

DAIANA JULISSA BROCK

**ANÁLISE QUALITATIVA DA PERCEPÇÃO DA
QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS DE UM CENTRO
DE PROMOÇÃO DE SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a conclusão
do Curso de Graduação em Medicina.**

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2006

DAIANA JULISSA BROCK

**ANÁLISE QUALITATIVA DA PERCEPÇÃO DA
QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS DE UM CENTRO
DE PROMOÇÃO DE SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a conclusão
do Curso de Graduação em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima

Orientador: Prof. Dr. Iberê do Nascimento

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2006

Brock, Daiana Julissa.

Análise qualitativa da percepção da qualidade de vida em idosos de um centro de promoção de saúde em Florianópolis / Daiana Julissa Brock. – Florianópolis, 2006.

17p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de Graduação em Medicina.

1. WHOQOL – 100 2. Qualidade de vida 3. Idosos.

“ Dê ao mundo o melhor de você,
mas isso pode nunca ser o bastante.
Dê o melhor de você assim mesmo.

Veja você que, no final das contas,
é entre você e Deus.
Nunca foi entre você e
as outras pessoas.”

Madre Teresa de Calcutá
(1910-1997).

DEDICATÓRIA

A memória de minha madrinha **Esperança Contioso Ruiz**, meu anjo da guarda, de quem tenho as melhores recordações de infância, e a minha mãe **Eliana Contioso Brock**, por me ensinarem o verdadeiro significado de amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiramente a **Deus** pela minha vida, minha saúde e pelas oportunidades e pessoas que encontrei pelo caminho e que vieram cada um a sua maneira, engrandecer meus dias e me fazer evoluir.

Meu reconhecimento, admiração e infinito amor aos meus pais **Remo e Eliana**, que com seu exemplo, zelo e amor me fazem ser a cada dia, uma pessoa melhor. Eles que foram muito além dos deveres paternos e se tornaram meus amigos. Minhas conquistas são antes deles e lhes dedico todos meus esforços e vitórias.

Ao meu padraсто **Itacir** a quem tenho carinhosamente como meu pai também. Minha gratidão.

Particularmente ao meu irmão e amigo, **Dimy Ricardo**, por ser a pessoa mais especial que eu conheci em toda vida e um presente de Deus para mim. Meu amor incondicional.

As minhas lindas irmãs, **Deise Suelen e Lamara**, aos meus irmãos **Rossana e Remo** e ao meu irmão **Romolo**, por demonstrar desde sempre sua grandeza de coração. Meu carinho mais especial.

A minha amiga **Anne Gabrielle**, pelos muitos dias de estudo e de amizade incondicional, minha melhor aquisição do tempo de faculdade, a quem devoto o amor fraternal hoje e sempre. Também a sua família, particularmente a **Dra. Alacoque Erdmann**, exemplo de mãe, amiga, profissional e mulher, que participou ativamente de um bom período de minha formação. Minha sincera gratidão, amizade e admiração.

Ao **Alessandro**, pela atenção, paciência, carinho, dedicação e companheirismo em todos os momentos, meu amor e respeito. Também a **Dona Ana Maria, Seu Paulo, Rodrigo, Maria Júlia e Nina Rosa**, pela participação neste processo de Trabalho de Conclusão de Curso.

Aos meus bons amigos **Roberta Santa Ritta, Daniela Meurer, Márcia Cavagnollo, Ronaldo Zonta, Spyros Dimatos, Priscila Dutra, Roberto Muniz Jr., Bruno Arlen, Ana Carolina Decks, Ana Lúcia Baggio, Rodolpho Brock, Geovana Basso, Ludmila Souza, Luciana Paladini, e Renata Acelina Pires**, por sua participação em minha vida e no processo de minha formação.

Aos professores e mestres: **Dr. Iberê do Nascimento, Dr. Wilmar Gerent e Dr. Edson Cardoso**, pelo exemplo como profissionais e por me darem todo o auxílio que eu necessitava durante o curso e a orientação muito além do que eu esperava. Especialmente ao **Marcão**, que desde sempre demonstrou disposição para ensinar e cada vez mais participa de minha formação como mestre e exemplo que é. Também ao **Walmir, Lizete, Cida, Rosa e Jucélia** pela amizade. Também ao **Dr. Ivan Moritz** e toda **equipe da Central de Transplantes de SC**, onde pude aprender muito durante todo meu estágio naquela instituição.

Aos meus parentes e amigos que de alguma maneira apoiaram e contribuíram para que eu chegasse aqui.

Que Deus permita que eu possa continuar sendo feliz e que vocês estejam sempre comigo. Muito obrigada.

RESUMO

Introdução: O progresso da medicina e o avanço tecnológico trouxeram à sociedade moderna a possibilidade de maior expectativa de vida. Conhecer o idoso e suas percepções nas diferentes áreas que envolvem a vida é de extrema importância. **Objetivos:** Identificar categorias de análise de qualidade de vida de maior relevância por parte dos pacientes idosos de um Centro de Promoção de Saúde em Florianópolis e propor método simplificado de análise de qualidade de vida em uma população. **Metodologia:** Em um estudo analítico do tipo transversal, pacientes idosos assistidos no Centro de Saúde do Córrego Grande, foram entrevistados e questionados acerca da percepção da sua qualidade de vida. As informações foram obtidas por meio de entrevistas com os pacientes, através de gravação em áudio de suas declarações. Para determinar os fatores relevantes na qualidade de vida destes pacientes, foi elaborado um questionário baseado no instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial da saúde (WHOQOL-100). **Resultados:** A amostra foi composta de cinco indivíduos, de idade média = 72. Os pacientes observados na pesquisa tiveram praticamente os mesmos parâmetros de classificação quando da conceituação e percepção de qualidade de vida. Sendo que a saúde, independência financeira e relação familiar foram apontadas como aspectos fundamentais para uma boa qualidade de vida. **Conclusão:** A saúde, independência financeira e bem estar da família são aspectos importantes na conceituação de qualidade de vida segundo a percepção dos pacientes entrevistados. O método proposto aplica-se satisfatoriamente para novas análises.

Palavras-chave: 1. WHOQOL-100 2. Qualidade de vida 3. Idosos.

ABSTRACT

Introduction: The progress of the medicine and the technological advance had brought to the modern society the possibility of higher life expectancy. Knowing elderly and its perceptions in the different areas that involves life is extremely important. **Objectives:** To identify higher relevance categories of analysis of life quality by the elderly patients from a Center Health Promotion in Florianópolis and considering simplified method of analysis of life quality in a population. **Methodology:** In an analytical study of the transversal type, elderly, attended in the Health Center of Córrego Grande, had been interviewed and questioned concerning the perception of its life quality. As information they had been gotten by means of interviews with the patients, through writing for audio of its declaration. A questionnaire based on the instrument of evaluation of life quality of the World Health Organization was elaborated (WHOQOL-100), to determine the excellent factors in the life quality of these patients. **Results:** The sample was composed of five individuals, the average age was 72 years. The patients observed in the research had practically the same parameters of classification when conceptualizing and perceiving life quality. Health, financial independence and familiar relation had been pointed as basic aspects to a good life quality. **Conclusion:** The health, financial independence and welfare of the family are important aspects in the conceptualization of life quality according to perception of the interviewed patients. The considered method is applied satisfactorily for new analyses.

Key Words: 1. WHOQOL-100 2. Life Quality 3. Elderly.

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO.....	i
FOLHA DE ROSTO.....	ii
DEDICATÓRIA.....	v
AGRADECIMENTOS.....	vi
RESUMO.....	vii
ABSTRACT.....	viii
SUMÁRIO.....	ix
1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Qualidade de vida e envelhecimento.....	1
2 OBJETIVO.....	6
3 METODOLOGIA.....	7
3.1 Tipo de Estudo.....	7
3.2 Local.....	7
3.3 Amostra.....	7
3.3.1 Critérios de Inclusão.....	7
3.3.2 Critérios de Exclusão.....	7
3.4 Procedimentos.....	7
3.5 Análise de Dados.....	8
3.6 Aspectos Éticos.....	8
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO ANALÍTICA.....	9
4.1 Domínio Geral.....	9
4.2 Domínio Saúde Física.....	10
4.3 Domínio Nível de Independência.....	10
4.4 Domínio Saúde Psicológica.....	12

4.5	Domínio Relações Sociais.....	14
4.6	Considerações Finais.....	16
5	CONCLUSÃO.....	17
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18
	NORMAS ADOTADAS.....	20
	APÊNDICE.....	21
	ANEXOS.....	22

1. INTRODUÇÃO

– Qualidade de vida e envelhecimento

Nos últimos anos, as pesquisas sobre o desenvolvimento do adulto têm atentado para a questão da qualidade de vida no curso de vida. Há consenso em torno da noção de que uma boa qualidade de vida depende de condições objetivas, tais como saúde, atividade, envolvimento social, associados aos níveis de renda, de escolaridade e de estilo de vida, entre outros. Além disso, a boa qualidade de vida depende também de condições subjetivas, como o bem-estar psicológico e emocional.^{15 27}

O bem-estar físico objetivo está relacionado à ausência ou a mínimos graus de doença, incapacidade e desconfortos músculo-esqueléticos. A boa saúde física é uma qualidade vital, favorece a boa aparência, a sentir-se bem e ter reservas necessárias para usufruir uma variedade de interesses, além de ser um dos mais poderosos preditores de bem-estar psicológico.¹⁵

Segundo Trentini (2004), qualidade de vida na medicina especificamente, está geralmente associada à capacidade funcional do paciente ou ainda a custo/benefício inerente à manutenção da vida.

Porém, qualidade de vida num sentido amplo, está muito além disso e têm um significado diferente para cada pessoa de acordo com o seu grau de percepção, conhecimento, experiências e valores.

Portanto a saúde seja ela física, mental ou emocional, é considerado um dos principais parâmetros de análise da qualidade de vida de uma pessoa, o que torna profissional da saúde um agente ativo no que diz respeito à promoção e manutenção de uma vida melhor para os pacientes que confiam em seu trabalho.

É responsabilidade do médico, do profissional da saúde, perceber as necessidades dos seus pacientes e desenvolver na medida do possível, medidas que tornem a vida das pessoas melhores, num processo de viver e não somente sobreviver.

Mas como melhorar a qualidade de vida de uma pessoa? Como fazer com que uma pessoa viva melhor, mais feliz?

Esses questionamentos não são de simples resposta e qualidade de vida em saúde engloba além do médico e o próprio indivíduo, toda a sociedade na qual ele vive, tornando-se assim um objeto de estudo da Saúde Pública, um assunto de interesse de todos, seja da área da saúde, seja do Estado. Todos estão envolvidos nesse complexo processo de melhorar a vida, orientar, dar subsídios para que o indivíduo possa viver plenamente e explorar ao máximo seus potenciais.

Possivelmente a constatação de que os indicadores objetivos de qualidade de vida não representam necessariamente a experiência de qualidade de vida de indivíduos e populações levou os cientistas sociais a investir em indicadores subjetivos.²⁵

Segundo De Vitta (2001), saúde percebida refere-se à avaliação subjetiva que cada pessoa faz sobre a qualidade do funcionamento de sua saúde física e mental. Pode referir-se ao funcionamento atual e ao passado e pode incluir expectativas quanto ao funcionamento futuro. Tem como ponto de referência a auto-observação e parâmetros pessoais e sociais, entre estes a comparação com outras pessoas. As metas pessoais de vida são consideradas como um dos fatores que influenciam o bem-estar subjetivo e como um dos componentes da saúde mental e do envelhecimento bem-sucedido.

O nível de prazer e a satisfação com a vida são eventos positivamente correlacionados porque são igualmente influenciados por apreciações sobre eventos de vida, atividades e circunstâncias. Podem correlacionar-se negativamente porque a satisfação é uma apreciação global de vida enquanto o nível de prazer diz respeito a reações correntes aos eventos, podendo ser influenciado por fatores de personalidade, por fatores biológicos e por eventos situacionais.²⁰

Em geral, as pessoas estabelecem metas que se relacionam com diferentes domínios da vida (como realização profissional, autonomia, manutenção da própria saúde ou de contatos sociais significativos). À medida que envelhecem vão criando novas metas ou alterando o investimento que fazem no alcance das que haviam sido estabelecidas anteriormente.²⁰

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), a qualidade de vida de um indivíduo pode ser analisada com base nos critérios em seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente, espiritualidades e crenças.^{17, 18, 19}

Estes conceitos são construídos a partir das crenças individuais, das experiências pessoais, os anseios, expectativas e desejos que vão se processando durante o curso de vida dos indivíduos das sociedades.²⁵

Muitas são as pessoas que chegam aos consultórios médicos com a expectativa de serem atendidos da forma mais abrangente possível, ou seja, nenhum indivíduo quer ser visto como

uma doença em particular, ele espera receber auxílio como um ser humano completo que é: com suas dores e anseios.

O paciente busca cada vez mais a harmonia entre os variados setores da vida, e a saúde é um dos alicerces do que constitui uma vida considerada de boa qualidade.

De acordo com Silva (1999), neste século o progresso social e os avanços científicos provocaram uma notável expansão na duração da vida humana e na proporção de idosos nas populações.

Conforme Balestra (2002), vivemos um momento de rápida transição demográfica e epidemiológica. As altas taxas de mortalidade por doenças infecciosas foram substituídas por outras em que predominavam óbitos por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas ou outras doenças crônico-degenerativas. Segundo ela, condições mais saudáveis levam à diminuição das mortes por doenças infecciosas, permitindo maior sobrevivência dos indivíduos até idades mais avançadas, aumentando a incidência e a prevalência das chamadas doenças crônico-degenerativas.

Aliado a este processo, a diminuição das taxas de fecundidade causa alteração da estrutura etária da população, com uma maior proporção de indivíduos chegando rapidamente à velhice, contribuindo assim para o envelhecimento populacional.¹

A Organização Mundial de Saúde/OMS (1994), define como idosa a pessoa que possui 65 anos ou mais, e vive em países desenvolvidos. Nos países em desenvolvimento, onde a expectativa de vida é reduzida e a condição sócio-econômica é desfavorável, a idade limite inferior é de 60 anos. Entretanto, a variação da idade limite inferior, em países desenvolvidos e em desenvolvimento, varia de região para região. Esse fato poderá então determinar diferentes categorias de idades em um mesmo país.^{9,10}

No Brasil, alguns indicadores, podem ser assim percebidos: a expectativa de vida ao nascer, em 1950, nas regiões menos desenvolvidas, passou de 44,1 anos para 62,0 em 2000, e nas regiões desenvolvidas, que era de 66,8 na mesma época, passou para 73,4. No entanto, deverá alcançar, em 2020/30, 70,8 e 75,6 anos, respectivamente.¹

Quando uma sociedade pode garantir aos seus membros a possibilidade de viver por mais tempo, a sua atenção volta-se imediatamente à qualidade dessa existência. Viver bem, e envelhecer com boa qualidade de vida são categorias com significação única e universal.^{23,26}

Se, por um lado, a longevidade dos indivíduos decorre do sucesso de conquistas no campo social e de saúde, o envelhecimento, como um processo, representa novas demandas por serviços, benefícios e atenções que se constituem em desafios para governantes e sociedade.¹

O entendimento do processo de envelhecimento e o conhecimento das expectativas do paciente idoso e de suas percepções acerca da vida se apresentam de forma quase que emergencial, o que requer atenção para que os profissionais, em suas diferentes áreas, se qualifiquem para oferecer serviços de variadas ordens demandados pelos idosos.¹

Segundo Freire (2001), nos últimos 20 anos os temas envelhecimento e velhice têm chamado a atenção de um número cada vez maior de pessoas estimuladas pela mídia, pelo apelo da sociedade de consumo voltado para os mais velhos e pelo Estado, interessado em garantir a preservação da saúde a fim de evitar que a população idosa se torne um ônus para os sistemas previdenciário e de saúde pública.

Durante muito tempo o envelhecimento foi percebido como um fenômeno patológico relacionado ao desgaste do organismo e às seqüelas das doenças ocorridas em fases anteriores à velhice.^{1, 22, 23}

A doença na população idosa possui características comuns a outras idades, assim como aspectos que são típicos dessa fase da vida. Entre as principais doenças típicas das idades mais avançadas estão as cardiovasculares crônicas, as músculo-esqueléticas (artroses, osteoporose, artrites e lombalgias), o diabetes, o adenocarcinoma de próstata e o acidente vascular cerebral, entre outras.^{15, 24}

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), até 2025 o Brasil será o sexto país do mundo com maior número de pessoas idosas, o que justifica a necessidade da criação de políticas sociais que preparem a sociedade para essa realidade.¹⁰

Porém, ainda é grande a desinformação sobre o idoso e sobre as particularidades do envelhecimento em nosso contexto social. Poucas escolas em nosso país estudam diretamente o paciente idoso. Prova disso é que até alguns anos atrás o médico que quisesse especializar-se em geriatria precisava estudar na Europa.¹⁰

Num país como o nosso que vê sua pirâmide etária ser modificada pouco a pouco, tomarmos conhecimento acerca do idoso e de suas expectativas nas diferentes áreas que envolvem a vida é de extrema importância.

Não basta, portanto que promovamos o aumento da expectativa de vida sem pensarmos na qualidade desta.

O presente trabalho buscou avaliar as perspectivas de alguns idosos no que diz respeito à Qualidade de vida, pois julgamos que não basta estar sobrevivendo, a pessoa deve sim: VIVER, no sentido pleno desta palavra.

2. OBJETIVOS

Podemos salientar dois objetivos básicos neste trabalho:

1. Identificar categorias de análise de qualidade de vida de maior relevância por parte dos pacientes idosos de um Centro de Promoção de Saúde em Florianópolis,
2. Propor método simplificado de análise de qualidade de vida em uma população.

3. METODOLOGIA

3.1 – Tipo de Estudo

O presente trabalho constitui um estudo observacional, descritivo, transversal, com caráter analítico.

3.2 – Local

O trabalho foi realizado no Centro de Saúde do Córrego Grande, em Florianópolis.

3.3 – Amostra

A amostra foi composta por pacientes assistidos no Centro de Saúde do Córrego Grande, num total de 5 pacientes escolhidos aleatoriamente. Todos os participantes convidados a participar da pesquisa foram informados do caráter da mesma e de sua finalidade. Os participantes forneceram sua concordância através de um consentimento informado (ANEXO 1).

3.3.1 – Critérios de Inclusão:

- Ser paciente do Centro de Saúde do Córrego Grande,
- Idade igual ou superior a 65 anos,
- Concordância com os termos da pesquisa.

3.3.2 – Critérios de Exclusão:

- Idade inferior a 65 anos,
- Não concordância em participar da pesquisa.

3.4 – Procedimentos

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora nas dependências do Centro de Saúde do Córrego Grande, com supervisão e orientação do Dr. Iberê do Nascimento.

As entrevistas foram realizadas através de um questionário contendo 15 perguntas abertas (APÊNDICE) sendo que o paciente entrevistado podia dissertar livremente. O questionário aplicado foi desenvolvido pela pesquisadora a partir do instrumento de análise de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL – 100).

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas para análise.

4.3 – Análise dos Dados

A perspectiva de investigação segue um caráter qualitativo, em que se busca evidenciar o caráter mais subjetivo e profundo das relações entre os sujeitos e o meio onde estão inseridos.¹⁴

Os dados foram analisados utilizando como base o resumo do instrumento WHOQOL – 100 e suas classes de avaliação.

4.4 – Aspectos Éticos

Antes de iniciada a coleta de dados, foi caracterizada a participação por livre-arbítrio e explicado os princípios da pesquisa, sendo que o paciente foi deixado livre para concordar ou desistir da sua participação no momento que julgasse necessário.

O conteúdo das entrevistas foi armazenado de maneira sigilosa e somente a pesquisadora e o orientador puderam ter acesso às falas. A identidade dos pacientes foi omitida para preservar a privacidade dos mesmos.

Não houve riscos para os pacientes, uma vez que não foram feitas intervenções, e os pacientes assinaram um termo de consentimento esclarecido (ANEXO1) manifestando sua concordância voluntária em participar deste trabalho.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO ANALÍTICA

Os resultados obtidos nesta pesquisa são divididos em dois subgrupos: dados objetivos e dados subjetivos.

Os dados objetivos referem-se a: sexo, idade, estado civil e estado ocupacional, apresentados de maneira sucinta com o objetivo apenas de reconhecimento.

Os dados subjetivos são os resultados relativos as respostas abertas ao questionário aplicado com intuito de avaliar a percepção de cada paciente entrevistado no que diz respeito à qualidade de vida.

O número total de pacientes entrevistados foi de 5 pacientes, sendo que 3 (60%) eram do sexo masculino e 2 (40%) do sexo feminino. A idade média dos pacientes foi de 72 anos (DP = 6,32).

Em relação aos dados sócio-econômicos a totalidade dos pacientes era casada, e 4 deles (80%) eram aposentados, sendo que apenas uma paciente (20%) era do lar, não possuindo renda financeira própria.

A segunda parte dos resultados, os dados subjetivos, está relacionada ao protocolo de pesquisa, onde foram feitas as perguntas e cada paciente pôde dissertar livremente conforme seu desejo.

O protocolo de pesquisa, apresentado anteriormente, traz um total de 15 perguntas que podem ser divididas por domínios de acordo com o instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). (Anexo 2)

Esses domínios são basicamente classes de caracterização dos diferentes aspectos envolvidos na análise da qualidade de vida de um indivíduo segundo aquele questionário.

Os três primeiros questionamentos (“*O que é qualidade de vida para você? , Como você classifica sua vida em termos de qualidade?, Você possui planos para o futuro?*”) estão associados ao domínio geral, que compreende as concepções gerais acerca da qualidade de vida de cada paciente e seus conceitos. A intenção aqui foi de identificar os conceitos de qualidade de vida dos pacientes entrevistados, analisar o seu grau de satisfação geral com a sua vida e no caso do terceiro questionamento avaliar se o paciente possui ou não perspectivas para o futuro, considerado de especial importância para determinar os estímulos

de vida de cada um, sendo que atualmente a depressão é um dos maiores problemas que afligem os idosos no mundo todo ¹⁶ e pode ser medido pela presença ou ausência de expectativas futuras de uma pessoa e relaciona-se diretamente com o grau de satisfação com a sua vida. ²⁰

O próximo grupo de perguntas (*“Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?, Você sente algum tipo de dificuldade para realizar as atividades do dia-a-dia”*) está relacionado ao domínio saúde física, que avalia fatores como: disposição e fadiga, e dor e desconforto.

No terceiro bloco analisado (*“Você faz uso de alguma medicação contínua ou possui alguma doença sistêmica?, Você se sente dependente do auxílio médico?, Você se sente dependente de alguém fisicamente?, Você se sente dependente de alguém financeiramente?”*) foi focado o domínio que trata da avaliação do nível de independência de cada paciente e está associado ao grau de mobilidade, capacidade de realizar atividades cotidianas, dependência de medicamentos e capacidade laboral.

As questões que se seguem (*“O quão satisfeito você está com a sua vida?, Você considera que está atingindo aquilo que planejou durante a vida?”*) tratam do domínio saúde psicológica e buscou avaliar diretamente o grau de satisfação do paciente com a sua vida no presente momento.

No último grupo de questões (*“Como você se sente no meio em que vive?, Você se sente feliz com sua relação com as pessoas da sua família?, Com quem você conversa quando está preocupado?, Você já sentiu discriminado alguma vez por causa da sua idade?”*) está relacionado ao ambiente, seja físico ou até mesmo associado à própria integridade do indivíduo, e relações sociais. Estas questões, assim como as demais supracitadas, possibilitaram aos pacientes abordar os mais diferentes aspectos relacionados com avaliação e análise de qualidade de vida de acordo com o seu entendimento.

4.1 – Domínio Geral

Foi em 1964 que se ouviu pela primeira vez o termo “qualidade de vida”, durante um discurso proferido pelo então presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson que disse: “ Os objetivos não podem ser medidos através dos balanços bancários. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam as pessoas”¹⁷.

Desde então é crescente o interesse para a conceituação de “qualidade de vida”. Uma preocupação que se refere a um movimento dentro das ciências sociais e biológicas no sentido

de valorizar parâmetros mais amplos que somente o controle de sintomas, diminuição da mortalidade e aumento da expectativa de vida¹⁷.

Quando questionados sobre conceito de qualidade de vida os pacientes responderam como segue abaixo:

“Qualidade de vida é ter saúde eu acho. Porque sem saúde, minha filha, não adianta dinheiro, não adianta nada”.(Paciente 2)

“...e saúde, porque quem tem um pouquinho de saúde vive melhor”. (Paciente 3)

“Em primeiro lugar saúde, depois emprego, tem que ter dinheiro para viver...Mas em primeiro lugar tem a saúde, os filhos com saúde, a esposa com saúde e a gente com saúde.” (Paciente 5)

De acordo com as respostas, qualidade de vida está intimamente associada ao estado de saúde do indivíduo. Seguindo de valores como posse de recursos financeiros:

“Pra ter qualidade de vida a pessoa tem que ter dinheiro, porque a pessoa sem dinheiro não vale nada na vida.” (Paciente 3)

“...Porque a pessoa que não tem dinheiro, que ganha um salário baixo, ele fica doente. Então tem que ter dinheiro, eu não ganho pra ter um carro novo do ano, mas sou bem aposentado, e tenho meu carro, ganho pra sustentar meus filhos em casa e a minha esposa, são cinco. Se eu não pudesse, aí ia ser uma tristeza.” (Paciente 5)

Aspectos como lazer e relações sociais foram lembrados também quando os pacientes conceituaram qualidade de vida:

“Qualidade de vida pra mim é ter saúde, ”tá” alegre, contente, ter reuniões com os amigos, passeio, alimentação boa”. (Paciente 4)

“...de três em três meses dar um passeio...” (Paciente 5)

Percebeu-se a dificuldade de estabelecer um conceito pontual já que qualidade de vida está relacionada a muitos fatores que englobam a vida do indivíduo. Isto reflete-se na complexidade que é promover saúde de uma maneira ampla, pois como são diversos os aspectos associados ao desenvolvimento pleno do indivíduo torna-se necessária uma abordagem muito mais completa e muitas são as limitações pelas quais passam os médicos, os agentes de saúde e todos os profissionais que são intimamente responsáveis pela melhoria da qualidade de vida de seus pacientes.

Em relação aos questionamentos sobre a classificação de sua vida em relação a qualidade, ficou comprovado que a auto-avaliação estava de acordo com os conceitos de cada paciente.

Três pacientes (60%) consideraram sua vida de boa qualidade e dois pacientes (20%) consideraram de razoável qualidade como se segue:

“É...ela não é ruim. Eu fico preocupada assim da minha doença, os problemas do coração, agora apareceu essa perna, mas eu “tô” contente, não quero morrer por isso. E também era bom que ele (marido) ganhasse um pouquinho mais, porque só com o salário não dá. E aí os filhos que ajudam.” (começou a chorar) (Paciente 3)

“Tá razoável, só pela saúde...” (Paciente 2)

Evidencia-se assim o valor dado à saúde quando o tema é qualidade de vida, ponto onde o médico e os demais profissionais da área são participantes ativos do processo. A falta de saúde aflige os idosos, assim como a falta de dinheiro que, ao que parece, gera uma certa insegurança.

Dos 5 pacientes entrevistados, apenas um referiu fazer planos para o futuro, os demais afirmaram “estar vivendo apenas o presente”. Isso nos leva a pensar que existe uma descrença por parte dos idosos, na sua própria capacidade de planejar e executar projetos de qualquer natureza. Estes últimos quando questionados sobre o porquê de não fazerem planos, referiram a idade avançada como empecilho. É papel do profissional de saúde, da família e da própria sociedade agir de maneira a estimular o paciente idoso no sentido de fazê-lo sentir-se capaz de atuar nas diversas esferas que compõem o meio em que vive.

4.2 – Domínio Saúde Física

Com base nos dados apresentados no tópico acima se conclui que há uma relação estreita entre o conceito de qualidade de vida e saúde. O domínio saúde física enfatiza aspectos pessoais em relação à percepção sobre seu corpo e a capacidade de executar atividades cotidianas comuns.

O primeiro questionamento buscou identificar esta percepção e satisfação com a saúde, independente do paciente possuir ou não alguma doença sistêmica ou de qualquer tipo, o que se procurou avaliar foi exatamente como o paciente se sentia em relação a sua saúde.

Dos pacientes entrevistados, três (60%) consideraram-se saudáveis, sendo que os dois outros pacientes (40%) relataram uma percepção negativa em relação a sua saúde.

“Não, não sei, quantas doenças eu tenho, né? Osteoporose, “pressão”, labirintite, colesterol alto, enxaqueca de matar. Mas só que são doenças que tem como eu controlar.” (Paciente 2)

“Antes eu me considerava saudável, mas agora não. Mas eu vou vivendo assim, como Deus quiser.” (Paciente 3)

O segundo questionamento procurou explorar o quanto o paciente se sentia limitado fisicamente ou satisfeito de acordo com a sua capacidade para realizar atividades do dia-a-dia bem como atividades laborais e apenas um paciente relatou sentir dificuldade para executar tais atividades.

O fato de um paciente considerar sua saúde deficiente, porém negar dificuldades para executar as tarefas diárias, reflete algumas análises: algumas doenças quando bem controladas não interferem no dia-a-dia do paciente fazendo com que sua percepção de qualidade de vida seja positiva, e alguns pacientes não associam saúde somente ao fato de serem capazes de executar suas atividades de maneira normal.

4.3 – Domínio Nível de Independência

Quando abordamos nível de independência estamos nos referindo a fatores de diferentes tipos, tais como: uso de medicações, auxílio médico, dependência física e financeira. Estas, em uma análise mais elaborada, nos remetem aos efeitos que geram nos pacientes e como isso interfere na sua percepção de qualidade de vida.

Dos cinco pacientes, três faziam uso de medicação contínua, para controle de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. Os demais negaram usar qualquer tipo de remédio. Pelas declarações percebeu-se que o fato de usar medicações não trazia algum tipo de desconforto ou alterava para pior a concepção que tinham sobre qualidade de vida desde que este uso afastasse a possibilidade de sintomatologia, o que realmente afligia os pacientes:

“...Os remédios eu sou obrigado a tomar, mas está tudo controlado. Sou um cara muito feliz.” (Paciente 1)

Todos os cinco pacientes declararam sentir-se dependentes de assistência médica e alguns ressaltaram a importância da existência do Centro de Promoção de Saúde em questão nas proximidades de suas casas.

“...todo mundo precisa ter médico perto, porque se acontece alguma coisa pode vir aqui no “Posto”...” (Paciente 4)

“Sim, toda pessoa é bom ter um médico perto. E se tem alguma coisa já vai lá.” (Paciente 5)

Quanto à dependência física e financeira apenas um paciente referiu sentir-se dependente, nos dois aspectos, os demais relataram certa independência conforme suas percepções e dois deles afirmaram possuir dependentes de si no que diz respeito a dinheiro, o que pareceu conferir um grau de segurança maior em relação ao paciente que se sentia dependente dos filhos:

“...é o contrário, eu que ajudo os filhos” (Paciente 2)

“É, dependo dos filhos agora. Dependo pouco. Fico preocupada, se eu tivesse eles não precisavam gastar, mas eles fazem questão. Mas eu tenho pena deles...” (Paciente 3)

Este fator de independência ou não pareceu reproduzir-se em toda a entrevista como um aspecto fundamental quando da conceituação e percepção acerca da qualidade de vida de cada um.

4.4 – Domínio Saúde Psicológica

Quando falamos de saúde psicológica procuramos reconhecer sentimentos e percepções do indivíduo em relação ao grau de satisfação com sua vida, com o meio que o cerca e a sua realização pessoal.

Todos os entrevistados responderam positivamente quando questionados acerca do contentamento com o meio em que vivem, citando a própria casa, o bairro, a vizinhança. Nenhum deles mencionou estar em desacordo com nenhuma dessas circunstâncias.

Quatro pacientes relataram estar satisfeitos com a sua vida no presente momento e somente um paciente considerou sua vida razoável utilizando a “falta de saúde” como justificativa para tal. Um aspecto citado pelos quatro pacientes que demonstraram satisfação com suas vidas, foi o bem estar geral da família e filhos.

Este aspecto familiar pareceu ser de importante relevância também quando discorreremos sobre o terceiro item deste grupo de perguntas que trata da percepção de estar atingindo aquilo que planejou durante a vida ou não.

“Eu vivo bem, né? Não me incomodo. Meus filhos são muito bem educados, nunca me incomodaram desde pequenos.” (Paciente. 3)

“Eu atingi tudo que eu queria, só falta uma coisa que é uma casa pra um filho. Eu não quero morrer sem deixar mais uma casa pra um filho.” (Paciente 4)

“Todo dia eu me benzo e agradeço: Graças a Deus, Deus me deu tudo, tudo Ele me deu. Sou pai de seis filhos homens, nenhum me incomodou.” (Paciente 5)

Estas respostas denotam o sentimento de realização pessoal quando a educação e desenvolvimento dos filhos estão de acordo com suas expectativas. Em última análise pareceram ser deveras significativo para os pacientes o conforto e saúde de seus filhos no que diz respeito à saúde psicológica.

4.5 – Domínio Relações Pessoais

Nenhuma pessoa vive totalmente isolada e independente das demais, o fato de convivermos com outras pessoas gera vínculos de variados tipos. O ser humano é um ser social e precisa relacionar-se com os outros para obter aquilo que necessita enquanto indivíduo.

Neste âmbito procurou-se identificar o grau de satisfação do paciente com sua relação familiar, sendo que já fora identificado a importância deste aspecto para todos os entrevistados:

“Tudo bem, 36 anos casado, bem com a esposa, bem mesmo. Tudo bem com os filhos, às vezes alguma briguinha mas é normal.” (Paciente 4)

“Sim, tá tudo certo com os filhos, tenho 15 netos e 2 bisnetos já. Tudo bem, sim. Eu tenho uma netinha de 8 anos, outro dia dei um computador pra ela...ficou toda feliz. Eu gosto muito dos netos.” (Paciente 1)

Quatro dos cinco pacientes afirmaram procurar o cônjuge para conversar quando se sentiam preocupados ou aflitos com alguma situação, o que denotou confiança, segurança e a importância de se ter um relacionamento estável, segundo suas respostas. Uma paciente relatou que falava com uma cunhada quando estava preocupada com algo.

“...Ele (marido) sempre me ajudou. Eu tinha medo da velhice. Eu dizia pro meu marido: não quero ficar velha. Ele respondia assim: “Ah! Eu quero ficar bem velhinho pra ter um monte de coisas pra contar pros meus netos.” Isso me ajudou a entender melhor que podia ser bom.” (Paciente 2)

Em relação à discriminação pela idade apenas um paciente referiu sentir-se descontente, os demais negaram ter passado por algum episódio onde tivessem se sentido discriminados por serem idosos:

“Só no banco, quando a gente pega a fila da caixa de sessenta, eu já fiquei 30 minutos.” (Paciente 5)

Mais uma vez os domínios se interpõem e a família aparece como item fundamental quando da percepção da qualidade de vida do paciente idoso.

4.6 – Considerações finais

A amostra tratada nesse estudo não nos permite fazer amplas generalizações, no entanto, os resultados obtidos responderam de maneira satisfatória aos objetivos propostos.

Ficou constatado que os pacientes idosos observados no presente trabalho tiveram praticamente os mesmos parâmetros de classificação quando da conceituação e percepção de qualidade de vida.

Dentro deste universo de valores podemos ressaltar três aspectos de relevância principal de acordo com os resultados obtidos: saúde, independência financeira e o papel da família.

Tais parâmetros podem orientar o médico e os profissionais da área na promoção da melhoria do bem estar do paciente e entendimento da situação deste de maneira mais ampla e completa.

5. CONCLUSÕES

1. As categorias de análise de qualidade de vida de maior relevância identificadas neste trabalho através das entrevistas com os pacientes idosos do Centro de Promoção de Saúde do Córrego Grande foram: a categoria saúde, a categoria independência financeira e a categoria que trata das relações sociais com ênfase no relacionamento do indivíduo com sua família,
2. Consideramos que o método utilizado para pesquisa da percepção qualidade de vida, questionário com 15 itens divididos em 5 áreas de interesse, respondeu às expectativas e permitiu a obtenção de dados para análise no grupo observado, podendo servir como base para novas análises.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Balestra C M, A imagem corporal de idosos praticantes e não praticantes de atividades físicas [dissertação]. Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP: [s.n], 2002.
2. Baracho Maíce Abreu et al. Envelhecer e entardecer - uma nova resposta. Hospitalidade: Revista de Saúde Mental, Relações Humanas e Problemas de Marginalização, Lisboa, v. 69, n. 268, p. 16-21, abr./jun. 2005.
3. Bennett JC, Blum F et al. Cecil Tratado de Medicina Interna. 20ª edição. São Paulo: Guanabara Koogan, 1997.
4. Benedetti TB. Perfil do Idoso em Florianópolis. Jornal AN Capital [homepage na internet] 2003 nov 17 [acesso em 20 Set 2005] Disponível em: <http://an.uol.com.br/ancapital/2003/nov/17/>
5. BOS, A M G e BOS, Â J G. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. *Rev. Saúde Pública*, fev. 2004, vol.38, no. 1, p.113-120
6. Brasil; Kinoshita, Fernando; Brasil. Estatuto do idoso e legislação complementar. Brasília, DF: OAB, 2004.
7. Brasil, Programa de saúde da família [homepage na internet] [acesso em 07 Jun 2005] Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/psf/>.
8. Brasil, Núcleo de gestão municipal do instituto Pólis. Medindo a qualidade de vida [homepage na internet] [acesso em 04 Jun 2005] Disponível em: <http://federativo.bndes.gov.br/dicas/D027.htm>
9. Brasil, Núcleo de informação do idoso (2004). *Saúde Pública e Envelhecimento* [homepage na internet] [acesso em 05 Mai 2005] Disponível em: <http://www.idoso.ms.gov.br/noticia.asp?Id=94>
10. Brasil, Portal da Saúde, Ministério da Saúde [homepage na internet] [acesso em 07 Jun 2005] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?Id_area=153
11. Brasil, Cartilha do Idoso, Ministério público do Distrito Federal e territórios, Saúde [homepage na internet] [acesso em 07 Jul 2005] Disponível em http://www.mpdft.gov.br/Cartilha_Idoso/
12. Caldas, CP. Anexos I In: Caldas, CP. A saúde do idoso: A arte de cuidar. Rio de Janeiro: Editora UERJ, 57-59, 1998.
13. Carvalho, S R, Saúde coletiva e promoção à saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança [tese]. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP: [s.n], 2002.
14. Deslandes, S F, Neto O C, Gomes, R, Mynaio, M C S, Pesquisa social: teoria, método e criatividade, Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes; 1994.
15. De Vitta, A, Bem-estar físico e saúde percebida: um estudo comparativo entre homens e mulheres adultos e idosos, sedentários e ativos [tese]. Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP: [s.n.], 2001.

16. Evanson, E, Ageing Well, Research Update, ARK, Social and Political Archive, no.31, Irlanda do Norte, 2004.
17. Fleck MPA, Fachel O, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100) 1999. Rev Bras Psiquiatr 1999; 21(1): 19-28.
18. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial da saúde (WHOQOL-100). Rev Saude Publica 1999;33(2):198-205.
19. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento WHOQOL-bref. Rev Saúde Publica 2000;34(2):178-83.
20. Freire, S A, Bem-estar subjetivo e metas de vida: um estudo transversal com homens e mulheres pertencentes a três faixas de idade [tese]. Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP: [s.n.], 2001.
21. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Relatório nacional brasileiro sobre o envelhecimento da população brasileira, 2002 Saúde [homepage na internet] [acesso em 20 Mai 2005] Disponível em <http://www.ibge.gov.br/>
22. Pauling, L. Como viver mais e melhor. São Paulo: Editora Best Seller; 1988.
23. Reichel William, Gallo Joseph J. Assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento. 5. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, c2001.
24. Rosa T E C, Benicio M H A, Latorre M R D O *et al.* Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Rev. Saúde Pública, fev. 2003, vol.37, no. 1, p.40-48.
25. Silva F P. Crenças em relação à velhice: bem-estar subjetivo e motivos para frequentar Universidade da Terceira Idade [dissertação]. Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP : [s.n.], 1999.
26. Sousa A I. Envelhecimento, estratégias de saúde e qualidade de vida em uma vila popular do município de Porto Alegre [dissertação]. Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.
27. Trentini C M, Qualidade de vida em idosos [tese]. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 17 de Novembro de 2005.

APÊNDICE

Protocolo de Pesquisa

“ANÁLISE QUALITATIVA DA PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS DE UM CENTRO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS”

1. Dados Objetivos:

Identificação

01 – Data de Nascimento:

02 - Sexo: Masc. (...) Fem (...)

Dados Subjetivos:

1. O que é qualidade de vida para você?
2. Como você classifica sua vida em termos de qualidade?
3. Você possui planos para o futuro?
4. Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?
5. Você sente algum tipo de dificuldade para realizar as atividades do dia-a-dia?
6. Você faz uso de alguma medicação contínua ou possui alguma doença sistêmica?
7. Você se sente dependente do auxílio médico?
8. Você se sente dependente de alguém fisicamente?
9. Você se sente dependente de alguém financeiramente?
10. Como você se sente no meio em que vive?
11. O quão satisfeito você está com a sua vida?
12. Você considera que está atingindo aquilo que espera?
13. Você se sente feliz com sua relação com as pessoas da sua família?
14. Com quem você conversa quando está preocupado?
15. Você já se sentiu discriminado por causa da sua idade?

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro estar ciente do caráter e do propósito da pesquisa realizada pela acadêmica Daiana Julissa Brock, do curso de Graduação de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, e a autorizo a utilizar as informações por mim fornecidas através de entrevista, salvo os dados de identificação pessoal, com propósito exclusivo de pesquisa médica.

Essa entrevista será gravada de acordo com meu consentimento, garantindo que meu nome não será revelado e o material estará a minha disposição no momento que desejar.

Eu, _____ concordo com o acima escrito.

Data:

Assinatura

ANEXO 2

Resumo do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100)

<i>DOMÍNIOS</i>	<i>FACETAS INCORPORADAS DENTRO DOS DOMÍNIOS</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Qualidade geral de vida e saúde
1. Saúde Física	<ul style="list-style-type: none"> • Disposição e fadiga • Dor e desconforto • Sono e repouso
2. Saúde Psicológica	<ul style="list-style-type: none"> • Imagem Corporal e aparência • Pensamentos negativos • Pensamentos positivos • Auto-estima • Pensamento, aprendizagem, memória e concentração.
3. Nível de Independência	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilidade • Atividades Cotidianas • Dependência de medicamentos e auxílio médico • Capacidade laboral
4. Relações Sociais	<ul style="list-style-type: none"> • Relações pessoais • Atividades Sociais • Atividade sexual
5. Ambiente	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos financeiros • Liberdade, integridade física e segurança • Acesso e nível de qualidade dos serviços de saúde • Ambiente doméstico • Oportunidades para adquirir novos conhecimentos e habilidades • Participação e oportunidade para recreação e lazer • Ambiente Físico (poluição, clima, barulho e trânsito) • Transporte
6. Espiritualidade/Religião/Crenças Pessoais	<ul style="list-style-type: none"> • Espiritualidade/Religião/Crenças Pessoais