade da FURG, onde criei espaços de convivência com os idosos através de palestras e atividades que estimulam a afetividade e a auto-estima. Posteriormente, comecei a ser solicitada pelas equipes de saúde da família - ao saberem do meu trabalho e meu interesse pela promoção da qualidade de vida da população idosa - para realizar palestras e atividades de sensibilização com os idosos atendidos pela estratégia saúde da família, que diante da grande demanda de idosos, começa a preocupar-se em criar estratégias de grupos de convivência para esta população.

O motivo da escolha em pesquisar os idosos atendidos pela cobertura do Programa de Saúde da Família, atualmente chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF)¹, deve-se à percepção de que esta estratégia é a porta de entrada do sistema de saúde, visando o atendimento integral do indivíduo dentro do seu contexto, abordando as mudanças físicas consideradas normais, realizando a identificação precoce das alterações patológicas e com foco na promoção da saúde. (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003). Essa nova dinâmica para a organização dos serviços básicos de saúde oferece cobertura para as comunidades de baixa renda, em situação de maior vulnerabilidade, com indivíduos mais suscetíveis às doenças, com baixo nível socioeconômico, entre outros fatores, que influenciam na qualidade de vida.

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial, representando um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos grandes desafios da sociedade contemporânea. O Brasil é um país que envelhece a passos largos e o envelhecimento saudável deve não só fazer parte das preocupações do setor de saúde, mas também ser incluído como prioridade na agenda social do país. (VERAS, 2003). A população idosa, segundo estimativa do IBGE (2007), atingiu o patamar de 17,7 milhões no país, com substancial aumento da expectativa de vida, que precisa ser acompanhada pela melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida.

No município de Rio Grande, como na maioria dos municípios do Rio Grande do Sul, as ações direcionadas à promoção da saúde e a prevenção de doenças dos idosos, ainda são um tanto incipientes. Grande parte ocorre na atenção secundária, buscando reduzir os agravos de patologias já instaladas. O idoso é muitas vezes visto como um ser inútil e decadente que onera os cofres públicos com suas doenças crônicas não-transmissíveis (DCNTs), mas

¹Neste estudo será utilizada a nomenclatura Estratégia Saúde da Família (ESF) por tratar-se de uma estratégia de re-orientação do modelo tecno-assistencial, no sentido de fugir da concepção usual dos programas tradicionais concebidos pelo Ministério da Saúde. A Saúde da Família não pode ser vista como uma intervenção pontual no tempo e no espaço, atuando de forma paralela ou vertical às atividades rotineiras dos serviços de saúde, mas como uma estratégia que propõe a integração e organização das atividades em um território definido, de forma integral, com vistas à saúde do indivíduo/família e das comunidades. (CHIESA; FRACOLLI; SOUSA, 2001).

esquece-se que muitos destes problemas poderiam ser evitados com atividades educativas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Ressalte-se que os modelos de serviço de saúde vigentes, baseados nos cuidados aos quadros agudos, são inadequados para responder às necessidades de populações que estão envelhecendo rapidamente. (OMS, 2001).

A Carta de Ottawa (MS, 1986), é considerado o documento mais importante como referência à promoção da saúde, não só por assentar suas bases doutrinárias, mas porque abriu caminho para a passagem da retórica à ação. Ela contempla cinco grandes áreas estratégicas: a definição de políticas públicas saudáveis, a criação de entornos favoráveis, o fortalecimento da ação comunitária, o desenvolvimento de estilos pessoais de vida e a reorientação dos serviços de saúde.

A estratégia de Promoção da Saúde está respaldada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI (Brasil, 2006), apresentada pela Portaria GM N° 2.528 de 19 de outubro 2006, que tem como propósito a promoção da saúde, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restrita, de modo a garantir sua permanência no meio em que vivem exercendo de forma independente suas funções na sociedade.

Este estudo torna-se relevante em vista do aumento da população de idosos, da mudança do perfil epidemiológico atual, da precariedade de estudos voltados para a solução destes problemas em saúde pública e a necessidade de direcionar as políticas de saúde para o atendimento integral ao idoso, como preconiza a Política Nacional do Idoso.

Diante disto, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1998) vem recomendando o desenvolvimento de estudos e pesquisas que subsidiem a tomada de decisão e dirijam as ações e prioridades ao nível de políticas públicas relativas ao idoso. Estas pesquisas não podem ser deixadas para o futuro, elas precisam ser realizadas o quanto antes para nortear as nossas políticas atuais, que necessitam destes subsídios e por isso prioriza a qualidade de vida.

A importância deste trabalho foi a possibilidade de conhecer a realidade cotidiana dos idosos residentes na zona urbana no município do Rio Grande, nas comunidades de abrangência do Programa de Saúde da Família, quanto aos aspectos relacionados com a sua vida e saúde, utilizando o referencial da qualidade de vida, a fim de estabelecer ações de saúde que ajudem estes idosos a terem um envelhecimento mais saudável.

A escolha da zona urbana deve-se ao fato de ser nesta região a maior concentração de idosos, assim como nas peculiaridades do panorama brasileiro, em que o envelhecimento é

urbanizado, com as perspectivas para o século XXI de que 82% dos idosos brasileiros pertençam à população urbana. (IBGE, 2000).

Assim, ao elaborar um perfil socioeconômico e demográfico desta população, ouvi os próprios sujeitos envolvidos no processo, conheci suas necessidades, angústias e aspirações; privilegiando sua subjetividade em relação à qualidade de vida. Dessa forma, acredita-se que apenas quando se considera os interesses e as necessidades da população, será possível vislumbrar um sistema de saúde pública que trabalhe efetivamente para a elevação da qualidade de vida da comunidade.

Com base no exposto acima, as questões norteadoras da minha pesquisa foram:

- Qual o perfil socioeconômico, demográfico e de saúde/doença dos idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família do nosso município?
- Como se apresenta a qualidade de vida destes indivíduos, nos domínios físico, psicológico, de relações sociais e meio ambiente?
- Quais as variáveis relevantes na QV dos idosos pesquisados ?

Tendo em vista o aumento da população idosa, o número insuficiente de estudos que possam caracterizar o perfil do idoso do nosso município, a falta de estratégias de promoção da saúde do idoso na rede pública deste município visando à melhoria da sua qualidade de vida, e a inexistência de um trabalho que busque escutar a percepção do idoso em relação a sua própria saúde; a presente pesquisa justifica-se pela necessidade de um estudo que contemple a população idosa, levando em conta a percepção que estes indivíduos têm da sua própria saúde e qualidade de vida e de suas necessidades em prol da promoção da saúde do idoso na atenção básica.

Considero este trabalho de significativa relevância para o campo da enfermagem/saúde, visto que o cuidado ao idoso é compartilhado por todos os profissionais da equipe de saúde das Unidades Básicas de Saúde da Família. Da mesma forma, pela necessidade de estudos atuais que oportunizem um perfil socioeconômico e demográfico da população de idosos a ser cuidada, a fim de subsidiar as estratégias de ação na promoção da saúde, enfatizando sua qualidade de vida, considerando a percepção do indivíduo sobre si e estimular novos estudos nesta área.

Com o resultado desta pesquisa, espera-se poder subsidiar as práticas de saúde do Município do Rio Grande, em prol do envelhecimento ativo, e estimular outros municípios a desenvolverem trabalhos semelhantes, buscando a atenção integral em saúde para o cidadão idoso.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar os fatores associados à qualidade de vida dos idosos, de uma região urbana do município do Rio Grande/RS, atendidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), por meio de investigação de sua qualidade de vida, conforme a sua subjetividade, nos domínios físico, psicológico e de relações socioambientais.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Descrever o perfil socioeconômico, demográfico e de saúde/doença da população idosa de uma região urbana pertencente às comunidades atendidas pelas equipes de Saúde da Família, no município do Rio Grande;
- ❖ Avaliar a percepção de Qualidade de Vida Geral dos idosos urbanos atendidos pelas equipes de Saúde da Família;
- ❖ Identificar entre os domínios da qualidade de vida, quais os mais prejudicados na população idosa;
- ❖ Investigar as variáveis de interesse relevantes na qualidade de vida (QV) das pessoas idosas pesquisadas.

3 HIPÓTESES

❖ O perfil socioeconômico e demográfico dos idosos atendidos pela equipes de saúde da família, na cidade do Rio Grande deverá ser constituído por idosos:

- do sexo feminino;
- cor branca;
- com idade entre 60 a 69 anos;
- de baixa renda;
- com nível de escolaridade baixo;
- - maioria solteira ou viúvos.

❖ Em relação a percepção de Qualidade de Vida, os idosos atendidos pela Saúde da Família consideram sua qualidade de vida satisfatória;

❖ No que se refere aos domínios da Qualidade de Vida de Idosos, os domínios mais prejudicados são o físico e o psicológico;

❖ Os fatores que interferem nos baixos escores em relação à percepção da qualidade de vida nos idosos são: sexo feminino, baixa escolaridade, co-morbidades associadas (diabete, hipertensão) e idade avançada.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

A seguir, apresentarei uma revisão acerca do envelhecimento populacional, do idoso e do envelhecimento, da Estratégia Saúde da Família (ESF) e das Políticas Públicas voltadas ao Idoso. Finalizo com uma abordagem sobre Qualidade de Vida (QV), sua relação com a saúde, as forma de mensuração e uma revisão bibliográfica das pesquisas sobre qualidade de vida do idoso no período de 2000-2007.

4.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O fenômeno do envelhecimento populacional vem ocorrendo em quase todos os países do continente. Ao mesmo tempo em que traz uma sensação de longevidade, de vitória da vida sobre a finitude, também surge a necessidade de atuar e enfrentar as vicissitudes trazidas pelo processo de envelhecimento.

O crescimento da população idosa no mundo e no Brasil está ocorrendo de forma acelerada, mudando o perfil populacional. Nos países desenvolvidos, o envelhecimento da população ocorreu lentamente, acompanhado de melhorias na cobertura do sistema de saúde, nas condições de habitação, saneamento básico, de trabalho e alimentação. Porém, nos países em desenvolvimento, dentre eles o Brasil, esse processo ocorreu nos últimos anos do século XX, de forma mais acelerada e num contexto de desigualdades sociais, economia frágil, crescentes níveis de pobreza, precário acesso aos serviços de saúde e reduzidos recursos financeiros, sem as modificações estruturais que respondam às demandas do novo grupo etário emergente. (CAMARANO, 2001).

Atualmente, não se pode mais dizer que o Brasil seja um país jovem, já que a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera uma população envelhecida quando a proporção de pessoas com 60 anos ou mais atinge 7%, com tendência a crescer. (COSTA et al, 2003).

De acordo com o Censo Populacional de 2000, dos 169,5 milhões de brasileiros, 15,5 milhões tinha 60 anos e mais, somando 14.536.029 indivíduos idosos, representando 8,6% da população total. Com a expectativa de vida se elevando de 66 para 68,6 anos na última década, as projeções demográficas para o ano de 2025 indicavam uma população de 32

milhões de pessoas com 60 anos ou mais, representando quase 15% da população total brasileira, o que nos colocará como a sexta população de idosos do mundo. (IBGE, 2002).

O envelhecimento populacional está acontecendo em vários países do mundo, entre eles o Brasil e é consequência de um processo conhecido como transição demográfica, que segundo Costa et al (2003) é uma mudança de uma situação de mortalidade e natalidade elevadas, com populações predominantemente jovens, para uma situação com mortalidade e natalidade baixas, com aumento da proporção de velhos.

Numa perspectiva mundial, Moreira (2001) ressalta que o processo de envelhecimento brasileiro chama a atenção pelo volume de sua população idosa e a intensidade com que esse processo ocorre, considerando os altos índices de pobreza.

No Brasil, percebe-se nitidamente este aumento da longevidade observado mundialmente, devido ao maior crescimento proporcional dos grupos etários mais elevados (maiores de 75 anos). De 1991 a 2000, observou-se que a população total de idosos cresceu 36.5%, enquanto que o grupo de 75 ou mais anos, 49,3%. (IBGE, 2002).

É relevante apresentar os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2000), que nos mostram a proporção de idosos no Brasil em crescimento mais rápido que a de crianças. Em 1980, a relação era de 16 idosos para cada 100 crianças, já no ano de 2000 essa relação era de 30 idosos para cada 100 crianças, atribuindo também à longevidade esse aumento da população idosa.

A transição demográfica no Brasil não se deve apenas ao aumento da expectativa de vida, mas principalmente pela diminuição das taxas de fecundidade de 5,8 filhos por mulher em 1970 para de 2,3 filhos em 2000. (IBGE, 2002). O que para estudiosos como Costa et al (2003), deve-se, em grande parte, ao advento de métodos contraceptivos mais eficazes.

Paralelo ao processo de transição demográfica, o Brasil passa também pelo processo de transição epidemiológica, que se caracteriza pela diminuição da mortalidade por doenças transmissíveis e aumento da mortalidade por doenças crônicas não-transmissíveis (DCNTs)² e por causas externas, com deslocamento da carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens para os mais idosos. (COSTA et al, 2003). Com a transição epidemiológica, modifica-se também o perfil de saúde da população. Em vez de processos agudos que “se resolvem rapidamente” por meio da cura ou do óbito, as DCNTs passam a predominar e com elas, mais incapacidades e maiores gastos com saúde.

²Segundo Lessa (1998, p. 29), doenças não infecciosas, crônicas não transmissíveis são terminologias usadas para definir grupos de patologias caracterizados pela ausência de microorganismos no modelo epidemiológico, pela não transmissibilidade, pelo longo curso clínico e pela irreversibilidade.

O envelhecimento populacional brasileiro caracteriza-se pelo acúmulo de incapacidades progressivas nas atividades funcionais e de vida diária, associada às condições sócio-econômicas adversas. O risco de mortalidade é substituído por comorbidades, desta forma, o objetivo deixa de ser apenas prolongar a vida, mas, principalmente, a necessidade de manutenção da capacidade funcional do idoso surge, portanto, como um novo paradigma de saúde.

Alguns estudiosos como Paschoal (2000), ressaltam sua preocupação com a qualidade desta sobrevivência, de como aumentar o vigor físico, intelectual, emocional e social destes idosos; pois a maioria dos indivíduos deseja viver cada vez mais.

O envelhecimento é também uma questão de gênero, com o crescimento da população feminina idosa à medida que aumenta a longevidade. Nos últimos trinta anos a população idosa apresentou um gradativo crescimento percentual e as mulheres se configuram em um número maior, o que já ocorre desde a infância e com maior expectativa de vida do que os homens. No Brasil, em 2000, elas eram responsáveis por 55% da população idosa. Quanto mais velho o contingente idoso, mais elevada é a proporção de mulheres. (CAMARANO, 2004).

A feminização da população idosa se explica pelo fato de que as causas violentas de óbito atingem os homens com maior frequência. A taxa de doenças letais é muito maior entre os homens idosos. A diminuição das mortes entre as mulheres é devido ao aumento da tecnologia, que permitiu reduzir as complicações da gravidez, do parto e do puerpério e também por se beneficiarem mais das reduções das taxas de mortalidade do que os homens. (VERAS, 1995; NERI, 2004).

Observa-se significativa disparidade das regiões brasileiras em relação à proporção de idosos. (VERAS, 2002). A partir de 1980, essas proporções se acentuam: as regiões Norte e Nordeste têm baixas proporções de idosos; já as regiões Sudeste e Sul são as que possuem maior proporção de idosos, juntamente com as menores taxas de fecundidade (respectivamente 2,4 e 2,3 filhos por mulher) e as maiores expectativas de vida ao nascer (região Sudeste 67,5 e a região Sul com 68,7).

No Rio Grande do Sul, o aumento da população idosa é muito marcante, pois se verificam melhores condições sociais, sanitárias, econômicas e culturais, aumentando a expectativa de vida, que, nos tempos atuais, está em torno de 74 anos. (RIO GRANDE DO SUL, 1997). O estado tem uma população total de 11.080.322 habitantes, destes 1.147.481 são idosos, representando 10,35% da população; entretanto, esta distribuição não é

homogenia. Dos 496 municípios, 426 apresentam mais de 10% da população de pessoas idosas e apenas 70 municípios com menos de 10% .(IBGE, 2007).

No município do Rio Grande, no ano de 2000, os idosos já representavam uma população em evidência, totalizando 20.794 pessoas, pouco mais de 10% da população municipal total que é de aproximadamente 196.928 habitantes. (IBGE, 2002).

Em um cenário de importantes desigualdades regionais e sociais, os idosos não encontram amparo adequado no sistema público de saúde e previdenciário, acumulam seqüelas de doenças, desenvolvem incapacidades e perdem autonomia e qualidade de vida. (CHAIMOWICZ, 1997).

Litvoc (2004) preocupa-se com o crescimento acelerado desta população de idosos, a qual resultará numa demanda crescente por atenção à saúde, num contexto de um sistema de atenção precário, e de dificuldades econômicas estruturais. Afirma que tal realidade exige um planejamento nas políticas de saúde brasileiras, voltadas para a nossa realidade de país em desenvolvimento, onde a velhice se apresenta com muitas incapacidades.

Nesse contexto, a longevidade é contraditória, porque, ao mesmo tempo em que significa mais anos de vida, implica também mais prejuízos físicos e psicológicos, que se refletem na presença de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNTs), isolamento, declínio na posição social e depressão. (LANGE, 2005), resultando em acréscimo de anos à vida, e não de vida a esses anos.

4.1.1 O Idoso e o envelhecimento

Idoso, de acordo com a Política Nacional do Idoso BRASIL (1994), é considerado toda pessoa com sessenta anos ou mais de idade. Esta classificação não é universal, ela difere nos países em desenvolvimento, como o Brasil, nos quais a expectativa média de vida é menor, adota-se os 60 anos. Nos países desenvolvidos, são considerados idosos as pessoas com idade acima de 65 anos. (ONU, 1982).

O idoso, mesmo quando definido apenas etariamente, não é a pessoa somente com idade avançada, mas com determinadas características sociais e biológicas. Considera-se como idoso a pessoa que chegou à última etapa do processo de envelhecimento, que é a velhice. (NERI, 1995).

O processo de envelhecimento, segundo Neri (1995), ocorre diferentemente para cada pessoa, dependendo do seu ritmo e da época de sua vida, pois, a velhice não é um período caracterizado só por perdas e limitações. Embora aumente a probabilidade de doenças e limitações biológicas, é possível manter e aprimorar a funcionalidade nas áreas física, cognitiva e afetiva. Este fato dificulta estabelecer com precisão um limite etário ou periodização da velhice, considerando-se a grande variabilidade individual e social em relação à época em que as pessoas se declaram, aparentam ou se comportam como velhas.

Para Goldman (2000), o envelhecimento é um fenômeno histórico, social, cultural, enfim, multifacetado e multidisciplinar, que perpassa as trajetórias de vida pessoal e social e só pode ser compreendido em determinado tempo, espaço, classe social, relações de gênero e de etnia, dentre outras variáveis.

Em relação a este fenômeno, Callis (1996) refere que existe uma trajetória histórica da questão da velhice, remontando ao Egito de 2500 anos AC, em que Ptah-Hotep lamentava as vicissitudes da velhice. Registra também a valorização que a Bíblia, no livro Provérbios, parece destinar aos velhos, quando compara os cabelos brancos a uma coroa de honra.

Existem diferenças culturais nas formas de encarar o envelhecimento e de tratar os idosos, nas diferentes civilizações: os esquimós são incitados ao suicídio, enquanto entre os hotentores, na África, só são respeitados os idosos lúcidos, com descarte daqueles que perderam a lucidez. Outro exemplo é o ritual de antigas aldeias japonesas que conduziam os velhos para as “montanhas da morte”. Situação inversa vivem os idosos na cultura dos Yahgans, na Terra do Fogo, que são respeitados como detentores do saber e fazem parte do “Conselho dos Velhos”, instância deliberativa máxima da comunidade. No Sudão, a comunidade dos zandas também respeita os idosos, por considerá-los detentores do poder mágico, situação semelhante a dos índios Navajos. Na China, há uma filosofia que valoriza os idosos, respaldada em Confúcio e em Lao-Tsé, segundo a qual, é aos 60 anos que o homem se torna capaz de se libertar de seu corpo e de se tornar santo. (CALLIS, 1996).

A complexidade do ser humano que envelheceu, aparece de imediato com a denominação do fenômeno estudado: velhice ou terceira idade? Em relação ao sujeito que envelhece, freqüentemente há dúvidas quanto ao termo mais adequado: velho, idoso, geronte ou ancião?

O adjetivo velho, no Brasil, está associado a designações negativas, passando a idéias de decadência, pobreza e incapacidade, despertando a sensação de algo obsoleto, inútil e fora de época. (DEBERT, 1999). A substituição do uso da palavra velho por idoso, inclusive em

documentos emanados de instituições governamentais, representa uma mudança de nomenclatura, mas que nem sempre vem acompanhada do devido respeito e de mais valia.

Para Jordão Netto e Silva (1994), palavras utilizadas na comunicação humana são carregadas de conceitos e/ ou valores de grande significado psico-sócio-cultural afetando de forma profunda o comportamento dos indivíduos, podendo aproximar ou afastar, causar cooperação ou conflito, despertar simpatias ou provocar ódios, gerar entendimento ou profundos antagonismos.

Conforme Debert (1999), o termo terceira idade popularizou-se com muita rapidez no vocabulário brasileiro, sendo originário da França, nos idos da década de 70. É uma forma de tratamento que ainda não adquiriu conotação depreciativa.

Nesse contexto, Goldman (2000) afirma que as várias designações tentam, sem muito sucesso, suavizar no discurso, o estigma que os idosos vivem no cotidiano. Importa mais que a rotulação, a superação deste estigma a que os idosos são submetidos e a significação que adquire na construção do espaço de cidadania como sujeitos históricos.

A pessoa idosa necessita ser valorizada, reconhecida como sujeito de sua própria existência, capaz de modificar criativamente sua condição de vida e saúde, fortalecendo novos vínculos afetivos que a acolham e modifiquem o seu próprio caminhar. (GONÇALVES et al, 2001).

O fenômeno do envelhecimento, também pode ser visto de diversos ângulos. Para Gonçalves et al (2001), envelhecer pode ser considerado como um processo normal, natural, dinâmico e multidimensional. Compreendem o envelhecimento como sendo vitalício e concebido como um processo cujo início se dá no primeiro segundo de vida de cada ser humano, pois a cada dia, hora, minuto ou segundo nos tornamos diferentes, diferenciados, envelhecidos.

Goldman (2000), em outras palavras, refere que o processo de envelhecimento não se resume aos aspectos demográficos. Sua complexidade exige que seja estudado por diversas disciplinas, sob múltiplos ângulos. É um fenômeno que percorre toda a história da humanidade, mas apresenta características diferenciadas de acordo com a cultura, com o tempo e com o espaço. Inclusive sem esquecer as mudanças físicas do envelhecimento, que vão acentuar-se na velhice.

O processo de envelhecimento caracteriza-se assim, por diminuição da reserva funcional, que somada aos anos de exposição a inúmeros fatores de risco, torna os idosos mais vulneráveis às doenças. Eles são, geralmente, portadores de múltiplas enfermidades crônicas e incapacitantes e, por isso, são importantes consumidores dos recursos

orçamentários destinados à saúde. Assim, questões da capacidade funcional e autonomia do idoso podem ser mais importantes que a própria questão da morbidade, pois se relacionam diretamente à qualidade de vida. (COSTA et al., 2003).

4.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Em 1991, foi implantado o Programa de Agentes Comunitárias de Saúde (PACS), que impulsionou a implantação das primeiras equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, como parte da reorganização do sistema de saúde no Brasil. (BRASIL, 1996). Atualmente tem sido denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma vez que não possui caráter programático, e sim características estratégicas de mudança do padrão de atenção à saúde da população, reorientando o modelo assistencial a partir da atenção básica. Dessa forma, sinaliza um caminho possível para se atingirem os objetivos do SUS, buscando diferenciar-se dos programas tradicionais já produzidos pelo Ministério da Saúde.

A Estratégia de Saúde da Família, Ministério da Saúde (1996), surgiu com o propósito de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases, levando a saúde para perto das famílias. Trata-se de um serviço de atenção básica que trabalha buscando a promoção da saúde, a prevenção da doença e a recuperação da saúde de crianças, adolescentes, adultos e idosos. Nesse contexto, o indivíduo deixa de ser o objeto único da ação para ser visto como um sujeito integrante de uma família, de uma comunidade, contextualizando-o ainda sob os aspectos social, econômico, cultural e ambiental.

A ESF brasileira sofreu influência dos modelos de saúde do Canadá, de promoção da saúde e de Cuba do médico de família. (MENDES, 2002).

Starfield (2002) reforça o exposto acima, ao afirmar que a atenção primária deve oferecer atenção à pessoa nas suas diversas necessidades e problemas, tendo como características primordiais o acesso universal, o trabalho em equipe, a responsabilização, a qualidade da atenção integral, as ações de prevenção, bem como as de tratamento e de reabilitação.

O trabalho de equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. Na equipe, o saber e o

poder deixam de estar centrado na figura do médico para ser distribuído junto a todos os componentes.

Essa equipe de saúde é a porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde. Atua de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade. (BRASIL, 2007).

A base de ação das equipes é a abordagem integral da família. Os profissionais devem compreender a família em seu espaço social e histórico onde são construídas as relações intra e extrafamiliares e ocorrem as lutas pela sobrevivência, pela produção e reprodução social. (EGRY; FONSECA, 2000). São formadas basicamente por um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Outros profissionais de saúde, tais como psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, poderão ser incorporados a esta equipe básica, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais. (BRASIL, 2007).

As equipes de Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade, objetivando assim uma resolutividade maior das demandas que chegam até a equipe de saúde, visando à integração dos serviços de saúde e equipamentos sociais presentes na área de abrangência. (CORDEIRO, 2000).

Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 3 a 4 mil e 500 pessoas ou de mil famílias de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente na unidade de saúde da ESF. (BRASIL, 2007).

Para Egly e Fonseca (2000), o papel das instituições públicas como as de saúde, é buscar a equidade ou a diminuição das desigualdades. Para tanto, deve privilegiar a população com maiores riscos sociais de adoecer e morrer e com menores potencialidade para o enfrentamento de riscos. Características estas que são percebidas na população idosa devido às fragilidades conseqüentes do envelhecimento.

Sendo assim, uma das responsabilidades da equipe de Saúde da Família é a atenção à saúde do idoso. A esses profissionais da rede básica cabe voltar sua atenção também a essa população, a fim de promover a saúde e prevenir agravos, buscando atuar nos determinantes de saúde desta população que está envelhecendo, melhorando, assim, a sua qualidade de vida.

Chaimowicz (1997), há onze anos, já afirmava que as ações preventivas devem ser coordenadas por unidades básicas de saúde, priorizando as necessidades locais. E que é imprescindível o investimento imediato na saúde, na educação e na manutenção de idosos em atividades produtivas adequadas.

Para o Ministério da Saúde (2000b), a equipe de saúde deve estar apta para identificar fatores de risco junto à população idosa, estimulando a família na responsabilização para com a atenção à saúde do idoso, inserindo-o no ambiente familiar e social, buscando uma melhor qualidade de vida. A inserção do idoso em sua família e na sua comunidade é um fator fundamental para a manutenção de seu equilíbrio mental e físico.

Com o aumento da população idosa brasileira, há necessidade urgente dos profissionais que atuam na ESF, de se capacitarem para uma atenção integral ao idoso, buscando conhecer suas especificidades no que tange a aspectos físicos, psicológicos e sociais. O conhecimento da percepção da qualidade de vida do idoso é uma questão relevante para o alcance desta dimensão, uma vez que a saúde e seus fatores determinantes possuem um caráter subjetivo importante.

4.3 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS AO IDOSO

No Brasil, a preocupação com políticas sociais de atenção ao idoso é bastante recente. O esforço de segmentos específicos do governo e de entidades representativas de idosos, como o Conselho Nacional do Idoso, a Associação Nacional de Gerontologia (ANG) e a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), mobilizaram a sociedade em busca do cumprimento de normativas internacionais, com destaque para a primeira Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Viena, no ano de 1982. (ONU, 1982). O Plano de Ação Internacional, nela aprovado, tem orientado o pensamento e a ação sobre o envelhecimento nos últimos 20 anos. O conjunto das entidades supracitadas e o Plano de Viena constituíram-se no arcabouço da minuta do Decreto-lei que disporia sobre a Política Nacional do Idoso e a criação do Conselho Nacional do Idoso. Em 4 de janeiro de 1994 foi

aprovada a Lei n° 8.842/1994, que estabelece a Política Nacional do Idoso, posteriormente regulamentada pelo Decreto n° 1.948/96. (BRASIL, 1997).

Entre as diretrizes da PNI estão a descentralização de suas ações por intermédio dos órgãos setoriais nos estados e municípios, em parceria com entidades governamentais e não-governamentais. Esta Lei tem por finalidade assegurar direitos sociais que garantam a promoção da autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade com a respectiva inclusão cidadã. Para Borges (2006), a PNI representa um marco na definição de um novo paradigma, mas que ainda não se firmou no âmbito dos direitos sociais, pela ausência de recursos suficientes para a sua consecução.

A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei n° 8.842/93 que integra a Constituição de 1988, embora não seja específica do idoso, assegura os direitos sociais para todos os cidadãos idosos, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. (BRASIL, 1993). Em conjunto com a PNI, está em sintonia com a Constituição Federal, ao preconizar o modelo descentralizado de gestão pública, com o envolvimento das esferas federal, estadual e municipal.

Em 1999, através da portaria interministerial n. 1395, foi efetivada a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), que é parte integrante da PNI. Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde do Idoso apresentava

como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade. (BRASIL 1999, p. 8).

A PNSI, foi revisada, atualizada e substituída pela Portaria GM n. 2.528 de 19 de outubro 2006, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), instrumento de que o setor saúde passa a dispor para contemplar as demandas específicas desse segmento populacional. Definindo que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializados de média e alta complexidade. (BRASIL, 2006).

No âmbito estadual, em 26 de julho de 2000, a lei n. 11.517 institui a Política Estadual do Idoso, com o objetivo de assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. (RIO GRANDE DO SUL, 2000).

O Estatuto do Idoso homologado através da lei n. 10.741, de 1º de Outubro de 2003, após tramitar durante sete anos no Congresso Nacional, passando a vigorar a partir de 1º de janeiro de 2004, representou uma grande conquista social e um marco na garantia de direitos. Se destina a regular os direitos assegurados às pessoas idosas, e vem fortalecer e ampliar os mecanismos de controle das ações desenvolvidas, em âmbito nacional, complementando a Política Nacional do Idoso. Considera idoso aquele com idade cronológica igual ou superior a 60 anos. (BRASIL, 2003).

As normas existentes junto ao Estatuto do Idoso garantem o direito à vida, liberdade, respeito, dignidade, alimentos, saúde, transporte, assistência, educação, esporte, lazer e trabalho. O documento com seus 118 artigos, discorre sobre medidas de proteção, política de atendimento ao idoso, acesso à justiça e crimes. Representa um dos principais instrumentos de direito da pessoa idosa, consolidando aqueles já assegurados na Constituição Federal, sobretudo no que tange à proteção do idoso em situação de risco social. (BRASIL, 2003).

O capítulo IV do Estatuto é todo destinado à saúde do idoso, sendo este um dos direitos fundamentais garantidos pela Constituição Federal e trazendo importantes modificações, como a do artigo 15, que estabelece o Sistema Único de Saúde como mecanismo de atendimento de saúde ao idoso, o qual deverá ser prioritário. Há predomínio de disposições concretizadoras de direitos sociais à população idosa, como aquelas voltadas à saúde, previdência e assistência social, renda mínima, educação, trabalho e moradia. (BRASIL, 2003).

O Ministério da Saúde, em 2005 definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde, a qual agrega três eixos: o Pacto em Defesa do SUS, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. O Pacto em Defesa da Vida traz como uma das seis prioridades a atenção à saúde do idoso. Dentre as ações estratégicas, foi implantada a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa—Instrumento de cidadania com informações relevantes sobre a Saúde da Pessoa Idosa. (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) serve de apoio à Estratégia de Saúde da Família, assegurando melhores condições de saúde e vida para a população idosa. Visa à promoção do envelhecimento saudável, à prevenção de doenças, à recuperação da saúde, à preservação/melhoria/reabilitação da capacidade funcional com a finalidade de assegurar a permanência das pessoas idosas no meio e sociedade em que vivem, desempenhando suas atividades de maneira independente. (BRASIL, 2006).

A legislação pertinente, disponível até o momento no país, é um instrumento legítimo que o Estado utiliza para garantir os direitos individuais e coletivos da população e que, para a

efetividade de normas protetivas dos direitos dos idosos e do próprio princípio da dignidade da pessoa humana, passa não apenas pelos poderes constituídos. Para tal, há necessidade de mobilização de toda a sociedade na luta pelo cumprimento do que está posto e de união dos poderes públicos.

Existem alguns desafios no bojo do envelhecimento populacional, que são pautados principalmente, no despreparo dos profissionais e dos serviços de saúde, para atender esses idosos em crescimento acelerado. É evidente a necessidade de capacitação dos profissionais, de inserir o ensino da gerontologia nos cursos de graduação, da urgência em se readequar os serviços de saúde para melhor atendê-los e, principalmente, em proporcionar suporte para se pesquisar mais sobre os idosos, levando em consideração suas opiniões. (SANTOS, 2003; MONTANHOLI et al, 2006; RODRIGUES et al, 2007).

Mesmo diante desta colocação, não se pode negar que estas leis surgem em consequência da realidade brasileira, onde os idosos emergem como novos agentes sociais, com sua maior presença e participação, acrescentando demandas no cenário nacional - sociais, culturais, sanitárias e econômicas, revelando-se, conseqüentemente, como novos atores sociais. (MINAYO, 2000).

4.4 QUALIDADE DE VIDA

Qualidade de Vida (QV) é um dos termos mais utilizados atualmente, tanto na linguagem cotidiana por pessoas da população em geral (políticos, profissionais de diversas áreas e gestores ligados às políticas públicas), como no contexto da pesquisa científica, em diferentes campos do saber (economia, sociologia, educação, medicina, enfermagem, psicologia e demais especialidades da saúde).

Paschoal (2000) afirma que o conceito Q.V. começou a ser difundido após a Segunda Guerra Mundial, referindo-se à conquista e posse de bens materiais (possuir casa própria, bom salário, boa aposentadoria) e com o passar dos anos foi se ampliando para algo mais estrutural, como o desenvolvimento econômico, cujos indicadores eram medidos através de Produto Interno Bruto-PIB (taxa de crescimento, taxa de desemprego, entre outras). Posteriormente foram incorporados indicadores que levam em conta o desenvolvimento social como escolaridade, taxa de mortalidade infantil, condições de vida, condições de trabalho, transporte, saneamento básico etc.

A partir da década de 60, começou-se a perceber que além de inferir sobre a QV por meio de indicadores objetivos, era preciso conhecer a percepção das pessoas a respeito destes indicadores, em relação à dimensão subjetiva. (PASCHOAL, 2000).

No início da década de 90, embora ainda não houvesse um consenso sobre o conceito Q.V., parece consolidar-se um entendimento entre os estudiosos da área quanto a dois aspectos relevantes do conceito de qualidade de vida: subjetividade e multidimensionalidade. No que concerne à subjetividade, trata-se de considerar a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não-médicos do seu contexto de vida. Em outras palavras, como o indivíduo avalia a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida. (WHOQOL GROUP, 1994).

Conforme Fleck et al (1999), a expressão qualidade de vida surgiu pela primeira vez nos Estados Unidos, em 1964, com Lyndon Johnson, quando ocupava o cargo de presidente dos Estados Unidos, declarando que os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos, somente podem ser aferidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas. Na literatura médica, a primeira citação do termo qualidade de vida apareceu em um periódico médico apenas em 1966. (CHACHAMOVICH; TRENTINI; FLECK, 2007).

A partir de então, e de modo mais acentuado a partir da década de 80, o interesse pelos padrões sociais, instigaram inúmeros pensadores, filósofos, cientistas e políticos a investir neste campo de conhecimento. O termo foi usado nas ciências com o intuito de valorizar parâmetros que levam ao aumento da expectativa de vida da população. (FLECK et al, 1999).

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, 1999).

O grupo de estudiosos em qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS), Whoqol Group (1999, p.20), propõe um conceito subjetivo, multidimensional e que inclui elementos positivos e negativos: “qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. É um conceito amplo e complexo, que engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características do meio ambiente.

Ao relacionar a qualidade de vida com a saúde, convém salientar as palavras de Capra (1982), quando refere que a saúde é fundamentalmente um fenômeno multidimensional, que

envolve vários aspectos, dentre os quais os físicos, os psicológicos e os sociais, sendo todos eles interdependentes. Pode-se, assim, destacar que estas múltiplas dimensões influenciam as questões de saúde englobando fundamentalmente a qualidade de vida do ser humano.

O discurso da relação saúde e qualidade de vida existe desde o nascimento da medicina social, nos séculos XVII e XIX, ainda que não fizesse referência precisamente ao termo qualidade de vida e sim condições de vida, sendo justamente essa relação intrínseca, que a aproxima da medicina social, a sua estratégia central, a promoção da saúde. (MINAYO et al, 2000).

Entretanto, a preocupação especificamente com a qualidade de vida na velhice tornou-se relevante nos últimos trinta anos, em função do crescimento do número de idosos e da expansão da longevidade em diferentes sociedades, o que sensibilizou os pesquisadores para o estudo científico do assunto. (NERI, 2000).

Sobre qualidade de vida na velhice, Neri (2000) refere que incide sobre quatro áreas interrelacionadas: competência comportamental (capacidade funcional, cognitiva, social e de utilização do tempo), condições ambientais (existência de condições ambientais que permitam aos idosos desempenhar comportamentos biológicos e psicológicos adaptativos), a qualidade de vida percebida (é a dimensão subjetiva e depende estreitamente dos julgamentos do indivíduo sobre a sua funcionalidade física, social e psicológica) e bem-estar psicológico (capacidade do indivíduo para adaptar-se às perdas e de recuperar-se de eventos estressantes do curso de vida individual e social).

Sendo assim, a Qualidade de vida na velhice requer uma avaliação multidimensional realizada pelo próprio idoso, a respeito dele e do meio que está inserido.

4.4.1 A mensuração da qualidade de vida e os instrumentos de avaliação para a população idosa

A Qualidade de Vida sempre foi avaliada, baseada em indicadores, que foram mudando conforme o contexto histórico.

Indicadores é a denominação designada aos números e/ou índices que procuram descrever determinado aspecto da realidade e, para esta descrição, adotam-se técnicas para ponderar os valores. Os índices podem sintetizar um conjunto complexo de aspectos da realidade, facilitando assim, a leitura desses indicadores. Incluem-se aqui, os indicadores de

qualidade de vida, que conforme Albuquerque (2003), fundamenta-se em um esquema teórico de desenvolvimento baseado no ser humano e na satisfação de suas necessidades.

Considera-se, assim, que estes “sistemas de indicadores” devem abranger o ser humano como um todo, ser holístico, integrado em um ambiente sócio-cultural, partilhando experiências afins e necessidades.

No contexto da atenção à saúde, avaliações de qualidade de vida tornaram-se prática freqüente e importante em pesquisa, acompanhamento clínico, planejamento de ações e de políticas, alocação de recursos e avaliação de programas. No Brasil, sua importância surgiu mais recentemente e vem ganhando popularidade. QV tem sido utilizada no lugar de indicadores de saúde tradicionais, como taxas de mortalidade e de morbidade, em vários ensaios clínicos e avaliações de resultados. A importância de seu emprego no campo da saúde pode ser verificada desde a década de 70, com uma explosão de interesses sobre o assunto, com um número elevado de citações na literatura especializada em saúde. (TAMBURINI, 1998).

A avaliação da Qualidade de Vida tem recebido um crescente interesse por diversas áreas do conhecimento, principalmente na área da saúde. Trentini (2004) refere haver uma unanimidade em considerar a medida de qualidade de vida como uma medida importante nas avaliações em saúde.

Lima e Gualda (2000) consideram que a qualidade de vida pode abranger a avaliação subjetiva e objetiva do ser humano, sofrendo influências de valores culturais, religiosos, étnicos, entre outros. Entende-se, assim, que a qualidade de vida refere-se à capacidade do ser humano de viver em condições saudáveis, mas para isso torna-se necessário a percepção do indivíduo não somente no que tange ao fator doença, mas à adequação de seu estilo de vida.

O conceito de qualidade de vida é extremamente complexo e muito relativo nas diferentes culturas. (ALBUQUERQUE, 2003). Atualmente, existem inúmeros instrumentos que mensuram a qualidade de vida; aqueles que tratam de saúde apenas como componente de um indicador, e outros que têm seu objeto no campo da saúde.

Tamburini (1998) afirma existirem mais de 800 instrumentos de mensuração da Qualidade de Vida, destes, poucos foram validados no Brasil. Alguns instrumentos são genéricos (aqueles que não estão voltados para a avaliação baseada em doenças, sendo mais apropriados para estudos epidemiológicos e avaliações no sistema de saúde) e outros específicos (são aqueles relacionados às doenças, utilizados para avaliar as intervenções em saúde, considerando o custo-utilidade), os quais podem fornecer informações diferenciadas, e podem ser utilizados concomitantemente ou separadamente.

De acordo com Fleck (1998), houve nas últimas décadas uma proliferação de instrumentos de avaliação de qualidade de vida e afins, a maioria desenvolvidos nos Estados Unidos, o que gerou um crescente interesse em traduzi-los para aplicação em outras culturas e outros contextos. A aplicação transcultural através da tradução de qualquer instrumento de avaliação ainda é um tema controverso, devido a críticas acerca da possibilidade de que o conceito de QV possa não ser ligado à cultura; porém, há quem acredite que exista uma universal cultura de qualidade de vida. Independente de nação, cultura ou época, é importante que as pessoas se sintam bem psicologicamente, que possuam boas condições físicas e sintam-se socialmente integradas e funcionalmente competentes.

Os instrumentos de mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde tendem a manter o caráter multidimensional e avaliam ainda a percepção geral da QV, embora a ênfase habitualmente recaia sobre sintomas, incapacidades ou limitações ocasionados por enfermidade.

A busca de um instrumento que avaliasse a qualidade de vida dentro de uma perspectiva multidimensional fez com que a Organização Mundial da Saúde desenvolvesse através de estudos, projetos multicêntricos, que resultaram na elaboração do WHOQOL-100 – um instrumento de avaliação – para a qualidade de vida, disposto por 100 itens subdivididos em seis domínios e facetas. (OMS, 1998).

Assim, em Fleck et al (1999), têm-se os domínios pesquisados:

- I Domínio físico: incluindo dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso;
- II Domínio psicológico: aborda sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência e os sentimentos negativos;
- III Domínio de independência: abrangendo a mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e a capacidade de trabalho;
- IV Domínio das relações sociais: incluindo as relações pessoais, o suporte/apoio social e a atividade sexual;
- V Domínio do ambiente: abordando a segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais (disponibilidade e qualidade), oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em oportunidades de recreação e lazer, ambiente físico (poluição, ruído, trânsito e clima), e transporte;
- VI Domínio religioso: incluindo os aspectos espirituais, religião e crenças pessoais.

A necessidade de se criar instrumentos menores que mensurassem a qualidade de vida e que fossem mais curtos e levassem menor tempo para o preenchimento, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde desenvolvesse a versão

abreviada do WHOQOL-100 denominada WHOQOL-BREF. Esse instrumento foi traduzido para a versão português no Brasil pelo Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Salienta-se também que este instrumento abreviado, seguindo as normas de aplicação do seu original, é auto-avaliativo e, portanto, auto-explicativo. (FLECK et al, 2000).

Alguns destes instrumentos conseguem avaliar de forma individual e específica, aspectos do estado de saúde, próprios de uma área, como o instrumento WHOQOL BREF. O mesmo consta de 26 questões, sendo duas gerais e as restantes representando cada uma das vinte e quatro facetas da WHOQOL-100. Assim, o WHOQOL BREF é composto por quatro domínios, sendo eles o físico, psicológico, relações sociais e o meio ambiente.

O critério de seleção das questões para compor o WHOQOL BREF, foi tanto psicométrico, quanto conceitual. Em nível conceitual, foi definido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde de que o caráter abrangente do instrumento original denominado WHOQOL-100 seria preservado. Assim, cada uma das vinte e quatro facetas que abrangem o instrumento original deveria ser representada por uma única questão. Ao nível psicométrico, foi então, selecionada a questão que mais altamente se correlacionasse como escore total da WHOQOL-100, calculado pela média de todas as facetas. Transcorrendo esta etapa, os itens selecionados foram examinados por um painel de peritos para estabelecer se representavam conceitualmente cada domínio de onde as facetas provinham. (FLECK et al, 2000).

Quanto à avaliação da qualidade de vida, apesar do grande número de instrumentos encontrados na literatura, e muitos já estarem traduzidos, poucos foram desenvolvidos tendo como alvo a população idosa. Diante da necessidade de se avaliar esta população, eram aplicados instrumentos construídos e validados em outras faixas etárias e utilizados para investigação da população em geral. (PASCHOAL, 2000).

Um estudo recente, denominado projeto WHOQOL-OLD, buscou criar um instrumento de qualidade de vida que levasse em conta as especificidades do idoso, baseado no instrumento de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde, o WHOQOL-100. O projeto, aqui no Rio Grande do Sul foi realizado em Porto Alegre pelo Grupo WHOQOL. (UFRGS, 2003), do qual Trentini (2004) fazia parte como aluna do doutorado, e os dados encontram-se na sua tese intitulada “Qualidade de Vida dos Idosos”.

Nota-se assim a importância e o esforço da sociedade internacional e brasileira em determinar, qualificar e quantificar a qualidade de vida para toda a população, atingindo todas as esferas sociais e como não poderia deixar de ser, o idoso.

Pode-se apontar pelo disposto acima, que o WHOQOL-BREF foi devidamente validado e traduzido para a versão português e, por ser de mais fácil manuseio no que tange ao preenchimento e, dispor de fidedignidade, considera-se conveniente esta abordagem para mensurar a qualidade de vida de idosos, visto que, conforme Fleck et al (2000), este instrumento preserva a abrangência do constructo “qualidade de vida”.

4.4.2 Revisão bibliográfica das pesquisas sobre qualidade de vida do idoso, de 2000-2007

O termo “Qualidade de Vida” foi introduzido no MEDLINE - Medical Subject Headings of the National Library of Medicine - como elemento descritor, em 1977. Segundo Tamburini (1998), nos vinte anos posteriores, isto é, até 1998, a literatura registrou 11mil referências bibliográficas com este indicador. O autor também listou 803 instrumentos genéricos e específicos de qualidade de vida. Estas pesquisas de QV no campo da saúde tiveram início com estudos sobre a dor e outros temas (área de oncologia, reumatologia e psiquiatria) e posteriormente, na avaliação de resultados de tratamentos de doenças crônicas.

Dantas (2003), afirma que a relação entre saúde e qualidade de vida existia desde o surgimento da medicina social, mas que somente hoje a qualidade de vida é tema de pesquisa imprescindível na área da saúde. Acrescenta também, que em sua pesquisa documental, sobre o número de teses realizadas com esta temática, nos últimos anos, em quatro universidades públicas de São Paulo, foram encontradas 53 teses sobre a qualidade de vida da população. Porém, destas, quatro se referiam a idosos (7,5%), o que é um número ainda pouco significativo, tendo em vista o envelhecimento no país.

Paschoal (2005) observa que os estudos na América Latina e no Brasil, em particular, quanto á qualidade de vida em pessoas idosas, são realmente bastante recentes ao compararmos com a literatura internacional; porém em seus estudos ele nos revela que, atualmente, cerca de 40,18% das pesquisas brasileiras sobre qualidade de vida são referentes a idosos. O autor explica também, que a intensificação desses estudos deve-se ao processo de envelhecimento mais tardio nos países menos desenvolvidos, que passaram a sofrer a transição demográfica a partir de 1990, com o envelhecimento acelerado de suas populações.

Para avaliar a evolução das pesquisas sobre qualidade de vida com a população idosa, do ano de 2000-2007, foi feita uma busca no MEDLINE (Biblioteca Nacional de Medicina do

Instituto Nacional de Saúde-USA) e no LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde).

No MEDLINE obtivemos os seguintes achados com os descritores (palavras-chave):

- 96 com Well being x aged (bem estar e idade);
- 1.286 com Life satisfaction x quality of life x aged (satisfação com a vida x qualidade de vida x idade);
- 88 com Quality of life x health promotion x aged (qualidade de vida x promoção da saúde x idade);
- 9.654 com Quality of life x aged (qualidade de vida x idade).

O foco destes trabalhos refere-se ao interesse da equipe multiprofissional, em motivar os idosos para a prática de exercícios físicos para prevenção das doenças, abordam também a saúde mental e o envelhecimento saudável.

Ao acessar o LILACS, com os descritores: Promoção x saúde x idoso x qualidade de vida, obtivemos 780 citações de trabalhos. O interessante é que nestes, o foco era nas experiências da UNATI- Universidade Aberta da Terceira Idade, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e do Rio Grande do Sul (UFRGS), ao Projeto WHOQOL-OLD , à educação em Saúde, à assistência de enfermagem ao cuidado ao idoso, à sexualidade do idoso, à saúde integral do idoso, dentre outros.

Diante disto, observa-se a abrangência das abordagens em relação à qualidade de vida do idoso, nos diversos ramos das ciências da saúde e o destaque para o estado do Rio Grande do Sul no estudo do envelhecimento. Não podemos parar, e muitos estudos ainda virão, buscando conhecer este grupo etário e a necessidade de dar-lhe qualidade de vida.

5 METODOLOGIA

Neste capítulo serão abordados os aspectos que abrangem o caminho metodológico. Sendo assim, descreverei as diferentes etapas que constituíram este caminho, enfatizando a caracterização da pesquisa, o local, a escolha dos sujeitos, a seleção da amostra, as variáveis, os instrumentos, o treinamento dos entrevistadores, o estudo piloto, os aspectos éticos envolvidos, o controle de qualidade, a coleta, o processamento e a análise de dados, bem como sua interpretação.

5.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de delineamento transversal, de base populacional, com característica quantitativa descritiva.

Em relação à pesquisa quantitativa, para Minayo (2002) este é um método adequado para explicar as questões da realidade social, em relação à questão da objetividade.

Segundo Gil (1999), os estudos descritivos têm como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Tem a vantagem do baixo custo para sua implementação, sendo importantes no planejamento de saúde.

Este tipo de estudo baseia-se em investigação, produzindo “instantâneos” da situação de saúde de um grupo ou comunidade, observando fator ou efeito no mesmo momento histórico. Para esta investigação se utiliza amostras representativas da população, devido às dificuldades para a realização de investigações que incluam todos os membros do grupo. A definição de representatividade fundamenta-se na teoria estatística, valorizando o caráter aleatório da amostra e a definição dos limites de inclusão e exclusão dos sujeitos da pesquisa. (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 1999).

O estudo que utiliza o levantamento por amostragem, realizado com uma amostra significativa da população em estudo, possuem algumas vantagens: o conhecimento direto da realidade, a economia, a rapidez e a possibilidade de quantificação e análise estatística. Este levantamento é geralmente feito com questionários padronizados e caracteriza-se pela interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer. (GIL, 1999).

Segundo Gil (1999, p. 50), a estatística descritiva, “procedimento utilizado na nossa investigação é permite se conhecer as características de um determinado grupo, sendo possível estabelecer as relações entre as variáveis e os dados obtidos, fornecendo importantes direções a serem seguidas em estudos futuros”.

5.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado na região sul do Estado do Rio Grande do Sul, no município do Rio Grande, em nove (9) núcleos de Saúde da Família que fazem a cobertura de quatro (4) grandes bairros da zona urbana do município. Optou-se por realizar a pesquisa no contexto da saúde da família, visto que esta modalidade se constitui na porta de entrada para os serviços de saúde pública e porque o modo de vida desta clientela suscita-me alguns questionamentos, cujas reflexões poderão contribuir para o conhecimento da qualidade de vida dos idosos em estudo.

Escolhi este local de estudo – a cidade do Rio Grande – por ser o município onde resido e trabalho. Ao longo da experiência advinda da atuação nas unidades básicas de saúde, pude perceber a ausência de atendimento voltado à saúde integral do idoso. Ao mesmo tempo, representa uma contribuição ao Curso de Pós-Graduação ao nível de Mestrado em Enfermagem/Saúde, onde me insiro como discente e também para a sociedade em geral.

Cabe ressaltar alguns aspectos relativos ao município. Através da história, sabe-se que este nome deve-se a uma confusão do canal com um rio caudaloso, ocorrida numa expedição comandada por Martim Afonso de Souza, vindo o local a chamar-se de Rio de São Pedro e mais tarde Rio Grande de São Pedro. Registra-se também que a ocupação da margem do canal Rio Grande de São Pedro deu-se por insistência do Brigadeiro José da Silva Paes. A condição do porto favoreceu as instalações e surgiu o povoado, a Vila do Rio Grande de São Pedro, que através da Lei Provincial nº 05, ganhou a denominação oficial de cidade do Rio Grande. (HISTÓRICO DO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE, 2004).

Rio Grande insere-se na planície costeira do sul do Rio Grande do Sul, delimitada pela linha da praia do Oceano Atlântico a sudeste, o estuário da Lagoa dos Patos a nordeste, o canal de São Gonçalo a noroeste e a Lagoa Mirim a sudoeste. (HISTÓRICO E OBJETIVOS, 2004).

É a cidade mais antiga do Rio Grande do Sul, com uma área de 2.834 km²,

privilegiada pela sua posição geográfica, sob forte influência da zona estuária e costeira. Tem como foco o artesanato e indústria pesqueira. Apresenta densidade demográfica de 70,29 Hab/Km², com uma taxa de urbanização de 98% e a expectativa de anos de vida ao nascer é de 68 anos. Ainda no período 1991-2000, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Rio Grande cresceu, passando de 0,73 em 1991 para 0,79 em 2000. (INFORMAÇÕES POPULACIONAIS, 2004).

De acordo com o IBGE de 2000, o município possui aproximadamente 196 mil 928 habitantes, com 98% da população residindo em zona urbana. Os idosos representam uma população de 20 mil 794 pessoas, ou seja, mais de 10% da população total do município. (IBGE, 2000).

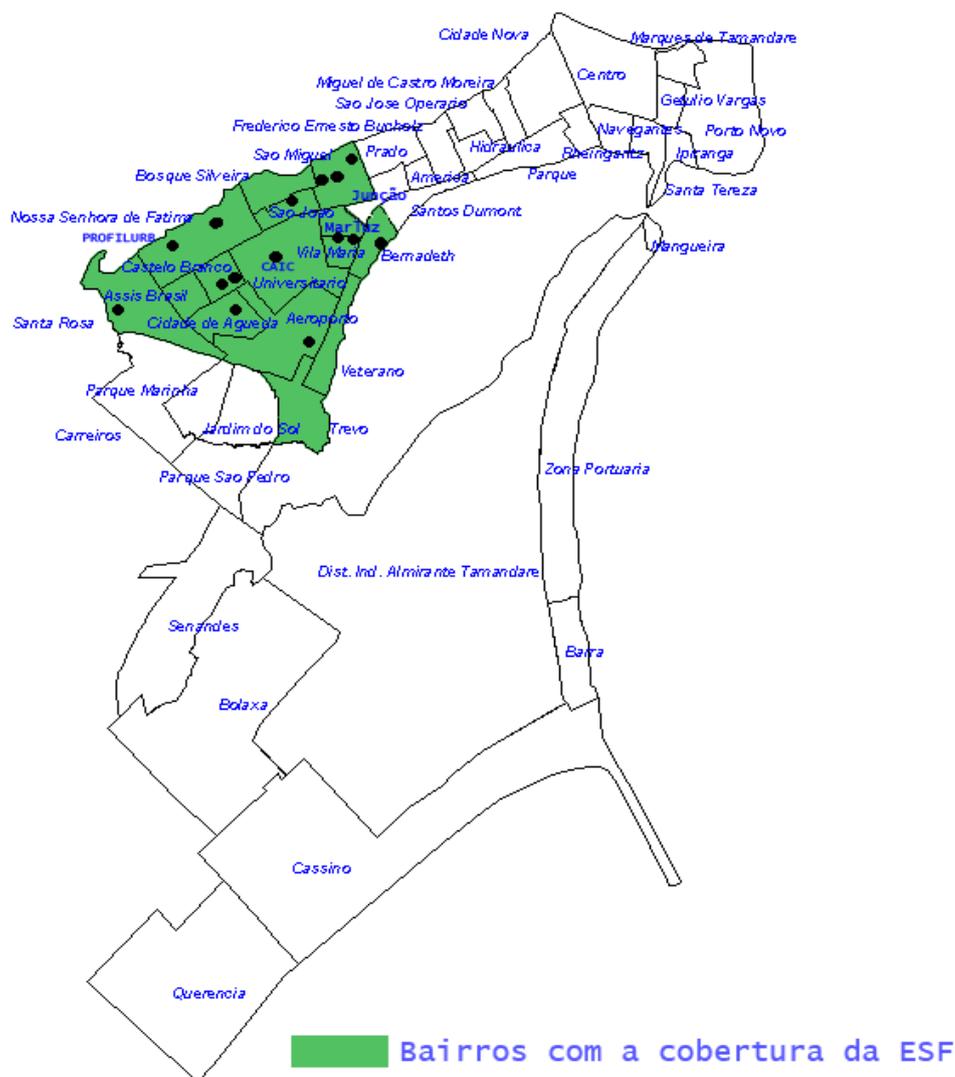
Desta forma, observa-se que o município do Rio Grande apresenta um expressivo contingente de idosos, e a expectativa é de que este número aumente progressivamente. Para atender as necessidades desta população, o município deve reorganizar suas práticas de saúde. Desde 1997, o modelo de saúde adotado foi o da Saúde da Família, que atende as áreas de maior vulnerabilidade social do município, sendo este modelo o campo para o presente estudo.

A Estratégia Saúde da Família tem hoje uma cobertura de 37% da população em vulnerabilidade social do município, com 18.299 famílias cadastradas, atendendo aproximadamente 61.020 indivíduos, destes 6.170 são idosos, 3.388 do sexo feminino e 2.782 do sexo masculino. (SIAB, 2008).

Inicialmente era chamado de Programa Saúde da Família e começou a ser implantado com duas equipes, estabelecidas no CAIC (Centro de Atendimento Integrado Comunitário), junto a FURG. Atualmente, já está estabelecido como Estratégia de Saúde da Família, com vinte e três (23) equipes atuantes: quinze (15) equipes distribuídas nos bairros com maior vulnerabilidade da zona urbana e oito (8) na zona rural.

Cada Unidade Básica Saúde da Família (UBSF), comporta de uma a duas equipes de saúde da família, que trabalham com a definição de território de abrangência e há um número de habitantes e famílias sob sua responsabilidade. O cadastramento das famílias é realizado pelos agentes comunitários de saúde através de visitas nos domicílios. Estes núcleos de Saúde da Família são monitorados e avaliados por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica- SIAB, de onde foram retirados os dados para caracterização da população.

FIGURA 1 - ÁREA DE ABRANGÊNCIA E DISTRIBUIÇÃO DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, NA ZONA URBANA DO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE, RS (2008).



FONTE: Adaptação realizada pela pesquisadora a partir do mapa do Núcleo de Estudos em Administração e Saúde Coletiva- NEAS/FURG em <http://www.neas.furg.br/mapa.htm>

Podemos observar em verde claro encontra-se a área de abrangência da ESF na zona urbana do município e cada pontinho preto, representa uma equipe das quinze que estão distribuídas em dez (10) UBSF's nos seguintes bairros: (1equipe) Aeroporto, (1equipe) Bernadeth, (1 equipe) CAIC, (2 equipes) Castelo Branco, (1 equipe) Cidade de Águeda, (2 equipes) Marluz, (2 equipes) Profilurb I, (1 equipe) Santa Rosa, (1 equipe) São João e (3 equipes) São Miguel.

QUADRO 1 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO GERAL E DE IDOSOS, POR BAIRROS, DA ZONA URBANA, CADASTRADOS PELA ESF-RIO GRANDE, RS (2008).

BAIRRO	POPULAÇÃO	IDOSOS FEM.	IDOSOS MASC.	TOTAL
AEROPORTO	3.006	112	080	192
BERNADETH	3.542	261	182	443
CAIC	2.729	059	047	106
CASTELO BRANCO	6.327	250	165	415
CIDADE DE ÁGUEDA	3.201	083	051	134
MARLUZ	6.301	374	266	640
PROFILURB	4.125	200	172	372
SANTA ROSA	2.328	124	112	236
SÃO JOÃO	3.729	180	133	313
SÃO MIGUEL	12.104	689	545	1.234
TOTAL	37.890	2.332	1.753	4.085

FONTE: SIAB, 2008.

Observa-se que a zona urbana tem aproximadamente 37.890 indivíduos cadastrados, destes, 4.085 são idosos, sendo 2.332 são do sexo feminino e 1.753 do sexo masculino.

5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população geral do estudo compreendia era de 4.085 idosos cadastrados na zona urbana de cobertura da ESF no município do Rio Grande/RS. Com a delimitação de apenas quatro áreas/bairros representativos, nossa população restringiu-se a 2.661 idosos. Destes, 345 foram previamente selecionados, por sorteio, para compor nossa amostra prevista e 301 consentiram em participar do estudo.

5.4 SELEÇÃO DA AMOSTRA

Foram selecionados para a amostra as quatro regiões com maior população, conforme os dados do SIAB: Castelo Branco, Marluz, Profilurb e São Miguel.

A amostra prevista foi constituída de 345 idosos, com percentuais correspondentes para a população idosa de cada região, de forma que foram representados equitativamente no estudo. Após observado o critério de exclusão, foi realizado o sorteio aleatório dos idosos que seriam visitados em seus domicílios para participarem do presente estudo.

QUADRO 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS DE FORMA REPRESENTATIVA, PARA A AMOSTRA. RIO GRANDE, RS (2008).

UBS	IDOSOS	PERCENTUAL	N (total x percentual)
Profilurb	372	14,0%	48
Castelo Branco	415	15,6%	54
Marluz	640	24,1%	83
São Miguel	1.234	46,4%	160
TOTAL	2.661	100,0%	345

Foi prevista uma perda amostral de 15%, configurada por óbito, recusa em participar da pesquisa, mudança de endereço e participante não encontrado.

O número de indivíduos foi estabelecido por meio de cálculo estatístico baseado no número de variáveis de interesse do estudo. O poder de estudo adotado foi de 90% com nível de significância de 0,05 e tamanho de efeito de 0,6. Dessa forma, a estimativa do tamanho da amostra era de 345 indivíduos.

Critérios de Inclusão:

- 1- Idade a partir de 60 anos, segundo os critérios da ONU;
- 2- Ter condições de responder ao instrumento de pesquisa;
- 3- Estar no cadastro de atendimentos das equipes de Saúde da Família da zona urbana, do município.

Critérios de Exclusão:

- 1- Não ser capaz de responder ao questionário de Qualidade de Vida, o WHOQOL-BREF por encontrarem-se acamados, inconscientes ou com problemas mentais;
- 2- Indivíduos que responderam menos de 80% das questões do WHOQOL-BREF, conforme a sintaxe definida pelo Grupo WHOQOL (UFRGS, 2003) onde os questionários com até 20% de respostas em branco podem ser incluídos na análise.

5.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Foram consideradas as variáveis independentes e de interesse (demográficas, socioeconômicas e de saúde) e as variáveis dependentes (os domínios de QV). Para fins estatísticos, algumas variáveis foram agrupadas conforme a descrição abaixo.

Variáveis independentes e de interesse

Variáveis demográficas:

- sexo: feminino e masculino;
- grupo etário: optou-se pela proposta de Veras (2002), de divisão do segmento em três grupos etários: idosos- jovens (60-69 anos), meio idosos (70-79 anos) e idosos (a partir dos 80 anos);
- cor da pele: auto-referida como negra , branca e parda.

Variáveis socioeconômicas:

- estado civil: definido como solteiro, casado ou vivendo como casado, separado e viúvo;
- escolaridade: analfabeto, 1º. grau incompleto, 1º. grau completo, 2º. grau incompleto 2º. grau completo, 3º. grau incompleto e 3º. grau completo, conforme questionário de identificação do WHOQOL;
- renda familiar per capita em salários mínimos: soma das rendas das pessoas que residem na casa, dividida pelo número total de moradores (até meio salário mínimo, até 1 salário mínimo, mais de 1 salário mínimo);
- atividade ocupacional: aposentado ou empregado;
- arranjo familiar: morar só ou acompanhado;
- participação em grupos: se participa de algum grupo ou não.

Aspectos de saúde:

- problemas de saúde: se apresenta alguma patologia no momento atual ou não;
- percepção da saúde: se percebe a saúde como “muito ruim”, “fraca”, “nem ruim nem boa”, “boa”, ou “muito boa”.

Variáveis dependentes:

As variáveis dependentes são os domínios de qualidade de vida.

Qualidade de vida – dividido em quatro domínios referentes ao WHOQOL- BREF:

1 - Domínio físico 2 - Domínio psicológico 3 - Domínio social 4 - Domínio ambiental.

Qualidade de vida: através de cinco opções – muito ruim, ruim, nem ruim nem boa, boa e muito boa.

Satisfação com a saúde: através de cinco opções – muito insatisfeito, insatisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito, satisfeito, muito satisfeito.

5.6 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para coleta de dados, foi utilizado um inquérito no domicílio dos idosos para preenchimento de um instrumento contendo questões sobre as variáveis sócio-demográficas, econômica e de saúde e o instrumento WHOQOL-BREF

Descrição dos instrumentos:

A) Formulário de dados sócio-demográficos e de saúde (APÊNDICE A):

Os dados sócio-demográficos, econômico e de saúde foram coletados para a descrição da população através do formulário de dados sócio-demográficos e de saúde. Os dados coletados foram: idade, sexo, cor, estado civil, nível educacional escolaridade, atividade profissional, arranjo familiar, renda (em salários mínimos nacionais), condições de moradia, condições de saúde atual, presença de patologias e participação em grupos.

B) Instrumento para avaliação da Qualidade de Vida: WHOQOL- BREF(ANEXO A):

Para conhecer a percepção dos sujeitos deste estudo, em relação à sua Qualidade de Vida, aplicou-se o questionário de qualidade de vida proposto pela OMS, denominado: World Health Organization Quality of Life, “WHOQOL-Abreviado”, na versão impressa com letra ampliada, com fins para indivíduos que apresentem dificuldade visual, visto que a maioria dos idosos já apresentam algum déficit visual nesta fase da vida .

O WHOQOL- BREF é um instrumento genérico de avaliação subjetiva de qualidade de vida e é uma versão reduzida do WHOQOL -100. Este instrumento tem sido utilizado para mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde em grupos de indivíduos enfermos, sadios e idosos. (TRENTINI, 2004).

Fleck et al (2000) referem que este questionário de uso internacional e disponível em 20 idiomas, já traduzido e validado no Brasil, baseia-se na premissa de que qualidade de vida é um construto subjetivo (percepção do indivíduo em questão), multidimensional e composto por dimensões positivas (ex: mobilidade) e negativas (ex: dor).

Este instrumento de aferição apresenta boa consistência interna, medido pelo coeficiente de Cronbach. É constituído por 26 questões, que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos, extraídas do WHOQOL-100. Duas questões são gerais e as demais representando cada uma das 24 facetas englobadas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Cada domínio é constituído por questões, cujas pontuações das respostas variam entre 1 e 5.

As questões (3, 4, 10, 15, 16, 17,18), compõem o domínio físico; as questões (5, 6, 7, 11, 19,26), compõem o domínio psicológico; as questões (20, 21,22), compõem o domínio social e as questões (8, 9, 12, 13, 14, 23, 24,25), compõem o domínio ambiental (FLECK, 2000).

A aplicação foi realizada em privacidade, em um só encontro, sendo a princípio de auto-resposta e em casos como analfabetismo ou deficiência visual importante, foi preenchido pelo entrevistador. Cabe salientar que todos os respondentes foram informados em relação à liberdade de acesso às informações do estudo.

5.7 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada após o consentimento da Coordenação da ESF, de entrevistarmos os idosos no domicílio, nos fornecendo o cadastro dos mesmos, da apreciação do projeto pelo NEPES- Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde e da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande. De posse da lista de nomes e endereços gerada após sorteio no banco de dados SIAB, iniciou-se a visita aos domicílios dos idosos. Cada idoso recebeu as orientações mais detalhadas sobre o estudo e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, iniciou-se a aplicação dos instrumentos de pesquisa.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e seis (6) alunas voluntárias, sendo cinco (5) do curso de enfermagem da FURG e uma (1) do curso de psicologia da UCPEL que receberam treinamento para a aplicação do instrumento.

A coleta de dados aconteceu no período de junho a julho de 2008. Os entrevistadores efetuaram as entrevistas no período compreendido de segunda a domingo. As entrevistas foram realizadas nos domicílios dos idosos. Em situações nas quais os indivíduos não foram encontrados em suas residências, tentou-se mais três vezes. Desta forma, quando após as tentativas de localização dos indivíduos, os mesmos não foram encontrados, anotou-se como perda na planilha de controle. Em caso de recusa inicial, por parte de algum entrevistado, tentou-se mais uma vez em outra oportunidade. Quando a recusa persistiu, o entrevistador anotou como perda na planilha de controle. Realizaram-se reuniões individuais, com cada entrevistador, para entrega parcial, dos questionários já preenchidos e compartilhar informações condizentes para o bom andamento da pesquisa. O deslocamento dos entrevistadores foi realizado através de transporte público coletivo.

Etapas da Coleta de Dados:

Etapa 1- Levantamento das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF's) do município do Rio Grande, atuantes na zona urbana do município e do número de idosos cadastrados por cada equipe através do SIAB;

Etapa 2- Escolha das UBSF's do município de Rio Grande, atuantes na zona urbana do município para local de estudo;

Etapa 3- Cálculo da amostra de idosos atendidos por estas UBSF's;

Etapa 4- Levantamento dos domicílios onde residem idosos e sorteio aleatório dos que fizeram parte da amostra e dos voluntários para a coleta de dados;

Etapa 5- Divisão das micro áreas de cada entrevistador e dos idosos a serem visitados em seus domicílios;

Etapa 6- Treinamento dos voluntários para a coleta de dados;

Etapa 7- Teste piloto dos Instrumentos;

Etapa 8- Coleta dos dados nas áreas das UBSF's selecionadas e reuniões semanais dos entrevistadores.

5.7.1 Treinamento dos entrevistadores

Para capacitar o grupo de entrevistadores, a pesquisadora realizou, nas dependências da área acadêmica do Hospital Universitário da FURG, um treinamento específico com os

graduandos. Este incluiu leitura e discussão dos instrumentos a serem aplicados, bem como dramatizações, discussões relacionadas à técnica de entrevistas com foco na abordagem ao idoso e família, o procedimento de coleta de dados, com destaque para a importância da uniformidade durante o levantamento dos dados. Os entrevistadores receberam os instrumentos de pesquisa, bem como uma planilha para controle com um número determinado de nomes de idosos a serem entrevistados, com o endereço dos respectivos domicílios e um manual com instruções gerais e específicas (APÊNDICE C) referentes às questões dos instrumentos de coleta. O treinamento encerrou com o estudo piloto.

5.7.2 Estudo piloto

No estudo piloto, cada discente efetuou três entrevistas. Esta etapa serviu para o treinamento da equipe, para testar os questionários, verificar o tempo médio de aplicação e a reformulação de algumas questões.

5.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Após o término da coleta dos dados, iniciou-se a revisão dos questionários para digitação. Os questionários, depois de codificados e revisados, foram digitados duplamente no Epi-Info versão 6.04, por dois digitadores independentes. Posteriormente, os dados foram limpos, mediante identificação e correção de erros de consistência, pela pesquisadora principal. Após a limpeza, os dados foram analisados no programa Stata, versão 9.2.

Na análise estatística, em primeira instância, foi realizada a descrição da amostra estudada. Nesta etapa e no caso de variáveis contínuas, foram avaliadas as medidas de tendência central (média) e as respectivas medidas de dispersão (desvio padrão). No caso de variáveis categóricas, foram apresentadas suas percentagens. A análise dos fatores associados com cada domínio foi realizada por meio da análise de variância (ANOVA), tendo-se em vista que o escore de QV apresentou distribuição normal.

Segundo Fleck et al (2000), durante a análise de dados deve-se levar em conta que:

- A análise da qualidade de vida deve ser realizada mediante o cálculo dos escores

para cada domínio do WHOQOL- BREF, não havendo um escore único total para avaliá-la e sim um escore para cada domínio individualmente;

- As duas questões 1 e 2, sobre Qualidade de Vida Geral são calculadas em conjunto para gerar um único escore, independente dos outros escores dos domínios e são denominadas de “Índice Geral de Qualidade de Vida (IGQV)”;

- As respostas por facetas do WHOQOL – BREF são obtidas por uma escala do tipo Likert³, com valores de 1 até 5;

- Quando um item não é preenchido, ele é substituído pela média das outras facetas que compõem o mesmo domínio.

Os dados foram reunidos contemplando os domínios e as facetas presentes neste instrumento, de acordo com a ordem para a organização dos dados: domínio físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Para a análise da relação existente entre os diversos domínios analisados foi utilizada a correlação de *Pearson*, observando a amplitude da relação. Esta medida oscila de -1 (correlação negativa perfeita) a +1 (correlação positiva perfeita), passando pelo 0 (ausência de correlação). Acima de 0,50 foi considerada uma boa correlação.

O nível de significância adotado foi um valor-p de 0,05 para testes bicaudais.

O controle de qualidade foi realizado mediante a re-visita de 10% dos indivíduos já entrevistados; sendo executado pela própria pesquisadora. Utilizou-se a reaplicação dos instrumentos de coleta de dados. Foi calculado o valor de Kappa, para avaliar o grau de concordância entre as respostas. Considerou-se como adequado um $K \geq 0,8$.

5.9 ASPECTOS ÉTICOS

Tendo em vista tratar-se de uma amostra formada por idosos cadastrados pela Estratégia Saúde da Família, foi solicitado o consentimento da Coordenação da Estratégia Saúde da Família do município para que o estudo fosse realizado e o cadastro dos idosos fosse disponibilizado (ANEXO E). O projeto da pesquisa foi submetido ao Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde – NEPES, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio Grande recebendo parecer favorável para sua realização (Parecer 024/2007- ANEXO D) e obteve a

³Escala proposta por Rensis Likert, na qual transforma conceitos em valores absolutos. (GIL, 1999).

aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas da Área da Saúde da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, conforme o Parecer 009/2008 (ANEXO C) para a execução deste estudo. Com o parecer favorável do Comitê foi iniciada a coleta dos dados.

Foram respeitadas as questões éticas relativas à utilização do instrumento de avaliação de QV, com informação deste estudo para os pesquisadores do centro brasileiro. (UFRGS, 2003).

Os idosos participantes do estudo receberam o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B), previamente à coleta de dados. O mesmo foi assinado em duas vias, uma ficando com a pesquisadora responsável pelo estudo e a outra, com o participante da pesquisa. Neste documento consta o objetivo da pesquisa, a forma de inserção do participante da pesquisa, a questão relacionada à ausência de riscos para a integridade física/moral dos participantes do estudo. Aos participantes da pesquisa, assegurou-se o direito de deixar de participar da pesquisa, em qualquer uma de suas etapas.

A pesquisadora comprometeu-se com o retorno dos dados do estudo à Secretaria da Saúde do Rio Grande e à Coordenação da ESF, além da publicação dos resultados derivados deste estudo. Durante todas as etapas da pesquisa foi seguida a Resolução 196 do Conselho Nacional de Pesquisa em Saúde, de 10 de outubro de 1996. (BRASIL, 1996).

6 RESULTADOS

A seguir serão apresentados os resultados do estudo, que foram divididos em três partes: Análise Descritiva- Caracterização dos Idosos, o perfil sócio-econômico, demográfico de saúde e de qualidade de vida, a análise estatística das associações entre as variáveis estudadas e os domínios de qualidade de vida e os fatores de risco para Qualidade de Vida dos idosos do estudo que pertencem a uma região urbanizada da ESF. Rio Grande/RS.

Participaram do estudo 301 idosos, que representaram 87,3% dos idosos da amostra constituída por 345 indivíduos com mais de 60 anos. A perda amostral foi de aproximadamente 12,7%, equivalente a 44 indivíduos, sendo 19 recusas, 2 idosos hospitalizados e 23 indivíduos não encontrados após três tentativas.

6.1 ANÁLISE DESCRITIVA- CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS.

A TABELA 1 apresenta as características sócio-econômicas e demográficas da amostra estudada.

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DE IDOSOS DE UMA REGIÃO URBANA DA ESF, DE ACORDO COM AS VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS ESTUDADAS – RIO GRANDE (RS), 2008

VARIÁVEL	N	%
Sexo		
Masculino	117	38,9
Feminino	184	61,3
Idade		
60 a 69	179	59,5
70 a 79	100	33,2
80 ou +	22	7,3
Cor		
Branco	249	82,7
Não-branco	52	17,3
Escolaridade		
Analfabeto	34	11,3

VARIÁVEL	N	%
1º grau incompleto	199	66,1
1º grau completo	68	22,6
Estado civil		
Solteiro	19	6,3
Casado	165	54,8
Separado	30	10,0
Viúvo	87	28,9
Aposentado		
Não	45	15,0
Sim	255	85,0
Mora sozinho		
Não	272	90,4
Sim	29	9,6
Renda per capita		
1º (menor)	117	38,9
2º (médio)	103	34,2
3º (maior)	81	26,9
Problema de saúde		
Não	41	13,6
Sim	260	86,4
Percepção da saúde		
Muito ruim	24	8,0
Fraca	36	12,0
Nem ruim nem boa	127	42,2
Boa	98	32,6
Muito boa	16	5,3
Participação em grupos		
Não	194	64,4
Sim	107	35,6
Regime de cuidados		
Sem tratamento	119	39,5
Ambulatório	182	60,5
TOTAL	301	100,0

N= número de idosos. % = frequência de idosos.

Na amostra estudada, conforme a TABELA 1, a maioria dos respondentes era do sexo feminino (61,3%). Em relação à idade, a maioria deles (N=179) possui entre 60-69 anos (59,5%), 7,3% tinha mais de 80 anos. Quanto à cor dos idosos, 249 (82,7%) eram brancos e 52 (17,3%) eram não brancos (negros ou pardos).

Dos 301 idosos participantes do estudo, 165 (54,8%) estavam casados ou vivendo como casados, 87 (28,9%) eram viúvos, 10% estavam divorciados/separados e 6,3% eram solteiros. A maioria (199= 66,1%) possuía baixa escolaridade, ou seja 1º grau incompleto e 34 (11,3%) são analfabetos.

Quanto à ocupação atual, 255 idosos (85%) se disseram aposentados, enquanto 45 (15%) relataram ainda estarem trabalhando.

Em relação ao arranjo domiciliar, 272 (90%) residem com algum familiar/parentes ou amigos e 29 (9,6%) moram sozinhos.

Referente à renda per capita, 81 idosos (26,9%) estão na faixa de maior renda per capita do grupo, que corresponde a mais de 1 salário mínimo por pessoa. Na faixa mais pobre estão 117 (38,9%), não chegando a meio salário mínimo por pessoa. Na faixa média, de aproximadamente 1 salário mínimo por pessoa, estão os outros 103 idosos (34,2%).

Parcela significativa de idosos 260 (86,4%), referem apresentar algum problema de saúde e somente 41(13,6%) afirmam não apresentarem nenhum destes problemas, no momento atual.

Na questão referente à percepção de saúde, a resposta mais frequente foi “Nem ruim nem boa”, relatado por 127 idosos (42,2%). A alternativa “boa” (32,6%) foi à segunda opção, seguida pela “fraca” (12%) e “muito ruim” (8%), vindo a “muito boa” por último (5,3%).

Afirmam não participarem de nenhum tipo de grupo, 64,4% dos idosos, e 35,6% participam de algum tipo de grupo (de convivência, promoção da saúde, entre outros).

Tratando-se de regime de cuidados com a saúde, 60,5% dos indivíduos entrevistados citaram estarem fazendo algum tratamento ambulatorial, enquanto 39,5% não fazem nenhum tipo de tratamento de saúde no momento.

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS DE UMA REGIÃO URBANA DA ESF, SEGUNDO CONDIÇÕES DE MORADIA – RIO GRANDE, RS (2008)

VARIÁVEL	N	%
Água encanada		
Não	6	2,0
Sim,fora de casa	52	17,3
Sim,dentro de casa	243	80,7
Material da casa		
Tijolo	230	76,4
Madeira	33	11,0
Madeira e tijolo	35	11,6
Madeira e papelão	1	0,3
Outro material	2	0,7
TOTAL	301	100,0

N= número de idosos. %=frequência de idosos.

Na TABELA 2, verifica-se que em relação às condições de moradia, 243 (80,7%) idosos tem água encanada no lado de dentro do domicílio, 52 (17,3%) tem do lado de fora e 6 (2%) não tem água encanada em casa.

Quanto ao material com que a residência foi confeccionada, 230 (76,4), construíram com tijolos, 33 (11%) com madeira, 35 (11,6%) usaram madeira e tijolos e 2 (0,9%), utilizaram outros materiais.

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DE IDOSOS DE UMA REGIÃO URBANA DA ESF, SEGUNDO A PRESENÇA DE PROBLEMAS DE SAÚDE – RIO GRANDE, RS (2008)

VARIÁVEL	N	%
Nenhum problema	41	13,6
Problema de coração	44	14,6
Pressão alta	86	28,6
Artrite ou reumatismo	17	5,6
Câncer	5	1,7
Enfisema ou bronquite	11	3,6

VARIÁVEL	N	%
Diabetes	29	9,6
Catarata	3	1,0
Derrame	2	0,7
Ossos quebrados ou fraturados	5	1,7
Problema nervoso crônico ou emocional	4	1,3
Hemorroidas ou sangramento no ânus	3	1,0
Depressão	13	4,3
Doença de pele	3	1,0
Problemas de álcool ou drogas	5	1,7
Outros	30	10,0
TOTAL	301	100,0

N= número de idosos. % = frequência de idosos.

Na tabela 3, referente à presença de problemas de saúde, pode-se dar destaque para pressão alta acometendo 86 (28,6%) dos idosos, seguido pelos problemas de coração (14,6%), diabetes (9,6%), artrite ou reumatismo (5,6%), depressão (4,3%) e enfisema ou bronquite (3,6%). Com menos frequência apareceram: câncer (1,7%), osso quebrado ou fraturado (1,7%), problemas de álcool e drogas (1,7%), problema nervoso crônico ou emocional (1,3%), doença de pele (1%), hemorroidas ou sangramento no ânus (1%), catarata (1%) e derrame (0,7%).

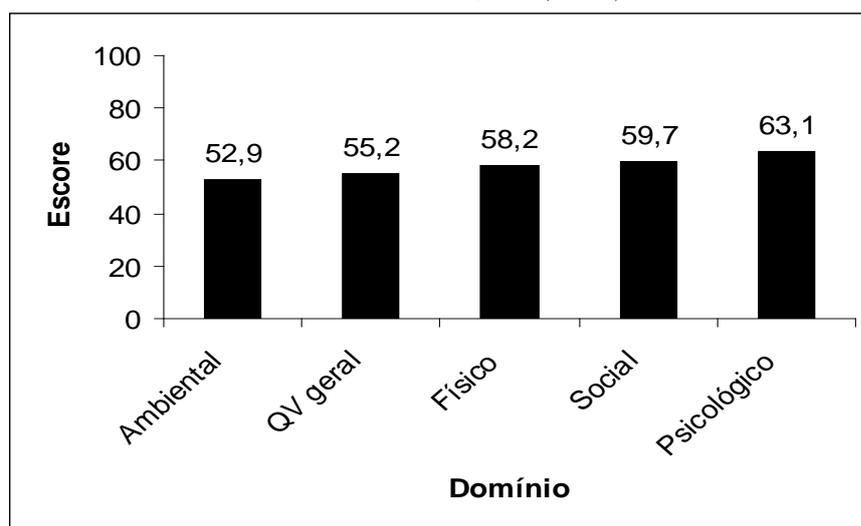
Alguns idosos (10%) referiram a presença de outros problemas que não estavam na listagem apresentada, o mais citado foi problema de coluna.

TABELA 4 - VALORES OBTIDOS NOS DOMÍNIOS E QUALIDADE DE VIDA GERAL DO WHOQOL-BREF PELOS IDOSOS DE UMA REGIÃO URBANA DA ESF. RIO GRANDE, RS (2008)

DOMÍNIO	MÉDIA	DP	MEDIANA	MIN-MAX	IC95%
Físico	58,2	19,2	57,1	7,1 a 100,0	56,1 - 60,0
Psicológico	63,1	18,3	62,5	8,3 a 100,0	61,0 - 65,2
Social	59,7	20,0	58,3	8,3 a 100,0	57,4 - 62,0
Ambiental	52,9	14,7	53,1	3,1 a 93,8	51,2 - 54,5
QV geral	55,2	18,9	50,0	0,0 a 100,0	53,1 - 57,3

Na TABELA 4, observa-se pelos intervalos de confiança de 95% (IC95%), que no WHOQOL-BREF, o domínio com escore mais alto foi o Psicológico, com a média de 63,1 pontos e desvio padrão de 18,3 pontos. E o escore mais baixo foi o Ambiental, com média 52,9 pontos e desvio padrão de 14,7 pontos.

FIGURA 3 - ESCORE DE QUALIDADE DE VIDA DE ACORDO COM OS DIFERENTES DOMÍNIOS DO WHOQOL-BREF PELOS IDOSOS DE UMA REGIÃO URBANA DA ESF. RIO GRANDE, RS (2008).



(N=301)

Na FIGURA 3. visualiza-se os diferentes domínios do escore de qualidade de vida do WHOQOL, como se apresentaram neste estudo. Por ordem crescente de valores encontramos o Domínio Ambiental/Meio Ambiente (52,95), seguido pelo de QV geral (55,2) e o Físico (58,2). Com melhores pontuações encontramos o Domínio de Relações Sociais (59,7) e o Psicológico (63,1), que foi o mais alto. Nota-se que o Domínio Ambiental foi menor do que o

Físico, o Social e o Psicológico; que o escore de QV geral foi menor que o Domínio Social e Psicológico.

TABELA 5 - MATRIZ DE CORRELAÇÃO ENTRE OS DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA DO WHOQOL-BREF PELOS IDOSOS DE UMA REGIÃO URBANA DA ESF. RIO GRANDE, RS (2008)

DOMÍNIO	FÍSICO	PSICOLÓGICO	SOCIAL	AMBIENTAL	QV GERAL
Físico	1,00				
Psicológico	0,62	1,00			
Social	0,37	0,51	1,00		
Ambiental	0,40	0,61	0,55	1,00	
QV geral	0,59	0,62	0,40	0,51	1,00

(N=301)

A tabela 5. demonstra a relação existente entre os diversos domínios analisados. Para esta análise foi utilizada a correlação de *Pearson*. Embora todas tenham dado altamente significativas ($p < 0,001$), observa-se a magnitude da correlação. Sendo considerada uma boa correlação acima de 0,50. Neste caso, os domínios mais associados entre si foram o físico e psicológico ($r=0,62$), o ambiental e psicológico ($r=0,61$) e a QV geral com o psicológico ($r=0,62$).

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS DE UMA REGIÃO URBANA DA ESF, SEGUNDO A AUTO-AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA, WHOQOL-BREF. RIO GRANDE, RS (2008)

VARIÁVEL	N	%
Qualidade de Vida		
Muito ruim	7	2,3
Ruim	23	7,6
Nem ruim nem boa	170	56,5
Boa	78	26,0
Muito boa	23	7,6
TOTAL	301	100,0

N= número de idosos. %=frequência de idosos.

Na tabela 6, percebe-se que a maioria dos idosos 170 (56,5%) consideram sua QV regular (“nem boa e nem ruim”), 78 (26%) afirmam ser “boa”, 23 (7,65) relatam ser “muito boa” e outros 23 percebem como “ruim”. Do total de idosos entrevistados, 7 (2,3%) uma pequena parcela de 7 (2,3%) pessoas, considera “muito ruim” sua Qualidade de Vida.

6.2 ANÁLISE ESTATÍSTICA DAS ASSOCIAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS ESTUDADAS E OS DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA

TABELA 7 - ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS ESTUDADAS E O DOMÍNIO FÍSICO DE QUALIDADE DE VIDA DO WHOQOL-BREF DOS IDOSOS DE UMA REGIÃO URBANIZADA DA ESF. RIO GRANDE, RS (2008)

VARIÁVEL	MÉDIA	DP	VALOR p
Sexo			0,070
Masculino	60,7	18,5	
Feminino	56,6	19,4	
Idade			<0,001
60 a 69	61,9	18,3	
70 a 79	55,0	18,4	
80 ou +	43,0	20,3	
Cor			0,235
Branco	58,8	18,8	
Não-branco	55,4	20,8	
Escolaridade			<0,001
Analfabeto	46,0	18,6	
1º grau incompleto	57,4	17,6	
1º grau completo	66,9	20,2	
Estado civil			0,023
Solteiro	61,1	23,8	
Casado	60,2	18,1	
Separado	61,1	16,0	
Viúvo	52,9	20,3	
Aposentado			0,001
Não	67,0	16,1	
Sim	56,7	19,3	

VARIÁVEL	MÉDIA	DP	VALOR p
Mora sozinho			0,053
Não	57,5	18,8	
Sim	64,8	21,8	
Renda per capita			0,003
1° (menor)	53,5	18,6	
2° (médio)	60,8	17,7	
3° (maior)	61,8	20,6	
Problema de saúde			<0,001
Não	76,0	12,4	
Sim	55,4	18,5	
Percepção da saúde			<0,001
Muito ruim	40,0	18,5	
Fraca	43,6	15,3	
Nem ruim nem boa	54,4	15,2	
Boa	69,5	15,9	
Muito boa	80,1	14,3	
Participação em grupos			0,002
Não	55,7	19,0	
Sim	62,9	18,7	
Regime de cuidados			<0,001
Sem tratamento	64,6	17,3	
Ambulatório	54,0	19,2	
TOTAL	58,2	19,2	-

NOTA: O teste estatístico empregado foi a análise de variância ANOVA.

(N=301)

Na análise das variáveis, observou-se a média e o desvio padrão do domínio físico de qualidade de vida do WHOQOL-BREF e verificaram-se associações estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para este domínio com idade, escolaridade, estado civil, aposentadoria, morar só, renda per capita, problemas de saúde, percepção de saúde, participação em grupos e regime de cuidados de saúde.

Em relação às variáveis citadas, observa-se na Tabela 7 que tiveram melhores escores no domínio físico, os idosos jovens, entre 60-69 anos, com melhor nível de escolaridade (1º grau completo), aposentados, que não moram sozinhos, com maior renda per capita, não apresentando nenhum problema de saúde no momento, tendo a percepção de saúde

considerada como “Boa”, estando participando de algum grupo e aqueles que estão em regime de cuidados de saúde em ambulatório.

TABELA 8 - ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS ESTUDADAS E O DOMÍNIO PSICOLÓGICO DE QUALIDADE DE VIDA DO WHOQOL-BREF DOS IDOSOS DE UMA REGIÃO URBANA DA ESF. RIO GRANDE, RS (2008)

VARIÁVEL	MÉDIA	DP	VALOR p
Sexo			0,016
Masculino	66,3	14,8	
Feminino	61,1	20,0	
Idade			0,002
60 a 69	65,9	16,9	
70 a 79	60,0	18,6	
80 ou +	54,4	23,2	
Cor			0,718
Branco	63,3	18,5	
Não-branco	62,3	17,3	
Escolaridade			<0,001
Analfabeto	52,3	21,5	
1º grau incompleto	62,3	17,2	
1º grau completo	67,8	17,6	
Estado civil			<0,001
Solteiro	64,3	19,4	
Casado	65,7	16,9	
Separado	68,6	13,7	
Viúvo	56,0	20,2	
Aposentado			0,348
Não	65,5	14,9	
Sim	62,7	18,9	
Mora sozinho			0,402

VARIÁVEL	MÉDIA	DP	VALOR p
Não	62,8	17,8	
Sim	65,8	22,9	
Renda per capita			<0,001
1° (menor)	57,5	17,5	
2° (médio)	65,3	18,2	
3° (maior)	68,4	17,6	
Problema de saúde			<0,001
Não	72,9	14,8	
Sim	61,6	18,3	
Percepção da saúde			<0,001
Muito ruim	47,4	22,8	
Fraca	54,3	18,4	
Nem ruim nem boa	59,9	15,7	
Boa	71,1	14,6	
Muito boa	82,3	13,1	
Participação em grupos			0,005
Não	60,9	18,1	
Sim	67,1	18,0	
Regime de cuidados			0,081
Sem tratamento	65,4	19,1	
Ambulatório	61,6	17,6	
Total	63,1	18,3	-

NOTA: O teste estatístico empregado foi a análise de variância ANOVA.

(N=301)

Na análise das variáveis, apresentadas na TABELA 8, em relação à média e desvio padrão, verificaram-se associações estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para o domínio psicológico de qualidade de vida do WHOQOL-BREF com sexo, idade, escolaridade, estado civil, renda per capita, problemas de saúde, percepção de saúde e participação em grupos.

Em relação às variáveis citadas, observa-se que tiveram melhores escores no domínio psicológico, os idosos jovens, com idade entre 60-69 anos, do sexo masculino, separados, com escolaridade mais elevada (1º grau completo), com a renda per capita mais alta, os que relatam ausência de problemas de saúde no momento atual, aqueles que referem a percepção de sua saúde como “muito boa” e os participantes de grupos.

TABELA 9 - ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS ESTUDADAS E O DOMÍNIO SOCIAL DE QUALIDADE DE VIDA DO WHOQOL-BREF DOS IDOSOS DE UMA REGIÃO URBANA DA ESF. RIO GRANDE, RS (2008)

VARIÁVEL	MÉDIA	DP	Valor p
Sexo			0,027
Masculino	62,9	17,1	
Feminino	57,7	21,5	
Idade			0,048
60 a 69	62,0	19,2	
70 a 79	56,6	21,1	
80 ou +	54,9	20,5	
Cor			0,137
Branco	60,5	19,3	
Não-branco	55,9	23,1	
Escolaridade			0,099
Analfabeto	53,2	20,9	
1º grau incompleto	60,0	20,1	
1º grau completo	62,1	19,1	
Estado civil			0,001
Solteiro	61,8	25,4	
Casado	63,2	18,9	
Separado	58,9	22,4	
Viúvo	52,9	18,6	

VARIÁVEL	MÉDIA	DP	Valor p
Aposentado			0,912
Não	59,4	20,5	
Sim	59,8	20,0	
Mora sozinho			0,202
Não	60,2	19,8	
Sim	55,2	22,2	
Renda per capita			0,100
1° (menor)	56,8	19,4	
2° (médio)	60,6	19,6	
3° (maior)	62,8	21,1	
Problema de saúde			0,227
Não	63,2	17,7	
Sim	59,1	20,4	
Percepção da saúde			0,001
Muito ruim	58,0	19,9	
Fraca	53,5	23,3	
Nem ruim nem boa	56,9	18,6	
Boa	63,9	19,0	
Muito boa	72,9	20,5	
Participação em grupos			0,007
Não	57,4	19,8	
Sim	63,9	19,8	
Regime de cuidados			0,290
Sem tratamento	61,2	20,2	
Ambulatório	58,7	20,0	
TOTAL	59,7	20,0	-

NOTA: O teste estatístico empregado foi a análise de variância ANOVA.

(N=301)

A TABELA 9 apresenta a análise das variáveis (com média e o desvio padrão) do domínio social de qualidade de vida do WHOQOL-BREF, havendo associações estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para o domínio social com sexo, idade, estado civil, percepção de saúde e participação em grupos.

Em relação a estas variáveis, tiveram melhores escores no domínio social os idosos jovens, entre 60-69 anos, do sexo masculino, que são casados ou vivem maritalmente, que percebem a sua saúde como “Muito boa” e participam de algum grupo.

TABELA 10 - ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS ESTUDADAS E O DOMÍNIO AMBIENTAL DE QUALIDADE DE VIDA DO WHOQOL-BREF PELOS IDOSOS DE UMA REGIÃO URBANA DA ESF- RIO GRANDE,RS (2008)

VARIÁVEL	MÉDIA	DP	Valor p
Sexo			0,562
Masculino	53,5	12,7	
Feminino	52,5	15,9	
Idade			0,526
60 a 69	53,6	13,8	
70 a 79	51,6	15,5	
80 ou +	52,4	18,2	
Cor			0,987
Branco	52,8	14,0	
Não-branco	52,9	17,7	
Escolaridade			0,011
Analfabeto	46,4	15,6	
1º grau incompleto	53,0	14,2	
1º grau completo	55,6	15,0	
Estado civil			0,153
Solteiro	55,9	12,5	
Casado	53,7	14,1	
Separado	54,6	11,7	
Viúvo	49,9	16,9	

VARIÁVEL	MÉDIA	DP	Valor p
Aposentado			0,340
Não	51,0	12,8	
Sim	53,2	15,0	
Mora sozinho			0,237
Não	52,5	14,5	
Sim	55,9	16,2	
Renda per capita			0,043
1° (menor)	50,6	14,9	
2° (médio)	53,0	13,4	
3° (maior)	55,9	15,6	
Problema de saúde			0,681
Não	53,7	14,0	
Sim	52,7	14,8	
Percepção da saúde			<0,001
Muito ruim	48,8	14,7	
Fraca	47,7	14,3	
Nem ruim nem boa	50,0	14,0	
Boa	57,1	13,0	
Muito boa	66,8	16,8	
Participação em grupos			0,002
Não	51,0	13,8	
Sim	56,3	15,7	
Regime de cuidados			0,159
Sem tratamento	54,3	14,9	
Ambulatório	51,9	14,6	
Total	52,9	14,7	-

NOTA: O teste estatístico empregado foi a análise de variância ANOVA.

(N=301)

Na análise das variáveis da Tabela 10, verificaram-se associações estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para o domínio ambiental de qualidade de vida do WHOQOL-BREF com escolaridade, renda per capita, percepção de saúde e participação em grupos.

Em relação às variáveis citadas, tiveram melhores escores no domínio ambiental os idosos com melhor grau de escolaridade, no caso deste estudo, aqueles com 1º grau completo, com renda per capita mais alta, que percebem a sua saúde como “Muito boa” e participam de algum grupo.

TABELA 11 - ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS ESTUDADAS COM A QUALIDADE DE VIDA GERAL DO WHOQOL-BREF DOS IDOSOS DE UMA REGIÃO URBANA DA ESF- RIO GRANDE, RS (2008)

VARIÁVEL	MÉDIA	DP	VALOR p
Sexo			0,200
Masculino	56,9	18,2	
Feminino	54,1	19,3	
Idade			0,350
60 a 69	56,1	18,2	
70 a 79	54,8	20,1	
80 ou +	50,0	18,5	
Cor			0,968
Branco	55,2	18,7	
Não-branco	55,3	19,9	
Escolaridade			<0,001
Analfabeto	44,9	18,5	
1º grau incompleto	54,5	17,5	
1º grau completo	62,5	20,4	
Estado civil			0,339
Solteiro	51,3	21,2	
Casado	56,4	19,7	
Separado	57,9	12,9	
Viúvo	52,9	18,5	

VARIÁVEL	MÉDIA	DP	VALOR p
Aposentado			0,576
Não	56,7	17,6	
Sim	55,0	19,2	
Mora sozinho			0,523
Não	55,0	18,7	
Sim	57,3	21,0	
Renda per capita			0,001
1° (menor)	50,5	17,2	
2° (médio)	56,7	17,9	
3° (maior)	60,3	21,1	
Problema de saúde			<0,001
Não	69,5	15,1	
Sim	52,9	18,5	
Percepção da saúde			<0,001
Muito ruim	35,4	17,2	
Fraca	44,1	18,7	
Nem ruim nem boa	50,9	14,6	
Boa	65,9	15,4	
Muito boa	79,7	10,1	
Participação em grupos			<0,001
Não	52,4	18,1	
Sim	60,4	19,2	
Regime de cuidados			0,002
Sem tratamento	59,3	17,9	
Ambulatório	52,5	19,1	
TOTAL	55,2	18,9	-

NOTA: O teste estatístico empregado foi a análise de variância ANOVA.

(N=301)

A TABELA 11 apresenta a média e o desvio padrão dos valores do domínio de qualidade de vida geral do WHOQOL-BREF segundo as variáveis de interesse deste estudo. Na análise destas variáveis, verificaram-se associações estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para o domínio de QV geral com: escolaridade, renda per capita, problemas de saúde, percepção de saúde, participação em grupos e regime de cuidados de saúde.

Em relação à estas variáveis citadas, observa-se na tabela que tiveram melhores escores no domínio de qualidade de vida geral os idosos com melhor nível de escolaridade (1º grau completo), apresentando maior renda per capita, afirmando não apresentarem nenhum problema de saúde no momento, que percebem a sua saúde como “Muito boa”, os participantes de algum grupo e aqueles que estão em regime de cuidados de saúde em ambulatório.

6.3 SÍNTESE DOS FATORES ASSOCIADOS AOS MENORES ESCORES NA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DE UMA REGIÃO URBANIZADA DA ESF. RIO GRANDE/RS

O QUADRO 3 apresenta um resumo das associações encontradas entre os fatores examinados e cada Domínio de Qualidade de Vida e QV geral do WHOQOL-BREF. Mostra também as categorias das variáveis de interesse, com os grupos que atingiram menores escores na QV, dos idosos de uma região urbanizada da ESF.

QUADRO 3 - SÍNTESE DAS ASSOCIAÇÕES ENCONTRADAS ENTRE OS FATORES EXAMINADOS E OS DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA DO WHOQOL-BREF DOS IDOSOS DE UMA REGIÃO URBANA DA ESF. RIO GRANDE, RS (2008).

Variável	Físico	Psicológico	Social	Ambiental	Qv Geral
Sexo (feminino)		X	X		
Idade (mais velhos)	X	X	X		
Cor (sem diferença)					
Escolaridade (analfabetos)	X	X		X	X
Estado civil (viúvos)	X	X	X		
Aposentadoria (sim)	X				

Variável	Físico	Psicológico	Social	Ambiental	Qv Geral
Morar sozinho (sim)	X				
Renda (mais pobres)	X	X		X	X
Problema de saúde (sim)	X	X			X
Percepção da saúde (quanto pior a saúde, pior o escore)	X	X	X	X	X
Participação em grupos (quem não participa)	X	X	X	X	X
Regime de cuidados (em ambulatório)	X				X

A seguir, descrevo conforme observado no quadro 2, os fatores que interferiram nos baixos escores para cada domínio de Qualidade de Vida e de QV geral dos idosos.

a) Fatores que interferiram nos baixos escores para o Domínio Físico: ter 80 anos ou mais, ser analfabeto, estar viúvo, estar aposentado, morar sozinho, ter renda per capita muito baixa (ser pobre), ter problemas de saúde no momento atual, ter uma percepção ruim da sua saúde, não participar de grupos e estar em regime de cuidados ambulatoriais de saúde.

b) Fatores que interferiram nos baixos escores para o Domínio Psicológico: ser do sexo feminino, ter 80 anos ou mais, ser analfabeto, estar viúvo, ter renda per capita muito baixa (ser pobre), apresentar problemas de saúde no momento atual, ter uma percepção ruim da sua saúde e não participar de nenhum grupo.

c) Fatores que interferiram nos baixos escores para o Domínio Social/Relações Sociais: ser do sexo feminino, ter mais de 80 anos, estar viúvo, ter uma percepção ruim da sua saúde e não participar de nenhuma espécie de grupo.

d) Fatores que interferiram nos baixos escores para o Domínio Ambiental/Meio Ambiente: ser analfabeto, ter renda per capita muito baixa (ser pobre), ter uma percepção ruim da sua saúde e não participar de grupos.

e) Fatores que interferiram nos baixos escores para a Qualidade de Vida Geral: ser analfabeto, ser pobre, ter problemas de saúde, quanto pior a percepção de sua saúde, não participar de grupos e estar fazendo tratamento de saúde.

As variáveis de interesse, que interferiram nos baixos escores para todos os domínios são: pior percepção de saúde e não participar de grupos, seguida por analfabetismo e pobreza. A que não demonstrou diferença foi cor da pele.

7 DISCUSSÃO

O aumento significativamente rápido do número de pessoas idosas na zona urbana das diversas regiões brasileiras e principalmente no município do Rio Grande, nos incita a conhecer o perfil deste grupo etário e ter um panorama da QV destes idosos, para nortear o estabelecimento de políticas públicas de saúde e subsidiar a reorientação das ações que vem sendo desenvolvidas, visando garantir a saúde integral do ser idoso e sua qualidade de vida.

A seguir, apresenta-se a discussão dos resultados obtidos nesta investigação, sobre idosos, através de estatística descritiva. Na primeira parte aborda-se a discussão dos dados referentes ao perfil destes idosos e na segunda parte os fatores associados à sua QV.

Em relação aos dados descritivos, vários outros cruzamentos poderiam ter sido feitos, porém, estes não foram objetivos propostos para este estudo e pretende-se, a partir do banco de dados existente, produzir alguns artigos utilizando estas correlações.

O presente estudo permitiu traçar o perfil dos idosos da zona urbana de uma região de cobertura da Estratégia de Saúde da Família do município do Rio Grande/RS, em 2008, confirmando as minhas hipóteses de prevalência do sexo feminino, da cor branca, de idade entre 60 e 69 anos (idosas-jovens), de baixa renda e com nível de escolaridade baixo; porém diferente do esperado para o estado civil, encontramos a maioria casadas ou vivendo como casados, e não o predomínio de solteiras ou viúvas. E em relação à QV, os idosos consideraram-na como satisfatória, conforme o esperado.

No que tange ao sexo, encontramos 61,3% dos idosos do sexo feminino e 38,9% do masculino. A amostra estudada segue a mesma tendência nacional com predomínio de mulheres em relação aos homens. O predomínio de mulheres na população idosa também foi descrito em outros estudos. (RAMOS et al, 1993; RIO GRANDE DO SUL, 1997; COELHO-FILHO; RAMOS, 1999; LIMA-COSTA et al, 2000; PASKULIN, 2006). Nos dados do IBGE (2002), observa-se que essa diferença de proporções entre os sexos é mais acentuada no Brasil do que nos outros países. A proporção de mulheres vai aumentando quanto mais idoso for o segmento, caracterizando assim a “feminização da velhice”, também referenciada por diversos autores. (VERAS, 1995; RAMOS et al, 1993; CAMARANO, 2001).

Em relação à idade, houve uma maior proporção de idosos entre 60-69 anos (59,5%), os chamados de idosos-jovens segundo a classificação de Veras (2002). Esse resultado confere com o de outras pesquisas realizadas sobre perfil de idosos no Rio Grande do Sul, em

São Paulo e em Minas Gerais. (RAMOS et al, 1993; RIO GRANDE DO SUL, 1997; LIMA-COSTA et al, 2000).

Desta amostra de idosos do Rio Grande/RS, 82,7% eram de cor branca. Dado este que pode ter explicação nas etnias que colonizaram predominantemente o município, como a portuguesa, italiana e alemã. Estudo realizado com idosos de Jandaia do Sul/PR, também teve uma proporção elevada de pessoas brancas 89,5%, município este também colonizado por imigrantes europeus. Esses dados diferem dos encontrados na composição étnica dos idosos no país que revela 60,8% de brancos e 38,1% de negros, cabendo aos asiáticos e indígenas menos de 1%. (NERI, 2004).

Em relação à escolaridade, encontrou-se 11,3% de analfabetos e 66,1% de indivíduos com educação elementar, com menos de 8 anos de estudo, o que nos indica um nível de escolaridade baixa, semelhante a outros estudos. (RAMOS et al,1993; LIMA-COSTA et al, 2000). Segundo o IBGE (2002), nas décadas de 1930 até pelo menos 1950, o ensino fundamental era restrito a segmentos sociais específicos. Desta forma, o baixo saldo da escolaridade média da população idosa é reflexo desse acesso desigual.

No estado conjugal, percebe-se a predominância dos idosos casados ou vivendo como casados 54, 8% e uma parcela significativa de viúvos 28,9%. Somente 10% eram divorciados/separados e 6,3 % eram solteiros. Em estudos sobre idosos no Rio Grande do Sul (1997), a proporção de idosos casados (45,3%) também foi superior à dos viúvos (43,1%). Em estudo mais recente, realizado em Porto Alegre/RS, conduzido por Paskulin (2006), também predominaram os idosos casados (44,4%), seguidos pelos viúvos (36,5%).

No tocante à ocupação, 85% se disseram aposentados, enquanto 15% relataram ainda estarem trabalhando. Ainda no estudo realizado em Porto Alegre, 77,7% dos entrevistados recebiam aposentadoria e/ou pensões, enquanto 13,2% ainda exerciam algum tipo de atividade remunerada. (PASKULIN, 2006). Outro estudo em Jandaia do sul/ PR, encontrou uma proporção ainda maior de idosos aposentados 90,7%. (FARINASSO, 2004).

As características encontradas nestes estudos podem ser transportadas para a realidade mais ampla de nosso País. De acordo com Chaimowicz (2006), a proporção de mulheres idosas é superior à dos homens e as aposentadorias e pensões constituem a principal fonte de renda.

Em relação ao arranjo domiciliar, a maior parte da amostra 90% reside com algum familiar/parente ou amigo e 9,6% moram sozinhos. Estes dados estão próximos com os do Projeto SABE (Saúde, Bem Estar e Envelhecimento), que encontrou 13,1% de idosos

morando sozinhos, e da PNAD de 2004 que foi de 13,6%. (LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O., 2003; IBGE, 2004)

No presente estudo, 90,4% dos idosos vivia acompanhado, num arranjo familiar, estando incluídos os filhos, netos e outros parentes. Conforme estudo realizado por Saad (2003), os arranjos domiciliares são freqüentemente associados ao suporte próprio do idoso. A co-residência dos idosos com filhos aumenta substancialmente a probabilidade de receber ajuda no desempenho das atividades diárias. Também a viuvez, a presença de doença incapacitante e a escassez de recursos financeiros, levam os idosos a coabitar com indivíduos de várias gerações, levando a necessidade de rearranjos familiares devido à presença do idoso no domicílio.

A renda *per capita* de 26,9% dos idosos, corresponde a faixa de maior renda per capita do grupo, que corresponde a mais de 1 salário mínimo por pessoa (acima de R\$ 415,00 reais). Na faixa média, entre meio e 1 salário mínimo (entre R\$ 208 a R\$ 414) está 34,2% das pessoas. A maioria deles, 38,9% está na faixa mais pobre, não chegando a meio salário mínimo por pessoa (menos de R\$ 208). Se considerarmos o corte usualmente utilizado no Brasil de meio salário mínimo *per capita* como linha de pobreza, podemos dizer que a maior parte dos idosos do nosso estudo está na linha de pobreza. (CAMARANO, 2004).

A realidade encontrada nesse estudo também foi descrita por Ramos et al (1993), ao afirmarem que a maioria dos idosos que residem com famílias no Brasil, pertencem a domicílios cuja renda total não ultrapassa 3 salários mínimos. Setenta por cento dos idosos apresentam uma renda *per capita* que não ultrapassa US\$ 100 (R\$ 180,00) por mês. Sabendo-se que a maioria são aposentados (recebendo no mínimo um salário por mês) e diante desta realidade econômica conclui-se que, de um modo geral, os provedores da residência são os idosos. A renda do idoso contribui de forma importante para a redução da pobreza neste país, já que parcela importante da população depende dessa renda, pois a maioria contribui com grande parcela do orçamento nas zonas periféricas. (CAMARANO; PASINATO, 2002).

Chaimowicz (1998) vem há um bom tempo afirmando que o baixo poder aquisitivo é uma das características marcantes da população idosa no Brasil; e as aposentadorias e pensões constituem sua principal fonte de rendimento.

Quanto às condições de moradia, 76,4% são construídas de tijolos, 11% tijolos com madeira, 11,6% usaram somente madeira e tijolos e uma pequena minoria, 0,9% utilizou outros materiais. A maioria possui água encanada na sua residência 98%, contra 2% que não tem água encanada no domicílio. Estes dados conferem com os informados pelo SIAB (2008) em relação aos domicílios da região urbana, do município do Rio Grande da área de cobertura

da ESF, em que aproximadamente 78% das casas são de tijolos, predominando a construção em alvenaria e 91,5% tem abastecimento de água pela rede pública.

Para Albuquerque (2003), a habitação é um dos indicadores sociais de qualidade de vida, pois forma parte de um conjunto de aspectos da vida das pessoas e recomenda como meta de QV, que as pessoas possam dispor de uma habitação digna e adequada.

Em relação à presença de doenças, 86,4% referem apresentar algum problema de saúde e somente 13,6% afirmam não terem nenhum destes problemas no momento atual.

Entre os problemas de saúde, pode-se dar destaque para pressão alta acometendo 8,6% dos idosos, seguido pelos problemas de coração (14,6%), diabetes (9,6%), artrite ou reumatismo (5,6%), depressão (4,3%) e enfisema ou bronquite (3,6%). Alguns idosos (10%) referiram a presença de outros problemas que não estavam na listagem apresentada, entre eles o mais citado eram problemas de coluna.

Segundo estudos realizados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), entre as principais causas de morte de idosos, encontra-se a tuberculose, as enfermidades hipertensivas, as cardiopatias e a diabetes mellitus. (CAMARANO, 2004). A prevalência destas doenças foi encontrada também na amostra deste estudo, como as três enfermidades mais prevalentes no momento atual, com exceção da tuberculose, da qual não se teve nenhum relato de caso.

Camarano (2004) refere que as enfermidades hipertensivas e as cardiopatias são doenças características da população idosa e que estão associadas a estilos de vida pouco saudáveis. Em pessoas com predisposição para estas enfermidades, algumas situações e hábitos podem colaborar tanto com a hipertensão quanto com a cardiopatia: obesidade, vida sedentária, estresse, abuso de álcool e alimentação irregular. Afirma também que a própria hipertensão contribui para a cardiopatia, que é uma co-morbidade muito comum em idosos.

Em relação ao Diabetes *Mellitus*, o Consenso Brasileiro de Diabetes (2000) relata que a taxa de prevalência na população brasileira é de 7,4% ; na população com faixa etária entre 60 e 69 anos, é de 17,4%, cerca de 6,4 vezes maior que a prevalência na população entre 30 e 39 anos. Entretanto, nossos achados em relação aos idosos desta mesma faixa etária, foram bem inferiores ao esperado, com 9,6% de prevalência;entretando, estes dados referem-se a auto-avaliação e muitos podem nem saber que são diabéticos.

Quanto à percepção de saúde, a resposta mais freqüente foi “Nem ruim nem boa” isto é 42,2% da amostra consideram sua saúde como “satisfatória” ou “regular”. A alternativa “boa” 32,6%, “fraca” 12% e “muito ruim” 8%, vindo por último a “muito boa” 5,3%.

Na PNAD Saúde de 2003, aproximadamente 83% dos idosos consideraram seu estado de saúde como “regular” e “bom” resultado semelhante a esta amostra, se considerarmos a soma dessas respostas, com 74,8% dos indivíduos do estudo.

No tocante a participação em grupos, 64,4 % dos idosos não freqüentam, e 35,6% participam de algum tipo de grupo (de convivência, promoção da saúde, entre outros). Dados com percentual ainda mais elevado foram encontrados por Paskulin (2006) em seu estudo, onde 70,5% de idosos não participavam de atividades na comunidade.

A não participação dos idosos em grupo reduz a oportunidade de interagir com seus pares e de aumentar vínculos socioafetivos. De acordo com Zimerman (2005), num grupo, através das relações que ocorrem entre seus componentes, busca-se a socialização do indivíduo, possibilitando seu crescimento individual como membro do mesmo, de sua família e da comunidade.

No município já existem grupos de convivência para idosos, tais como: Núcleo Universitário da Terceira Idade (NUTI/FURG), grupos de convivência ligados à prefeitura municipal do Rio Grande e outros ligados a entidades religiosas. As equipes de Saúde da Família também trabalham com idosos em grupos de educação para a saúde: grupo de hipertensos e de diabéticos.

Quanto ao regime de cuidados com a saúde, 60,5% dos indivíduos entrevistados citaram estarem fazendo algum tratamento ambulatorial, enquanto 39,5% não fazem nenhum tipo de tratamento de saúde no momento. Esse dado sugere que, o grande número de pessoas em tratamento deve-se ao maior grau de prevalência de doenças nesta faixa etária. Pode-se considerar também, que ao residirem em uma zona de cobertura da ESF, os idosos possuem um maior acesso ao serviço de atenção básica em saúde, podendo realizar o tratamento de algum problema que, esteja afetando a sua saúde mais precocemente, evitando os agravos.

Diante do perfil da amostra estudada, segue-se com a análise dos resultados referentes à avaliação de qualidade de vida pelo WHOQOL-BREF, respondendo os nossos objetivos e de acordo com o resultado esperado: em relação à Qualidade de Vida Geral dos idosos urbanos atendidos pelas equipes de Saúde da Família verificou-se que 56,5% consideram sua QV regular/satisfatória (“nem boa e nem ruim”), 26% “boa”, 7,6% “muito boa” e “ruim”. Desses 2,3% do total de idosos entrevistados, um número pouco significativo, considera-a “muito ruim”. Em um estudo semelhante realizado com idosos assistidos por uma equipe de saúde da família de Campinas/SP, utilizando o mesmo instrumento, a maioria das pessoas idosa (40%) considerou sua Qualidade de vida como “nem ruim e nem boa”. (FLORIANO, 2004).

Outra questão desse estudo era em relação aos domínios da qualidade de vida, mais prejudicados na população idosa. Pode-se dizer que o Ambiental/Meio Ambiente foi o que obteve menor escore (52,95), seguido pelo de QV geral (55,2) e o Físico (58,2). O domínio que obteve melhores escores foi o Psicológico (63,1). Estes resultados não confirmam a nossa hipótese, visto o esperado ser menores escores nos domínios físico e psicológico.

Na investigação das variáveis relevantes na qualidade de vida (QV) das pessoas pesquisadas, encontramos que as variáveis que mais interferem na qualidade de vida dos idosos, quanto ao número de relações estatisticamente significativas encontradas são: participação em grupos, percepção de saúde, renda financeira, nível de escolaridade, presença de problemas de saúde, estado civil, idade, sexo, estar fazendo tratamento, morar sozinho e aposentadoria.

Conforme Trentini (2004), em um estudo realizado com 339 idosos em nosso meio, as variáveis que mais interferem na percepção de QV dos idosos está associada a sexo, idade, estado civil, classe social e percepção de saúde.

Veremos agora cada variável de interesse e suas associações estatisticamente significativas com os domínios de Qualidade de Vida e de QV geral: em relação ao *sexo*, constatou-se que esta variável de interesse teve associação estatisticamente significativa com os domínios Psicológico ($p=0,016$) e Social ($p=0,027$), nos quais os homens obtiveram melhores índices de QV do que as mulheres. Esta associação estatística entre sexo e QV, também apareceu em outro estudo nacional realizado por Trentini (2005), porém com resultados diferentes onde as mulheres reportaram melhores escores nos domínios do WHOQOL-100 de Relações Sociais, Meio Ambiente e de QV geral. Segundo Neri (2001), a explicação está no fato de que na mulher idosa os riscos aumentam com o passar da idade, em parte por fatores biológicos, em parte por estilo de vida, histórico de saúde e doença, pobreza, baixa escolaridade e isolamento social. Esses riscos se fazem sentir no domínio da saúde física, mental e da integração à sociedade.

A variável *cor* não apresentou associação significativa com nenhum dos domínios de QV e QV geral. Conforme os resultados obtidos, estes retratam a realidade da população que ocupou o território durante a colonização, predominantemente imigrantes portugueses, italianos e alemães.

No que diz respeito à *idade*, os idosos mais jovens, entre 60-69 anos obtiveram melhores escores de QV nos domínios Físico ($p<0,001$), Psicológico ($p=0,002$) e Social ($p=0,048$), do que os idosos mais velhos.

Ser idoso mais velho é um fator prejudicial para o domínio psicológico, talvez porque a idade mais avançada também venha acompanhada de alguns sintomas de depressão e transtornos do humor. (TRENTINI, 2004).

Quanto à variável *nível de escolaridade*, os idosos com mais anos de escolaridade obtiveram melhores escores nos domínios Físico ($p < 0,001$), Psicológico ($p < 0,001$), Ambiental ($p = 0,011$) e de QV geral ($p < 0,001$).

Outros estudos afirmam que a baixa escolaridade formal implica em pior QV no domínio físico e sugerem que tal resultado deva-se ao fato de que pessoas com menor escolaridade podem ter desempenhado trabalhos fisicamente mais desgastantes, ou terem tido menos acesso à saúde e dificuldade em entenderem/seguirem as orientações médicas. (TRENTINI, 2004). É importante lembrar também que baixo nível de escolaridade também está associado a fatores socioeconômicos e culturais que contribuem para o aparecimento da doença. (PERLINI, 2000).

A baixa escolaridade também parece ser um fator prejudicial para o domínio psicológico, talvez porque o idoso com pouca escolaridade defina-se a si mesmo como não tendo capacidade de aprendizado. Xavier e colaboradores (2003) notaram que a insatisfação do idoso por não ter conseguido estudar afetava sua auto-estima, sendo esta uma das facetas do domínio psicológico.

Em relação ao *estado civil*, percebeu-se que as pessoas que referiam viuvez tinham menores escores de QV nos domínios Físico ($p = 0,023$), Psicológico ($p < 0,001$) e Social ($p = 0,001$); enquanto em outros estudos não demonstrou associação com nenhum dos domínios (TRENTINI, 2004). A viuvez, que atinge mais comumente as mulheres, devido o aumento da expectativa de vidas desta, é vista como uma situação que causa tristeza e sentimentos negativos como solidão, medo e depressão. Além das mudanças comportamentais e no funcionamento psicológico, também pode acarretar nos idosos mudanças fisiológicas, principalmente nos sistemas endócrinos e imunológico. (NERI, 2004). A pessoa viúva tende a ter seu círculo de amigos reduzidos e estar mais isolada, o que afeta seu domínio Social, além disso, os homens conseguem se adaptar melhor, pois costumam ter uma situação financeira melhor e encontrar uma companheira mais jovem. (STUART-HAMILTON, 2002). Diante da visão negativa da viuvez, entende-se por que ela afeta a qualidade de vida do indivíduo, trazendo-lhe depressão e com isso, maiores problemas de saúde e isolamento social.

Os indivíduos que não estavam *aposentados* obtiveram melhores escores no domínio Físico ($p = 0,001$). Pois estar trabalhando requer a realização de alguma atividade física;

enquanto estar aposentado apareceu como um fator de risco, para o domínio Físico talvez pelo fato da falta de atividade física advinda com a inatividade para o trabalho.

Os que não *moram sozinhos*, obtiveram escore mais alto no domínio Físico ($p=0,053$), em contrapartida, os que moram sozinhos, tem baixo escore no domínio Físico da QV. A explicação pode estar no fato que com o passar dos anos, o idoso tem sua capacidade de executar as atividades diárias rotineiras diminuídas e o fato de residir só, aumenta as dificuldades, pois não conta com o auxílio de co-residentes para lhe auxiliarem. (LEBRÃO, LAURENTI, 2005). E acrescenta-se o fato, de que os que moram só percebem mais facilmente suas limitações, por não contarem com este auxílio.

Os indivíduos com melhor *renda per capita* obtiveram melhores escores nos domínios ($p=0,003$), Psicológico ($p<0,001$), Ambiental ($p=0,043$) e QV geral ($p=0,001$), que os com mais baixa renda. Trentini (2004), em seus estudos percebeu que a falta de recursos financeiros está associada com a pior Qualidade de Vida em todos os domínios.

Segundo Stuart-Hamilton (2002), nos idosos os problemas financeiros são um fator primordial que reduz o sentimento de autovalor e aumenta os sintomas depressivos, afetando a área emocional e o indivíduo como um todo.

Os idosos que afirmaram “*não terem problemas de saúde*” obtiveram melhores escores nos domínios Físico ($p<0,001$), Psicológico ($p<0,001$) e QV geral ($p<0,001$), que aqueles que referiram “*terem problemas de saúde*”. Resultados semelhantes foram achados por Paskulin (2006) que encontrou melhores escores nos domínios Físico, Meio Ambiente e de QV geral. Em contrapartida, os idosos que referiram ter uma doença ou problema de saúde, no momento atual, apresentaram mais baixos escores de Qualidade de Vida nos domínios Físicos, Psicológicos e de QV geral. Trabalho similar desenvolvido por Floriano (2004) com idosos atendidos por uma equipe de saúde da família em Campinas /SP, também encontrou esta associação, mas somente em relação aos domínios físico e psicológico.

Percebemos que ter uma doença no momento atual interfere negativamente na QV geral para os idosos. Talvez tal fato deva-se porque na busca de condições satisfatórias de qualidade de vida, o estado de saúde dos idosos cumpre um papel muito importante, pois é chave determinante da possibilidade de que se mantenham independentes e autônomos, algo de muito desejo e valor para os idosos. (LEBRÃO, LAURENTI, 2003).

Segundo Chaimowicz (2006), a doença tem um grande impacto sobre as famílias, o sistema de saúde e, principalmente, na qualidade de vida dos idosos. Fato este que pode explicar a presença de uma doença desequilibrar o indivíduo, afetando não somente o seu físico, mas também a área psicológica e a sua QV como um todo.

Percebemos que quanto *melhor a percepção de saúde*, maiores os escores nos domínios Físico ($p<0,001$), Psicológico ($p<0,001$), Social ($p=0,001$), Ambiental ($p<0,001$) e QV geral ($p<0,001$). Resultado semelhante também foi encontrado por Trentini (2004), no Projeto WHOQOL-OLD, onde concluiu que a percepção negativa de saúde exerce um impacto negativo na avaliação da sua qualidade de vida. Segundo Neri (2006) a saúde percebida tem muito mais a ver com as condições psicológicas do indivíduo que as condições objetivas de saúde, avaliadas por parâmetros médicos.

Os idosos que *participam de grupos* obtiveram melhores escores de QV em todos os domínios: Físico ($p=0,002$), Psicológico ($p=0,005$), Social ($p=0,007$), Ambiental ($p=0,002$) e QV geral ($p<0,001$). Percebeu-se que o fato de participar de alguma espécie de *grupo*,⁴ seja ele de promoção da saúde, de convivência entre outros, é um fator de proteção para a Qualidade de Vida do idoso. Os indivíduos que afirmaram participarem de grupos tiveram melhor desempenho em todos os domínios de qualidade de vida e na QV geral.

Referente ao fato, Palha (2001) aponta que a melhoria da qualidade de vida alia-se à convivência social. Essa afirmação possui como pressuposto de que a socialização configura uma rede de relações e esse fator contribui para a melhoria da auto-estima dos usuários. Refere também, que os idosos que se limitam à dedicação à família e à casa, a partir do momento que se inserem em atividades que lhes possibilitem a socialização, começam a ter outras percepções de sua vida.

Para Zimmerman (2005), os grupos com idosos tem algumas peculiaridades, pois à medida que os anos vão passando, as perdas de pessoas próximas aumentam, e os grupos necessitam se reestruturar. O que acontece com muitos idosos é que por diversas razões, eles acabam não refazendo seus contatos e ficando sem grupos (familiares, trabalho, lazer, religião e outros). Diante disto, há uma grande necessidade de estimular participação em novos grupos e ajudá-los a se enquadrarem naqueles que lhes proporcionarão maior satisfação.

Protti (2005) em seu trabalho sobre idosos em uma equipe de Saúde da Família percebeu a importância da criação dos grupos de convivência para esta faixa etária, como forma de aproximá-los e levar até eles as questões de saúde. Pois na ESF os idosos estão inseridos apenas em grupos de hipertensão e diabetes, fato que reforça o tratamento do envelhecimento natural como doença, o que não é verídico.

⁴Considerado neste estudo como um espaço possível e privilegiado de rede de apoio e um meio de discussão das situações comuns vivenciadas no dia-a-dia.

O trabalho em grupos na ESF possibilita a ampliação do vínculo entre equipe e pessoa idosa, sendo um espaço complementar da consulta individual, de troca de informações, de oferecimento de orientação e de educação em saúde. (BRASIL, 2006).

Em relação aos indivíduos que alegaram “*não estarem em tratamento*”, estes obtiveram melhores escores nos domínios Físico ($p < 0,001$) e de QV geral ($p = 0,002$). A explicação para o achado pode estar no fato que a maioria das pessoas só busca tratamento diante da dor ou debilidade física e aquelas que não apresentam um problema físico, tendem a não procurarem tratamento. E se buscam tratamento, é porque tem algum problema de saúde e sabe-se que a presença de qualquer doença ou agravo afeta na QV geral.

Diante disto, foi possível agrupar as variáveis e sintetizar os grupos que apareceram com baixos escores para cada domínio de QV:

Fatores presentes no baixo escore para o *Domínio Físico*: ter 80 anos ou mais, ser analfabeto, estar viúvo, estar aposentado, morar sozinho, ter renda per capita muito baixa (ser pobre), ter problemas de saúde no momento atual, ter uma percepção ruim da sua saúde, não participar de grupos e estar em regime de cuidados ambulatoriais de saúde.

Fatores presentes no baixo escore para o *Domínio Psicológico*: ser do sexo feminino, ter 80 anos ou mais, ser analfabeto, estar viúvo, ter renda per capita muito baixa (ser pobre), apresentar problemas de saúde no momento atual, ter uma percepção ruim da sua saúde e não participar de nenhum grupo.

Fatores presentes no baixo escore para o *Domínio Social/Relações Sociais*: ser do sexo feminino, ter mais de 80 anos, estar viúvo, ter uma percepção ruim da sua saúde e não participar nenhuma espécie de grupo.

Fatores presentes no baixo escore para o *Domínio Ambiental/Meio Ambiente*: ser analfabeto, ter renda per capita muito baixa (ser pobre), ter uma percepção ruim da sua saúde e não participar de grupos.

Fatores presentes no baixo escore para a *Qualidade de Vida Geral*: não ser alfabetizado, ser pobre, ter problemas de saúde, quanto pior a percepção de sua saúde, não participar de grupos e estar fazendo tratamento de saúde.

Ao analisarmos os fatores que interferem nos baixos escores em relação à percepção da qualidade de vida nos idosos, encontramos: a baixa escolaridade, a presença de comorbidades associadas e a idade avançada, que confirmam outra hipótese deste estudo; entretanto o sexo feminino não teve grande significância. Mas, encontramos outros fatores prevalentes como: a viuvez, a pobreza e a não participação em grupos.

Percebe-se que a educação, de todas as formas é uma maneira de promoção da Qualidade de Vida do idoso e tem um papel importante que não é o de divertir ou entreter o idoso, mas de servir de instrumento para que o indivíduo, independente da idade, consiga manter seus níveis normais de funcionamento e desenvolvimento. “A educação para idosos também pode ser vista em termos compensatórios, visando à alfabetização, à educação básica em saúde e as informações sobre o processo de envelhecimento”. (NERI; 2004, p. 123). Os programas educacionais incentivam e preparam o indivíduo para a participação em atividades sociais, promovendo assim a QV de todos os membros do grupo.

Diante do achados neste estudo, se quisermos melhorar a Qualidade de Vida das pessoas idosas, devemos atuar nos fatores que interferem nos baixos escores de QV. Para isso, recomenda-se melhorar o nível educacional, econômico e de saúde dos idosos, estimulando-os a participarem de grupos que visem integrá-los na sociedade, mantendo sua capacidade funcional, intelectual e de integração social.

Percebeu-se que algumas ações podem ser realizadas para intervir nestes fatores como: possibilitar educação para o idoso (formal e informal), privilegiar os cuidados de saúde integral do idoso (com cuidados específicos para esta faixa etária), assim como um trabalho de educação para o envelhecimento com a comunidade (pensando o envelhecimento durante todas as etapas da vida) visando um envelhecimento ativo e buscando identificar/ criar uma *rede de suporte social*⁵ para o idoso. Para isto, pode-se estimular os idosos a participarem de conselhos e propiciar espaços sociais para o idoso, sejam eles de grupo de convivência, de voluntariado entre outros. Que estes espaços visem o *empoderamento*⁶ do idoso, tornando-o mais consciente e responsável pelo seu próprio envelhecimento ativo.

O envelhecimento ativo, ou bem sucedido, para Litvoc e Brito (2004), pode ser caracterizado pela presença de três situações que interagem de forma dinâmica: a baixa probabilidade de doenças e de incapacidades associadas, a boa capacidade funcional (física e cognitiva) e a participação ativa na comunidade. Em relação a esta última, eles referem a necessidade de que as pessoas desenvolvam, durante toda a sua vida, a prática de participação comunitária, por meio da qual estas relações interpessoais transcendam o núcleo familiar para uma coletividade solidária. Essas relações interpessoais, ao envolverem troca de informações e de contatos contínuos, favorecem o surgimento de um suporte emocional, criando redes de

⁵*Redes de suporte social* são conjuntos de pessoas que mantêm entre si laços típicos das relações de dar e receber que lhes permitem manter a identidade social, dar e receber apoio emocional, ajuda material, serviços e informações, e estabelecer novos contatos sociais. (NERI; 2004, p. 73).

⁶O termo deriva da língua inglesa (*empowerment*) significa o aumento do poder, da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações inter-pessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, discriminação e dominação social. (TEIXEIRA, 2002).

ajuda mútua, que caracterizam uma atividade produtiva. Fazer parte de uma rede de apoio social constitui um determinante de longevidade, assim como o suporte social tanto instrumental como afetivo melhora a qualidade de vida das pessoas.

Marques (2004) acrescenta que a família possui um importante papel, tanto em relação ao suporte social, quanto ao econômico do idoso, entretanto, percebe a necessidade de um sistema formal eficiente de amparo à saúde do idoso e o bem estar da respectiva família.

Neste âmbito, destacamos a ESF como uma alternativa de suporte formal para o idoso e a família, visto que entre as atividades que devem ser exercidas pelos profissionais das equipes, preferencialmente pelo enfermeiro, está a educação em saúde, visando educar a família quanto a correta execução do cuidado e a adoção de medidas preventivas de incapacidades e doenças. Também cabe lembrar a importância dos agentes comunitários de saúde (ACS), que atuam como um elo entre a população e as UBSF's, promovendo trabalhos extra-muros e, conseqüentemente, ampliando o olhar das equipes.

Termino minha discussão, concordando com as idéias de Neri (2001), ao afirmar que estudos sobre condições que concebem uma boa qualidade de vida na velhice e que demonstram as variações da própria velhice, são de grande importância científica e social. Seus resultados podem contribuir para o conhecimento dos limites do ser humano e auxiliar na criação de alternativas de intervenção para esta crescente parcela da população.

8 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da rapidez com que o envelhecimento populacional tem ocorrido, principalmente no nosso país, trazendo importantes conseqüências nos aspectos político, social, cultural, epidemiológico e gerando necessidade de transformação em várias áreas, os achados deste estudo, podem contribuir para algumas ações, com vista à melhor qualidade de vida dos idosos.

O perfil dos idosos participantes deste estudo, em sua maioria são: mulheres, com idade entre 60 e 69 anos (idosas-jovens), brancas, com baixa escolaridade, casadas, aposentadas, que moram com outras pessoas, de baixa renda *per capita* (linha de pobreza), residindo em casas de alvenaria e com água encanada no interior. Apresentando problemas de saúde, com destaque para a hipertensão e problemas cardíacos. Percebendo a sua saúde como regular (“nem ruim nem boa”), não participantes de grupos e realizando algum tratamento ambulatorial.

Em relação aos domínios da qualidade de vida, mais prejudicados na população idosa, obtivemos menor escore no Ambiental/Meio Ambiente (52,95), seguido pelo de QV geral (55,2) e o Físico (58,2).

Identificou-se os fatores que mais interferem nos baixos escores em relação à percepção da qualidade de vida nos idosos, são: a baixa escolaridade, a presença de comorbidades associadas, a idade avançada, a viuvez, a pobreza e a não participação em grupos.

Percebe-se assim, que não basta prolongar os anos de vida, todas as pessoas necessitam viver bem. Isto implica não só na melhoria e ampliação dos serviços de saúde para todas as idades, como também melhorar a qualidade de vida no sentido mais amplo.

Para isso, políticas de saúde para todas as idades, baseadas na promoção de saúde ao longo de todo ciclo da vida, além das políticas específicas para a população idosa, visando um estilo de vida saudável, com integração familiar e social, são variáveis a serem consideradas.

O desafio colocado para as políticas de saúde é complexo: investir no aumento na expectativa de vida, tendo em vista uma longevidade qualificada.

Na área da saúde é onde se pode observar maior número de ações em prol do idoso, inclusive na ESF, que é um modelo de assistência centralizado no usuário, exigindo das equipes uma reflexão acerca da necessidade de humanizar a assistência à saúde do idoso e sua família em nosso país, baseada na promoção da saúde e prevenção de agravos. Para isso, é necessário implantar ações direcionadas ao idoso, considerando suas necessidades e

especificidades. Ações que para atenderem esta multidimensionalidade do ser humano, devem integrar todas as áreas de conhecimento, como a geriatria e a gerontologia.

A assistência à saúde cresce cada vez mais no âmbito domiciliar, para isso é necessário que os profissionais que trabalham em contato com os idosos tenham acesso a estas informações e oportunidades de qualificação.

Faz-se necessário que os profissionais da ESF participem ativamente da melhoria de qualidade de vida das pessoas idosas, abordando seus aspectos físicos considerados normais e identificando precocemente as alterações patológicas, percebendo os fatores de risco e neles intervindo, se necessário, mantendo a pessoa idosa integrada com sua família e fora do isolamento social. Pensar saúde como promoção e qualidade de vida pressupõe pensar, não só na recuperação da saúde, quando esta já foi comprometida por uma doença, mas pensar em atividades de integração e intersecção com outras políticas públicas.

Cabe salientar que a equipe terá dificuldade em cuidar deste contingente de idosos, pois a demanda é grande, e a preocupação com essa parcela da populacional é muito recente, tanto em relação às políticas públicas e ações de saúde, quanto à formação e capacitação dos profissionais de saúde.

Por meio deste estudo, percebeu-se a importância de estudar o idoso dentro de um contexto da ESF, a fim de que os conhecimentos gerados possam transformar-se em subsídios reais para a implantação de programas, para o planejamento de estratégias de atendimento e intervenção adequados à realidade local, contribuindo assim para um propósito muito maior, que é a adequação da atenção básica à saúde a um envelhecimento ativo e bem sucedido.

Conclui-se que o envelhecimento faz parte do nosso ciclo de vida, é um processo natural e dinâmico, inevitável e irreversível. As condições crônicas e incapacitantes que costumam acompanhar este processo, necessitam ser prevenidas ou pelo menos retardadas, entretanto este cuidado não está vinculado somente à assistência médica, mas também por meio de intervenções com medidas de amparo na área social, econômica e ambiental.

Enfim, como toda pesquisa, deve refletir-se na geração de procedimentos e tecnologias que visem à solução de problemas da sociedade, no nosso caso, os relativos ao idoso. Para isto, considero necessário verificarmos os fatores associados aos baixos escores em qualidade de vida nesse estudo e direcionar ações voltadas para estas necessidades.

Em relação à *baixa escolaridade*, pode-se criar grupos de alfabetização (na própria comunidade, conduzida por voluntárias ou funcionando como local de estágio), a inserção no EJA (Educação de Jovens e Adultos), ou a possibilidade da FURG também aderir às Universidades abertas para a Terceira Idade.

No tocante à *renda*, no âmbito comunitário, pode-se criar grupos de geração de renda (com atividades na área de reciclagem, tricô, crochê, artesanato, costura e outros), que além da renda, estimulam a atividade produtiva e a integração grupal.

Quanto à *percepção de saúde* e os *problemas de saúde* do idoso, recomenda-se a capacitação dos profissionais da ESF nas áreas de geriatria e gerontologia. É imprescindível conhecer as características do processo de envelhecimento para poder atender os idosos em relação às suas peculiaridades, fornecendo-lhes uma melhor acolhida e escuta. Em relação aos problemas de saúde, recomenda-se a detecção precoce, para que se possa evitar ou amenizar agravos, através da inserção no protocolo de atendimento ao idoso da Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa.

Ainda em relação à *saúde*, também podem ser criados grupos de caminhada, de nutrição do idoso, de atividade física, oficinas de saúde, entre outros.

A *participação em grupos* pode ser estimulada na própria comunidade, com a cooperação de outros setores, na realização de várias atividades e de oficinas para os idosos. As atividades, sejam físicas ou mentais, são extremamente importantes para o equilíbrio emocional do indivíduo, independente da idade, mas principalmente na velhice, eliminando o tédio, evitando a solidão e o isolamento e proporcionando uma renovação em sua rotina, um estímulo, uma mudança e a possibilidade de contato com outras pessoas. Entre as atividades podemos ter:

Outro recurso são as *oficinas*, que são espaços com ênfase no desenvolvimento pessoal, no restabelecimento e reforço dos laços familiares, assim como das relações entre parceiros articulados na rede local. Consistem em um conjunto de práticas, com atividades socioeducativas e culturais, na qual a aprendizagem segue o ritmo de cada um.

Enfim, muitas atividades podem ser construídas a partir das condições e dos interesses dos próprios idosos, dentro de sua comunidade, usando os recursos das redes locais ou com outros setores, em ações extra-muros da ESF, com um custo muito baixo e um benefício muito alto: a melhoria da Qualidade de Vida do idoso.

Foi muito gratificante o contato com estes idosos e acho que muito deve ser feito em prol desta camada da população. Sugiro que novos estudos sejam realizados com os idosos, escutando-os, conhecendo suas necessidades, sua heterogeneidade e dando-lhes voz.

Em nosso estudo, encontramos muitos resultados semelhantes aos apresentados em outras pesquisas. Pretende-se repassar estes achados à coordenação local de Saúde da Família para embasar suas estratégias, assim como as sugestões de atividades e os mapas que foram criados por esta pesquisadora.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Sandra M. R. L. **Qualidade de vida do idoso: a assistência domiciliar faz a diferença?** São Paulo: Casa do Psicólogo: Cedecis, 2003.

BORGES, M. C. M. **O Idoso e as Políticas Públicas e sociais no Brasil**. In: SIMSON, O. R. M.; NERI, A. L.; CACHIONI, M. **As Múltiplas Faces da Velhice no Brasil**. 2. ed. Campinas: Alínea, 2006. p.79-104.

BRASIL. Ministério da Saúde. World Health Organization. Carta de Ottawa. In: **Ministério da Saúde/FIOCRUZ.Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Brasília, IEC, 1986. 11-18 p.

_____. **Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde**. Brasília, DF, 1996.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Política Nacional do Idoso**. Brasília, DF, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Brasília, DF, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde do Idoso. Portaria nº. 1.395 de 10 de dezembro de 1999**. Brasília, DF, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Competências para o trabalho em uma Unidade Básica de Saúde sob a Estratégia de Saúde da Família**. Milton Menezes da Costa Neto, (Org.). Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico**. 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. Brasília, DF, 2003.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-PNAD**. Suplemento Saúde. Rio de Janeiro: 2004.

_____. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF, 2006.

_____. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Lei Orgânica de Assistência Social. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/asocial/loas.htm>>. Acesso em 12 dez. 2007.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística . Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidosohtm>>. Acesso em: 12 dez. 2007.

_____. Ministério da Saúde. SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica. Disponível em: <<http://www3.datasus.gov.br/siab/siab.php>>. Acesso em: 12 abr. 2008.

CALLIS, L. L. A Velhice em diferentes culturas. In: **Revista Via Vida**, São Paulo, a. I, p. 23-26, out. 1996.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. Textos para Discussão. Rio de Janeiro: IPEA, 2001.

_____. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. A. **Envelhecimento, condições de saúde e política previdenciária: como ficam as mulheres?** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro, 2002.

CAPRA, F. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARDOSO, C. L. O Gestalt - Terapeuta na comunidade: descobrindo a autenticidade do sujeito. **Revista do VII Encontro Goiano da Abordagem Gestáltica**, n. 7, p. 95-108, 1998.

CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C.; FLECK, M. P. A. Qualidade de vida em idosos. In: NERI, A. L. (Org.). **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar**. Campinas, SP: Alínea, 2007. p. 62-81.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

_____. **Os idosos brasileiros no século XXI-demografia, saúde e sociedade**. Belo Horizonte: Postgraduate Brasil, 1998.

_____. Epidemiologia e o envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 106-130.

CHIESA, A. M.; FRACOLLI, E. A.; SOUSA, M. F. Enfermagem, academia e saúde da família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v. 2, n. 4, p. 52-59, ago. 2001.

COELHO FILHO, J.; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de um inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 445-453, out. 1999.

CONSENSO BRASILEIRO DE DIABETES. Sociedade Brasileira de Diabetes. Maio de 2000. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sps/areastenicas/cnhd/publicacoes/home.htm>>. Acesso em: 18 jul. 2008.

CORDEIRO, H. Os desafios do ensino das profissões da saúde diante das mudanças do modelo assistencial: contribuição para além dos pólos de capacitação em saúde da família. In. CEBES. **Divulgação da saúde para debate**. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 36-43. 2000.

COSTA, E. F. A.; PORTO, C. C.; SOARES, A. T. - Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia. **Revista da UFG**, v. 5, n. 2, 2003.

DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 11, n. 4, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 23 out. 2007.

DEBERT, D. G. A. **A reinvenção da velhice**: socialização e processos de privatização do envelhecimento. São Paulo: Edusp. 1999.

EGRY, E. Y.; FONSECA, R. M. G. S. A família, a visita domiciliar e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, n. 3, v. 34, p. 233-239, 2000.

FARINASSO, A. L. C. Perfil dos idosos em uma área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família. Ribeirão Preto. 112 f. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem)- Universidade de São Paulo., 2004.

FLECK, Marcelo P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida da OMS (Whoqol 100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, n. 1, v. 21, p. 19-28, jan./mar. 1999.

_____. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial da saúde (WHOQOL-100) . **Revista Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p. 198-205, 1999.

_____. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “Whoqol-bref”. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, n. 2, v. 34, p. 178-183, abr. 2000.

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

FLORIANO, P. J. O perfil de idosos assistidos por uma equipe de saúde da família do Centro de Saúde de Sousas, no município de Campinas – SP. Campinas. 158 f. **Dissertação** (Mestrado de Pós-Graduação em Gerontologia)- Universidade Estadual de Campinas. 2004.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 86 p.

GOLDMAN, S. N. Velhice e direitos sociais In: GOLDMAN, S.N. et al (Org.). **Envelhecer com cidadania**: quem sabe, um dia? Rio de Janeiro: Timing, 2000. p. 13-42.

GONÇALVES, L. H. T. et al. O idoso contador de histórias: a autopromoção de um envelhecimento criativamente bem sucedido. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 94-115, maio/ago. 2001.

HISTÓRICO e objetivos. Pós-Graduação em Oceanografia Física, Química e Geológica da Universidade Federal do Rio Grande. Disponível em: <http://www.ocfis.furg.br/historico.html>. Acesso em: 18 set. 2007.

HISTÓRICO do Município do Rio Grande. Disponível em: <http://www.furg.br/rgrande/historico.html>. Acesso em: 18 set. 2007.

INFORMAÇÕES populacionais – RS. Rio Grande. Disponível em: http://www.rsvirtual.net/cgi-bin/dados/webdata_pro.pl. Acesso em: 12 set. 2007.

KARSCH, U. M. S.. Estudo do suporte domiciliar aos adultos com perda de independência e o perfil do cuidador principal. **Subprojeto**. Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1990.

JORDÃO NETTO, A. J.; SILVA, M. M. T. Velho, velhice: A nova semântica manifestada por diferentes grupos sociais na cidade de São Paulo. **Gerontologia**, v. 2, n. 4. 1994.

LANGE, C. Acidentes domésticos em idosos com diagnóstico de demência atendidos em ambulatório de Ribeirão Preto, SP um. Ribeirão Preto. 186 f. **Tese** (Doutorado em Enfermagem) – Pós- Graduação em Enfermagem Fundamental. Escola de Enfermagem, 2005,.

LEBRÃO, Maria Lúcia; LAURENTI, Ruy. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, vol. 8, n. 2, p. 127-141, jun. 2005;

LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. (Org.). **SABE** (Saúde, Bem Estar e Envelhecimento)-O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. 255p.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis. In. _____. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**. Epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco. 1998. cap. 2. p.29-42.

LIMA, A. F. C.; GUALDA, D. M. R. Reflexão sobre a qualidade de vida do cliente renal crônico submetido à hemodiálise. **Revista Nursing**: Ferreira & Bento, a. 3, n. 30, p. 20-23, 2000.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 745-757, maio-jun. 2003.

LIMA-COSTA, F. L. et al. The Bambuí health and ageing study. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 126-135, 2000.

LITVOC, J; BRITO, F. C. **Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004.

MARQUES, S. O idoso após acidente vascular cerebral: conseqüências para a família. 2004. 165 f. **Tese** (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da ciência social. In: _____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. Cap. 1. p. 9-29.

_____, M. C. S. A Vida e a saúde do idoso na sociedade global e pós industrial. **Arq. Geriatr e Gerontol**, v. 4, n. 2, 51-56, 2000.

MONTANHOLI, L. L. et al. Ensino sobre Idoso e Gerontologia: visão discente de enfermagem no Estado de Minas Gerais. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 4, p.663-671, 2006.

MOREIRA, M. M. **Envelhecimento da população brasileira: aspectos gerais**. Porto Alegre: CRE-Sesc 2000. Disponível em: <<http://www.fundaj.gov.br/docs/txt/pop2001-5.doc.links:Envelhecimento>>. Acesso em: 23 set. 2007.

NERI, A. L; DEBERT, G. G.(Org.). **Velhice e sociedade**. 2. ed. Campinas: Papirus, 2004.

NERI, A. L. (Org.). **Qualidade de vida e idade madura**. 6. ed. Campinas: Papirus, 2006.

_____. **Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. Campinas: Papirus, 2001.

_____. **Palavras-Chave em Gerontologia**. Campinas: Alínia, 2001a.

_____. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. (Org.). **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000.

_____. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In: REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G. S. (Org.). **Fisioterapia geriátrica: a prática da assistência ao idoso**. São Paulo: Manole, 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, Plano de Ação Internacional**. Viena: ONU, 1982.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Divisão de Saúde Mental Grupo Whoqol. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida**. Genebra, 1998. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol84.html>. Acesso em: 23 set. 2007.

OMS. Innovative Care for Chronic Conditions. Meeting Report, 30-31 Maio 2001, OMS/MNC/CCH. 01.01 Genebra: Organização Mundial da Saúde.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. 2000. 252 f. **Dissertação** (Mestrado em Medicina)- Faculdade de Medicina/USP, São Paulo, 2000.

_____. Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico. 2005. 245 f. **Tese** (Doutorado em Medicina Preventiva). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo.

PASKULIN, L. M. G. Fatores associados à qualidade de vida de idosos de um distrito sanitário de Porto Alegre/RS. 2006. 165 f. **Tese** (Doutorado em Enfermagem)- Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de pós-graduação em Enfermagem. São Paulo, 2006.

PALHA, P.F. Vivências do cotidiano. A promoção da saúde como um exercício de cidadania no Programa de Integração Comunitária da Vila Tibério. 2001. 264f. **Tese** (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2001.

PEREIRA, L. S. M. et al. Programa de melhoria da qualidade de vida dos idosos institucionalizados. **Anais...** Belo Horizonte, 2004.. Disponível em: <<http://www.ufsm.br/pro-ex/arquivos/7Encontro/Saude143.pdf>>. Acesso em: 4ago. 2007

PERLINI, N. M. O. G. Cuidar da pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. 2000. 122 f. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

PORTELLA, M. R. **Grupos de terceira idade:** a construção da utopia do envelhecer saudável. Passo Fundo: UPF, 2004.

PROTTI, S. T. A Saúde do idoso sob a ótica da equipe do programa de saúde da família. 2002. 117 f. **Dissertação** (Mestrado em Saúde Pública)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP, Ribeirão Preto, 2002.

RAMOS, L. R. et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista Saúde Pública**,v. 27,n. 2, p. 87-94, 1993.

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual do Idoso. **Os idosos do Rio Grande do Sul:** estudo multidimensional de condições de vida: relatório de pesquisa. Porto Alegre: CEI, 1997.

RIO GRANDE DO SUL. **Política Estadual do Idoso.** Porto Alegre, RS, 2000.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Política Nacional de Atenção ao Idoso e a contribuição da Enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 536-545, 2007.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde.** 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

SAAD, P. M. Arranjos domiciliares e transferência de apoio informal. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, T. A. O. **SABE** – Saúde, Bem Estar e Envelhecimento – o projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: OPAS, 2003.

SANTOS, S. S. C. O ensino da enfermagem gerontogeriatrica no Brasil de 1991 a 2000 a luz da complexidade de Edgar Morin. 2003. 199 f. **Tese** (Doutorado em Enfermagem)- Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p 839-847, maio-jun. 2003.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STATA - STATISTICAL SOFTWARE [computer program] version 9.2. College Station (TX): Stata Corporation; 2005.

STUART-HAMILTON, I. **A psicologia do envelhecimento: uma introdução**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

TAMBURINI, M. Twenty years of research of the evaluation of quality of life in medicine. In _____. **Quality of life assessment in medicine**. Glamn Interactive. CD-ROM for Windows 95& 98. 3. ed. 1998.

TEIXEIRA, M. B. Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde. 2002. 105 f. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2002.

THE WHOQOL GROUP. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol>>. Acesso em: 12 out. 2007.

TRENTINI, C. M. Qualidade de vida em idosos. 2004. 224 f. **Tese** (Doutorado em Psiquiatria) – Faculdade de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, 2004.

UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande Do Sul. Faculdade de Medicina. Departamento de Psiquiatria. **Versão em português dos instrumentos de qualidade de vida**. Porto Alegre: UFRGS; HCPA, 2003. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.100.html>>. Acesso em: 14 maio 2007.

_____. **Procedimentos de aplicação do WHOQOL**. Porto Alegre: UFRGS; HCPA, 1998. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol4.html#5>>. Acesso em: 4 ago. 2007.

VERAS, R. P. Atenção preventiva ao idoso: uma abordagem de saúde coletiva. In: PAPALETTO NETO (Org.). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento numa visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 383-393.

VERAS, R. P. **Terceira idade: Gestão Contemporânea em Saúde**. Rio de Janeiro: UnATI. Relume /Dumará. 2002, 190 p.

VERAS, R. P. (Org.). **Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro**. Rio de Janeiro: UnATI. Relume/Dumará, 1995. 95 p.

VIEIRA, E. B. **Manual de gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. 352p.

XAVIER, F. et al. Elderly people's definition of quality of life. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 31-39, 2003.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice**: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2000.

APÊNDICE A - Formulário de dados sócio-demográficos e de saúde**FICHA DE INFORMAÇÕES SOBRE O RESPONDENTE EQUIPE__ No. Quest_**

SEXO Masculino (1) Feminino (2)

DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ IDADE (em anos completos) _____

COR Branco (1) Negro (2) Pardo (3)

NÍVEL EDUCACIONAL Analfabeto (1)
 I grau incompleto (2)
 I grau completo (3)
 II grau incompleto (4)
 II grau completo (5)
 III grau incompleto (6)
 III grau completo (7)
 Pós-Graduação incompleto (8)
 Pós-Graduação completo (9)

ESTADO CIVIL Solteiro(a) (1) Separado(a) (4)
 Casado (a) (2) Divorciado(a) (5)
 Vivendo como casado (a) (3) Viúvo(a) (6)

ATIVIDADE PROFISSIONAL (especificar)

Aposentado (a) (1) _____ Empregado (2) _____

TOTAL DE PESSOAS QUE MORAM NA CASA (grau de parentesco)

QUAL A RENDA TOTAL DAS PESSOAS QUE RESIDEM NA SUA CASA?

COMO É SUA CASA? Tijolo (1)
 Madeira (2)
 Madeira e Tijolo (3)
 Madeira e Papelão (4)
 Outra _____ (5)

SUA CASA TEM ÁGUA ENCANADA ?

Não (1)
 Sim, do lado de fora da casa (2)
 Sim, do lado dentro da casa (3)

COMO ESTÁ A SUA SAÚDE?

Muito ruim	(1)
Fraca	(2)
Nem ruim nem boa	(3)
Boa	(4)
Muito boa	(5)

PROBLEMA DE SAÚDE ATUAL/CONDIÇÃO PRESENTE (marcar somente uma, que é a mais relevante para a presente busca de um serviço de saúde)

Nenhum problema	00
Problema de coração	01
Pressão alta	02
Artrite ou reumatismo	03
Câncer	04
Enfisema ou bronquite	05
Diabetes	06
Catarata	07
Derrame	08
Oso quebrado ou fraturado	09
Problema nervoso crônico ou emocional	10
Hemorróidas ou sangramento no ânus	11
Depressão	12
Doença de pele	13
Problema de álcool ou drogas	14
Outros (especificar) _____	15

PARTICIPA DE GRUPO?

Grupos de convivência	(1)
Grupos de promoção da Saúde	(2)
Outros grupos	(3)
Não participa de grupos	(4)

QUANTAS VEZES CONSULTOU NO ÚLTIMO ANO? _____

REGIME DE CUIDADOS DE SAÚDE	Sem tratamento	(1)
	Ambulatório	(2)

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Esta pesquisa, intitulada “Qualidade de Vida de idosos atendidos pelas equipes de Saúde da Família em Rio Grande/RS.”, tem como objetivos:

- 1- Conhecer o perfil dos idosos atendidos pelas equipes de Saúde da Família.
- 2- Construir um perfil epidemiológico do idoso em relação à sua qualidade de vida, através de um questionário de avaliação de qualidade de vida.
- 3- Identificar os domínios mais prejudicados no que diz respeito a qualidade de vida do idoso.

Por meio deste, venho solicitar sua participação no desenvolvimento desta pesquisa, através de entrevista escrita, assegurando-lhe:

- a garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca de qualquer questão referente à pesquisa;
- a liberdade de retirar seu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar de pesquisa, sem que lhe traga qualquer prejuízo;
- a segurança de que não será identificado (a) e que se manterá caráter confidencial das informações relacionadas à sua privacidade, pois os questionários serão numerados, garantindo o sigilo e anonimato;
- de que serão mantidos todos os preceitos éticos e legais durante e após o término da pesquisa, bem com o compromisso de acesso às informações em todas as etapas da pesquisa e dos seus resultados.

Nome do/a participante: _____

Assinatura: _____

Local: _____ Data: __/__/2008.

Assinatura do Entrevistador: _____

Mestranda: Cláudia Beatriz Degani Cardozo de Aguiar da Silva: CI- 3004162834

E-mail: claudiabdca@hotmail.com Telefone: (53) 99763348/32334045.

Orientadora da pesquisa: Profa. Dra. Marlene Teda Pelzer: CI -200628671

E-mail: pelzer@mikrus.com.br Telefone: (53) 32338855

APÊNDICE C - Manual do entrevistador

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
MANUAL DO ENTREVISTADOR – Pesquisa: “Qualidade de Vida de idosos atendidos pelas equipes de Saúde da Família em Rio Grande/RS”.
Mestranda: Cláudia Beatriz Degani C. de Aguiar da Silva
Orientadora: Profa. Dra. Marlene Teda Pelzer

INSTRUÇÕES PARA O TRABALHO DE CAMPO**1) CADA ENTREVISTADOR DEVERÁ TER O SEGUINTE MATERIAL, NECESSÁRIO PARA REALIZAR AS ENTREVISTAS:**

- termo de consentimento livre e esclarecido;
- crachá ou camiseta de identificação do curso;
- lápis e borracha;
- questionário de dados sócio-demográficos e de saúde;
- questionário WHOQOL-BREF;
- manual de instruções;
- planilha de controle com nomes e endereços.

2) APRESENTAÇÃO DO ENTREVISTADOR:

- Informar quem é o entrevistador e o motivo da visita. Dizer que são estudantes da FURG e que estão realizando uma pesquisa sobre qualidade de vida dos idosos da ESF;
- Reforçar a importância do estudo;
- Se houver recusa inicial de colaborar, tentar duas vezes mais em outras oportunidades, combinando horários mais adequados para o entrevistado. Deve-se insistir, mas com educação;
- Persistindo a recusa, anotar como perda na planilha de controle;
- Se o indivíduo a ser entrevistado não for localizado, deve-se tentar duas vezes mais, em outras oportunidades. Deve-se também, obter informações com os familiares, vizinhos, a respeito do melhor horário de localizar a pessoa a ser entrevistada. Persistindo a não localização da pessoa a ser entrevistada, deve-se anotar como perda na planilha de controle.

3) MANUAL DE APLICAÇÃO:

-Todos os indivíduos devem ser informados sobre os objetivos da pesquisa, o destino e a confidencialidade dos dados. Uma vez que concorde em responder, é fundamental a obtenção do consentimento informado assinado pelas duas partes;

- Deve também ressaltar para ele sentir-se à vontade para esclarecer quaisquer dúvidas ao longo da aplicação;

-Uma situação de privacidade deve ser buscada. O indivíduo não deve responder o instrumento acompanhado de familiar, cônjuge ou companheiro de quarto;

-Os instrumentos devem ser respondidos em somente um encontro.

4) INSTRUÇÕES SOBRE O QUESTIONÁRIO DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICO E DE SAÚDE:

a) O preenchimento da folha de dados sócio-demográficos e de saúde deve ser realizado pelo entrevistador;

b) Formular as perguntas exatamente como estão escritas e devagar, sem induzir a resposta;

c) Se houver dúvida de como marcar a resposta, escrever a mesma por extenso para posterior discussão com a pesquisadora principal;

d) Não deixar resposta em branco.

Questões:

1) Escrever o número da equipe de abrangência e do questionário.

2) Sexo: (1) Fem (2) Masc. Marque o código do sexo.

3) Data de nascimento:

Anote dia, mês e ano que a pessoa nasceu e anos completados até a data da entrevista.

4) Cor da pele : (1) Negra (2) Branca (3) Parda

5) Nível Educacional:

Se houver dificuldade, coloque os anos de estudo correspondentes, por extenso, ao lado, para a pesquisadora codificá-lo posteriormente.

6) Estado civil:

Anote o estado civil do entrevistado. Como ele está vivendo no momento atua. exemplo: se era viúvo e agora tem nova companheira, colocar vivendo como casado).

7) Atividade Profissional:

Por trabalho, considerar toda forma de trabalho, seja formal, informal, e autônomos.

Responder como DESEMPREGADO quando a pessoa não estiver trabalhando. Responder Aposentado ou Pensionista, se a pessoa tiver essa condição. Em casos em que a pessoa seja pensionista ou aposentado e continue trabalhando, considerar como EMPREGADO . No caso de mulheres que não tenham uma atividade remunerada, mas sim a atividade doméstica, codificar como EMPREGADO e como profissão DO LAR.

8) Total de pessoas que moram na casa:

Anotar o número total de pessoas que vivem sob o mesmo teto e o grau de parentesco.

9) Renda total das pessoas que residem na casa:

Como renda, incluir todo tipo de ingresso, formal e não formal, de dinheiro advindo de todos os moradores da casa, somados em reais.

10) Tipo de casa:

Marcar como tijolo, quando a casa for de alvenaria, revestido ou não. O código 4 deve ser usado para casas de com papelão e/ou lata predominantemente (malocas). O código 6 deve ser utilizado para outro tipo de construção que não citada.

11) Sua casa tem água encanada?

Anotar 0 se a água que se consome na casa não vem de nenhuma torneira. Anotar 1, se há uma torneira no terreno da casa. Anotar 2, se há torneiras dentro da casa.

12) Como está sua saúde?

Ler as alternativas para o indivíduo fazer a opção correspondente.

13) Problema de saúde atual/condição presente:

Deve ser marcada somente uma alternativa, que é a mais relevante para a presente busca de um serviço de saúde. Caso não conste na listagem, especificar ao lado de outros.

14) Participa de grupo?

Marcar (1) Grupos de convivência para idosos, (2) Grupos de promoção da saúde (diabéticos, hipertensos e outros), (3) Outros grupos (de igrejas, AA, voluntariados, ONGS e outros). Caso não participe de grupos marcar código 4.

15) Quantas vezes consultou no último ano?

Número total de consultas, nos últimos 12 meses, em ambulatórios, hospitais, médicos especialistas e outros.

16) Regime de cuidados de saúde:

Marcar se está sem tratamento (1), ou se faz algum tratamento/acompanhamento ambulatorial (2).

5) INSTRUÇÕES SOBRE O WHOQOL-BREF:

a) Deve ser enfatizado que todo o questionário refere-se às duas últimas semanas, independente do local onde o indivíduo se encontre;

b) O questionário a princípio é de auto-resposta. O entrevistador não deve influenciar o indivíduo na escolha da resposta. Não deve discutir as questões ou o significado destas, nem da escala de respostas. No caso de dúvida o entrevistador deve apenas reler a questão de forma pausada para o idoso, evitando dar sinônimos às palavras das perguntas. Insistir que é importante a interpretação do indivíduo da pergunta proposta. Em casos de impossibilidade (analfabetismo, deficiência visual importante, ou por solicitação do idoso...) o instrumento pode ser aplicado pelo entrevistador, devendo serem redobrados os esforços para evitar a influência sobre as respostas do indivíduo;

c) Caso o indivíduo, por algum motivo, não deseje responder a uma questão (por exemplo, não entender a questão após as medidas descritas em 7 ou se opuser a marcar sua escolha), deve ser assinalado um código próprio (P.ex. código 8). Este código diferencia as questões que eventualmente o idoso possa ter esquecido de responder (código 9);

d) Ao término do questionário, verificar se o idoso não deixou nenhuma questão sem resposta, se marcou somente uma alternativa/questão e se você colocou o número do questionário correspondente ao consentimento livre e esclarecido.

IMPORTANTE: NÃO ESQUEÇA, AO FINALIZAR, DE AGRADECER A COLABORAÇÃO DO IDOSO.

OBS: SEMANALMENTE TEREMOS REUNIÃO PARA ENTREGA DOS QUESTIONÁRIOS PREENCHIDOS, RETIRAR DÚVIDAS, ACOMPANHAMENTO E CONTROLE DE QUALIDADE.

CARO ALUNO/COLETADOR, QUALQUER DÚVIDA FAVOR ENTRAR EM CONTATO COM ESTA PESQUISADORA.

FONES:3233-4045/9976-3348 E-mail: claudiabdca@hotmail.com

Desde já agradeço sua colaboração

Psic. Cláudia Beatriz Degani C. de Aguiar da Silva

Mestranda em Enfermagem da FURG

ANEXO A - Instrumento de avaliação WHOQOL-BREF

INSTRUÇÃO

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio 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.

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

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

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	Como você avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
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	médio	muito	completamente
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

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
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, barulhos, 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 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 suas necessidades?	1	2	3	4	5
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 atividade 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.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
16	Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
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 para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
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

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
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?

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO B – Sintaxe do WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
 DIVISÃO DE SAÚDE MENTAL
 GRUPO WHOQOL
**VERSÃO EM PORTUGUÊS DOS
 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE
 QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL) 1998**

Sintaxe - WHOQOL - bref QUESTIONNAIRE

**STEPS FOR CHECKING AND CLEANING DATA
 AND COMPUTING FACET AND DOMAIN SCORES**

Recode q3 q4 q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).

(scores based on a 4-20 scale)

compute dom 1= (mean.6 (q3, q4, q10, q15, q16, q17, q18)) * 4.

compute dom 2= (mean.5 (q5, q6, q7, q11, q19, q26)) * 4

compute dom 3= (mean.2 (q20,q21,q22)) * 4

compute dom 4= (mean.6 (q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24, q25)) * 4

compute overall= (mean.2 (q1, q2)) * 4

(scores transformed to a 0-100 scale)

compute dom1b= (dom1 - 4) * (100/16).

compute dom2b= (dom2 - 4) * (100/16).

compute dom3b= (dom3 - 4) * (100/16).

compute dom4b= (dom4 - 4) * (100/16).

compute q1b= (q1 - 1) * (100/16).

compute q2b= (q2 - 1) * (100/16).

ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande.



**ASSOCIAÇÃO DE CARIDADE SANTA CASA DO RIO GRANDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Protocolo: N° 009/2008

Título do Projeto: Qualidade de Vida de Idosos atendidos pela Equipes de Saúde da Família em Rio Grande.

Objetivos: Caracterizar o perfil de idosos do município do Rio Grande/RS, atendidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), por meio de investigação de sua qualidade de vida, conforme a sua subjetividade, nos domínios físico, psicológico, de relações sociais e meio ambiente. Descrever o perfil epidemiológico da população idosa pertencente às comunidades atendidas pelas equipes de Saúde da Família, no município de Rio Grande; avaliar o Índice Geral de Qualidade de Vida dos idosos atendidos pelas equipes de Saúde da Família; identificar entre os domínios da qualidade de vida, quais os mais prejudicados na população idosa; e, identificar as variáveis relevantes na qualidade de vida (QV) das pessoas idosas.

Pesquisador (a) responsável: Mestranda Cláudia Beatriz Degani Cardozo de Aguiar da Silva

Orientador (a): Profª. Dra. Enfa. Marlene Teda Pelzer

Parecer: O CEPAS / A.C. Santa Casa do Rio Grande **APROVA** o desenvolvimento do projeto acima citado. Os dados contidos neste estudo somente serão utilizados nesta pesquisa. Ressalva a importância de apresentar um relatório final a este comitê.

Rio Grande, 27 de junho de 2008.

Prof.ª Dra. Susi Helene Lauz
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
da ACSCRG

ANEXO D - Parecer do Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde – NEPES

**PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE – NEPES**

PARECER Nº 24**DATA: 08/11/2007.**

Título do Projeto: Qualidade de Vida de Idosos Atendidos pelas Equipes de Saúde da Família em RG/RS.

Autor(es): Cláudia Beatriz Degani da Silva.

Orientador: Marlene Teda Pelzer.

Unidade/Instituição: FURG.

PARECER: Frente a análise do referido projeto de pesquisa constatou-se que o mesmo é de suma relevância para a área da saúde já que a população idosa vem crescendo consideravelmente nos últimos anos, necessitando assim de pesquisas mais direcionadas a esta clientela. No entanto, sugerimos que sejam revistos alguns itens salientados pelo NEPES, deste estudo afim de garantir sua legitimidade quanto ao levantamento histórico do ESF no município e no Brasil. Neste contexto, consideramos seu projeto deferido.

Bom Trabalho.



NEPES - SMS

ANEXO E - Autorização da Coordenação da Estratégia Saúde da Família da Secretaria Municipal da Saúde do Rio Grande.



AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Instituição: SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE- RIO GRANDE/RS

Unidade: ESTRATÉGIA DO SAÚDE DA FAMÍLIA

Endereço: Marechal Floriano no. 5

Bairro: Centro

Cidade: Rio Grande/RS

CEP: 96.200-380

Telefone: (53)30358342

Fui informado (a) que, será desenvolvida uma pesquisa para avaliar a Qualidade de Vida de Idosos atendidos pelas Equipes de Saúde da Família em RG/RS.

Essa pesquisa será realizada no domicílio dos idosos cadastrados pela Estratégia Saúde da Família do município do Rio Grande e é coordenada pela professora Marlene Teda Pelzer do Departamento de Enfermagem.

Para participar da pesquisa é necessário o preenchimento de um questionário de qualidade de vida da OMS. Qualquer pergunta ou esclarecimento, no caso de dúvida relativa aos procedimentos da pesquisa, será esclarecido imediatamente.

Diante do que foi exposto, autorizo a realização do estudo na Estratégia Saúde da Família, pela qual sou responsável.

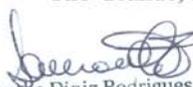
Os responsáveis pelo desenvolvimento deste trabalho colocam-se a disposição para esclarecimento ou fornecimento de informações, sobre os temas abordados nesta pesquisa.

Declaro para os devidos fins que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Estratégia Saúde da Família em Rio Grande/RS, que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto e autorizo a sua execução nos termos propostos..

Rio Grande, 29/04/2008

ASSINATURA:

CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL


 Samantha Diniz Rodrigues
 ENF COREN 34163
 Supervisora Estratégia
 Saúde da Família