

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM**

DÉBORA REGINA MADRUGA DE VARGAS

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS DE UMA
COMUNIDADE DO RIO GRANDE DO SUL**

**FLORIANÓPOLIS
2001**

DÉBORA REGINA MADRUGA DE VARGAS

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS DE UMA
COMUNIDADE DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração Assistência de Enfermagem.

Orientadora: Dra. Flávia Regina Souza Ramos

**FLORIANÓPOLIS
2001**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

V297a Vargas, Débora Regina Madruga de
Avaliação da qualidade de vida de idosos de uma
comunidade do Rio Grande do Sul [dissertação] / Débora
Regina Madruga de Vargas ; orientadora, Flávia Regina Souza
Ramos. - Florianópolis, SC, 2001.
116 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Idosos - Rio Grande do Sul.
3. Qualidade de vida - Rio Grande do Sul. 4. Sociologia
rural - Rio Grande do Sul. I. Ramos, Flavia Regina Souza.
II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

DÉBORA REGINA MADRUGA DE VARGAS

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS DE UMA
COMUNIDADE DO RIO GRANDE DO SUL**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

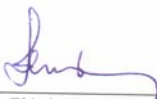
MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 21 de fevereiro de 2001, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Assistência de Enfermagem**.



Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Presidente

P1 

Dra. Tâmara Iwanow Ciancarullo
Membro



Dra. Maria Itayra Padilha
Membro

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado aos meus pais,
**Darcy Silvestre de Vargas e Martimiana
Madruga de Vargas**, testemunhas oculares do
caminho percorrido.
AMO VOCÊS!

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, que sempre esteve presente, com sua luz, não me deixando esmorecer diante das adversidades;

Ao meu noivo, **Eduardo Vaz Burns**, que acompanhou esta caminhada, com paciência, resignação e abnegação, nunca deixando, em nenhum momento, que os afastamentos passageiros toldassem nosso **amor**;

A minha orientadora, **Dra. Flávia Regina Souza Ramos**, que aceitou o desafio da orientação deste trabalho em um dos momentos mais difíceis da minha vida, sem o seu apoio não teria sido possível, agradecer é muito pouco;

Aos meus irmãos, **João Ricardo, Antonio Eduardo e Carlus Vinícius**, pelo orgulho que sei sentirem pelas minhas vitórias profissionais e pessoais;

Às minhas cunhadas, **Haydeé e Célia**, sem suas velas acesas, teria faltado luz;

Aos **meus amigos**, poucos, **mas amigos**, sabem quem são, não é necessário citar nomes, que acreditaram e me deram o apoio para seguir em frente;

A Sra. **Ondina Ayres de Oliveira**, que me fez crer que uma “guria” de 26 anos na época poderia ter grandes chances de sucesso sendo professora universitária;

Ao **tempo, a vida e a natureza**, que da janela do meu quarto acompanharam esta produção, inspirando-me e trazendo-me a fé necessária para prosseguir á passos firmes rumo à sua conclusão;

Àqueles que não acreditaram que seria possível concluir este estudo, porque fizeram com que eu visse o quanto há capacidades, possibilidades, potencialidades e força em um único ser humano!

VARGAS, Débora Regina Madruga. **Avaliação da qualidade de vida de idosos de uma comunidade do Rio Grande do Sul**. 2001. 116 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

RESUMO

Este estudo teve como principal objetivo avaliar a qualidade de vida de idosos de uma comunidade do Rio Grande do Sul; através de suas percepções sobre o tema. Após uma revisão de literatura, englobando o envelhecimento propriamente dito, a qualidade de vida e tipos de instrumentos utilizados para avaliar qualidade de vida, a autora propôs um instrumento próprio para a coleta de dados. A pesquisa caracterizou-se como estudo exploratório descritivo, de natureza qualitativa. A técnica utilizada foi à entrevista semi-estruturada e o processo de análise dos dados baseou-se na análise de conteúdo proposta por Bardin. Os achados foram relatados em quatro categorias, discutidas à luz da literatura, abordando as percepções e conceitos dos sujeitos sobre o tema qualidade de vida; qualidade de vida na velhice, a conquista da melhoria da qualidade de vida e o ser idoso por ele mesmo (auto-imagem). Os resultados obtidos permitiram observar as diferenças de opinião a respeito da qualidade de vida do ser humano idoso e sua interação com o meio psicológico, sócio – econômico e cultural, transpassado pelo tênue fio da história de vida de cada um, carregado de experiências e vivências. O estudo demonstrou um vasto campo de atuação da enfermagem e a importância de apreender sobre o envelhecimento e a qualidade de vida e, assim, estabelecer estratégias de atuação cada vez mais voltadas para as singularidades do ser humano em contínuo e natural processo de envelhecimento.

Palavras chaves: idosos; qualidade de vida; comunidade rural.

Evaluation of the quality of life of the elderly in a community of Rio Grande do Sul

ABSTRACT

The main target of this study was to evaluate life quality of the aged people in a community of Rio Grande do Sul; through their perceptions about the subject. After a review on the literature, which included the growing old process itself, life quality and sorts of instruments used to evaluate it, the author proposed an appropriate instrument for data collecting. The research was characterized as an exploiting and descriptive study, with qualitative nature. The technique used was the semi-structured interview and the process of data analysis was based on the analysis of the contents proposed by Bordin. The findings were related in four categories; they were discussed in the light of the literature, relating to the perceptions and concepts of people about this subject: life quality in old age, the conquest of the improvement in life quality and the aged people by themselves (self-image). Through the results, it was possible to observe the different opinions about life quality of the aged human being and his interaction with the social, economical, cultural and psychological environment, trespassed by the thin thread of each one's life history, full of experiences. The study showed a large actuation field in nursing activity, and the importance of learning about old process and life quality, and thus, to establish acting strategies aiming more and more at the singularities of the human being, who is in a continuous and natural process of growing old.

Evaluación de la calidad de vida de los ancianos de una comunidad de Rio Grande do Sul

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es evaluar la calidad de vida de los ancianos de una comunidad de Río Grande do Sul, a través de sus percepciones sobre el tema. Después de realizar una revisión bibliográfica que abarca el envejecimiento, la calidad de vida y los tipos de instrumentos utilizados para evaluar la calidad de vida, se propone un instrumento de recolección de datos. La investigación se caracteriza por ser un estudio exploratorio y descriptivo de naturaleza cualitativa. La técnica utilizada fue la entrevista semiestructurada y el proceso para el análisis de los datos se basó en el análisis de contenido propuesto por Bardin. Los resultados fueron divulgados en cuatro categorías, interpretadas según la bibliografía consultada, abordando las percepciones y conceptos de los sujetos sobre: la calidad de vida, la calidad de vida en la vejez, el logro de una mejor calidad de vida y el ser anciano a través de su propia visión (autoimagen). Los resultados permitieron observar las diferencias de opinión sobre la calidad de vida de los ancianos y su interacción con los aspectos psicológicos, socio - económicos y culturales, traspasado por el delgado hilo de la historia de vida de cada uno de ellos, lleno de experiencias y vivencias. El estudio mostró el amplio campo de la enfermería y la importancia de aprender sobre el envejecimiento y la calidad de vida y, por lo tanto, establecer estrategias de acción dirigidas, cada vez más, hacia la singularidad de los seres humanos en un proceso continuo y natural de envejecimiento.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição dos idosos, segundo sexo, do universo de sujeitos que fizeram parte do estudo, Bagé, 2000.42

TABELA 2 – Distribuição dos idosos, segundo estado civil, do universo de sujeitos que fizeram parte do estudo, Bagé, 2000.43

TABELA 3 – Distribuição dos idosos, segundo convivência, do universo de sujeitos que fizeram parte do estudo, Bagé, 2000.44

TABELA 4 – Distribuição dos idosos, segundo moradia, do universo de sujeitos que fizeram parte do estudo, Bagé, 2000.45

TABELA 5 – Distribuição dos idosos, segundo renda, do universo de sujeitos que fizeram parte do estudo, Bagé, 2000.46

TABELA 6 – Distribuição dos idosos, segundo faixa etária, do universo de sujeitos que fizeram parte do estudo, Bagé, 2000.47

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	12
CAPÍTULO I	14
O IDOSO NO CONTEXTO SOCIAL	14
CAPÍTULO II	25
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO- METODOLÓGICA DO ESTUDO. 25	
2.1 A QUALIDADE DE VIDA DO SER HUMANO IDOSO NO CONTEXTO MUNDIAL.....	25
2.2 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA .29	
2.3 CHEGANDO A UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA.....	32
CAPÍTULO III	37
PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	37
3.1 CONTEXTUALIZANDO O LOCAL E OS SUJEITOS DO ESTUDO	38
3.2. A COLETA DE DADOS.....	38
3.3 A ANÁLISE DOS DADOS	40
3.4 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO ESTUDADA	41
3.4.1 Sexo	42
3.4.2 Estado Civil	43
3.4.3 Convivência (com quem mora).....	44
3.4.4 Moradia.....	45
3.4.5 Renda.....	46
3.4.6 Faixa etária.....	47
CAPÍTULO IV.....	48
ANÁLISES E DISCUSSÕES	48
4.1 CATEGORIA 1 – CONCEITOS E PERCEPÇÕES DE QUALIDADE DE VIDA SOB A ÓTICA DOS IDOSOS DO ESTUDO. 48	
4.2 CATEGORIA 2 – A QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE.....	56
4.3 CATEGORIA 3 - A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS – UMA ÁRDUA CONQUISTA?	69
4.4 CATEGORIA 4 – O SER IDOSO – POR ELE MESMO	87
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	99
ANEXOS.....	110

CAPÍTULO I

O IDOSO NO CONTEXTO SOCIAL

O envelhecimento da população mundial constitui um dos maiores desafios que o mundo irá enfrentar neste novo século, ao mesmo tempo em que representa grandes oportunidades, considerando o muito que os idosos tem a contribuir. (BURSIDE, 1979; GOMES & FERREIRA, 1985; RAMOS et. al. 1987; BERQUÓ & LEITE, 1988 apud MARIN & ANGERAMI, 1998; OPAS, 1999).

A transição demográfica, apontada por diversos órgãos e alvo de inúmeras pesquisas, vem ocorrendo de várias maneiras, nas diferentes nações durante este último século, tendo seu início em países considerados desenvolvidos. Melhores condições sanitárias, a profilaxia de doenças, o surgimento de novas drogas e o planejamento familiar são alguns dos condicionantes, atribuídos ao aumento da preocupação com a velhice.

A Organização Pan Americana (OPAS, 1999), referencia que existem hoje, no mundo 580 milhões de pessoas que tem 60 anos ou mais. Este número atingirá 1 bilhão até 2020. Mais de 60% desses idosos vive em países em desenvolvimento, sendo que até 2020, deste 1 bilhão, mais de 700 milhões estarão concentrados em países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1994), utiliza alguns critérios para identificar o envelhecimento da população mundial, considerando a idade de 60 anos para os países em desenvolvimento e 65 anos para os países desenvolvidos como sendo os limites para o ser humano ingressar na terceira idade e ser considerado idoso.

É esperado que o Brasil, em 2020, tenha em torno de 6,5 milhões de idosos com mais de 75 anos; o que viria a colocá-lo como o 6º país com população idosa mais numerosa. Outras projeções são apontadas para o Brasil, onde se prevê que no ano de 2025, teremos em torno de 33 ou 34 milhões de pessoas na terceira idade, representando 14% da população total. (OPAS, 1994; Paschoal, 1997)

Um dado importante relativo ao envelhecimento (OPAS, 1999), refere-se às mulheres, que nas Américas, atualmente, têm variações em sua esperança de vida ao nascer entre pouco mais

de 52 anos, no Haiti, a bem mais de 80 anos, em 8 países; sendo que a vantagem feminina quanto à esperança de vida varia de 5 a 8 anos, em relação aos homens. Entretanto, a longevidade da mulher torna-a mais sujeita a sofrer doenças crônicas, geralmente associadas à velhice. A maior probabilidade recai na osteoporose, diabetes, hipertensão, incontinência e artrite, sendo que esta última tem impactos sociais, pois dificulta a capacidade de manutenção de contato com outros e influi na qualidade de vida.

Kalache apud Stevenson, Gonçalves & Álvarez (1997), também enumeram alguns fatores que contribuíram para a realidade da velhice, tais como: alimentação, saneamento básico, educação e outros. Elucidam que o Brasil, um país em transição, em relação a este envelhecimento, as observações se dão a partir dos anos 60, através do início das mudanças em padrões reprodutivos da população, resultando em uma acentuada queda nas taxas de natalidade, associando-se também o aumento da esperança de vida e a queda nas taxas de mortalidade.

Os autores salientam também que, em 1960, mais da metade das pessoas com mais de 65 anos viviam nos países de terceiro mundo; o que remete a Silva & Brêtas (1997, p. 106), destacarem que “o envelhecimento da população deixou de ser uma característica dos países desenvolvidos”.

A partir destas constatações, é possível crer que o Brasil, em suas instâncias governamentais, já previamente detinha o conhecimento que futuramente haveria uma população idosa considerável.

Diversos autores, tais como Simões & Berquó; Camargo & Saad apud Stevenson et. al. (1997), assim como a Organização das Nações Unidas (ONU, 1986), compactam da idéia, que países em desenvolvimento, tais como a América Latina e o Caribe, são semelhantes ao Brasil, pois conseguiram elevar a esperança de vida da população, sem deixar de considerar as peculiaridades de cada país.

Segundo a OPAS (1999), a esperança de vida subiu e deverá continuar a subir em quase todos os países. Isto se deve ao acentuado declínio neste século da mortalidade prematura causada por infecções e doenças crônicas. Melhorias em saneamento, habitação, nutrição e assimilação de novas tecnologias médicas e de saúde, inclusive vacinações e

descobrimto de antibióticos, contribuindo para o considerável aumento do número de pessoas que chegam à velhice. Ao lado do aumento acentuado da esperança de vida, verificaram-se em todo o mundo quedas substanciais nas taxas de fecundidade, devido, principalmente aos modernos métodos anticoncepcionais. No Brasil, por exemplo, tal taxa caiu de 5,1% em 1970 para 2,2% em 1998.

O envelhecimento, para Duarte (1994), é considerado uma das mudanças mais notáveis na estrutura da população, passando a ser objeto de preocupação dos países e da OMS e despertando o interesse das sociedades nacionais e da comunidade mundial para as questões sociais, econômicas, políticas e científicas, suscitados por este fenômeno de larga escala.

Beauvoir (1990), manifesta que a velhice somente foi descoberta nas últimas décadas. O estudo do envelhecimento do ponto de vista científico e social é relativamente novo, pois a geriatria, sem ainda ter este nome¹, surge no início do século XIX, com a criação de asilos para o abrigo de doentes, que terminavam por ter um grande contingente de velhos.

A geriatria e a gerontologia, passam então, a ser objeto de estudos por parte dos pesquisadores, apresentando diversas definições. Brunner & Suddarth (1994), as definem como:

A geriatria consiste no estudo dos aspectos relacionados à velhice, compreendendo a fisiologia, a patologia, o diagnóstico e tratamento das doenças dos idosos. E gerontologia como o estudo do processo de envelhecimento, que inclui às ciências biológicas, psicológicas e sociais.

Santos (2000) dissecou mais pormenorizadamente os aspectos biológicos, psicológicos e sociais do envelhecimento. Ao discorrer sobre os aspectos biológicos do envelhecimento, revela que, biologicamente o envelhecimento caracteriza-se por ser um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível, que se instala em cada indivíduo desde o nascimento e o

¹ O termo foi proposto pelo médico americano Nascher, para designar o ramo da medicina que se dedica às patologias da velhice, assim reforçando as idéias de "velhice X doença".

acompanha por todo o tempo de vida possível , terminando com a morte. Provocando no organismo, nesta trajetória, alterações na forma do corpo, como rugas e cabelos brancos; alterações nas funções orgânicas, como por exemplo o fígado, que diminui suas funções; e alterações bioquímicas, transformando as reações químicas do organismo, e alterando como exemplo, as atividades glandulares.

Em relação aos aspectos psicológicos do envelhecimento, destaca-se que o processo de envelhecimento não poderia ser focado somente por ângulos orgânicos e fisiológicos, visto que, junto às transformações corporais, as pessoas passam a apresentar mudanças de comportamento, de papéis, de valores, de *status*, de crenças, em acordo com as diferentes fases e grupos etários a que pertencem e também em função de suas escolhas e adaptações individuais ao longo do ciclo de sua vida.

Relacionado aos aspectos sociais do envelhecimento, enfatiza-se que após a revolução industrial, o fator idade transformou-se em um determinante importantíssimo das relações sociais, redefinindo o status e os papéis das pessoas que atingiram os patamares etários mais elevados, provocando grandes mudanças de comportamento e fazendo tudo isso se configurar como um fenômeno coletivo de grande alcance, estando assim inventada a velhice, transformada em fenômeno social criado pelos homens.

Mosquera (1993), simplifica estas definições, referindo que Gerontologia é simplesmente o estudo da velhice; e Geriatria é definida como o tratamento da pessoa idosa. O autor considera importante interpretar outros termos muito utilizados no processo de envelhecimento, como velhice, evidências, características e peculiaridades à idade avançada, considerando a velhice como um enfoque de estudo multidisciplinar para melhor compreender um dos temas mais polêmicos e vitais do desenvolvimento humano como um todo.

De modo mais global, Salgado (1980, p.23), apresenta que:

Gerontologia é o estudo do processo de envelhecimento, com base nos conhecimentos oriundos das ciências biológicas, psicocomportamentais e sociais (...) vêm se fortalecendo dois ramos igualmente importantes: a Geriatria, que trata das doenças do envelhecimento; e a Gerontologia Social,

voltada para os processos psicossociais manifestados na velhice. Embora não se encontrem definitivamente explorados, estes dois setores das pesquisas gerontológicas já apresentaram contribuições para a elucidação da natureza do processo de envelhecimento (...). Na realidade, desde que não se considerem setores excludentes, já permitem interpretações e elucidações, com base científica.

Através deste breve histórico sobre a velhice e o processo de envelhecimento do ser humano, é possível exteriorizar e traçar inúmeros questionamentos, passíveis de ser investigados, frente às mais variadas disciplinas que o homem procura dominar através de seus saberes.

Situações vivenciadas enquanto enfermeira e docente de enfermagem, no cenário de minha vida pessoal e profissional provocaram a busca pelo conhecimento da geriatria e gerontologia e do modo como a enfermeira se insere neste contexto de atuação junto ao ser humano idoso.

Dentre estes conhecimentos específicos, destaca-se a noção de saúde como necessidade vital, para manter o bem – estar e a qualidade de vida na velhice; sendo também essencial que os cidadãos idosos continuem dando contribuições ativas à sociedade; pois a grande maioria dos idosos goza de boa saúde, tem vida muito ativa e satisfatória e possui estrutura emocional e social, a qual os mais jovens às vezes não dispõem. (OPAS, 1999)

Considerar as pessoas idosas como um grupo homogêneo, que não contribui para suas famílias e sociedade, podendo mesmo ser um fardo a carregar, constitui um grande equívoco por parte da sociedade e das ciências, pois conforme Brink apud Mosquera (1993, p. 127):

Os idosos são vistos como frágeis, débeis, conservadores, obtusos e excêntricos. Diferentemente das imagens negativas envolvidas no sexismo e no racismo, as da velhice são aprendidas quando se é jovem. Elas não nos afetam diretamente, mas transformam-se em auto – imagens negativas à medida que nós próprios envelhecemos. O

grupo majoritário e discriminador, pouco a pouco, passa para o grupo minoritário e discriminado.

Os mais velhos constituem um grupo muito diversificado. Muitas pessoas velhas levam vidas ativas e sadias, enquanto outros mais “velhos”, de idade muito menor, têm vida de baixa qualidade. Cada pessoa, envelhece a sua maneira, dependendo da grande variedade de fatores, como sexo, origem étnica e cultural e o fato de viverem em países industrializados ou em desenvolvimento, em centros urbanos ou em áreas rurais. (OPAS, 1999).

O clima, a localização geográfica, o tamanho da família, as aptidões para a vida e a experiência são fatores que tornam as pessoas cada vez menos iguais à medida que avançam em anos. As variações individuais nas características biológicas tendem a ser maiores entre os mais velhos do que entre os jovens. Essa diversidade leva à consideráveis dificuldades na interpretação dos resultados de estudos científicos sobre o envelhecimento, que muitas vezes são realizadas com grupos particulares e bem definidos de pessoas idosas. As constatações podem não se aplicar a uma grande proporção ou mesmo à maioria dos idosos. Diferenças de níveis de instrução, renda, papéis e expectativas sociais durante as fases da vida de uma pessoa aumentam a diversidade do envelhecimento. Por todo o mundo, o nível médio de instrução dos mais velhos é inferior ao dos jovens. A importância das diferenças está na associação entre níveis de instrução mais altos e melhor saúde.

Neri & Freire (2000), referem que, até pouco tempo, as pessoas eram chamadas de “crianças”, “jovens” e “adultos”, ou de “velhos”, sem meias palavras. Atualmente, citam que está ocorrendo uma ampliação no número de termos com os quais se podem designar as pessoas que já viveram mais tempo ou a fase da vida antes designada apenas como “velhice”. Pode-se lembrar entre os mais comuns: “adulto maduro”, idoso, “pessoa idosa”, “pessoa na meia idade”, “maturidade”, entre outros.

Há, portanto, a necessidade de refletirmos, segundo Mosquera (1993), sobre até que ponto a velhice se tornou um problema, ou nós a tornamos um problema. Sugere que perguntemos porque o ser velho, infelizmente, é tão repelente,

pois há uma tendência em não querer aprofundar em algo tão natural e que faz parte da vida humana, o envelhecimento. Considerando que a vida humana é um “continuum”, com descontinuidades, não há sentido em falar de uma época se não entendermos todas as épocas da vida; portanto cabe questionar o aspecto ideológico que está por trás da desvalorização do velho e do tema da velhice.

O Brasil, um país dotado de inúmeras diversidades e adversidades, vem apresentando parcelas crescentes da população que conseguem atingir idades mais avançadas, necessitando que enfoquemos as questões da responsabilidade que a sociedade, como um todo, tem no que se refere ao idoso. Muitos serviços que são oferecidos, embora com objetivos de manter a autonomia e a independência, terminam por obter justamente o contrário do que se propõem; aumentando a dependência e tirando do idoso inclusive a confiança no seu potencial de adaptação, ajustes e possibilidades frente à vida. (STEVENSON et. al. 1997; GUILLERMAD apud SILVA, 1997).

Stevenson et al. (1997), ressaltam a importância de se buscar respostas apropriadas e específicas para o idoso, traçando muitos desafios, tais como:

- Área de Recursos Humanos – atualização de conhecimentos e aquisição de habilidades gerais básicas. Necessidade de capacitação dos profissionais da enfermagem, em gerontologia e geriatria; com a inclusão de conteúdos sobre envelhecimento, nos cursos de formação; cursos de capacitação para o nível médio; cursos de pós-graduação para os enfermeiros, buscando a interdisciplinaridade.
- Área de Educação Popular Para a Saúde e Envelhecimento – o primeiro desafio volta-se para os profissionais, que assim como a sociedade em geral, detêm crenças, mitos e preconceitos acerca da velhice e envelhecimento, influenciando o cuidado. Rever e reexaminar valores, tornará o profissional em real instrumento de educação participativa e emancipadora. Adentrar-se nas experiências positivas das UNATIs (Universidades Abertas para Terceira Idade).
- Área de produção de Conhecimento – desenvolvimento de linhas prioritárias de pesquisa gerontológica de cunho

interdisciplinar é requerido na medida em que a prática gerontológica carece de referenciais teórico – conceituais que guiem e avaliem suas ações.

- Área de Conquistas Políticas – o direito de cidadania da maioria brasileira ainda está muito longe de ser exercida. Urge educação popular participativa que reascenda o poder político em cada um dos idosos e em outros que o cercam.

É possível, então, considerar que os enfermeiros tem a sua frente trabalhos que podem ser considerados “hercúleos”, no sentido do estudo, das pesquisas, capacitação e qualificação de profissionais que atendam as áreas citadas, constituindo um grande desafio da enfermagem geronto-geriátrica.

Frente a estes desafios e, também compactuando com Silva (1997), a enfermeira poderá ter no mínimo uma atuação delicada, porque muitas vezes somos parte de um contingente de profissionais que considera a dependência dos idosos, esperada e até apropriada. Dados de pesquisa vem confirmar estas prerrogativas, conforme Baltes & Silverberg apud Silva (1997, p. 131), que citam:

A percepção de incompetência associada ao idoso, dominante entre enfermeiras, pode ser considerada como conseqüência de seu modelo de ajuda, que é o modelo médico, conduzindo à uma assistência superprotetora e insensível às potencialidades possíveis entre os idosos cuidados.

Esta afirmação leva-me a contrapor que este não é absolutamente o papel verdadeiro das enfermeiras, desconsiderando as potencialidades e possibilidades do ser humano idoso.

Cabe à enfermagem observar melhor sua atuação na época de trabalho, de forma que o cuidado não se torne um problema maior que os já existentes; pois envelhecer para muitas pessoas poderá ser um triunfo, mas para poder usufruir deste momento, é necessário dispor de políticas sociais e de saúde adequada, que possam garantir um mínimo de condições de vida aos que chegam à velhice. Ser velho consiste num estado existencial; a velhice não é anormalidade, é apenas uma fase da vida humana, conseqüência natural do seu desenvolvimento,

apresentando um ritmo, com diversas variações que devem ser amplamente estudadas. (MOSQUERA, 1993; SILVA, 1997; STEVENSON et al., 1997).

O prolongamento da vida é ganho coletivo, mas com o passar dos anos e com as atuais condições econômicas mundiais, este ganho tem sido interpretado como ameaça e perigo de vida à sociedade. Debert apud Gonçalves et. al. (1996), refere que as projeções de custos com aposentadorias e assistência médica indicam a impossibilidade de o sistema arcar com estes gastos. No Brasil, as perspectivas são ainda mais sombrias, visto que existe uma pobreza flagrante que aumenta dia – a – dia, nos apresentando uma velhice marginalizada, sem casa, sem dinheiro, sem amigos, sem família e sem assistência.

A partir destas constatações, em uma sociedade capitalista, de consumo e materialista, o mundo da pessoa idosa passa a se tornar mais fechado para diversos problemas, que limitam perspectivas e o avanço da própria existência, aliado á valorização do amplo e do jovem. (MOSQUERA, 1993).

Isto se reflete no Brasil, através da desprovisão de programas que detenham a atenção ao aspecto preventivo e de assistência aos problemas dos idosos, sob os pontos de vista físico, psicológico e social; encontrando-se despreparado para assistir/cuidar a grande demanda que representa hoje a maior parte da clientela dos serviços de saúde, havendo, portanto uma tendência no seu agravamento a partir do envelhecimento populacional projetado pela OMS (MPAS, 1996).

Há um desinteresse flagrante dos órgãos governamentais em procurar por soluções claras e objetivas, em conformidade com os profissionais da saúde. Não são consideradas as premissas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde são ampliados os conceitos de saúde, afirmando em seu sentido mais abrangente:

A saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio – ambiente, lazer, liberdade, acesso e posse de terra, acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (PACHECO, 1997, p.79)

Quando se fala de saúde do idoso, há a tendência a pensá-la somente como condições de atendimento às necessidades atuais de recuperação funcional apresentadas pelo contingente crescente de idosos do Brasil; o entendimento ampliado da saúde deve ser internalizado e elaborado pelo conjunto da sociedade brasileira, como um todo, para compreender e enfrentar as transições que já ocorreram e ainda vão ocorrer às mudanças cronológicas de seus cidadãos.

Para Pacheco (1997, p. 79), é imprescindível fazer emergir a Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994 e regulamentada pelo Decreto 1948, de 03 de junho de 1996, que define a Política Nacional do Idoso, e afirma:

a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso, todos os direitos de cidadania garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem – estar e direito à vida.

Esta Lei ainda dispõe em seus parágrafos II, III, IV e V, o seguinte disposto:

O processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimentos e informações para todos; o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza; o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política; as diferenças econômicas, regionais e particularmente, as contradições entre o meio rural e urbano do Brasil, deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta lei.

Pacheco (1997), ainda refere que a sociedade brasileira, mesmo com a Lei nº 8.842/94, e o disposto no Plano de ação governamental, têm buscado de forma aleatória e incipiente enfrentar a questão, mantendo o ritmo de baixa atenção às questões fundamentais da sociedade, especialmente as dedicadas às camadas trabalhadoras da população.

A partir destes questionamentos anteriores, faz-se importante relembrar os objetivos da OMS de se ter saúde para

todos no ano 2000, imagina-se muito mais que a simples ausência de doenças, sendo a saúde hoje, enfocada a partir da idéia de bem – estar, qualidade de vida e autonomia para os idosos que nos acompanham nestas últimas décadas e os outros que virão. Como conviver com este bem – estar, como obter qualidade vida e autonomia, se a ideologia vigente, entre Estado, instituições públicas e privadas, assim como profissionais da saúde, é a de que a dependência e a falta de expectativas são naturais e até esperadas na velhice? Como mudar conceitos tão arraigados, mitos e estereótipos tão fortes com relação a quem envelhece e de quem provavelmente terá de prevenir, tratar e cuidar de problemas nesta faixa etária? (SILVA, 1997; PACHECO, 1997).

Como fazer brilhar a citação de Novello apud Mosquera (1993, p.130), que creio deve se difundir na sociedade como um todo, qual seja,

Ser velho será desfrutar digna e livremente de uma vida que se ganhou anteriormente. Será gozar de direitos que até então não puderam ser aproveitados pelas necessidades de subsistência. Sem esperar a morte, mas aproveitando todas as experiências e vivências anteriores, tornando-nos úteis e contentes com nós mesmos, gostando da vida que já não nos exige tanto, fazendo tudo que nos for possível fazer.

Frente estas considerações acerca do processo de envelhecimento humano, tive a intenção de realizar este estudo, direcionado por problema de pesquisa instigante: **Como a enfermeira poderá avaliar a qualidade de vida de idosos, de modo a responder aos muitos questionamentos que emergem junto a esta população, que merece cada vez mais atenção da enfermagem?**

Este estudo objetivará avaliar a qualidade de vida de idosos de uma comunidade do Rio Grande do Sul, com base no referencial adotado, à luz da literatura que versa sobre a velhice, o processo de envelhecimento, dentro de um contexto que englobe as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e culturais, do indivíduo idoso; um dos assuntos mais instigantes na atualidade, em relação á enfermagem, ciências sociais e psicológicas.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO- METODOLÓGICA DO ESTUDO

2.1 A QUALIDADE DE VIDA DO SER HUMANO IDOSO NO CONTEXTO MUNDIAL

Este capítulo busca tratar de conceitos elaborados por diversos autores sobre a Qualidade de Vida; bem como sobre alguns tipos de instrumentos de avaliação de qualidade de vida, utilizados nas mais diversas pesquisas sobre o tema.

Não há relatos claros, porém alguns autores norte-americanos referem que o termo qualidade de vida foi utilizado primeiramente após a segunda guerra mundial, sendo que foi inserido enquanto conceito nas ciências sociais e psicologia a partir de 1960, sendo utilizado pela “Comissão Nacional de Metas”, do Presidente Eisenhower, que o aplicou na educação, na preocupação com os indivíduos, no crescimento econômico, na saúde e bem – estar e na defesa de um mundo livre. Sua ênfase foi alterada em meados dos anos 60, voltando-a para a liberdade pessoal, lazer, emoção, prazer, simplicidade e cuidado pessoal, quando foi introduzido no vocabulário norte – americano, para referir bens materiais, como uma casa, carro, mais e melhores empregos e dinheiro para poder viajar e aposentar-se. (MC SWEENY; CREER apud CÁRDENAS (1999), levando a crer que seu aparecimento se deu nos EUA.

A Organização Mundial da Saúde – OMS, apud Fleck et. al. (1999), através do Grupo de Qualidade de Vida, da Divisão de Saúde Mental, define o termo como

A percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações vivendo num contexto sócio – político e cultural. (WHOQOL GROUP, 1994)

Estes conceitos de qualidade de vida têm sido referenciados na literatura gerontológica como um ponto a ser ressaltado para avaliar o modo de vida, as condições sociais e

de saúde, assim como o bem – estar dos idosos. Tais conceitos vêm sendo analisados pelos mais diversos estudiosos dos vários setores da sociedade e indicam que as condições econômicas, o meio ambiente, a capacidade laborativa das pessoas, a estrutura familiar e respectiva ajuda mútua e a disponibilidade de serviços e outras formas de apoio institucional, exercem influência na criação e manutenção de uma vida com qualidade. (ÁLVAREZ, SEIFFER & GONÇALVES, 1998; CARVALHO & PEREIRA, 1999).

A OMS, citada por Nassar & Gonçalves (1999), aponta que a qualidade de vida é multidimensional, destacando seis domínios contidos na tríade social, política e cultural da dimensão humana, quais sejam: físico, psicológico, de independência, relações, meio ambiente e espiritualidade.

Qualidade de vida passa então, segundo Padilha & Souza (1999), a dizer dos atributos e das propriedades que qualificam a vida, e o sentido que cada ser humano dá a ela. Neste sentido, inclui-se a expressão qualidade através da qualidade de saúde, suas possibilidades e limitações individuais e coletivas, enquanto satisfação de necessidades, como ter alimento, trabalho, lazer, interação social, educação, dentre outros.

Este é um constructo multifacetado, pois integra o comportamento individual e as capacidades cognitivas, o bem – estar emocional e físico, que se manifesta na performance doméstica, profissional e nos papéis sociais do indivíduo.

Para Cárdenas (1999), ocorre a geração de diversas percepções de significado de qualidade de vida, pois sua conceituação, uma dimensão com múltiplas facetas, apresenta-se muito mais ampla do que meramente a ausência ou presença de saúde, afetando a concepção de mundo das pessoas, por diversas circunstâncias sócio – históricas. Esta afirmativa é exemplificada por Padilha & Souza (1999), que questionam: Se alguém perguntasse a você o que é qualidade de vida hoje, o que você responderia? E daqui a 5 ou 10 anos? Será que a resposta seria a mesma?

A utilização do termo qualidade de vida, implica num processo de avaliação de como se vive e em consequência, do contexto em que se processa este viver e dos seus componentes, ou seja, dos usuários dos nossos serviços e dos profissionais de saúde, permeada pelos significados atribuídos no tempo e no espaço à qualidade de vida. (STEWART apud

PADILHA & SOUZA, 1999).

A não satisfação das exigências e demandas do “seu modo de andar a vida” no cotidiano, resultará no sofrimento que se quer reverter através das ações de saúde. Desta forma a qualidade de vida passa a ser um indicador competente do resultado dos serviços de saúde prestados ao cliente, principalmente por ser determinado pelo processo da doença ou agravo em si, como pelos procedimentos utilizados para seu tratamento, cuidado e cura. (PADILHA & SOUZA, 1999; CIANCIARULLO apud PADILHA & SOUZA, 1999).

Atualmente, a atenção dos pesquisadores tem sido atraída pelo envelhecimento humano com uma boa qualidade de vida, que buscam ultrapassar concepções arraigadas que entendem velhice como uma etapa de decadência, contudo, a literatura que versa sobre o assunto, no Brasil, ainda é escassa (HADDAD apud ÁLVAREZ et al. , 1998).

Neri apud Álvarez et al. (1998), tem se preocupado com as diversas questões sobre o envelhecimento humano, afirmando que a qualidade de vida na velhice depende de vários aspectos interativos, não sendo somente um atributo pessoal; elegendo vários elementos indicadores do bem-estar na velhice tais como: longevidade, saúde biológica, saúde mental, controle cognitivo, interação social, produtividade, renda , dentre outros. Referencia também, que a qualidade de vida excede os limites da responsabilidade pessoal e deve ser vista como um empreendimento de caráter sócio-cultural.

Envelhecer com êxito depende de um delicado equilíbrio entre as potencialidades do indivíduo, dando-lhe a possibilidade de trabalhar os diferentes graus de eficiência com as perdas inevitáveis do envelhecimento.

Freire (apud NERI, 2000), acrescenta que a idéia de envelhecimento ideal, bem-sucedido, de uma longa velhice, sem perda do vigor físico e da agilidade mental do jovem têm atraído o interesse das pessoas desde épocas mais remotas. Como exemplo cita Cícero, em seu livro “De Senectude”, que parte da idéia de que o indivíduo tem o poder de construir uma imagem positiva da velhice e de seu envelhecimento (ênfatisando a força do caráter que vem com a velhice, assim como calma e liberdade referenciados por Platão); pois esta etapa da vida não é feita apenas de declínios e perdas, mas abriga muitas oportunidades de mudanças positivas e de um funcionamento produtivo.

Avaliar e enfatizar a variedade de forças ligadas ao longo da existência, tais como calma, tranqüilidade, liberdade e sabedoria, segundo Freire (apud NERI, 2000), indica uma mudança de paradigmas, pois há um hábito nas ciências e correntes de pensamento em estudar apenas estas perdas e estes declínios acarretados pelo envelhecimento.

Mudanças paradigmáticas, para Patrício (1999), tornam possível outras formas de pensar e fazer o mundo, apontando para uma questão que merece aprofundamento; em se tratando de enfermagem, a perspectiva de viver saudável, mesmo em situação de doença. Isto chama a atenção para se repensar nossos conceitos de “Qualidade de Vida”, do processo de viver saudável e da saúde como processo e produto dessa qualidade de vida.

Pacheco (1999, p. 89), fecha brilhantemente a exposição acerca da qualidade de vida e qualidade de vida frente ao envelhecimento, com a seguinte citação:

Envelhecer é uma certeza que temos, a não ser que morramos jovens. O acelerado aumento da expectativa de vida têm colocado o homem numa encruzilhada: para uma velhice bem sucedida, é necessário um processo de vida bem sucedido. Não se pode esperar uma velhice feliz, tranqüila e segura quando toda a vida foi insegura, intranqüila, sem qualidade.

Assim, foi possível que eu, enquanto mestranda, observasse que o assunto qualidade de vida na velhice é contemporâneo, necessitando ser amplamente aprofundado pelas ciências.

Aqueles profissionais da saúde, que atentam para as áreas geriátrica e gerontológica, precisam investir em pesquisas sobre qualidade de vida na velhice, no contexto da realidade na qual estão inseridos, pois estas apresentam carências na sua investigação, o que possivelmente, através dos resultados destes investimentos em estudos sobre o tema, ocasionaria mudanças na atuação dos enfermeiros, o que levaria conseqüentemente á mudanças no cuidado e novas formas de “ver” a velhice e o processo de envelhecimento.

Até o momento, como relembra Demo (1985), foi mais fácil lidar com a quantidade, não somente porque se pode medi-la

mas, sobretudo, porque se pode manipulá-la; e as enfermeiras, durante muitos anos preocuparam-se com os números, indicadores das quantidades de procedimentos técnicos executados, como se isso representasse a importância da enfermagem na área da saúde e justificasse sua presença junto ao cliente. (CIANCIARULLO, 1997).

Todavia, voltemos nossa atenção para estudos e pesquisas que reflitam a satisfação tanto imaterial como material, pois como vem elucidar Demo (1996), a felicidade não consiste em apenas ter, mas sobretudo ser.

2.2. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

A ciência é por essência anti-tradicional, segundo Nicolescu apud Crema (1989), pois esta busca pesquisar o desconhecido e a invenção, pressionada pelos fatos experimentais de novas teorias, que progridem e se adaptam na descrição da realidade. Entretanto, para que isso ocorra, é necessário um olhar original, que acolha o incerto e impreciso, centrado no descobrir o sempre novo e transitório. É necessário que se evoque com todo o ser as três palavras mágicas: eu não sei, que abrem um espaço inteligente de abertura para a compreensão do real vivo e dinâmico, que não possui nenhum endereço, jamais se fixando onde quer que seja; e abrangendo ao mesmo tempo o lógico e ilógico, razão e coração, sensação e intuição, pensamento e sentimento, real e imaginário, análise e síntese. (CREMA, 1989).

Patrício (1999), incita-nos à motivação para repensar nossas formas de administrar, de cuidar da vida, sobre como estamos cultivando nossa vida individual e coletiva, em casa, no trabalho, na comunidade e na sociedade de forma geral.

Desta forma, busquei apreender sobre instrumentos de avaliação de qualidade, que assim como estão subsidiando as pesquisas no campo das ciências sociais, também se fazem emergir na enfermagem.

Ao revisar a literatura, passei a conhecer instrumentos de avaliação de qualidade de vida, que poderiam subsidiar uma possível adaptação e /ou elaboração de um instrumento capaz

de avaliar a qualidade de vida de idosos no contexto que faço parte; provocando condições para responder questionamentos em torno do ser humano idoso, na sua esfera biopsicosocial e cultural.

Tem havido uma busca no sentido de desenvolver instrumentos que avaliem bem – estar e qualidade de vida. Na sua grande maioria estes instrumentos são desenvolvidos nos EUA e Inglaterra e traduzidos, para utilização em diferentes países. Todavia, a utilização destes instrumentos em culturas diferentes tem sido objeto de críticas. (FOX–RUSHBY & PARKER apud FLECK et al., 1999)

Anderson, Aaronson, Wilken; Beaton, Bombardier, Hogg – Jonhson apud Cárdenas (1999), expõem que não existe um único instrumento que possa ser usado para avaliar a qualidade de vida. Escolher um instrumento dependerá dos objetivos de sua proposta, de sua praticidade no uso e da população a ser estudada.

Os Instrumentos de avaliação de qualidade de vida podem ser genéricos ou específicos. Os instrumentos genéricos tem por finalidade refletir o impacto de uma doença sobre a vida de pacientes em uma ampla variedade de populações. Tais instrumentos avaliam aspectos relativos à função, disfunção e desconforto físico e emocional. Encontram-se dentre estes, aqueles que avaliam o estado de saúde, propiciando uma avaliação ampla de aspectos que se referem à qualidade de vida. Contudo, não são sensíveis para detectar determinados aspectos particulares ou específicos da qualidade de vida de uma determinada patologia. (GUYATT apud CÁRDENAS, 1999).

Por sua vez, para este autor, os instrumentos específicos, são capazes de avaliar de maneira individual e específica determinados aspectos de qualidade de vida, proporcionando uma maior capacidade de detecção de melhora ou piora dos aspectos específicos em estudo; podendo ser específicos para uma determinada função (capacidade física, sono e função sexual), assim como para uma determinada população (idosos, jovens), ou para uma determinada alteração (dor).

Nas últimas décadas, pesquisas importantes têm sido realizadas, vindo a demonstrar a produção de sofisticados questionários, que tem por finalidade medir tanto os aspectos específicos como os globais de qualidade de vida. Tais instrumentos variam em modelos de aplicação, ênfase, extensão

e duração, propondo sua utilização na avaliação da qualidade de vida das populações saudáveis ou doentes. (CÁRDENAS, 1999).

Uma das escalas já validadas é a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan (EQV de Flanagan), como um tipo de escala ordinal utilizada para obter medidas qualitativas em escores de qualidade de vida obtidas de respostas à 15 itens agrupados em 5 dimensões; quais sejam: bem – estar físico e material; relacionamentos; atividades sociais, comunitárias e cívicas; desenvolvimento e realização pessoal; e recreação.

Flanagan desenvolveu esta escala com dados colhidos de 3 mil homens e mulheres norte – americanos, estratificados em grupos de 30, 50 e 70 anos. Nassar e Gonçalves (1999), reconhecem sua fácil aplicação e rapidez da obtenção de respostas, pois a EQV de Flanagan vêm sendo avaliada e utilizada em pesquisas e no campo da prática, no que tange a avaliação da qualidade de vida de adultos idosos. Contudo, Hashimoto et. al. apud Gonçalves, Diaz & De Liz (1999), traduziram esta escala e aplicaram-na em pacientes ostomizados, não fazendo referências à determinação da sua confiabilidade.

Esta escala é bastante estudada e utilizada em seu país de origem, pela validade e confiabilidade atestadas; porém, carece de revalidação em nosso meio. (GONÇALVES, DIAZ & DE LIZ, 1999).

Gonçalves, Dia & De Liz, utilizaram-na em um estudo, denominado “Qualidade de vida de idosos independentes segundo Proposta de Avaliação de Flanagan”, utilizando conjuntamente a distribuição das características das pessoas idosas freqüentadoras de uma universidade aberta para terceira idade, do GESPI/UFSC – 1998 (Grupo de Estudos Sobre Cuidados de Saúde de Pessoas Idosas – Universidade Federal de Santa Catarina). Esta escala poderá ser observada no anexo I.

Para a OMS (apud Fleck et. al., 1999), a constatação de que não havia nenhum instrumento que avaliasse qualidade de vida dentro de uma perspectiva transcultural, motivou o desenvolvimento de um instrumento com estas características. Este instrumento, denominado WHOQOL – 100, atualmente está disponível em 20 idiomas e o desenvolvimento da versão em português seguiu metodologia proposta pela OMS e foi descrito em publicação de Fleck & colaboradores (1999). Estes autores

referem que o reconhecimento da multidimensionalidade do constructo qualidade de vida refletiu-se na estrutura do instrumento, baseada em 6 domínios: domínio físico, domínio psicológico, nível de independência, relações sociais, meio – ambiente e espiritualidade. Cada domínio é constituído por facetas que são avaliadas por 4 questões. Assim, o instrumento é constituído por 24 facetas específicas e uma faceta geral que inclui questões de avaliação global de qualidade de vida. O WHOQOL – 100 poderá ser observado no anexo II.

Martins, França & Kimura (1996), em trabalho intitulado “Qualidade de vida de pessoas idosas com doença crônica”, e tendo por objetivo identificar o que significa qualidade de vida para pessoa com doença crônica e verificar a interferência da doença crônica sobre a qualidade de vida destas pessoas, utilizam um formulário contendo três (3) partes, com os seguintes dados: Parte I – Identificação; Parte II – Diagnóstico e Tratamento; e Parte III – Significado de qualidade de vida/Interferência da doença crônica na qualidade de vida em diferentes aspectos: Trabalho/Estudo/Atividades do lar; Relacionamento familiar e com amigos; Recreação e lazer; Capacidade física; Independência/auto – cuidado e auto – estima.

O formulário é composto por perguntas abertas e fechadas, destinadas à obtenção de dados subjetivos relacionados ao tema, permitindo a livre verbalização por parte dos respondentes; em anexo III.

Um outro instrumento foi proposto por Ferrans (1996), utilizando 4 domínios, quais sejam: domínio de saúde/funcionamento; domínio psicológico/espiritual; domínio sócio/econômico e domínio familiar; e 34 elementos em sua composição correspondentes aos seus respectivos domínios, em anexo IV.

2.3. CHEGANDO A UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

Concordo com Cárdenas (1999), quando esta levanta a questão de quais os múltiplos fatores que devem ser

considerados em um instrumento que se proponha analisar qualidade de vida, sendo que esta qualidade é uma dimensão um pouco mais complexa para ser definida, requerendo outras determinantes que possibilitem avaliar sua magnitude. Sua conceituação, ponderação e valorização vêm sofrendo uma evolução, que por certo acompanha a dinâmica da humanidade, suas diferentes culturas, suas prioridades e suas crenças

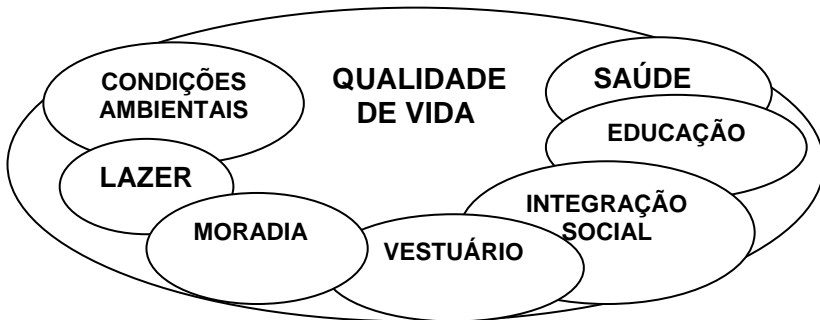
O construto de qualidade de vida é difícil para medir e definir, porque cultura, religião e outros valores pessoais influenciam as percepções de significado e conseqüências da qualidade de vida. Muitos de nós, intuitivamente entendemos o significado de qualidade de vida, mas sua compreensão têm sido de extrema dificuldade para cientistas sociais, pesquisadores e profissionais de serviços de saúde. (GANZ apud CÁRDENAS, 1999; ZHAN apud CÁRDENAS, 1999).

Destaca-se ainda a qualidade de vida relacionada com opções e situações econômicas e com as necessidades familiares dos indivíduos, em defesa do pressuposto que qualidade de vida é condicionada ao tipo de população estudada. A qualidade de vida pode ser entendida, segundo sociólogos americanos, em termos de conforto proveniente de energia elétrica e de hábitos de consumo. Entretanto, nos países nórdicos da Europa, os cientistas sociais, em sua grande maioria, entendem qualidade de vida em termos de participação social, satisfação e auto – realização, pois estes são possuidores de renda “per capita” entre as mais elevadas do mundo, com todos os serviços assistenciais socializados, desconhecendo a pobreza e as incertezas econômicas da vida. (BUTTLE et al.; COUGHENOUR & CRISTERSON; NAESS apud GUERRERO & ACOSTA-HOYOS, 1983).

Contudo, para Guerrero e Acosta-Hoyos (1983), nos estratos menos privilegiados dos países em desenvolvimento, a qualidade de vida confunde-se, praticamente, com a sobrevivência biológica; estando o dia – a – dia desta população praticamente restrito pela pobreza, não sendo permitido a utilização de indicadores de consumo energético para definir o nível de qualidade de vida, porque a única energia cotidianamente consumida é a alimentação, ainda assim de forma deficiente.

Afirmam também, que para os estudos sobre qualidade de vida serem representativos de todas as regiões do mundo e de

todas os estratos da sociedade, deve-se dar ênfase àqueles que refletem as necessidades absolutas; tais como: alimentação, habitação, higiene, lazer, vestuário, saúde, educação, condições ambientais, entre outros; sendo que estes indicadores representam necessidades absolutas se inter – relacionando e confluindo todos eles para formar o perfil de qualidade de vida.



Fonte: Acosta-Hoyos & Guerrero (1983, p. 23). Adaptado.

Os indicadores que podem ser visualizados nesta representação gráfica apontam questões relativas à quantidade e qualidade, que foram considerados na proposição do instrumento deste estudo. A quantidade aponta para o horizonte da extensão como: vida longa, casa grande, bom salário, comida farta, anos de estudo; como expressões que acentuam a necessidade quantitativa, chamando a atenção, que estas dimensões não podem ser dicotomizadas perante a qualidade, que indica a dimensão intensidade. Considerando que se é relevante viver muito, talvez seja ainda mais viver bem, ou seja, é essencial combinar extensão de vida com intensidade de vida. A relação quantidade/qualidade é de base e condição; significando como base o concreto material de que também é feita a vida, sendo corpo, tamanho, número e extensão; e condição, que indica toda a extensão qualitativa, passando igualmente pela quantidade, nem que seja como meio, instrumento ou insumo. A qualidade

representará o desafio de fazer história humana com o objetivo de humanizar a realidade e a vivência social; significando, sobretudo a humanização da realidade da vida. (DEMO, 1996).

Portanto, ainda se faz possível levantar questionamentos propostos por Patricio (1999, p. 47), tais como: que possibilidades determinam a qualidade de vida adequada ou satisfatória? Estas possibilidades estariam no trabalho? Nas relações afetivas cotidianas? Nas condições de moradia? De transporte? De alimentação? De formação escolar? Na dinâmica de seu viver nos contextos naturais e sociais? Porque a vida, para esta autora, consiste num movimento de troca; é o dinamismo interacional do organismo natural com os diversos ambientes, com os quais se relaciona, do micro ao macrocosmo “[...] Vida, então, é uma diversidade de processos e produtos de interações biológico-sócio-espirituais em constante possibilidade de transformação”.

Afirma que cada movimento, cada vida, tem seu ciclo próprio integrado a outras vidas, a outras histórias, e sustenta que a qualidade dos encontros que o ser humano vai fazendo ao longo desses movimentos, desse processo de viver, vai mediando a construção de sua qualidade de vida individual e coletiva, de seu bem e mal viver; na medida que entendemos vida como processos de interação, viver é estar em constante processo de possíveis mutações, de possíveis transformações, de possíveis mudanças de qualidade de vida. (PATRICIO, 1999)

A partir desta fundamentação teórica, que engloba o ser humano, a qualidade de vida e os mais variados instrumentos utilizados para avaliação da qualidade de vida das populações, procurei elaborar um instrumento capaz de dar conta das inquietações particulares que rondam minha vida pessoal e profissional, enquanto enfermeira e docente de enfermagem.

O instrumento é composto por duas partes distintas; a primeira diz das características gerais dos idosos, composta por sexo, estado civil, convivência (com quem mora), moradia e renda ; a segunda parte contém seis questões abertas, que buscam captar de forma mais subjetiva o entendimento/significado de qualidade de vida dos idosos, dentro do contexto da realidade na qual estou inserida.

O Instrumento Proposto Para o Presente Estudo:

Características Gerais dos Idosos:

1. SEXO

- Masculino
- Feminino

2. ESTADO CIVIL

- Solteiro
- Casado
- Separado
- Viúvo
- Não respondeu

3. CONVIVÊNCIA (COM QUEM MORA)

- Sozinho
- Cônjuge
- Outros familiares
- Outros
- Não respondeu

4. MORADIA

- Própria
- Dos filhos
- Alugada
- Outros
- Não respondeu

5. RENDA

- Própria
- Cônjuge
- Filhos
- Outros
- Não respondeu

6. IDADE

- Média
- Desvio Padrão

Questões:

01) Qual seu entendimento sobre qualidade de vida?

02) Como você classificaria sua qualidade de vida hoje, na velhice?

03) Você poderia comparar sua qualidade de vida hoje com sua qualidade de vida na juventude?

04) Você poderia citar alguns itens que fazem parte de uma boa qualidade de vida?

05) Você poderia citar alguns itens que fazem parte de uma qualidade de vida ruim?

06) O que você acha que poderia ser feito para melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas?

CAPÍTULO III

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa pode ser caracterizada como de natureza qualitativa, do tipo exploratório – descritivo, que segundo Rudio (1983), objetiva descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los, delineando sua natureza, sua composição, e os processos que os constituem ou neles se realizam, assim, tendo por meta avaliar a qualidade de vida do idoso no contexto de sua realidade e a partir de suas percepções.

A partir das informações obtidas através de estudos relacionados à velhice e qualidade de vida, assim como o referencial teórico adotado, procurei elaborar um instrumento capaz de dar conta das inquietações particulares que permeiam minha vida profissional e pessoal, elaborando um instrumento contendo duas partes distintas, conforme já apresentado no capítulo anterior. Na primeira parte adotei as orientações de Gonçalves, Diaz e De Liz (1999), em estudo realizado com pessoas idosas que freqüentam a Universidade Aberta da Terceira Idade do NETI – UFSC; modifiquei os itens relacionados a gênero e estado conjugal, respectivamente para sexo e estado civil.

A Segunda parte foi constituída por seis questões abertas, construídas a partir dos meus questionamentos particulares, que buscam captar de uma forma mais subjetiva o entendimento/significado de qualidade de vida dos idosos na comunidade na qual estou inserida.

A fim de proporcionar maior facilidade na compilação dos dados, a primeira parte, referente às características da pessoa idosa, foi escrita em um impresso próprio. A segunda parte, referente às seis questões abertas, foi gravada e posteriormente transcrita. O consentimento livre e esclarecido dos sujeitos foi, também, um critério para participação no estudo; onde busquei considerar as orientações da Resolução 196/96.

Definido o instrumento passei a fase de seleção de estratégias de investigação do objeto de estudo.

3.1 CONTEXTUALIZANDO O LOCAL E OS SUJEITOS DO ESTUDO

Estabeleci como campo de pesquisa o município de Bagé, localizado na região da campanha do Rio Grande do Sul. Este município tem aproximadamente, segundo Censo de 1999, cerca de 118 mil habitantes, entre zona urbana e rural; com uma economia baseada principalmente na produção primária, agricultura e pecuária, com ênfase na segunda produção.

Estabeleci como critérios para participação dos sujeitos no estudo: idade acima de 60 anos; uma certa equivalência entre homens e mulheres, independente de raça, religião ou condições sócio – econômicas, procurando nesta última buscar representações diversas. Foi tomado o cuidado para que houvesse a participação de sujeitos idosos nas mais diversas faixas etárias; sendo o estudo composto por 15 idosos, dentre homens e mulheres, com idades que transitaram entre 61 e 88 anos.

Observei, também, como critério a ser estabelecido, a independência/autonomia do sujeito participante em responder as questões abordadas sem quaisquer interferências de outrem. Este critério de independência e autonomia vai ao encontro de Kalache et. al. (1987), ao referirem que o idoso mantém sua independência quando por si só é capaz de desempenhar as atividades da vida diária. Por outro lado, para Hogstel & Gaul (1991), autonomia é uma forma de liberdade pessoal em que cada indivíduo se apoia no direito e na capacidade de determinar seu próprio curso de vida, sendo capaz de se auto – governar; sendo estes termos distintos entre si.

3.2 A COLETA DE DADOS

Inicialmente foi realizado um pré-teste com quatro idosos, que não fizeram parte dos dados relatados, devido o instrumento inicial ter sofrido aperfeiçoamentos, especificamente na substituição de duas questões psicométricas por questões abertas, considerando que as respostas obtidas através destas questões eram muito limitadas, tornando a explanação dos

idosos muito objetiva e não permitindo a abstração, o que viria a ocasionar dificuldades durante a análise dos dados.

O pré-teste foi realizado com idosos na rua, em hospitais e em seu domicílio, sendo estes locais escolhidos propositalmente, o que tornou possível a escolha do ambiente conforme a vontade do participante, quando da realização das entrevistas, pois foi possível observar que fora de seu ambiente de escolha, o idoso mostra-se mais apressado e menos a vontade, vindo também a dificultar sua inteira disponibilidade. A duração média de uma entrevista no local escolhido pelo participante, como, por exemplo, sua casa, foi de 30 minutos, enquanto outras, realizadas sem uma prévia marcação, duravam cerca de 5 a 10 minutos.

Findo o pré-teste, passei novamente a buscar sujeitos participantes, que fossem condizentes com os critérios estabelecidos. A aproximação dos idosos deu-se por conveniência. Ao entrar em contato com os sujeitos foi explicado o porque do estudo e seus objetivos, solicitando sua livre participação e consentimento livre e esclarecido.

Foi assegurada a todos os participantes a preservação de seus direitos, como a manutenção do anonimato, o sigilo em relação a alguma informação que por ventura restringissem divulgação, respeitando os preceitos éticos da profissão de enfermagem e Resolução 196/96 – CNS/MS, relacionada á pesquisa com seres humanos, buscando seguir suas orientações.

O local, a hora e a data das entrevistas foram previamente marcados pelos participantes. O gravador constituiu recurso essencial para obtenção dos dados, justificando sua utilização na maior facilidade em obter e observar elementos mais subjetivos, com o intuito de auxiliar na discussão, reflexão e posterior avaliação junto ao referencial teórico adotado.

Todas as entrevistas se deram num clima amistoso, tranqüilo, com os idosos falando a maior parte do tempo e demonstrando sua vontade em contribuir para o trabalho. Em algumas situações prevaleceu a sensação de que estes idosos estavam exercendo seus direitos de cidadania ao colocar seu ponto de vista. Muitos idosos me convidaram para retornar a sua casa para dialogarmos mais sobre a velhice, suas condições, ou somente para visitar.

3.3 A ANÁLISE DOS DADOS

Uma primeira análise dos dados se deu em relação às características das pessoas idosas, correspondente à primeira parte do instrumento utilizado e respondido pelos sujeitos participantes.

Para a segunda parte da análise dos dados, onde constaram seis questões abertas, foi usado o método de análise de conteúdo, que segundo Bardin (1977), é constituído por um conjunto de instrumentos metodológicos mais sutis, aplicados em discursos extremamente diversificados, que oscila entre dois pólos, do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade.

A análise de conteúdo é organizada em três pólos cronológicos, em torno de suas diferentes fases, quais sejam: **a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados**, que engloba a inferência e a interpretação.

Num primeiro momento, passei a fazer a organização do corpo documental, ou seja, de posse das entrevistas, transcrevi todas as fitas, digitei e imprimi o material. Reorganizei-as conforme respostas, dando o nome de pássaros a cada um dos participantes e agrupando as respostas, conforme as questões perguntadas, assim, todas as respostas 1 ficaram lado a lado, ocorrendo o mesmo com as respostas 2, 3, 4, 5 e 6.

No segundo momento ocorreu a pré-análise, a fase de organização propriamente dita, que segundo Bardin (1977), é composta por uma leitura flutuante, que proporcionou o estabelecimento de contato com os documentos (entrevistas transcritas) a serem analisados e em conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações.

Após, procurei obedecer as regras propostas por Bardin, quais sejam, **exaustividade, representatividade e homogeneidade**. A primeira preconiza não se deixar fora qualquer um dos elementos por qualquer razão que seja, evitando a seletividade. A representatividade é buscada pelo número de sujeitos participantes, de modo a obter dados significantes e representativos, o que não implica em critérios quantitativos de amostragem, e por fim, seguiu-se a regra da homogeneidade, onde os documentos analisados (entrevistas transcritas) foram obtidos seguindo-se os mesmos procedimentos e critérios.

Antes de ser realizada a análise propriamente dita, o

material foi preparado, procedendo-se uma **decomposição** e conseqüente **normalização**; deixando-o digitado e pronto para análise, ou fase de exploração deste material disponível, passando-se á fase de categorização.

A fase de **categorização**, segundo Bardin (1977), consiste na operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por **diferenciação e reagrupamento**. Os critérios de categorização podem ser semânticos (categorias temáticas), sintáticos (verbos ou adjetivos), léxicos (emparelhamento de sinônimos) e expressivos (formas expressivas).

Através desta etapa chega-se a um inventário de categorias de base. A fase final da categorização condiz com o reagrupamento semântico. Neste estudo os critérios semânticos e expressivos foram utilizados na categorização e reagrupamento

Por fim, chega-se ao tratamento dos resultados, onde segundo Bardin (1977), o analista, de posse dos resultados obtidos, tendo á sua disposição resultados significativos e fiéis, poderá propor inferências (á luz da literatura), assim como interpretações, fazendo emergir a qualificação dos conteúdos.

Em um primeiro momento surgiram seis categorias, quais sejam: o entendimento do idoso sobre qualidade de via, classificação de sua qualidade de vida hoje, na velhice; comparação de sua qualidade de vida hoje com sua qualidade de vida na juventude; os itens que fazem parte de uma boa qualidade de vida; os itens que fazem parte de uma qualidade de vida ruim, e por fim, o que poderia ser feito para melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas; correspondentes ás seis questões abordadas com os sujeitos.

Estas foram reagrupadas e passou-se a trabalhar com três categorias, surgindo no decorrer da análise uma quarta categoria não prevista, que diz respeito á auto-percepção e auto – imagem do ser idoso.

3.4 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO ESTUDADA

A seguir são descritas as características da população idosa estudada, em relação a faixa etária, sexo, estado civil, moradia, renda e convivência (com quem mora),

3.4.1 Sexo

TABELA 1 – Distribuição dos idosos, segundo sexo, do universo de sujeitos que fizeram parte do estudo, Bagé, 2000.

IDOSOS		
SEXO	Nº.	%
FEMININO	08	53,33
MASCULINO	07	46,67
TOTAL	15	100

Fonte: Dados da Pesquisa.

Considerando a distribuição por sexo, verifica-se que dentre o universo de sujeitos estudados, houve predomínio do sexo feminino. Observou-se que do total de respondentes do instrumento, 8 (53,33%), eram do sexo feminino e 7 (46,67%), eram do sexo masculino. Embora este tipo de estudo não pretenda nenhuma inferência generalizante da população estudada, vale a pena destacar as características da população brasileira segundo o sexo; apesar de não ser possível inferir esta discussão em relação ao grupo estudado, pois este não reflete a realidade quantitativa brasileira.

Berquó & Leite (1988), demonstram que no Brasil, a população feminina sempre foi superior á masculina, e esta predominância se acentua com o avanço da idade. Esta constatação decorre da mortalidade diferencial por sexo que é prevalente na população brasileira; verificando-se que a superioridade numérica do sexo feminino está relacionada á esperança de vida predominante em todos os grupos etários. Também Veras (1994), demonstra que as brasileiras vivem em média cinco anos mais que os homens, ressaltando que esta tendência continua a aumentar com o tempo devido aos padrões de mortalidade masculina.

O autor sugere hipóteses para explicar a longevidade maior feminina, ressaltando além das explicações biológicas e genéticas habituais, a melhoria no atendimento médico – obstétrico e as diferenças de exposições aos riscos, consumo de tabaco e álcool e atitudes em relação ás doenças.

3.4.2 Estado Civil

TABELA 2 – Distribuição dos idosos, segundo estado civil, do universo de sujeitos que fizeram parte do estudo, Bagé, 2000.

IDOSOS		
ESTADO CIVIL	Nº	%
CASADO	12	80
VIÚVO	03	20
TOTAL	15	100

Fonte: Dados da Pesquisa

A partir do que foi exposto anteriormente, faz-se possível também comentar o estado civil dos idosos que fizeram parte do estudo; três idosos, que perfazem 20% do universo estudado, apresentam a condição de viúvos, sendo que estes todos são do sexo feminino.

Outra característica marcante refere-se á prática do casamento; os quinze idosos que fizeram parte do estudo, casaram-se oficialmente, durante a juventude, que segundo Veras (1994), no Brasil, a idade média de casamento é de 22,9 anos para as mulheres e 26 anos para os homens.

Berquó (1999), aponta que quando se trata da população idosa, há uma discrepância por sexo quanto ao status marital, sendo reveladora de um elevadíssimo contingente de viúvas, em contraste com o alto percentual de homens casados.

Tais diferenças por sexo quanto ao status marital, são decorrentes da maior longevidade das mulheres, indicando também outros fatores tais como: normas sociais e culturais prevaletentes em nossa sociedade, que levam os homens a se casarem com mulheres mais jovens do que eles. Além disso, o recasamento para viúvos idosos é maior do que para viúvas em idades avançadas.

Todavia, em relação a população estudada, não faz-se possível realizar afirmações taxativa neste sentido, porque o estudo não pretendeu englobar/medir quantidades.

3.4.3 Convivência (com quem mora)

TABELA 3 – Distribuição dos idosos, segundo convivência, do universo de sujeitos que fizeram parte do estudo, Bagé, 2000.

IDOSOS		
CONVIVÊNCIA (COM QUEM MORA)	Nº.	%
SOZINHO	01	6,67
CÔNJUGE	12	80
OUTROS FAMILIARES	02	13,33
TOTAL	15	100

Fonte: Dados da Pesquisa.

Quanto á convivência (com quem mora), verificou-se entre os idosos, que 12 (80%), moram com o cônjuge, 02 (13,33%), moram com outros familiares e 01 (6,67%), mora sozinho, devido talvez á sua condição de viúvo.

Faz-se possível ainda evidenciar que todos os homens que participaram do estudo encontram-se chefiando uma família com esposa, com ou sem filhos; por outro lado há 02 idosos (13,33%), do sexo feminino morando com outros familiares e 01 idoso (6,67%) , também do sexo feminino morando sozinho, o que permite uma alusão a Berquó (1999), onde esta autora refere que o superávit de mulheres idosas continuará prevalecendo e será tanto maior quanto mais avançada a idade, requerendo atenção específica. Serão elas, na grande maioria, viúvas, morando na casa dos filhos ou filhas, chefiando famílias monoparentais, ou ainda, morando sozinhas. Conclui também que a maior parte dos idosos viverá ao lado da esposa, o que lhes conferirá possibilidade de maior apoio emocional, tão necessário nesta fase da vida.

3.4.4 Moradia

TABELA 4 – Distribuição dos idosos, segundo moradia, do universo de sujeitos que fizeram parte do estudo, Bagé, 2000.

IDOSOS MORADIA	Nº.	%
PRÓPRIA	13	86.67
ALUGADA	02	13.33
TOTAL	15	100

Fonte: Dados da Pesquisa.

Em relação a moradia, observou-se a grande prevalência de casas próprias, dentre o universo de idosos estudados, 13 (86,67%), afirmam ter casa própria e 02 (13,33%), responderam que pagam aluguel.

O fato de ter uma casa própria sempre constituiu uma determinante muito importante durante a vida dos idosos que participaram do estudo e este sempre foi um fator de preocupação por parte dos mesmos. Moragas (1997), refere que a habitação constitui uma necessidade fisiológica de defesa em face ao meio – ambiente, em qualquer idade.

Todavia, Veras (1994), refere que a pobreza é uma característica amarga da velhice; pois apesar da heterogeneidade dos idosos, uma característica recorrente da maioria das sociedades é que as pessoas idosas em geral são menos aquinhoadas economicamente do que os adultos mais jovens da mesma população. Importante ressaltar que não havia idosos em pobreza flagrante, porém, 02 idosos (13,33%) destes moram em casas alugadas, numa relação direta com sua renda mensal.

3.4.5 Renda

TABELA 5 – Distribuição dos idosos, segundo renda, do universo de sujeitos que fizeram parte do estudo, Bagé, 2000.

IDOSOS RENDA	Nº.	%
PRÓPRIA	13	86,67
CÔNJUGE	01	6,67
FILHOS	01	6,67
TOTAL	15	100

Fonte: Dados da Pesquisa.

No que se refere á renda, 13 idosos (86,67%), afirmaram ter renda própria, 01 idoso (6,67%), tem disponibilidade de renda do cônjuge e 01 idoso (6,67%), vive com a renda dos filhos.

Embora não tenha sido questionado neste estudo a renda dos idosos em relação a faixa salarial, faz-se possível referir Veras (1994), quando este relata que no passado, o status marital e o prestígio dos idosos era alto. Nos últimos anos, entretanto, à medida que foi ocorrendo a industrialização, ocorreram mudanças consideráveis a esse respeito. A discriminação contra as pessoas idosas tem sido considerada como um desrespeito ao direito de trabalhar, e freqüentemente diz-se que a sabedoria e o conhecimento acumulados por elas no decorrer dos anos é subestimada e subutilizada.

Contudo, esta é uma observação mais global, que não reflete a característica em relação a renda, do grupo de idosos estudado.

3.4.6 Faixa etária

TABELA 6 – Distribuição dos idosos, segundo faixa etária, do universo de sujeitos que fizeram parte do estudo, Bagé, 2000.

IDOSOS		
FAIXA ETÁRIA	Nº.	%
60-----65	03	20,01
65-----70	04	26,68
70-----75	02	13,34
75-----80	03	20,01
80-----85	02	13,34
85-----90	01	6,67
TOTAL	15	100

Fonte: Dados da Pesquisa.

A faixa etária que mais idosos abarcou o estudo, recaiu na idade que varia de 65 a 70 anos, com 4 idosos entrevistados (26,68%); seguidas pelas faixas etárias de 60 a 65 anos, com 3 idosos (20,01%) e 75 a 80 anos, também com 3 idosos (20,01%); a faixa etária de 70 a 75 anos, englobou 2 idosos (13,34%), assim como a faixa etária de 80 a 85 anos, com 2 idosos (13,34%), e por fim 1 idoso na faixa etária de 85 a 90 anos (6,67%).

Em relação á faixa etária, observa-se que a média de idade entre os idosos do estudo recai em 70,33 anos, após realização de cálculo estatístico, podendo-se considerar que esta média reflete a relação do envelhecimento da população brasileira e o aumento da esperança de vida da população.

Ramos et. al. (1987), referem que os brasileiros ganharam 25 anos na sua esperança de vida, nos últimos quarenta anos, havendo projeções que apontam que esta deverá atingir 72 anos para ambos os sexos em 2020.

CAPÍTULO IV

ANÁLISES E DISCUSSÕES

Neste capítulo busquei analisar e discutir os dados obtidos após aplicação do instrumento proposto; fazendo surgir quatro categorias que dizem respeito aos conceitos e percepções de qualidade de vida sob a ótica dos idosos do estudo, a qualidade de vida na velhice, a melhoria da qualidade de vida na velhice e por fim o ser idoso por ele mesmo.

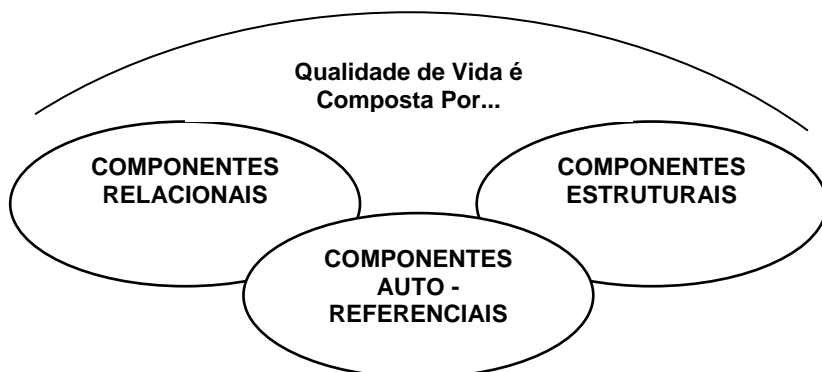
4.1 CATEGORIA 1 – CONCEITOS E PERCEPÇÕES DE QUALIDADE DE VIDA SOB A ÓTICA DOS IDOSOS DO ESTUDO

Na categoria 1 denominada “conceitos e ou percepções de qualidade de vida”, objetivou-se captar entendimento sobre qualidade de vida dos idosos que participaram do estudo, de modo não diretamente relacionado a velhice, mas vista de maneira geral, independente de idade, sexo, raça, condições sócio – econômicas.

Os idosos colocaram através de suas falas o que quer dizer para eles este constructo, num variado e heterogêneo conjunto de informações, onde fica ressaltado os modos peculiares de percepção individual. Ou seja, a qualidade de vida é percebida/conceituada de forma diferente por cada sujeito, do mesmo modo como são colocadas prioridades diferenciadas em relação a esta qualidade de vida; o que vêm de encontro com os mais diversos estudos e autores de pesquisas sobre o assunto.

Dos dados, foi possível apreender que a qualidade de vida pode ser expressa como um conceito abstrato e de difícil definição, a não ser quando “objetivada” em componentes mais facilmente concretizáveis e referenciáveis, por incorporarem o universo de experiências e significados construídos na existência individual e social.

Estes componentes, que dão visibilidade e concretude ao conceito, podem ser sintetizados conforme a seguir:



Num olhar mais atento, pode-se destacar aqueles componentes que foram denominados “relacionais”, por seu significado estar ligado a convivência e relações intra e extra-familiares (amigos, vizinhos) e dimensões psico-afetivas, os componentes “estruturais”, onde são apontados o dinheiro, a casa, o remédio, o carro, entre outros; e os componentes “auto – referenciais” que são aqueles que compõem uma forma própria da pessoa se situar dentro de certos valores, imagens e opções escolhidas ou assimiladas como essenciais a uma “boa vida”, necessários para atribuir valor a sua própria maneira de viver, como “vida regrada” estabilidade, segurança, dignidade.

As citações a seguir exemplificam as conceituações/percepções dos idosos, quais sejam:

...qualidade de vida é...uma vida bem dirigida...bem orientada...(Gaivota)

...qualidade de vida são...aqueles fatores que facilitam, que ajudam, simplificam todas as atividades...que levam a uma vida mais digna, dinâmica...mais simplificada possível... melhor...(Pintassilgo)

...qualidade de vida é tu ter um bem – estar, uma segurança...(Beija-flor)

...qualidade de vida é ter uma casa decente prá morar...que tenhas comida...dinheiro prá comprar remédio...ter atenção, carinho, das pessoas mais moças... (Tangará)

...qualidade de vida é...uma pessoa ter condições de sustentar a família...ter um espírito religioso...um salário condizente...tendo aquela harmonia dentro de casa... (Andorinha)

...qualidade de vida é...aquela pessoa que tem uma saúde perfeita, completa, de um modo geral tem muita coisa...aí tem teu bem – estar, teu carro, tua casa...um conjunto...ter uma vida normal...(Saí)

As mais diversas expressões fizeram-se presentes nas falas dos idosos do estudo, tais como: “vida regrada, facilidades, dinamicidade, bem – estar, segurança, casa decente, alimentos, carinho, atenção, saúde, lazer, vida plena, religião, dinheiro, carro, condições de viajar, passear e visitar amigos; relacionamento familiar, justiça social, apoio familiar, alegria, satisfação de necessidades primárias e secundárias”.

Estes inúmeros componentes fazem retomar Abagnano apud Padilha & Souza (1999), citando que a noção de qualidade de vida é extensíssima e dificilmente pode ser reduzida á um conceito unitário, sendo que o termo qualidade de vida pode ser considerado a partir da premissa de uma família de conceitos.

Esta temática, se abordada sob o ponto de vista psicológico trará muitas variáveis, o que também ocorre se também analisada sob a ótica das ciências sociais e/ou frente a indicadores sócio – econômicos e ainda culturais; uma vez que não existe uma única conceituação e/ou teorias que possa dar a palavra final ou conclusões fechadas sobre qualidade de vida.

O entendimento sobre qualidade de vida parece também ser constituído ao mesmo tempo e em referência a uma identificação de seu oposto, ou seja, a uma diferenciação com o que não é qualidade de vida.

...falta de saúde é o principal, falta de dinheiro se resolve e mau relacionamento familiar...(Pintarroxo)

...falta de dinheiro, emprego, uma segurança, uma desunião com a família... (Beija-flor)

...não ter onde morar, uma casa própria ajuda muito na vida, falta de higiene, que faz parte da

saúde, água, esgoto... a gente vê esses cinturões na periferia da cidade...a gente até nem tem muita noção...aqueles cata – lixo...é horrível... (Tangará)

...a má saúde, a carência de meios, de atendimento de alguma necessidade que a pessoa tenha... (Pardal)

...mau salário... uso exagerado em vícios, cigarros, bebidas, não se alimentando direito, usar drogas... (Andorinha)

...pobreza, miséria, doença, a vida nesses casebres...não tem uma casa boa...sem prover os meios necessários para viver... (Saí)

...o desemprego que tá...muita gente sem condições nenhuma de sobreviver...muitas crianças rolando debaixo das pontes, os pais não tomando conhecimento... (Sabiá)

Os conceitos/percepções de qualidade de vida dos idosos participantes do estudo vem de encontro ao dizer de Álvarez, Seiffer & Gonçalves (1998), que defendem ser o conceito de qualidade de vida uma referência às experiências humanas. Seus atributos representam estados por meio dos quais as pessoas experimentam níveis de satisfação/insatisfação; prazer/desprazer; felicidade/tristeza, os quais tem como principal característica a subjetividade e a multidimensionalidade.

Qualidade de vida passa, então, a ser um conceito vivencial, onde os indícios devem manifestar o que os indivíduos sentem acerca de suas próprias vidas e, também, num confronto sempre presente de suas vidas com outras vidas, do próprio grupo (com quem se possui um identificação) ou não.

A experiência de qualidade de vida se define em termos de satisfação de necessidades, o que remete a uma série de interrogações acerca do conceito de necessidades. Estas necessidades diferem de uma pessoa para outra e, mesmo em um mesmo indivíduo, são suscetíveis de variar com o tempo. O que leva a crer que a qualidade de vida, como uma experiência de satisfação, será influenciada pelas experiências do indivíduo no passado e pelas expectativas presentes (e por que não dizer

futuras). (SETIÉN apud ÁLVAREZ, SEIFFER & GONÇALVES, 1998).

Demo (1996), ao discorrer sobre qualidade, refere que esta representa o desafio de fazer história humana com o objetivo de humanizar a realidade humana e a convivência social; tomando o conceito de desenvolvimento humano e traduzindo-o como oportunidade, onde é possível a construção de uma vida que valha a pena, se o for capaz.

Esse desenvolvimento humano, para o autor, apresenta por base essencial duas condições: a primeira que é o instrumento, chamada de produção econômica e a segunda, que diz respeito a cidadania. Estes dois instrumentos, unem – se para formar um todo quantitativo e qualitativo (ou quanti-qualitativo), que não podem separar-se, pois fazem parte das dimensões da vida.

Portanto, a qualidade de vida para Demo (1996), diz do enfrentamento de dois desafios; manejar a quantidade necessária, como base e condição da qualidade, sendo que não há qualidade onde há pobreza, carência, fome; e a construção da qualidade possível, em condições dadas, enquanto obra humana. A qualidade de vida significará, portanto, a humanização da realidade da vida, que passa pela condição básica de cidadania, abrangendo trabalho, educação, saúde, democracia, lazer.

Para salientar ainda mais a coerência dos dados com a bibliografia consultada, pode-se ainda apresentar os dados numa outra forma, qual seja, a de sua apreensão a partir do que é manifesto como elementos condicionantes da qualidade de vida. Assim, esta categoria pode ser denominada de **“qualidade de vida depende de”**, como exemplificada a seguir:

... qualidade de vida depende de vários fatores... principalmente a vida familiar...eu acho que é o principal...depende muito do relacionamento familiar...e a parte financeira... (Pintarroxo)

...é a qualidade que a gente possui através do trabalho, uma vida plena, a apoio da família, quando a gente tem uma renda própria... (João – de barro)

...uma vida saudável, bem orientada na

*alimentação, dormir bem...fazer exercícios...
uma vida movimentada... alegria... (Gaivota)*

*...o bom relacionamento da família,
principalmente marido e mulher...com os
filhos...uma estrutura financeira – econômica ,
em que a gente possa resolver todas as
dificuldades e fazer o que goste... (Pintassilgo)*

...ser boa, compreensiva, humanitária... (Colibri)

*...respeitar as pessoas, saber conviver com
elas, tendo boas amizades... (Cardeal)
...uma família estabilizada...uma casa, os filhos
morando tranqüilamente ... (João – de – barro)*

*...que tu tenhas as tuas necessidades primárias
e até secundárias atendidas...saúde,
alimentação, lazer, educação, essas coisas,
tenha disponíveis, porque são básicas...porque
se tu tiver pique prá vida ainda, se tu tiver
aspirações ainda...porque se não tiver metas,
me parece que diminui a sua qualidade de vida,
vive só o dia – a – dia, sem uma visão de
futuro...(Pardal)*

Através destas citações, a qualidade de vida, conforme a visão dos idosos do estudo, vê-se mesclada por condições materiais e imateriais, ou também objetivas e subjetivas.

Emerge como um fator de dependência para se ter ou não qualidade de vida, a vida familiar, a convivência com as pessoas na comunidade/trabalho e o relacionamento marido/mulher, sendo que estes fatores levantam a expressão relacionamento, que para Costa & Madeira (1994), engloba em seu significado as relações do homem com seus semelhantes pelo processo de comunicação verbal e não verbal.

A comunicação consiste num processo complexo de interações em vários níveis, do interpessoal ao social, que viabiliza e expressa vários processos de trocas simbólicas de sistemas de significação, de vinculação ideológica dentro do universo cultural; mostrando e expressando relações entre grupos, classes, instituições, que interligam o tecido social, a trama das relações humanas, dinamizando e significando estas

relações. (MORIN apud COSTA & MADEIRA, 1994).

Diversos autores abordam a importância do relacionamento familiar (social), tanto em casos de idosos saudáveis ou doentes, sendo este um fato crucial para sua vida. (Costa & Madeira, 1994).

Capitanini in Neri & Freire (2000), ainda complementa, revelando que a relação do homem com seus semelhantes é intensa, pois este é um ser social. Através de relações positivas com os outros, que envolve ter uma relação de qualidade, ou seja, calorosa, satisfatória, verdadeira, preocupar-se com o bem – estar alheio, ser capaz de relações empáticas e afetivas, trará relacionamentos importantes para o bem-estar físico e mental durante o processo de envelhecimento. Amigos, parentes e vizinhos têm uma participação importante na prevenção da solidão e consequente manutenção da qualidade de vida em relação ao componente relacional.

O segundo fator de dependência de qualidade de vida foi em relação ao trabalho, a estrutura financeira-econômica, meios para prover sustento aos dependentes.

Este fator (dinheiro), parece ser um grande “vilão”, ou “mocinho”, na experiência de vida dos indivíduos, sendo eles jovens ou velhos; não sendo diferente com os idosos do estudo. Em qualquer situação este condicionante surge, tomando para si um importante peso determinante tanto da dimensão quantidade como qualidade.

Parece que os idosos do estudo crêem que se houver uma economia equilibrada e justa, conseqüentemente haverá mais qualidade de vida, o que não deixa de ser verdade, pois há determinadas necessidades que somente podem ser providas caso haja recursos financeiros para que se tenha acesso a um bem disponível no mercado.

Um terceiro fator de dependência de qualidade de vida que emergiu, não menos importante, diz respeito a saúde.

Rabelo (1995), ao discorrer sobre saúde, a interliga intrinsecamente à qualidade de vida; e revela que apesar das dificuldades conceituais em relação a saúde, cada pessoa sabe expressar com clareza a sensação de saúde e doença. Mesmo sem valorizá-la adequadamente, procurando adotar um estilo de vida saudável, tem consciência de que sua saúde é um bem valioso; componente fundamental de sua “normalidade” e da sua qualidade de vida e, tudo mais perderá o sentido se não houver

saúde para desfrutar.

A saúde, então, constitui uma necessidade básica para o ser humano, fazendo parte de um conceito mais amplo e dinâmico, sendo parte indissociável da qualidade de vida, expressando o esforço consciente e contínuo para atingir relações de bem – estar com o ambiente que o cerca. Consiste a saúde, portanto, como resultado de um contínuo e bem – sucedido agir entre o ser humano e as condições sociais que o cercam. (RABELO, 1995).

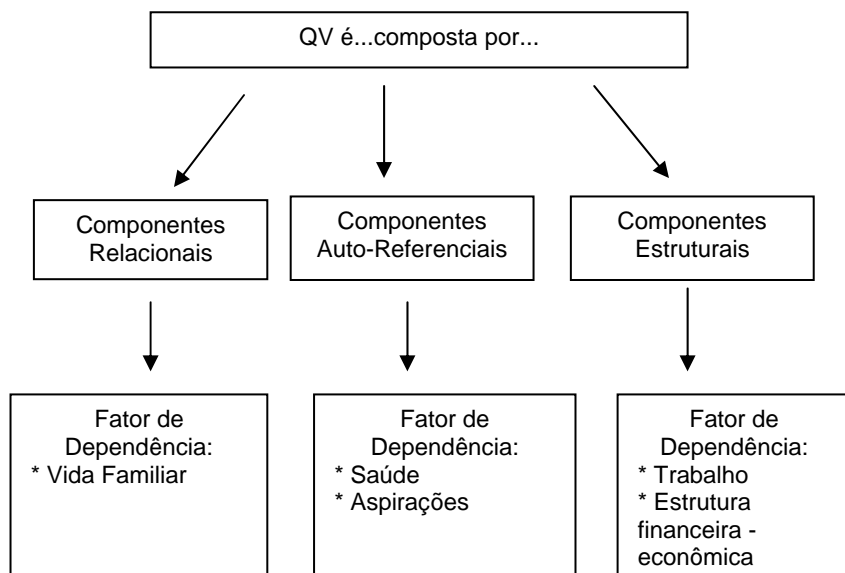
Um quarto fator de dependência de qualidade de vida consiste em aspirações, motivações (“pique”) e perspectivas de futuro.

Estes fatores de dependência dizem respeito ao envelhecimento ou idoso propriamente, e levanta questões sobre as capacidades do indivíduo idoso de manter visões positivas de si mesmos e da capacidade de controlar suas próprias vidas.

Freire apud Neri & Freire (2000), afirma que os idosos, com base nas experiências de sucesso e fracasso ao longo da vida, bem como das expectativas em relação ao futuro e a si próprios, são capazes de ajustes em seus projetos de vida de acordo com as condições presentes. A satisfação com a vida geralmente mantêm-se elevada na velhice, especialmente quando os indivíduos estão empenhados no alcance de metas significativas de vida.

A análise e discussão da categoria 1, permitiu o estabelecimento de algumas conclusões quanto ao conceito de qualidade de vida. Este engloba componentes relacionais, auto-referenciais e estruturais; assim como depende de alguns fatores, que neste estudo fizeram-se presentes, a vida familiar, a saúde, aspirações, trabalho, estrutura financeira-econômica, dentre outros. A não contemplação destes componentes levará à ausência da qualidade de vida por parte dos idosos do grupo estudado.

Faz-se possível visualizar a qualidade de vida através da seguinte representação gráfica:



4.2 CATEGORIA 2 – A QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE

A categoria 2, denominada “**A Qualidade de vida na velhice**”, apresenta a percepção dos idosos em relação a sua qualidade de vida no presente, a partir do contexto que estes idosos estão inseridos. A fim de dinamizar o estudo, esta categoria foi dividida em quatro sub – categorias como demonstra o quadro:

CATEGORIA 2	A QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE
Sub-Categoria 2A	Classificada como... Em comparação com a juventude...
Sub-Categoria 2B	Depende de...
Sub-Categoria 2C	Influenciada/Condicionada por...
Sub-Categoria 2D	Aspirações...

A sub-categoria 2A – demonstrou os modos de classificar ou “adjetivar” a qualidade de vida percebida, em termos muitas vezes relativos, como “boa”, “ruim” ou pior e melhor, em relação as experiências rememoradas da juventude. Antes de um aprofundamento nestes significados, convêm trazer alguns exemplos de falas:

...regular... não é como eu gostaria que fosse... mas também não é tão ruim assim... (Pintarroxo)

...a minha vida é boa... têm sido ótima... 100%... não tenho nada a exigir... tranqüila... (Beija-flor)

...em termos assim...monetários, materiais é ótima... não tenho do que me queixar... (Tangará)

...eu acho excelente... eu tenho todas as minhas funções ativas... eu me locomovo, eu vejo, eu ouço... com todas as faculdades físicas e mentais ativas... eu tenho sido muito aquinhoado nessa parte... (Pardal)

...eu atualmente não posso me queixar... a gente vê muita gente pior... agora, a qualidade de vida do idoso no Brasil tá difícil ... (Andorinha)

...a minha juventude foi maravilhosa... minha vida hoje é boa... sem ruindade...(Pica - pau)

Nesta sub-categoria faz-se muito interessante observar que os idosos do estudo apresentam noções de qualidade de vida na velhice e juventude totalmente heterogêneas e diversas entre si. As respostas obtidas apresentam-se muito subjetivas e para que houvesse possibilidades de traçar um paralelo comparativo entre uma e outra épocas de vida destes idosos, teria que ter havido um maior aprofundamento sobre o assunto, adentrando-se na história de vida de cada um destes idosos.

Algumas expressões (como “não é como eu gostaria... mas também não é tão ruim”; “não tenho nada a exigir”; “não tenho do que me queixar”; “a gente vê muita gente pior”; “sem ruindade” ou “não tem sido ruim”) parecem sugerir que frente a um ideal

máximo de qualidade e um extremo oposto de total falta de qualidade, o idoso situa sua vida e a caracteriza nesta escala entre extremos “não tão imaginários”, já que construídos através de vivências e imagens sociais amplamente disponibilizadas a todos e tornadas próximas de cada sujeito, a extrema carência de uns e a plena satisfação de outros. Não importa como esteja sua vida, cada sujeito parece saber o que existe em cada extremo; e esta imagem, não mais estranha, poder tornar mais amena sua necessidade, mais tolerável sua existência.

Assim, a ausência de “ruindade” já significa uma coisa boa; a queixa ou lamento perde tamanho e importância e não mais ocorre, quando comparada as muitas e grandes queixas que representam possibilidades tão concretas e temidas na velhice. Até que ponto estes vagos adjetivos da qualidade de vida do idoso são influenciados por uma imagem de velhice precária e mal vivida, fatos reais em nosso país, de modo que fica difícil separar a vivência individual do panorama de possibilidades que a sociedade oferece ao velho.

Por esta via de análise fica compreensível a maior clareza de expressão ao se classificar ou definir qualidade de vida utilizando-se de parâmetros, onde a vida é boa por permitir o acesso a certos bens ou ao atendimento de necessidades bem concretas; ou ainda por comparação com outras fases da vida, como se percebe em outras falas:

...a velhice tá sendo difícil... doente, sem dinheiro para poder consultar...(Pica-pau)

“...graças a Deus estou muito bem... sou muito bem remunerada... meus filhos todos criados... velhice sozinha, mas feliz... (Sabiá)

...minha juventude foi muito boa... eu consegui estudar graças ao sacrifício do meu pai... (Pintassilgo)

...durante a minha juventude, minha vida foi muito boa e atualmente não tem sido ruim... (Colibri)

eu acho que ainda foi melhor na juventude... (Pintarroxo)

...era muito melhor antes... boa mesmo...

depois dos 40 anos, sempre doente...sempre doente... (Cotovia)

...nesta fase da vida pode ser muito melhor do que se tu tivesse na juventude, principalmente porque agora tu não precisa mais lutar pela vida... eu tô numa fase de usufruir a vida, sem a ansiedade de formar patrimônio, de ter bens... há uma certa segurança...eu não tenho esse sobressalto para atender as necessidades da gente... (Pardal)

...minha juventude foi pior...eu trabalhava e estudava, minha mocidade foi trabalhando, para ajudar meu pai...(Andorinha)

...antigamente as dificuldades era pior...(Beija-flor)

...porque meu pai tinha muitos filhos, muita coisa a gente se privava...(Cardeal)

...boa... na parte financeira, de negócio... mas em parte de saúde não... nunca tive saúde na vida, desde que nasci, sempre tive doente... sempre com remédio...(Carricinha)

Do que se pode apreender, esta sub – categoria remete à questões da heterogeneidade e diversidade, termos muito difundidos atualmente em gerontologia social; porém, distintos entre si, pois abrangem fenômenos diferenciados.

Goldstein & Siqueira apud Neri & Freire (2000), discorrendo sobre heterogeneidade, revelam que este é um fenômeno que traduz as diferenças entre as pessoas em razão de suas distintas histórias de vida, construídas com base na interação entre a história de vida individual, a personalidade e as experiências sociais que os indivíduos compartilham com seus semelhantes.

Experiências individuais são únicas e se constroem durante toda a vida, acentuando-se á medida que ocorre o processo de envelhecimento. Os velhos não são todos iguais, como também há uma tendência a ser bastante diferentes entre si.

Já a diversidade associa-se à posição que os indivíduos e os grupos de idade, gênero, etnicidade e classe social ocupam na sociedade e em suas instituições. Práticas e critérios diferentes são usados para repartir bens entre seus membros. Algumas sociedades são mais igualitárias, assegurando bens, oportunidades e direitos sociais, não sendo evidentes os sinais de exclusão. Em outras sociedades o que se vê é uma larga desigualdade social quanto à repartição de oportunidades educacionais, empregatícias, de saúde, de justiça, de seguridade social e de acesso a bens materiais e até mesmo espirituais. (GOLSTEIN & SIQUEIRA apud NERI & FREIRE, 2000).

Para estes autores, o Brasil é observado desta maneira; um país onde o gênero, a etnia e a classe social são importantes determinantes da qualidade de vida das pessoas de todas as idades. Havendo discriminação no momento de receber benefícios sociais a que têm direito, em virtude de sua origem e classe social. Exemplos límpidos e claros se dão nas longas filas formadas nos bancos nos dias de pagamento de aposentadorias, assim como grandes demandas nos hospitais públicos, na busca por atendimento; estas são realidades que não se pode fugir e deixar de mencionar.

Contudo, Goldstein & Siqueira apud Neri & Freire (2000), referenciam também que apesar das desigualdades sociais vigentes no Brasil, há idosos que conseguem viver a velhice diferentemente, de uma forma mais rica e inovadora que em tempos passados; aproximando-se seu estilo de vida aos idosos que vivem em países desenvolvidos.

Estabelecer relações e comparações entre qualidade de vida na velhice e juventude implica uma série de interações, havendo insuficiência de bibliografia, ou seja, carência destas relações através de estudos e pesquisas.

Porém, é permitido utilizar Giddens apud Freire & Sommerhalder apud Neri & Freire (2000), que afirma que nós seres humanos estamos presos em uma grande experiência, que ocorre no momento da ação de cada um, como agentes humanos, mas que se encontra fora do controle de cada um, consistindo numa aventura perigosa, da qual, cada um, querendo ou não tem que participar. Uma aventura que poderá chegar a um final desejável; qual seja, a velhice satisfatória, ou a um fim incerto; a velhice desamparada, desprestigiada e desprezada por todos, idosos e não idosos.

Freire & Sommerhalder apud Neri & Freire (2000), complementam o exposto, referindo que envelhecer nestes tempos modernos pode significar um presente da alta tecnologia, de corrida contra o tempo, de produção e renovação de conhecimentos, sendo necessário não desprezar as vivências do passado, boas ou ruins, que deram certo ou não, pois estas vivências poderão gerar a força necessária para vivermos o amanhã; a fim de que possamos viver como pessoas felizes, como cidadãos dignos e atuantes.

Isto exige um "ir além", olhando para nós mesmos e para as pessoas a nossa volta, a fim de resgatarmos as relações interpessoais e a confiança, tanto em nós mesmos como nos outros.

A sub-categoria 2B – procura traçar estes elementos, concretos ou não, a partir dos quais os idosos conseguem antever uma boa qualidade de vida. Assim, esta qualidade de vida "depende de"...

...sou muito bem remunerada... (Sabiá)

muito boa... primeiro porque tenho uma família constituída, segundo... tenho uma casa própria, de boa qualidade, que me satisfaz plenamente, terceiro, porque tenho um ciclo de relações muito bom, muitos amigos, que considero um fator muito importante... o relacionamento, a sociabilidade das pessoas... (Pintassilgo)

...tenho os filhos que me ajudam; a pensão do marido que não é muita...mas compensa com o que os filhos dão...tenho minha casa prá morar...(Beija-flor)

...o essencial de tudo é um salário condizente; é ter uma vida regrada, uma boa alimentação; não exagerar na gordura, comer muitas frutas e fibras, saber a hora de dormir, saber usar uma bebida... (Andorinha)

É bastante nítido, através destas citações, o quanto os idosos dão importância aos seus rendimentos e o quanto este constitui-se em um fator determinante para uma boa ou má velhice, pois estes parecem sentir-se na "dependência" de uma

economia estável.

França apud Caldas in Veras (1994), destaca o nível sócio-econômico e cultural sobre a auto - imagem e auto - estima do velho; este fator, confirmado através de pesquisas, referencia que os velhos que tem maiores condições sócio-econômicas são aqueles que valorizam o auto - cuidado, investem em formas de lazer e atividades comunitárias, negam conhecer a velhice, apresentam sentimento de identidade e dignidade em alto grau, dentre outros.

Veras (1994), ressalta ser tradição no Brasil a segurança da população ser garantida dentro de uma estrutura de família ampliada; porém, este padrão tem declinado, surgindo indícios de que os sistemas de apoio tradicionais estão se rompendo por mudanças sociais. Além disso, o programa de seguridade social é extremamente escasso em recursos e limitado em tamanho, duração e cobertura, levando a crer que idosos que não tiveram condições de poupar durante suas vidas produtivas estão em pior situação financeira.

Este autor, ainda chama a atenção para o fato de o Brasil ser um país que ainda concentra uma alta proporção de jovens situados na faixa etária de 0 a 14 anos, demandando necessidades sociais e médica específicas; o que leva nosso país a enfrentar um dilema, entre as necessidades dos idosos e as exigências dos jovens, que encontram-se competindo pelos escassos recursos do governo.

Também é enfatizada pelos idosos do estudo a questão relacionada a uma vida regrada, exemplificada através de uma alimentação saudável, sono e repouso adequados, o que remete às necessidades humanas básicas e estilo de vida. Um estilo de vida que preze uma alimentação saudável e equilibrada, assim como sono e repouso, fatalmente levará à uma qualidade de vida satisfatória nestes aspectos.

Moragas (1997), refere que a maioria das pessoas com mais de 60 anos queixa-se de problemas relacionados ao sono, interrompidos durante a noite e períodos de sonolência durante o dia, havendo teorias que relacionam estes problemas à mudanças no sistema nervoso central. Algumas regras básicas são preconizadas para manter estas necessidades satisfeitas, segundo Viteck in SBGG - RJ (1997), quais sejam:

Em relação à alimentação e hidratação: 1) considerar sempre como princípio básico o equilíbrio entre quantidade,

qualidade, harmonia e adequação; 2) estimular ingestão hídrica; 3) oferecer alimentos que sejam compatíveis à arcada dentária e situação mandibular do idoso; 4) combater vícios alimentares sem ferir os hábitos do idoso; 5) subdividir as refeições, durante todo o dia.

Em relação ao sono e repouso: 1) um ambiente seguro, tranquilo e confortável; 2) estimular educação para o sono, impedindo a troca da noite pelo dia; 3) abolição de ruídos noturnos desnecessários, e diminuição dos ruídos durante repouso diurno.

O estilo de vida, segundo Moragas (1997) é o atual responsável por agressões ao organismo; mais do que a combinação de todas as doenças infecciosas do passado. Há, portanto, a necessidade de se pensar em ações preventivas, não só no sentido de se evitar hábitos patogênicos, como o consumo de álcool, fumo, número elevado de horas no trabalho, exposição a tensões excessivas mas, sobretudo, em torno de uma ação positiva.

As pesquisas atuais apontam para nutrição e exercícios físicos, como duas áreas de esperança. A mudança da dieta alimentar é um fator importante para o equilíbrio e potencialização das defesas do organismo. O exercício físico, com limites, demonstrou ser um fator importante para estimular certos órgãos e torná-los aptos frente certas agressões da velhice.

No entanto, também sob o enfoque do estilo de vida ressurgem a grave questão da exclusão e da iniquidade. É impossível pensar que os problemas de estilo de vida dos idosos brasileiros sejam uma questão de escolha e liberdade pessoal, o que poderia ser alterado por problemas educativos e de informação. Longe disto, trata-se de falta de escolha ou limites de opções dadas por um contexto social que alia antigos problemas de desigualdade social, recentes mudanças demográficas e econômicas, e falta de respostas eficazes em termos de políticas sociais.

Os dados apresentados através da sub-categoria 2C – “**a qualidade de vida é influenciada/condicionada por**” - vem complementar o que foi discutido até aqui, uma vez que as sub-categorias representam apenas formas de destacar um conteúdo coeso do ponto de vista do sentido de toda a categoria:

...depende de vários fatores...principalmente a

vida familiar...e a parte financeira que a gente não pode fugir disso aí... (Pintarroxo)

com todas as faculdades físicas e mentais ativas... o fato da pessoa poder se locomover livremente, pela próprias pernas, é importante... (Pardal)

...meus filhos todos criados...a vida deles definida... (Sabiá)

...o fator saúde é uma das coisas que influencia decisivamente na qualidade de vida... (Pintassilgo)

...agora tu não precisa mais lutar pela vida...sem a ansiedade de formar patrimônio, de ter bens...há uma certa segurança...eu não tenho esse sobressalto para atender as necessidades da gente... (Pardal)

...depois que a gente casa, a vida muda, tem coisas boas e ruins...(Pica – pau)

...não era como hoje...que tem TV...que tem informação...uma guria hoje sabe dos problemas... (Tangará)

Chama a atenção a ênfase com que alguns dos idosos referem a influência direta das relações familiares na qualidade de vida, trazendo questões imbricadas, como sentimentos de amor, carinho, afeto e atenção.

Ssenkolato apud Waldow (1987), sugere que devem ser criadas novas funções dentro da família, a fim de que os velhos sejam aceitos, considerados úteis e mantenham – se integrados na sociedade, constituindo o verdadeiro apoio familiar. Este apoio familiar, deveria envolver não somente o apoio material, mas sobretudo, segurança física, social e emocional, através da satisfação de necessidades que transitam entre moradia, alimentação, afeto e cuidados de saúde.

A isto, Moragas (1997), acrescenta que as relações familiares, dentre elas as conjugais, constituem sua essência. A qualidade das relações conjugais condiciona a qualidade das relações familiares entre gerações e com o ambiente externo.

Uma sociedade em que as famílias satisfazem os próprios membros é menos conflitiva perante os obstáculos sociais, físicos e laborativos.

Moragas (1997), também refere que entre os idosos, nos últimos anos do casamento ocorre uma convergência dos cônjuges em relação às respectivas necessidades, sendo esta uma relação lógica e um mútuo mecanismo de defesa, considerando-se as dificuldades impostas aos idosos na vida social.

A influência exercida pelo fator financeiro surge novamente nas falas dos idosos. Álvarez, Seiffer & Gonçalves, ao focar o aspecto econômico, defendem que a qualidade de vida e o bem-estar são obtidos mediante a máxima produção e o aumento quantitativo dos bens e serviços de forma global, podendo ser esta uma forma de conceber qualidade de vida, centrada no bem-estar material.

Faz-se também relevante a fala de um idoso no qual este cita, calma e tranqüilamente, que “não precisa mais lutar pela vida... há uma certa segurança”; parecendo que este idoso faz um balanço positivo de sua vida, condicionando-a à uma boa qualidade de vida.

No entanto, o exposto contrapõe-se ao que é vivenciado pela população brasileira, pois, segundo Veras (1994), existem “dois Brasis”; um que faz do Brasil uma das dez economias mais fortes do mundo, industrializado e competitivo; e um segundo Brasil, desesperadamente pobre, que mora em favelas e vive uma existência precária, sendo necessário enfatizar que a heterogeneidade de nosso país faz com que existam padrões de sociedade muito diferentes dentro de suas mais diversas regiões; e estas diferenças regionais necessitam ser consideradas, ao se pretender compreender o aumento da população idosa e planejar ações para este futuro.

Cabe destaque uma alusão interessante, feita por uma idosa, em relação ao acesso à informação. Embora seja corrente a preocupação com o tema da informação e comunicação social, está parece estar voltada para a população jovem. Não foram encontradas nas referências bibliográficas questões próprias da influência da mídia sobre os jovens, mas segundo Acosta – Orjuela apud Neri & Debert (1999), os idosos constituem o segmento que mais assiste televisão diariamente, consistindo numa valiosa fonte de informações, em relação a quantidade e

qualidade da TV que se assiste na velhice; sobre as necessidades, as motivações, as atitudes e os interesses dos idosos nesse período de sua vida.

O autor acredita que as necessidades que induzem um alto consumo de TV na velhice surgem, moldam-se e satisfazem-se conforme o contexto sócio-cultural ao qual o idoso pertence. Uma complexa rede de fatores de ordem biológica, psicológica, social e cultural, dificulta sua satisfação na velhice, motivando a busca de sua gratificação no meio de comunicação mais penetrante e próximo que tem ao alcance, qual seja, a televisão.

Como fator que influencia/condiciona a qualidade de vida foi bastante destacada a capacidade de locomoção, dentre aquelas que se relacionam a saúde e as condições físicas, o que remete a uma relação mais específica com a idéia de independência.

Gaiarsa apud Simões (1998), ao discorrer sobre a velhice, revela que esta não é um processo único, mas sim a soma de vários outros, distintos entre si. A diminuição mais marcante consiste na diminuição das reservas orgânicas do indivíduo, com uma regressão anatômica e funcional de todo o organismo, mais observado na diminuição do rendimento cardiovascular e respiratório.

Uma das principais características da velhice é o declínio físico, que leva a alterações sociais e psicológicas, que pode ser classificado de duas formas: a senescência e a senilidade. A senescência comporta o fenômeno fisiológico, onde o declínio físico e mental é lento, sendo compensado de alguma forma pelo próprio organismo. A senilidade caracteriza-se pelo declínio físico associado à desorganização mental. Esta não é exclusiva da idade avançada, uma vez que pode ocorrer prematuramente, identificando-se uma perda considerável do funcionamento físico e cognitivo, observável pelas alterações na coordenação motora, alta irritabilidade, além de uma grande perda de memória. (NARDEAU & PERONNET, 1985; BOAS, 1988 apud SIMÕES, 1998).

Mosquera (1993) refere que estas mudanças físicas afetam bastante os idosos, devido a sociedade apelar para chavões do tipo charme e beleza, não valorizando as mudanças próprias do envelhecimento. A beleza não deveria ser delimitada à juventude e a idéia que há beleza em qualquer idade da vida poderia ser mais divulgada. Tais mudanças físicas são verdadeiros

empecilhos e/ou problemas para a auto – imagem do idoso, levando a um nível muito baixo de valorização física por parte dos outros.

Simões (1998) refere que os estudos científicos caminham em busca de um trabalho preventivo em relação ao idoso, visando o seu preparo para o enfrentamento desse período da melhor forma possível. A determinação do ritmo do declínio ocorre através do nível motivacional dos idosos, sendo estes capazes de conservar por toda a velhice muito da imagem desejada de velhice. A senilidade pode ser exacerbada através de atitudes pessimistas em relação à vida, ao futuro, a si mesmo e aos outros.

Através da manutenção de atividades físicas bem orientadas, em conjunto com outros fatores, haverá, provavelmente, a predominância da senescência, repercutindo num envelhecimento sadio e conseqüentemente com melhor qualidade de vida. (SIMÕES, 1998).

A dimensão das aspirações que envolvem a qualidade de vida na velhice, de certo modo já trabalhada nas sub-categorias anteriores, recebe uma específica ressalva através da sub – categoria 3D, principalmente por envolver um duplo enfoque: a aspiração e o desejo como força perene a desenhar ideais e dirigir as buscas das pessoas, por menor ou menos promissor que seja o futuro vislumbrado; e as restrições e “cortes” sofridos por tais aspirações, a medida que a realidade do envelhecimento é experimentada sob o domínio das limitações de ordem individual e coletiva, dos desafios crescentes e de novas angústias.

Face a tais dificuldades e angústias, muitas vezes vividas de modo solitário, resta o refúgio num sonho de “suspensão/interrupção” ou esquecimento do processo de envelhecer, ou do que nele é visto como ameaçador.

...que minha vida continue bem, que eu não me preocupe...continuar como se eu não estivesse na terceira idade... (Gaivota)

Esta citação faz emergir sentidos ambíguos, ao aspirar que a vida “continue bem” funda-se o desejo nos mais diversos fatores, que passam pelos aspectos físicos, psicológicos, sociais e culturais, trazendo até mesmo uma conotação material; por

outro lado, também sugere a negação do envelhecimento, "... como se não estivesse na terceira idade". Isto relaciona-se visão da sociedade e dos próprios idosos sobre a velhice, o que será melhor trabalhado em categoria específica

Esta opinião, que apresenta-se tão importante, pode dificultar ou tornar satisfatória a aceitação desta etapa da vida; que sofre influência do ambiente, contribuindo para que as modificações biológicas (e sociais) ocorram em maior ou menor intensidade. Conceitos introjetados, característicos do ambiente e cultura de um povo, afetam o velho profundamente, determinando em grande parte seu modo de vida. (NICOLA, 1992).

Nicola (1992), ressalta a urgência de uma conscientização sobre o envelhecimento, onde boa saúde física e mental significa uma velhice satisfatória, mas onde se reconheça o papel que essa população idosa representa para a sociedade. Assim, o idoso possa acreditar em suas forças, assumindo-se como pessoa capaz de produtividade e de contribuição social; podendo constituir-se em agente transformador, vivendo plenamente seus anos de maturidade, integrado socialmente e aberto para novas experiências e descobertas.

Frente esta Categoria 2, fez-se possível concluir que a qualidade de vida na velhice depende de vários fatores, tais como: economia estável, vida regrada, que engloba alimentação saudável, sono e repouso adequados, remetendo-nos para um estilo de vida saudável.

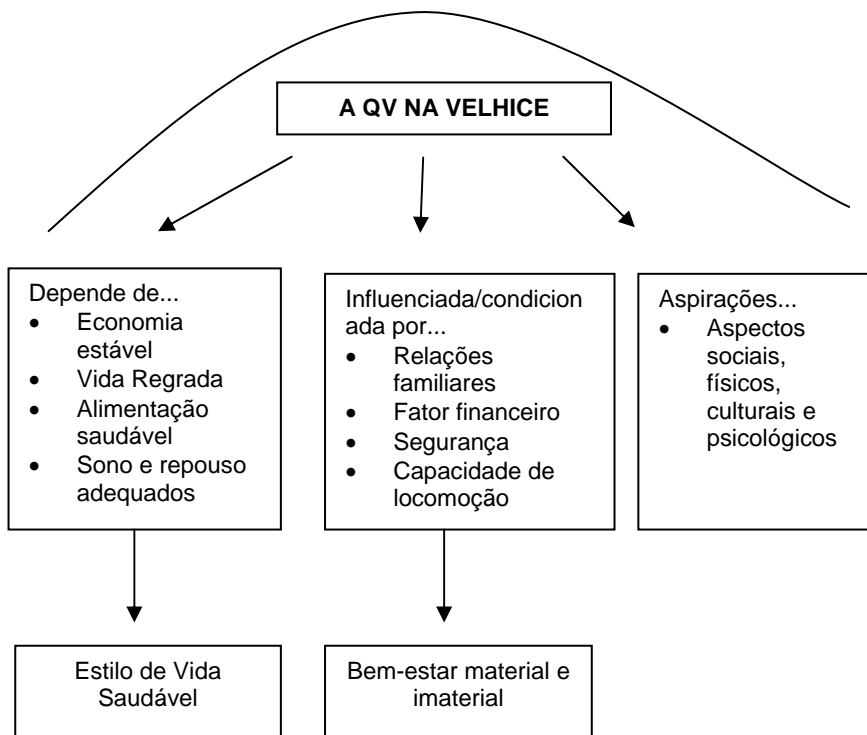
Tais considerações vêm a ser complementadas a partir das influências/condicionantes para se Ter qualidade de vida na velhice; quais sejam: a influência direta das relações familiares; a influência exercida pelo fator financeiro surge novamente como uma forma de se conceber qualidade de vi, enfocada no bem-estar material; a não necessidade de lutar pela vida, pois há uma certa segurança, também surgiu como um fator condicionante de qualidade de vida na velhice.

Outro fator que influencia/condiciona a qualidade de vida, e bastante destacado pelo grupo de idosos que fizeram parte do estudo foi a capacidade de locomoção, ou seja, é dada grande ênfase na independência física deste idoso.

Por fim, a qualidade de vida na velhice funda-se nas aspirações e desejos, que transitam pelos aspectos sociais, culturais, físicos e psicológicos, mesclada por sentimentos

ambíguos, ora positivos, ora negativos, da velhice vivida.

Graficamente é possível visualizar a qualidade de vida na velhice como segue:



4.3 CATEGORIA 3 - A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS – UMA ÁRDUA CONQUISTA?

A categoria 3 – denominada **“O que poderia ser feito para melhorar a qualidade de vida dos idosos”** objetivava que os idosos participantes do estudo apontassem seus direitos, buscando subsídios políticos e sociais em sua fala, partindo-se do pressuposto que não há ninguém melhor para discutir o que é bom para si do aqueles que estão inseridos no contexto e fazem

parte da realidade vivenciada.

Após a compilação dos dados contidos no corpo documental, chegou-se a uma síntese, representadas nas sub - categorias 3A e 3B, como demonstra o quadro:

CATEGORIA 3	O QUE PODERIA SER FEITO PARA MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS
Sub-Categoria 3A	FAZER para TER/POSSUIR... condições externas, de âmbito material e relacional, a serem propiciadas, obtidas, ou conquistadas no âmbito social e político
Sub-Categoria 3B	SER... CONDIÇÕES INTERNAS DESEJÁVEIS COMO IDENTIFICAÇÃO IDEAL

A Sub-categoria 3A “**Fazer para Ter/Possuir**”, foi a que mais fortemente se evidenciou e incorpora sentidos muitas vezes ambíguos, o que pode ser melhor compreendido ao desdobrar-se naquilo que é apontado como condições externas a serem possuídas, obtidas, independente do modo como tal acesso é conquistado.

Assim, embora se esperasse respostas com conteúdos mais voltados para a compreensão da cidadania, dos direitos e da situação do idoso frente às políticas públicas brasileiras, na maioria das falas, não há uma vinculação direta entre o que é percebido como necessário/desejável e o que é “de direito”, ou que deveria ser garantido, ou ao menos melhorado e buscado, pelo poder público, ou mesmo pela sociedade civil organizada. Algumas expressões exemplificam o conteúdo de “para melhorar a qualidade de vida é preciso fazer....”, onde o fazer adquiriu o sentido de dar acesso a, propiciar condições do idoso possuir...

...eu sempre parto da saúde...elas terem acesso a um bom sistema de saúde...assistência médica e psicológica... a parte de alimentação é importante, a parte de moradia também...eu acrescentaria também o lazer... (Pardal)

...ter centros de recreação, centros de reuniões... (Andorinha)

...mais abrigos para essas pessoas

velhas...uma casa para idosos, para que eles sejam cuidados... (Sabiá)

...mais recursos para cuidar as pessoas idosas, que não tratam direito, é aos trambulhão com as pessoas... (Pica – pau)
...ter compreensão da família, amigos e parentes... (Colibri)

...o reconhecimento das outras pessoas, dos mais novos, que eles precisam dos mais velhos...que tem muito a dar ainda... (Pintarroxo)

...é nessa hora que os filhos tem que olhar e dar amor, dar carinho...dar apoio, a pessoa fica mais confortável... (Cardeal)

...tem que dar aumento, não dar carístia de vida... (Carricinha)

...uma casa de repouso, prá não dizer asilo, bem atendida, com uma estrutura boa, pessoas capacitadas, enfermeiras, médicos...uma coisa meio utópica...(Tangará)

Interessante se faz observar que a maior parte dos sujeitos do estudo, expressa-se como se estivesse falando de outras pessoas, como se não fizesse parte do contexto de pessoas idosas; e também como se esta não fosse sua realidade.

As citações são claras em expressarem elementos materiais, tais como um bom sistema de saúde, centros de reuniões e de recreação, e elementos subjetivos, tais como o amor, atenção e carinho, já discutidos anteriormente e que compõem a qualidade de vida do ser humano, independente de faixa etária.

Faz frente às citações dos sujeitos do estudo, a Portaria nº 1.395, da Política Nacional de Saúde do Idoso, através do Art. 7º, incisos III, II e VII respectivamente, um conjunto de princípios definidos pela Lei Orgânica, destacando-se a “preservação de autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”; constituindo uma das questões essenciais enfocadas nesta Política, ao lado daqueles inerentes à integridade da

assistência e ao uso da epidemiologia para fixação de prioridades.

Deve-se citar também a Lei nº 8.842, regulamentada pelo Decreto nº 1.948 de 3 de julho de 1996, ao definir a atuação do Governo, indicando as ações específicas das áreas envolvidas, que busca criar condições para que sejam promovidas a autonomia, a integração e a participação dos idosos na sociedade, assim consideradas as pessoas de 60 anos ou mais.

Segundo a Lei nº 8.842/94, cabe ao setor saúde, resumidamente:

prover o acesso dos idosos aos serviços e as ações voltadas a promoção, proteção e recuperação da saúde, mediante o estabelecimento de normas específicas para tal, o desenvolvimento entre as esferas do governo e entre centros de referência em geriatria e gerontologia, e a inclusão da geriatria como especialidade clínica para efeito de concursos públicos, além da realização de estudos e pesquisas na área.

No entanto, a desigual e insuficiente concretização destes direitos em mudanças nos modos de vida e acesso a benefícios por parte desta população, deixam claro o fosso existente entre a letra da lei e a realidade vivida. Um estudo, realizado na região Sul do Brasil, demonstra, o quanto sua população é privilegiada, exposto através da própria Portaria ora referida; que relata que se persistir a tendência do envelhecimento como fenômeno urbano, as projeções para início do século XXI indicam que 82% dos idosos brasileiros estarão morando nas cidades; e as regiões mais urbanizadas, tais como a Sudeste e o Sul, ainda oferecem melhores possibilidades de emprego, disponibilidade de serviços públicos e oportunidades de melhor alimentação, moradia e assistência médica e social.

A própria Portaria nº 1.395/99 também reconhece o quanto o apoio aos idosos, praticado no Brasil, ainda é bastante precário e referencia que por se tratar de uma atividade predominantemente restrita ao âmbito familiar, o cuidado ao idoso tem sido ocultado da opinião pública, carecendo de maior visibilidade; e complementa, referindo que o apoio familiar e informal constitui um dos aspectos fundamentais na atenção à

saúde desse grupo populacional, não significando que o Estado deixa de ter um papel preponderante na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do SUS, capaz de otimizar suporte familiar sem transferir para a família a responsabilidade em relação a este grupo populacional.

Veras (1994), ao concluir seus estudos sobre a saúde do idoso no Brasil, refere algumas recomendações gerais, que vem de encontro às citações dos sujeitos do estudo; recomendando:

- Pensão – a posição econômica inferior das mulheres, em consequência dos rendimentos médios insuficientes e da dependência da renda do marido falecido, é um aspecto que requer aperfeiçoamento urgente. A aposentadoria oficial, principal fonte de sobrevivência das pessoas idosas, não é bastante para atender às suas necessidades. A pensão básica deve ser aumentada até uma soma suficiente para garantir a sobrevivência e deve ser paga a todas as pessoas que atingem a idade de aposentadoria. Embora haja um pequeno número de idosos sem nenhuma fonte de renda, o fato é lamentável e exige uma ação urgente por parte do governo.
- Auxílio financeiro proporcional à idade, redução de impostos, planos especiais de poupança – muitos idosos ainda vivem em extrema pobreza; sendo que a desigualdade de ganhos ainda é particularmente séria para as mulheres muito idosas, com saúde deficiente e que vivem sós. Como as mulheres são predominantes entre os muito idosos e entre aqueles que tem pouca saúde, diz-se com frequência que os problemas de pobreza na velhice tornaram-se e continuarão sendo em grande parte um problema das mulheres. A criação de pensões suplementares e pagamentos adicionais aos mais necessitados, bem como outros esquemas, tais como redução de impostos e planos específicos de poupança, são medidas que podem ser adotadas pelo governo para auxiliar o idoso a garantir o auto-sustento.
- Educação de adultos, programas de lazer – uma maneira possível de reduzir os problemas de solidão dos idosos e melhorar o contato social, assim como

desenvolver novas capacidades em idade mais avançada; representado pelas Universidades da Terceira Idade, que tem por principal objetivo desenvolver iniciativas culturais e intelectuais, incentivando o estudante mais velho a participar no ensino e aprendizagem. Esses programas trazem pessoas idosas para o “campus”, onde entram em contato com milhares de pessoas mais jovens; significando uma tentativa particularmente importante de diminuir a discrepância de valores e idéias que causam tensão entre as gerações diferentes.

- Clubes de idosos – a existência de atividades destinadas aos idosos isolados socialmente, mas que apreciam a companhia dos demais. É interessante o desenvolvimento destes espaços, de acordo com as características do local, postos em prática pelos próprios idosos e tendo o apoio do governo. Clubes sociais existem em todos os lugares do mundo ocidental como ponto principal de reuniões, onde as pessoas idosas podem se encontrar e travar relacionamentos fora do âmbito familiar. O Brasil necessita de programas de desenvolvimento com fins de estimular iniciativas deste porte.
- Tratamento de saúde – embora as pessoas mais velhas possam ainda ter expectativas de desfrutar anos de uma vida saudável e ativa, é amplamente reconhecido que os idosos são usuários dos serviços de saúde em taxas desproporcionalmente altas. A disponibilidade de serviços não é bem distribuída e muitos idosos recebem os primeiros cuidados somente em estágios mais avançados da doença. Sugere-se um serviço básico para idosos que deva oferecer um atendimento especializado e qualificado, ministrado por uma equipe bem treinada. Este serviço deve estar disponível para atender as necessidades de todos os idosos, de modo a conter e reduzir a debilitação resultante de doenças crônicas.
- Prevenção e atendimento primário – mudanças que ocorrem com a idade não se devem apenas ao processo de envelhecimento, devendo ser

consideradas o importante papel desempenhado pelas alterações sociais e patológicas, sendo que a adoção de medidas preventivas pode atenuar a deflagração de muitas situações. O alcance da prevenção é considerável para muitos dos problemas que atingem a velhice, mas as medidas preventivas, para se tornarem plenamente eficazes, devem começar na infância e continuar no decorrer da vida adulta, através da educação para a saúde.

Para uma discussão desta sub-categoria 3A, alguns elementos do conteúdo expresso pelos sujeitos podem ser ressaltados, de modo a buscar-se um aprofundamento destas questões na análise do contexto social brasileiro. Deste modo, pode-se destacar as condições de satisfação das necessidades **de alimentação, lazer, condições econômicas e relacionamento familiar e social**, como elementos desta categoria, representada pela ação de “possuir”, ou seja “desfrutar de...”, onde o “objeto” de satisfação configura um requisito ou o que deve existir, o que deve ser conquistado para uma qualidade de vida satisfatória. É interessante como, apesar da ação de possuir evocar objetos ou condições materiais, ela não se limita a este âmbito, mas inclui elementos de ordem afetiva e social, onde condições de interação e relacionamento são idealizadas e desejadas, tal qual objetos de desejos como alimentos.

Em relação a **alimentação**, Moragas (1997), refere que existe uma variedade de necessidades no ser humano, e a cada tipo corresponde uma tendência, que procura diminuir a tensão através da satisfação destas necessidades; e dentre estas necessidades básicas, encontra-se a necessidade de alimentação; existindo uma opinião generalizada de que os idosos necessitam menos de alimento do que as pessoas adultas. É lógica a diminuição das necessidades de alimentação e do número de calorias devido á menor atividade e funcionamento mais lento do metabolismo. Em geral, os idosos comem menos, embora a alimentação mantenha sua importância como atividade biológica e social.

Dada a maior disponibilidade de tempo, sabe-se que a alimentação é uma das atividades mais importantes em residências geriátricas, que proporciona uma oportunidade única para a relação social. Em todos os países, a alimentação dos idosos que moram sozinhos é deficiente, o que demonstra a

importância social do ato de comer em grupo. Assim, foi comprovado que o paladar pode manter-se até as idades mais avançadas, o que reforça a importância da variedade e da qualidade da alimentação.

O **lazer** também surge nas citações dos sujeitos do estudo, sendo uma preocupação dos mesmos possuir possibilidades de desfrutá-lo.

O mesmo autor, refere que a variedade de atividades de lazer está limitada pela criatividade humana, e a definição de lazer se torna tão subjetiva quanto a experiência humana. As pesquisas sobre o significado do lazer descobriram uma variedade de fins.

Mc Pherson apud Moragas (1997), indica uma lista de possíveis significados do lazer para as pessoas, tais como: estado mental ou atitude; ausência de trabalho; liberdade de escolha; tempo não regulamentado; descanso do trabalho e de atividades obrigatórias; jogos; atividades voluntárias; atividades expressivas (satisfação pelo processo mais que pelo resultado final); atividades instrumentais (satisfações externas pelo resultado final obtido); espontaneidade; atividades úteis e com significado; maneira de estar; atividades individuais e em grupo; atividades gratuitas e caras economicamente; atividades físicas, intelectuais e sociais; criatividade e rotina desejável; cultura elitista e de massa.

Moragas (1997), complementa, referindo que, se para diversas pessoas o lazer implica qualquer um desses significados, ele pode ser qualquer coisa, tornando-se uma definição subjetiva de sua experiência, dificilmente sujeito a homogeneidade ou à categorização. Existe certa variação em relação as atividades escolhidas durante a vida, embora a pessoa seja mais ou menos persistente e continue cultivando uma série de atividades sem mudanças radicais. O lazer surge, pois, como uma experiência global da pessoa, que, como o trabalho, o amor ou a relação social, responde a desejos diferentes em cada um. Considerando a sua novidade, a análise do lazer tem até hoje meramente descrito o tipo de atitudes, todavia, com o aumento da quantidade do tempo livre e com a intervenção de agentes políticos e econômicos, é lógico analisá-los qualitativamente.

A maioria dos cidadãos dá ensejo a análises descritivas do fenômeno lazer (tipos de atividades, quanto tempo se emprega

neles), mas não se estabelecem hipóteses sobre a seleção por parte das diversas pessoas.

Um dos componentes de maior inter-relacionamento com os diversos conteúdos expressos se refere “**as condições econômicas**” dos idosos e ao modo como são decisivas na qualidade de vida dos mesmos

Veras (1994), relata que a pobreza é uma característica amarga da velhice. Apesar da heterogeneidade dos idosos, uma característica recorrente da maioria das sociedades é que as pessoas idosas são em geral menos aquinhoadas economicamente do que os adultos mais jovens da mesma população. O fato está intimamente relacionado às mudanças sociais; que no Brasil decorreram do processo de urbanização e industrialização durante as últimas décadas, que teve conseqüências maiores para a geração mais velha. A proporção de pessoas economicamente inativas está aumentando. No passado, o status e o prestígio dos idosos era alto; nos últimos anos, porém, à medida que ocorreu a industrialização, foram havendo mudanças consideráveis a esse respeito.

A discriminação contra as pessoas idosas tem sido condenada como um desrespeito ao direito de trabalhar, e é freqüente dizer que a sabedoria e conhecimento acumulados por eles no decorrer dos anos é subestimada e sub-utilizada.

Moragas (1997), refere também que os recursos materiais da velhice não interessam somente ao idoso e, principalmente, ao aposentado, mas toda a sociedade, visto que a importância das pensões tem uma repercussão econômica direta no orçamento do Estado.

Das citações dos sujeitos do estudo também se depreende a palavra “produção”, fatalmente ligada ao trabalho e a sua distorcida relação com a velhice.

Caldas (1997), ao discorrer sobre trabalho utiliza definições de Marx, contidas na sua obra *Trabalho assalariado e capital*; onde o trabalho tem dupla significação, quais sejam: envolve uma série de movimentos corporais que penetram na vida psicológica. O desenvolvimento deste aspecto do trabalho é dividido nas fases de “adestramento”, que configuram a iniciação do indivíduo na vida ativa de trabalhador, e a seguir, uma longa fase de prática profissional, que acaba se confundindo com o cotidiano do indivíduo adulto. O trabalho é, também, a inserção obrigatória do indivíduo no sistema de relações econômicas e

sociais. Ele não é apenas fonte salarial, mas apresenta também o seu lugar na hierarquia de uma sociedade feita de classes e grupos de status.

Marx (1985), afirma que o trabalho é a atividade vital própria do trabalhador, ou seja, é a maneira pela qual ele manifesta a sua vida. Entretanto, ele vende essa atividade vital a um terceiro para conseguir os meios necessários à subsistência; trabalhando para viver. Não sendo o trabalho uma parte de sua vida, e sim um sacrifício de sua vida. Seu trabalho é uma mercadoria que os outros utilizarão, sendo que o produto de sua atividade não é o objetivo da sua atividade; o que ele produz para si é o salário. O trabalhador se vende a quem melhor pagar, às classes possuidoras dos meios de produção, e este não poderá se desligar dessas classes sem renunciar a existência. Esta é a distorção do trabalho na sociedade capitalista e, ao tratar-se do atual estágio do capitalismo avançado, à tal “trabalho alienado” soma-se a insuficiência de trabalho e formas de trabalho precário que não garantem a subsistência de grande parte da população dos países periféricos, por sua desigual participação e poder no mercado global.

Bosi apud Caldas (1997), completa a questão do trabalho afirmando que ao recordar o trabalho na velhice, este reveste-se de uma carga de significação e valor maior que no tempo da ação.

Para Caldas (1997), a relação encontrada entre o indivíduo e o trabalho é a “luta pela sobrevivência”, e que para alguns indivíduos não há outra motivação para o trabalho além desta. O trabalho poderá apresentar-se como negação do prazer e negação da possibilidade de desenvolvimento de outras potencialidades do ser humano. Toda uma vida de desgaste e limitação culmina numa velhice com uma acentuada conotação de perda da capacidade de trabalhar, perda da saúde e perda da capacidade física. O mesmo trabalho que limitou a qualidade de vida na juventude, agora é o parâmetro para o estigma da falta de valor ou a comprovação de uma total e completa rendição do homem ao trabalho, quando permanece como única possibilidade de acesso a recursos necessários, pela insuficiência da contrapartida previdenciária, que não garante ao idoso uma vida digna.

Assim, para o velho, muitas vezes, o desejável é ainda ter oportunidade de continuar trabalhando, pois sem a qual pode

chegar a condições de extrema pobreza. Porém, onde sobra mão de obra jovem, acirra-se o processo de exclusão e ao velho acaba restando o trabalho informal, pouco valorizado e, conseqüentemente, mal remunerado.

...tu não tem oportunidades...de ter uma profissão, porque tu não pode, tu tem 65 anos...a pessoa de idade...mas não tem idade de fica entrevada (como 80 ou 85 anos), aqui em Bagé, eu se for procurar um emprego, não acho em lugar nenhum.... (Tangará)

...você desconta 35 anos de previdência...no Brasil inteiro...quando se está velho, prá procurar uma consulta tem que se agendar, para poder ser atendido em Bagé e no Brasil todo... (João- de- Barro)

Embora não tão evidente como esperado, em alguns momentos se apresenta explicitamente a vontade dos sujeitos do estudo em que seja feito algo para melhoria da qualidade de vida dos idosos, como se pode exemplificar por mais algumas citações:

...mais indústria, esgoto, água...lixo...(Carricinha)

...proporcionar a convivência com os mais jovens...dar oportunidades continuarem a produzir...porque eles sabem ensinar...tem sabedoria... (Saí)

A questão da interação social, principalmente com os jovens, constitui-se numa aspiração que os idosos têm e alegam que esta deveria ser proporcionada.

Veras (1994), sem fazer alusão á juventude, recomenda centros de convivência, que podem proporcionar um motivo para sair regularmente e uma oportunidade de contato social. Estes, constituem um ambiente favorável para fornecer informações aos idosos sobre os mais diversos problemas que eles possam enfrentar. A participação em atividades interessantes pode ajudar a prevenir depressão naqueles que apresentam incapacidades físicas, uma condição comum nos idosos.

Freqüentar um centro de convivência diurna traria benefícios para muitos idosos com depressão moderada, ou leve, ou inicial e pode também se constituir em alívio considerável para as famílias; sendo que a assistência regular e a disponibilidade de uma equipe bem treinada dá a família a certeza de não estar enfrentando situações adversas sozinha.

Capitanini apud Neri & Freire (2000), ao discutir a importância dos contatos sociais refere que acreditar que o retraimento e o afastamento nas relações sociais é um processo natural para todos os idosos, seria o mesmo que considerar como esperado que as pessoas deixem de se socializar, mas não ter amigos ou não se relacionar socialmente por opção é um comportamento mais individual que generalizado.

Relata também, que em geral, os idosos estão satisfeitos com suas vidas e sua tendência é procurar desenvolver novos papéis sociais e solucionar metas e relacionamentos de acordo com princípios pessoais acerca do que lhes é mais significativo ou enriquecedor. Complementa, referindo que a família consiste em uma fonte de relacionamento seguro mas pessoas mais velhas preferem contatos sociais com amigos da mesma idade; sendo que uma razão para isso pode residir no fato de as relações de amizade serem voluntárias e escolhidas pela própria pessoa, ao passo que as relações familiares podem ser percebidas como uma obrigação. A qualidade de tais relações é mais importante na determinação da satisfação com a vida e com as relações, assim como a saúde física e mental, do que quantidade de relacionamento.

Sommerhalder & Nogueira apud Neri & Freire (2000), apontam estudos que reafirmam a importância do relacionamento entre gerações como a maneira mais eficiente para formar percepções positivas em relação a velhice, podendo ser um meio para amenizar preconceitos, aliviar tensões entre gerações, proporcionar consciência histórica de passado, presente e futuro e, mais importante, compartilhar a diversidade cultural de valores e estilos de vida.

Referem também, que algumas pesquisas internacionais verificaram o impacto de um programa inter-geracional para adolescentes, para o qual alguns idosos foram anteriormente preparados, a fim de permitir a interação em atividades e ajudas mútuas. Os resultados mostraram que os grupos que conseguiram mudanças positivas em relação a velhice eram os

que apresentavam certo grau de intimidade nas relações com as pessoas idosas. Outros estudos mostravam as relações entre avós e netos na escola, com os idosos auxiliando em atividades escolares; ao final, as crianças que participaram da interação apresentaram maior facilidade para aprendizagem. Crêem que o contato direto com o idoso reduz ambigüidade perceptiva do jovem em relação ao idoso, concluindo-se que as atividades com pessoas de diferentes grupos etários devem ser incentivadas.

Pelo que se apresenta, não é de estranhar que um dos importante componente da categoria, seja **o relacionamento com a família, amigos e parentes**, surgido das falas dos idosos, especialmente ao representarem o que precisa ser feito para melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Para Moragas (1997), as relações entre pais e filhos possuem uma dinâmica própria, de acordo com a maturação dos filhos que passam progressivamente da dependência total para a independência. Na velhice, é previsível uma recuperação da relação devido as maiores necessidades dos pais, produzindo-se o mecanismo da compensação vital. A vida familiar se estrutura ao redor de uma série de intercâmbios que se compensam ao longo da vida. As relações entre filhos, são afetivas mas autônomas. Ao chegar á velhice, existe certa probabilidade de que surjam nos pais limitações de diversos tipos. Então, os filhos intervêm para compensá-las com sua atenção e com seus cuidados. As relações inter-geracionais são solidárias, proporcionam ajuda em certos momentos vitais, em outros elas são necessárias, quando se reconhece a necessidade da compensação entre gerações e os jovens são educados para praticá-la, fomentando-se a integração entre as diferentes idades e a redução do conflito social.

As relações entre pais e filhos na velhice variam entre sexo e culturas. Também existe muitas diferenças importantes nas classes sociais, visto que os pais da classe baixa tem mais probabilidade de receber auxílio ou de chegar a viver com os filhos, do que os pais das classes média ou alta.

A maioria dos filhos se relaciona freqüentemente com os pais, apesar das declarações catastróficas sobre a morte da família e das relações familiares. Em nenhuma sociedade ocidental, a internação de idosos em instituições atinge 10% dos idosos e o panorama não é tão desastroso como possa parecer. Se do volume de relações se passa a qualidade delas, aparece

como mais importante a pluralidade de necessidades individualizadas em cada pessoa. Para os idosos, parece que o mais importante é o potencial de relação de ajuda e a consciência de que existe uma pessoa a quem recorrer em caso de necessidade, que lhe proporcionará a ajuda concreta solicitada, seja assistência durante uma doença, seja apoio psíquico ou relação social. Essa pessoa é o “outro interessado”, “responsável” ou “cuidador principal” a quem, em caso de necessidade, o idoso pode recorrer, pois reagirá positivamente.

Moragas (1997), ainda relata que os estudos realizados nas sociedades industrializadas qualificaram a relação atual entre pais e filhos com o seguinte título: “intimidade á distância”. Essa distância desaparece quando o idoso tem uma necessidade concreta, saúde, alimentação, companhia, relação, fazendo com que o filho interfira até onde seja necessário. Todavia, conhece-se pouco a essência, extensão e as modalidades da relação entre pais idosos e filhos. Na sociedade atual o tema mostra-se totalmente aberto, mas se mostraram inviáveis as previsões otimistas de um estado do bem – estar que proporcionaria satisfação a todas as necessidades humanas. Devido a isto, começam a surgir iniciativas para completar os serviços institucionais com atendimento particular. Porém, em primeiro lugar, aparece a instituição familiar como recurso eficaz econômica e socialmente.

A relação entre amigos/parentes não foi encontrada na bibliografia, porém, há a possibilidade de se inferir a palavra socialização, que para Moragas (1997), é o termo mais amplo para enfatizar que o ser humano desde que nasce se sujeita ás influências da sociedade, da qual faz parte e que ajuda a construir. A socialização é universal no tempo, começando com o nascimento e finalizando com a morte; e no espaço, onde todo o tipo de relação social impõe certo tipo de influência.

As atitudes implicam em uma tomada de posição em face da idade, numa valorização da pessoa em relação ao fenômeno observado. Inúmeros estudos sobre atitudes, concluem que em sociedades agrárias simples, as atitudes em relação aos velhos são mais favoráveis que em sociedades industrializadas e desenvolvidas. Nas primeiras, o valor do conselho e a experiência são mais importantes que nas modernas, em que predominam valores como a inovação, a iniciativa e a mudança. As atitudes dos jovens em relação á velhice variam muito,

dependendo da experiência que tenham tido com idosos. O contato pessoal e a vivência real modificam atitudes negativas, talvez devido á deformação dos meios de comunicação de massas, em atitudes neutras ou positivas.

Moragas (1997, p.118), refere ainda que, á medida que se descobrem novos fatos sobre o envelhecimento e sobre suas potencialidades, elabora-se um novo *status* social, cuja característica principal é o seu dinamismo; e enfatiza: “nossas concepções atuais sobre a idade e sobre o seu papel na sociedade serão, portanto, muito diferentes no futuro”.

A sub-categoria 3B foi sintetizada no verbo “ **Ser**”, para intencionalmente apresentar uma outra forma de olhar estes achados, optando por revelar uma nova dimensão do conteúdo expresso, agora não mais identificada com algo externo, seja por ser propiciado ou conquistado, mas com uma situação interna (embora nunca desvinvulada dos elementos concretos já apresentados), com modos de se sentir ou se perceber em uma identificação com certas imagens ou ideais de pessoa humana... respeitada, saudável ou cuidada, como se pode representar nos exemplos a seguir:

...ser mais humanos... (Colibri)

...se fosse bem curada, pessoa sã... (Cotovia)

...a pessoa tem que ser cuidada na casa dos filhos, ao lado deles...todo ser humano deveria cuidar da terceira idade... (Andorinha)

Observa-se através dessas citações, aspirações que os idosos tem; tal como ser saudável; a necessidade que as pessoas tem que as outras sejam humanas e a vontade de ser cuidada pelos filhos.

A citação “...ser mais humanos...”, nos remete á palavra igualdade. Moragas (1997), referencia que todas as sociedades distribuem desigualmente as oportunidades vitais entre seus membros, embora, nas sociedades democráticas modernas, as diferenças sejam menores e existam diversos mecanismos políticos sociais, educativos, trabalhistas, de seguridade social, que tentam compensar as principais diferenças para tornar possível o princípio da igualdade de oportunidades. A experiência diária demonstra e os estudos provam que as

oportunidades não são totalmente iguais para as mulheres, para as minoria étnicas e para os idosos; todavia, entre todos os fatores discriminatórios existentes nas sociedades contemporâneas, a idade não é o fator mais importante, uma vez que existe maior discriminação em relação a raça e ao sexo.

O autor refere também, que quando os preconceitos em relação a velhice resultam em tratamento negativo ao idoso, em qualquer dos seus papéis sociais, surge a discriminação; e quando esta ocorre, há a desumanização. A discriminação em razão da idade é comum nas sociedades que se baseiam em valores jovens, características das sociedades industriais, desenvolvidas, em que não são previsto papéis para os idosos.

Um caso extremo de discriminação por idade ocorre quando os próprios idosos excluem voluntariamente pessoas de outras idades das suas relações sociais, comunidades residenciais, ou do lazer de aposentados, aos quais as pessoas só podem ter acesso a partir de certa idade. Esta situação segregadora deve ser respeitada como exercício livre da vontade dos envolvidos, mas reduz a possibilidade de contatos sociais frutíferos entre as diferentes gerações e limita as possibilidades de integração social.

Essa discriminação, a longo prazo passa a ser negativa para o idoso, embora a curto prazo suponha uma vantagem ou proteção; já que o restante da sociedade não permanece indiferente, e as limitações ao contato social contribuem para acusar os idosos de fomentarem o estereótipo de que eles constituem um grupo segregado e segregante do resto da sociedade.

As manifestações externas da discriminação, comum nas sociedades contemporâneas, ocorre quando à discriminação por idade se acrescentam as desigualdades de sexo, de nível econômico, de etnia, de falta de saúde, de falta de relações sociais, como viver sozinho e não ter família. Tal situação acontece nas sociedades contemporâneas avançadas, devido ao grande número de mudanças sociais que arrasam estruturas psíquicas, econômicas e sociais estabelecidas; não propiciando o surgimento de mecanismos substitutivos e integradores.

A saúde surge através da citação de um dos sujeitos do estudo, como uma grande aspiração representada pela vontade da idosa que cita: "...se fosse uma pessoa curada, sã..."; e trás à luz a questão do envelhecimento patológico que Moragas (1997),

ilustra sabiamente; referindo que em qualquer idade é difícil estabelecer a diferença entre o normal e o patológico; a velhice não constitui uma doença em si mesma, mas a probabilidade de adoecer durante a velhice e de que a doença deixe seqüelas no organismo é muito maior do que em outras etapas da vida.

Reflete-se o anteriormente exposto na diferenciação habitual entre doença aguda e doença crônica. A aguda consiste na doença de pouca duração e seu desenlace pode ser previsto; enquanto que a doença crônica se caracteriza pela longa duração e por acarretar uma limitação residual.

A incidência de doença aguda é menor entre os idosos, mas quando os afeta eles demoram mais para curar-se e as conseqüências são mais graves do que em outras faixas etárias. A doença crônica está mais disseminada entre os idosos e seus efeitos são acumulativos, já que se supõe as limitações que ocasionam nos órgãos e sistemas, provocando a diminuição da resistência global em face da agressão externa.

Para que se evite a cronicidade, e encontre-se o equilíbrio na velhice normal, sem doença, Moragas (1997), refere que é necessário adotar um enfoque preventivo antes que surja a agressão; e para que o organismo envelhecido resista às agressões vitais, é necessário que haja prevenção vários anos antes.

O ideal seria que o projeto de saúde vital se iniciasse com o nascimento.

Esta prevenção, pode ser complementada pela Política Nacional de Saúde do Idoso, Portaria n.º 1.395, onde são definidas suas diretrizes essenciais; a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção da capacidade funcional; a assistência às necessidades de saúde do idoso; a reabilitação da capacidade funcional comprometida; a capacitação dos recursos humanos especializados; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e o apoio a estudos e pesquisas.

Também surge mais uma vez a questão dos filhos e a aspiração ou expectativa que os sujeitos do estudo tem de ser cuidados por estes.

Gonçalves, Álvarez & Santos (1997), em trabalho intitulado "a profissão de enfermagem e os cuidadores leigos de pessoas idosas", referem que a família atual vem passando por um processo de mudanças estruturais, tanto em sua composição,

quanto nos papéis desempenhados por seus membros. A mulher vem progressivamente inserindo-se no mercado de trabalho, o que a dificulta o desempenho de suas funções de cuidadora da família, o que fica ainda mais prejudicado pelo cada vez mais limitado número de membros no núcleo familiar.

A Constituição Federal de 1988, elucida no Art. 229: “Os pais tem o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores tem o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”; e o Art. 230, refere: “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito a vida”.

Contudo, como relata Oliveira (1985), a família, no seu contexto mais amplo é constituída de pessoas interligadas por escalas de valores e desempenho de papéis determinados e sucessivamente delegados aos descendentes. Vários grupos etários estão envolvidos na unidade familiar, proporcionando uma seqüência de idéias, atitudes e comportamentos determinados pelos padrões sociais vigentes e pelas próprias condições sócio – econômicas e culturais do grupo social.

Já Orem (1971), refere que todas as pessoas tem o direito e a responsabilidade de cuidarem de si mesmas para manutenção de sua saúde, seu bem – estar e sua própria vida. Quando impossibilitados, os familiares tem a responsabilidade de prover estes cuidados tanto à crianças como aos idosos, contribuindo para a manutenção de sua segurança emocional, auto-estima e auto-imagem. É um processo que objetiva preservar o gerenciamento de sua própria saúde com autonomia e independência.

A categoria 3 permitiu vislumbrar algumas conclusões, estas guiadas pelos verbos Fazer para Ter/Possuir e Ser.

O verbo Ter/possuir foi o que mais se destacou nas falas do grupo de idosos estudados, este centrado em condições externas; de âmbito material e também relacional.

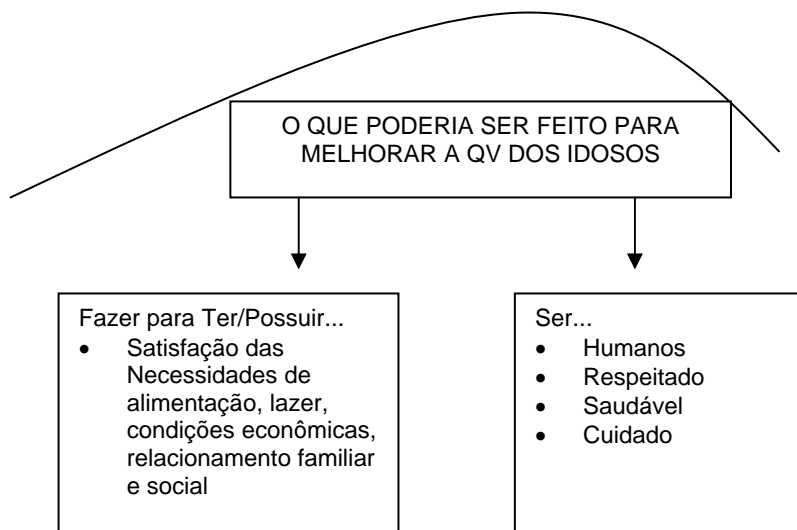
Ao destacar estas condições externas, vislumbra-se a satisfação da necessidade de alimentação, lazer, condições econômicas e relacionamento familiar e social.

O verbo ser foi evidenciado como uma condição interna, mas não desvinculado de elementos concretos já apresentados.

O “ser” apresentou-se como uma maneira de se sentir,

perceber-se, fazendo surgir ideais de como ser humano, como ser respeitado, ser saudável, ser cuidado.

A representação gráfica a seguir, possibilita o vislumbre desta categoria de uma forma sintética.



4.4. CATEGORIA 4 – O SER IDOSO – POR ELE MESMO

A categoria 4 - denominada “**A auto-imagem/auto-percepção do ser idoso**”, surgiu no decorrer da compilação dos dados, sendo considerada de suma importância para uma maior e melhor compreensão da velhice. Esta categoria foi dividida em sub – categoria 4A e 4B, conforme demonstra o quadro:

CATEGORIA 4	A AUTO – PERCEPÇÃO/AUTO – IMAGEM DO SER IDOSO
Sub-Categoria 4A	Positiva
Sub-Categoria 4B	Negativa

Para iniciar a análise da sub-categoria 4A - **Positiva**, alguns exemplos de expressões dos idosos participantes do estudo podem ser recortados:

...gosto da vida...(Pica – pau)

...a minha vida é boa, mas não porque sou doente...(Cotovia)

...a gente tem que aprender a viver com reduções...faculdades físicas e mentais...prá mim ...eu tenho sido muito aquinhoado nessa parte... (Pardal)

...Velhice sozinha...mas feliz...(Cardeal)

...os idosos tem muito a dar ainda...(Saí)

...a gente vê pessoas de idade cheias de vida, alegres, com atividades... (Pardal)

...As pessoas da terceira idade sempre tem alguma coisa prá transmitir aos mais jovens...até prá fazer um bolo...(Saí)

...eu solto a “franga” como se diz...isso eu tinha quando era jovem...hoje eu tenho 60 anos...uma vovozinha muito honrada...eu vibro e gosto de expansão...de botar prá fora... (gaivota)

...tem que ter disciplina...disciplina é tu saber onde tá o teu direito... (andorinha)

...na terceira idade não podemos fazer certo exageros... (Saí)

Esta sub-categoria trás à luz uma série de reflexões em relação á auto percepção e auto-imagem da velhice.

O “gosto pela vida”, que surge em algumas citações, algumas explicitamente e em outras mais implicitamente, poderá ser interpretado por “gostar de si mesmo” e este termo faz emergir a auto – estima do ser idoso.

Para Erbolato apud Neri & Freire (2000), o termo auto-estima tem o significado de gostar de nós mesmos, nos apreciarmos de modo genuíno e realista, o que não quer dizer

supervalorização de nossa própria pessoa, arrogância ou egocentrismo; e sim, que gostamos do que realmente somos, aceitando nossas habilidades e também nossas limitações.

Refere também, que auto-estima é parte integrante de nossa personalidade, sendo que a avaliação que fazemos de nós mesmos determina como conduziremos nossas vidas, quais serão nossos objetivos, como enfrentaremos situações difíceis e, conseqüentemente, como nos relacionaremos com os outros. Um julgamento positivo depende não apenas da integridade de nossa identidade, mas também das comparações que fazemos entre nós e outras pessoas.

Conclui também, que valores sociais sem bases da realidade ou preconceitos acerca do envelhecimento exercem um impacto negativo na auto-estima.

A partir do parágrafo anterior torna-se possível inferir Freire (2000), que afirma que envelhecer satisfatoriamente depende do equilíbrio entre limitações e as potencialidades do indivíduo; onde há uma busca por determinar que os mecanismos compensatórios e adaptativos permitem envelhecer com qualidade e bem-estar, do ponto de vista biopsicossocial, aumentando também, as reservas inexploradas dos idosos e seu potencial para mudanças, de maneira a identificar condutas que levam a um envelhecimento bem – sucedido.

Necessário se faz discutir a citação de um idoso, no qual este refere que “o idoso tem de aprender a viver com reduções”.

A chegada da velhice aparece como um momento mais fenomenológico do que cronológico; e que a tomada de consciência de limites impõe-se como uma restrição praticamente irreversível (FRANÇA, 1989). As condições orgânicas, ao fixarem limites biológicos, tornam-se freqüentemente o claro prenúncio para o idoso da chegada desse momento.

Oliveira (1992) vem complementar o exposto anterior referindo que o envelhecimento é uma realidade inegável, no entanto, deve ser visto como um processo natural, necessário no “continuum” biológico e pode ser descrito como uma fase de associação de fenômenos de degenerescência, sendo sua principal característica a dificuldade de adaptação às modificações internas e externas. Tal dificuldade é expressa pela incapacidade de coordenação das várias funções orgânicas em um equilíbrio homeostático, quando o idoso é submetido à

situações de estresse. Esta alteração pode ser explicada como a diminuição gradativa da reserva funcional dos indivíduos idosos, o que vem a comprometer sua capacidade de adaptação ao meio externo e/ou interno, prejudicando desta forma a eficácia dos mecanismos de manutenção da homeostasia.

Porém, o envelhecimento tem uma característica individual, como colocado por Babb apud Oliveira (1992), que cita: “envelhecer é um processo altamente individual, sem um padrão estabelecido, único em cada pessoa, acompanhado pelas experiências, atitudes, circunstâncias e aspirações que o acompanham durante toda a vida”. A isto, acrescenta-se Oliveira (1992), que refere que o envelhecimento é um aprendizado pessoal, onde cada um sentirá a seu modo o conteúdo vivo das lições.

Alusão importante deve ser feita em relação à idosa que se diz uma “vovozinha muito honrada”; observando-se que esta idosa parece estar plenamente satisfeita com seu papel social de ser avó, o que confirma que as relações entre avós e netos podem ser construtivas e gratificantes, para ambos. Moragas (1997), defende a idéia que os avós proporcionam às gerações jovens uma âncora situacional ao transmitir-lhes uma história social geral e da própria família.

A citação do idoso, qual seja, “na terceira idade não podemos fazer certos exageros”, foi tida como positiva, pois conforme Freire in Neri & Freire (2000), o envelhecimento satisfatório depende do equilíbrio entre limitações e potencialidades da pessoa, o que lhe permitirá enfrentar perdas inevitáveis da última fase da vida, e de sua constante interação com o meio ambiente, de forma a facilitar sua adaptação às mudanças ocorridas em si próprio e no mundo que o cerca.

Adaptações são competências do ser idoso, que Freire in Neri & Freire (2000), referencia como multidimensionais, pois englobam o aspecto emocional, com sentido de estratégias e habilidades do indivíduo em lidar com fatores estressantes; o aspecto cognitivo, relacionado à capacidade para resolução de problemas e o aspecto comportamental, no sentido do desempenho e da competência social.

A autora relata que todo esse conjunto de fatores dará condições diferenciadas para cada indivíduo lidar com as perdas e as transformações decorrentes do envelhecimento, adaptando-se às transformações ocorridas em si e no meio em que está

inserido.

Citações em que expressam alegria, felicidade e atividades, remetem a satisfação de viver. Os idosos podem manter uma visão positiva de si mesmos e a capacidade para controlar suas próprias vidas, em geral, apesar das dificuldades inerentes ao envelhecimento, sendo capazes também de ajustar seus projetos de vida de acordo com as condições presentes. A satisfação com a vida mantém – se elevada na velhice, especialmente quando os indivíduos estão empenhados no alcance de metas significativas de vida e na manutenção ou no restabelecimento do bem – estar psicológico (FREIRE apud NERI & FREIRE, 2000).

Na sub-categoria 4B - **Negativa**, as representações encontradas são citadas a seguir:

...a minha vida é boa, mas não porque sou doente... (Cotovia)

...velho precisa de remédio...que tenham atenção comigo, vão lá (no asilo), faz falta a parte afetiva na vida do idoso... (Tangará)

...o idoso não sai prá rua...o idoso não tem contato com as pessoas...em termos...porque vai dificultando as pernas, os ouvidos, os olhos...então...tem que ter um pouquinho de atenção, ver que as pessoas se preocupam... (Tangará)

...trabalham tantos anos para ter uma aposentadoria de cento e poucos reais, muitas pessoas não tem como viver...o governo devia olhar mais para essas pessoas...pelos necessitados... (João – de – Barro)

...a velhice é difícil, sem dinheiro para poder consultar...(Pica – pau)

...velhice, dá impressão...assim...que a gente não pode fazer certas coisas, certas atividades, certos envolvimento... (Gaivota)

...a parte afetiva influi, acho que todos os idosos devem se queixar disso...tu não tem oportunidades...de ter uma profissão, porque tu não pode, tu tem 65 anos...a pessoa de

idade...mas não tem idade de fica entrevada (como 80 ou 85 anos), aqui em Bagé, eu se for procurar um emprego, não acho em lugar nenhum...já pelas limitações da idade...como vou atender o público? Porque eu não ouço direito, tenho problemas nos olhos, dificuldades com as pernas, não posso ficar de pé muito tempo, tudo isso vai limitando, então...tu vai te sentindo relegado...num cantinho...”(Gaivota)

“...eu acho muito difícil a terceira idade...porque tudo o que tu tem de defeito piora com a idade...é brabo o caso! Sou surda, uso aparelho...me traumatizei quando coloquei...botar prótese...tirar os dentes naturais...porque tem tanto velho que não usa aparelho para ouvir? Não usa óculos...é muito difícil...uma pessoa ativa desde nova...acho que se sente menos...eu quando tiver que sentar numa cadeira, vou sentar porque por natureza sou acomodada...mas por outro lado...acho que os mais ativos sofrem mais... (Gaivota)

...as pessoas de idade...às vezes são solitárias...às vezes a própria pessoa se envolve nessa solidão, se recusa a participar do mundo...a solidão ...é uma coisa que às vezes a própria pessoa se encerra nela, se enclausura...meio masoquista isso...vejo que as pessoas nessa idade são bastante masoquistas até...não procuram se abrir para o mundo... (Pardal)

...a mocidade hoje...em geral, não respeita a terceira idade...acha a terceira idade um objeto, que se usou ...não presta...e joga fora...porque a pessoa fica numa certa idade...e é abandonada...é relegada à terceiro plano...os familiares não querem cuidar...quando cuidam, cuidam com nojo, todo o ser humano deveria cuidar da terceira idade... (Andorinha)

...só há interesse pelos que estão bem...os que não estão, ninguém se interessa... (Sabiá)

Observa-se em primeira instância que as conotações

negativas atribuídas à velhice são inúmeras, se comparadas às conotações positivas, levando a crer que esta sub-categoria merece aprofundamento em sua análise e discussão.

O conceito de saúde emerge nas citações fazendo com que haja a necessidade de discutir a questão. Kastenbaun (1981), refere que mudanças relacionadas com a idade podem variar muito num mesmo indivíduo; não havendo, portanto um ponto nítido a partir do qual nossa atuação física ou psicológica passe a declinar inexoravelmente; o que leva a crer que a saúde e as capacidades das pessoas que estão chegando na senescência variam bastante, sendo necessário ter flexibilidade em relação às medidas que se tomam para dar-lhes assistência e/ou ocupações. Deve haver consciência das limitações a que aos poucos o ser humano idoso vai sendo submetido no decorrer do seu processo de envelhecimento. A saúde não é conservada para sempre, mas a existência não está acorrentada apenas a fatores fisiológicos.

Beauvoir (1990) cita que:

...a velhice se apresenta com mais clareza aos outros do que ao sujeito mesmo; é um novo estado de equilíbrio biológico; se a adaptação se processa sem tropeços, o indivíduo que envelhece, não percebe.

Fenômenos biológicos, onde insere-se as questões relativas à saúde, é caracterizado por alterações físicas que ocorrem com o ser idoso, que conforme Oliveira (1992), dizem do embranquecimento dos cabelos, a perda da visão e audição, entre outros, conforme diferenças individuais entre as pessoas, e fatores extrínsecos, como problemas nutricionais, excesso de álcool, fumo e tipo de trabalho, entre outros.

Atinge violentamente a saúde do ser idoso as questões relativas as dificuldades econômicas, que foram explicitadas nas citações: “velho precisa de remédio”; “velhice difícil, sem dinheiro prá consultar”.

As condições econômicas do ser idoso refletem uma grande preocupação por parte destes e contribuem para uma visão estereotipada da velhice, e talvez, até a negação desta etapa, pois a bibliografia revela o quanto os idosos são lesados após a aposentadoria, com rendimentos escassos, que muitas

vezes levam a limitações no seu viver diário. Dificuldades financeiras acompanham, em geral, a maioria dos idosos, desde o último dia de trabalho; levando à inúmeras carências que talvez, sejam contribuintes para afetar a visão do idoso em relação à velhice nos âmbitos sociais, psicológicos e físicos.

Outra característica marcante relativa à velhice e apontada como negativa, é o aspecto psicológico, sentimento de solidão, que possivelmente possa vir acompanhado de depressão, sentimento de ser inútil, não ter metas, objetivos e ansiedade, vindo a ocasionar atitudes negativas.

Para Mira y López apud Oliveira (1992), os aspectos/alterações psicológicos da idade avançada são principalmente devidos à dissimulação dos anseios pessoais a ao impacto que o conceito pejorativo da velhice exerce sobre o indivíduo.

Oliveira (1992) relata que conceitos introjetados, característicos do ambiente e da cultura de um povo, afetam o velho profundamente e determinam em grande parte o seu modo de vida.

Considero importante ressaltar que a velhice não quer dizer doença, e conforme Beauvoir (1990), Jacob Filho et al. (1994), Kastenbaun (1981), Riemann (1990), a redução de capacidades e doenças não são sinônimos, embora representem desvios em relação a um estado ideal de saúde.

Os mesmos autores ainda referem que no cotidiano, o velho é freqüentemente associado à doença, sendo apressado o hábito de considerar a velhice como doença, atuando como um obstáculo à restauração/reabilitação da saúde do idoso quer por parte da família, dos profissionais da saúde, assim como do próprio idoso.

Nesta categoria também surgem alusões negativas em relação à discriminação, tanto por parte da família, quanto por parte da sociedade em geral. Para tanto, vale referenciar Neri (1997), quando esta autora discorre sobre a predominância nos indivíduos e nas sociedades preconceitos negativos em relação ao velho e a velhice, os quais seriam, em parte, reflexos do problema social da velhice. Em relação a esta concepção, Neri relata que a literatura internacional apresenta uma grande variedade de resultados sobre atitudes em relação à velhice; não havendo uma predominância clara dos preconceitos relacionados à velhice em sociedades, grupos e indivíduos.

Para complementar o exposto anterior, faz-se possível inferir Moragas (1997), que afirma ser a velhice uma etapa vital peculiar, contrapondo a velhice como uma etapa totalmente negativa: “a pessoa constitui um ser em processo de desdobramento que se vai completando com a experiência vital em todas as suas facetas...uma pessoa idosa possui várias experiências, conhecimentos e saberes que um jovem não pode ter... se a sociedade valoriza unicamente o desenvolvimento fisiológico, são evidentes as limitações dos idosos...se ela aprecia a qualidade psíquica e social, então, há muitas oportunidades para eles...”

É possível, entretanto, observar através desta categoria, que os idosos participantes do estudo, apesar de travar batalhas infinitas perante seus sentimentos positivos e negativos frente à velhice, continuam este “combate”, para manter-se bem e fazer-se bem frente o processo de envelhecimento, o que contribui para ver a sua imagem da velhice é positiva; o que deve ser revisto são as imagens extrínsecas a este; imagens estas formadas pela sociedade que preza o jovem em detrimento do velho.

A categoria 4 possibilitou vislumbrar, através do grupo de idosos que fizeram parte do estudo, a auto-imagem/auto-percepção do ser idoso, sendo esta dividida em positiva e negativa, trazendo à luz várias reflexões do ser idoso a cerca de sua própria auto-imagem/auto-percepção durante a velhice.

A conclusão que se vai ao encontro nesta categoria, se é positiva ou negativa, dependerá de inúmeros fatores, pois o envelhecimento apresenta características altamente individualizadas, onde se faz possível padrões que devem ser estabelecidos.

A idéia de envelhecimento positivo ou negativo dependerá de cada ser humano individualmente, acompanhado de suas próprias experiências e vivências.

Em relação ao grupo de idosos do estudo, parece Ter havido uma tendência para uma auto-imagem/auto-percepção negativa da velhice.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalizar um estudo sobre qualidade de vida e, principalmente, qualidade de vida sob a ótica do idoso, não se constitui numa tarefa fácil, pois estes são dois temas de grande contemporaneidade em todas as esferas disciplinares, representando desafios emergentes às ciências sociais e da saúde e, portanto, à enfermagem.

A oportunidade de ter como sujeitos partícipes deste estudo idosos com as mais variadas histórias de vida, experiências e vivências, por si só contribuiu indelevelmente para meu crescimento pessoal e profissional, pois no contato direto com estes idosos, mesmo que por curto espaço de tempo, foi travado um relacionamento aberto à troca de idéias, a uma interação positiva e a novos conhecimentos e satisfações.

As análises e discussões dos dados obtidos através das falas dos idosos, proporcionou-me aprofundar num mundo de singulares conhecimentos acerca da geriatria e gerontologia; áreas estas, instigantes, e que serão cada vez mais solicitadas para se compreender e atuar em enfermagem. Parcelas cada vez mais presentes das populações se deparam com o processo de envelhecimento e este fenômeno merece atenção por parte dos profissionais da saúde; a exemplo do que acontece com o processo de viver da criança, do jovem e do adulto. A vida não finda aos 60 anos; ao contrário, a vida do ser humano no decorrer do tempo toma novos contornos, novas necessidades e é objeto de diferentes abordagens, nos âmbitos biológicos, psicológicos e sociais.

Adentrar na temática qualidade de vida consiste um amplo exercício de sua compreensão, onde é possível perceber o quão complexo e profundo é seu entendimento e significação, isto comprovado através dos mais variados estudos e pesquisas, nas mais diversas áreas do conhecimento humano.

Ao buscar por respostas relativas à qualidade de vida de idosos através da aplicação do instrumento proposto para este estudo, me foi proporcionada a conclusão de que o modo de conceber a qualidade de vida é construído a partir da história de vida de cada um.

Os idosos participantes do estudo apresentam uma noção de qualidade formada por componentes que transitam pela

situação sócio – econômica, adentrando nas interações sociais e culminando com sentimentos que dizem de amor, atenção e carinho, para formar os componentes auto-referenciais, ou seja, satisfação, auto-realização e dignidade.

Estes componentes mostram-se dinâmicos, sendo que, em determinadas situações, as condições sócio – econômicas são mais presentes, como a satisfação de necessidades primárias e secundárias, como “ter/possuir” um bom salário, uma moradia, ou “fazer” uma atividade que proporciona prazer; e em outros momentos, se destaca a necessidade de “ser” amado, apoiado, querido pelos filhos, familiares e ou amigos; enfim, os componentes englobam o ser e o ter que formam a mais alta aspiração do ser humano - a felicidade e a auto-realização.

Estas considerações tornam claro que qualidade de vida se apresenta como um constructo multi/polifacetado, onde as inter-retro-relações entre quantidade e qualidade; extensão e intensidade formam um todo articulado, não podendo ser dicotomizado ou fragmentado.

Para a enfermagem, as conseqüências da compreensão e significação de qualidade de vida e qualidade de vida de idosos, a meu ver, apresenta uma série de implicações, pois a partir destes significados poderá voltar-se para uma atuação mais efetiva e crítica, contrapondo-se a um fazer rotineiro e descontextualizado. Se o ser humano é construído e constrói-se a partir de sua história de vida, busca-se nestes componentes formas de cuidar mais humanizadas, centradas no ser humano como um projeto infinito, sempre inacabado, independente de sua idade, sexo, classe social ou etnia, e tendo por meta ajudar no seu processo de viver saudável; incitando-o ao encontro de suas possibilidades; explorando suas capacidades e incentivando-o a provocar o exercício deste viver, aos 10, 20, 40 ou 80 anos. Isto se faz através de ações de educação, de prevenção, de implantação e implementação de programas, centrados no compromisso social da profissão, ajudando e auxiliando o ser humano para o pleno exercício de sua cidadania.

O estudo proporcionou inúmeros conhecimentos relativos à estas duas temáticas, o que culminou em grande prazer no seu desenvolvimento. A teorização suscitada foi de grande importância para meu crescimento, enquanto pessoa e profissional, fazendo-me questionar sobre minha própria qualidade de vida; o que certamente se refletirá no meu exercício

enquanto cidadã, enfermeira e docente de enfermagem.

Porém, enquanto ser humano sempre em construção e, portanto, insatisfeito; sinto que ficou um vácuo no sentido de experienciar e tornar prático o impacto deste conhecimento, como também buscar compartilhá-lo com os idosos do estudo e com outros profissionais; o que só vem estimular a busca de consolidação deste campo de vastas investigações futuras para a enfermagem.

Sinto que este é apenas um passo em direção a uma maior contribuição, que não se encerra em um estudo, mas que deve ter uma contrapartida com o intuito de buscar e provocar estes e outros idosos para cada vez mais aprofundarem-se no processo de envelhecimento satisfatório, cheio de descobertas e com mais qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABAGNANO, N. Dicionário de filosofia. In: PADILHA, M. I. C. S.; SOUZA, L. N. A. Qualidade de Vida: Reflexão de Enfermeiros; **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 8; n. 3, p. 11-26, set/dez. 1999.

ACOSTA-HOYOS, L. E.; GUERRERO, J. S. **Tecnologia e qualidade de vida: uma polêmica de nosso tempo**. Minas Gerais: Universidade de Viçosa, 1985.

ACOSTA-ORJUELA, G. M. O uso da televisão como fonte de informação sobre a velhice: fatos e implicações. In: NERI, A. L.; DEBERT, G. G. (orgs). **Velhice e sociedade**. Campinas – SP; Papirus, 1999. (Coleção vivacidade).

ÁLVAREZ, M.; SEIFERT, R. Q.; GONÇALVES, L. H. Calidad de vida en la Vejez. **Gerokomos**, v. 9, Ago. 1998.

ANDERY, A. A. Três Modalidades de Ética Profissional: Uma reflexão ética a partir da atuação à saúde mental da população. In: QUEIROZ, J. J. (org.). **Ética no Mundo de Hoje**. São Paulo: Paulinas, 1985.

ANDERSON, R. T.; AARONSON, N. K.; WILKEN, D. Critical review of the international assessments of health – related quality of life. In: CÁRDENAS, A. M. C. **Qualidade de vida da “mulher do lar” em uma comunidade de baixa renda**; São Paulo, 1999 (Dissertação de Mestrado).

BABB, P. Enfermagem gerontológica na América Latina: marco conceitual apresentado ao 9º Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia. In: OLIVEIRA, Y. A. **O idoso e o processo de envelhecimento sob a ótica do próprio idoso e de estudantes de enfermagem**. São Paulo, 1996. (Dissertação de Mestrado).

BALTES, M. M.; SILVERBERG, S. A. Dinâmica dependência – autonomia no curso de vida. In: SILVA, Y. F. A. Enfermagem nos serviços e programas públicos de atuação ao idoso; **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.6, n.2, p. 127-136, mai/ago.1997.

BEATON, A. E.; BOMBARDIER, C.; HOGG JONHSON, J. Chose your tool a comparasion of the psychometric properties of five generic health status instruments in workers with soft tissue injuries. In: CÁRDENAS, A .M. C. **Qualidade de vida da**

“mulher do lar” em uma comunidade de baixa renda. São Paulo, 1999 (Dissertação de Mestrado).

BEAURVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1990.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Edições 70, 1977.

BERQUÓ, E. S.; LEITE, V. M. Algumas considerações sobre a demografia da população idosa no Brasil. **Ci e cult.**, v.40, n.7, p. 679-87, 1988.

BERQUÓ, E. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: NERI, A. L.; DEBERT, G. G. (orgs). **Velhice e sociedade**. Campinas: Papyrus, 1999. (Coleção vivacidade).

BERQUÓ, R. Envelhecimento populacional e suas conseqüências. In: SILVA, E. B. N.; BRÉTAS, A. P. Grupos de estudo e pesquisa em gerontologia que incluem a enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.**; Florianópolis; v.6, n.2, p. 106-17, mai/ago. 1997.

BÔAS, M. T. V. A dança de salão na terceira idade: uma forma de praticar atividades físicas. In: SIMÕES, R. **Corporeidade e terceira idade: a marginalização do corpo idoso**. 3. ed. Piracicaba: Editora UNIMEP, 1998.

BOSI, E. Entre a opinião e o estereótipo. In: CALDAS, C. P. Memória, trabalho e velhice: um estudo das memórias de velhos trabalhadores. In: VERAS, R. (Org) et. al. **Terceira idade: desafios para o terceiro milênio**. Rio de Janeiro: Relumé Dumará-UNATI/UERJ, 1997.

BRINK, T. L. Psicoterapia pediátrica. In: MOSQUERA, J. J. M.; Pessoa Idosa: Problema ou Esperança?; **Veritas**, Porto Alegre, v. 38, n. 149, p. 113-131, mar. 1993.

BURSIDE, I. M. **Enfermagem e os idosos**. São Paulo: Andrei, 1979.

BUTTLE, F. H. et. al. The social bases of agrarian environmentalism: a comparative analysis of New York and Michigan farm operators. In: ACOSTA – HOYOS, L. E.; GUERRERO, J. S. **Tecnologia e qualidade de vida: uma polêmica de nosso tempo**. Minas Gerais: Universidade de Viçosa; Minas Gerais, 1985.

CALDAS, C. P. Memória, trabalho e velhice: um estudo das memórias de velhos trabalhadores. In: VERAS, R. (Org) et. al.

Terceira idade: desafios para o terceiro milênio. Rio de Janeiro; Relumê-Dumará: UNATI/UERJ, 1997.

CAMARGO, A. B. M.; SAAD, P. M. A transição demográfica no Brasil e seu impacto na estrutura etária da população. In: STEVENSON, J. GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. O cuidado e a especificidade da enfermagem geriátrica e gerontológica. **Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 33-50, mai/ago.1997.

CAPITANINI, M. E. S. Solidão da velhice: realidade ou mito? In: NERI, A. L.; FREIRE, S. A. (ORGS). **E por falar em boa velhice.** Campinas: Papirus, 2000.

CARDOSO, V.; GONÇALVES, L. H. T. Qualidade de vida em pacientes geriátricos ambulatoriais portadores de multipatologias crônicas. **Revista Ciência e Saúde**, Florianópolis, v.17, n.2 jul./dez. 1998.

CÁRDENAS, A .M. C. **Qualidade de vida da “mulher do lar” em uma comunidade de baixa renda.** São Paulo, 1999 (Dissertação de Mestrado).

CARVALHO, V. L.; PEREIRA; E. M. Educação e qualidade de vida das pessoas aposentadas sob a ótica da enfermagem transcultural. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 8, n. 3, p. 111-127, set/dez 1999.

CIANCIARULLO, T. I. **Teoria e prática em auditoria de cuidados.** São Paulo: Ícone, 1997.

CIANCIARULLO, T. I. et. al. A hemodiálise em questão: opção pela qualidade assistencial. In: PADILHA, M. I. C. S.; SOUZA, L. N. A. Qualidade de Vida: Reflexão de Enfermeiros. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.8, n.3, p. 11-26, set/dez 1999.

COSTA, A. E.; MADEIRA, L. M. O relacionamento do idoso com seus familiares. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 28, n.1, p. 83-95, abr. 1994.

COUGHENOUR, C. M.; CHRISTERSON, J. Is life on the small beautiful? Agricultural structure and the quality of life in the USA. In: ACOSTA – HOYOS, L. E.; GUERRERO, J. S. **Tecnologia e qualidade de vida: uma polêmica de nosso tempo.** Minas Gerais: Universidade de Viçosa, 1985.

CREMA, R. **Introdução à Visão Holística: Breve Relato de Viagem do Velho ao Novo Paradigma**. Summus; São Paulo; 1989.

DEMO, P. **Ciências Sociais e Qualidade**. São Paulo: ALMED, 1985.

_____. **Educação e Qualidade**. 3 ed.; Campinas: Papirus, 1996. (Coleção Magistério: Formação e Trabalho Pedagógico).

DUARTE, M. J. R. S. Atenção ao Idoso: Um Problema de Saúde Pública e de Enfermagem. **R. Enferm. UERJ**, RJ, V. 2, n. 1, p. 100-111, mai. 1994.

ERBOLATO, R. M. P. Gostando de si mesmo: a auto – estima. In: NERI, A . L.; FREIRE, S. A. (orgs). **E Por Falar em Boa Velhice**. Campinas: Papirus, 2000.

FARIA, T. M. A.; SILVA, R. D. M.; PATRÍCIO, Z. M. Homem Bagaço: A qualidade de vida dos trabalhadores aposentados de enfermagem numa abordagem ecosófica. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.8, n.3, p. 200-210, set/dez 1999.

FERRANS, C. E. Development of a Conceptual Model of Qualit of Life. **Scholarly Inquiry for Nursing Practice: Na International Journal**, v. 10, n. 3, 1996.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da Versão em Português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL – 100). **Rev. Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 198-205, 1999.

FOX – RUSHBY, J.; PARKER, M. Culture and the measurement of health – related quality of life. In: FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da Versão em Português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL – 100). **Rev. Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 198-205, 1999.

FRANÇA, L. H. F. P. A busca de um sentido existencial para o idoso. In: CALDAS, C. P. Memória, trabalho e velhice: um estudo das memórias de velhos trabalhadores. In: VERAS, R. (org). **Terceira idade: desafios para o terceiro milênio**. Rio de Janeiro: Relumé – Dumará: UNATI/UERJ, 1997.

FRANÇA, L. H. F. P. O resgate do tempo. **B. Técn. SENAC**, Rio de janeiro, v. 15, n. 2, p. 97-111, mai/ago. 1989.

FREIRE, S. A.; SOMMERHALDER, C. Envelhecer nos tempo modernos. In: NERI, A. L.; FREIRE, S. A. (orgs). **E Por Falar em Boa Velhice**. Campinas: Papyrus, 2000.

FREIRE, S. A. Envelhecimento bem sucedido e bem – estar psicológico. In: In: NERI, A. L.; FREIRE, S. A. (orgs). **E Por Falar em Boa Velhice**. Campinas: Papyrus, 2000.

GAIARSA, J. A. Como enfrentar a velhice. In: SIMÕES, R. **Corporeidade e terceira idade: a marginalização do corpo idoso**. 3. ed. Piracicaba: UNIMEP, 1998.

GANZ, P. A. Quality of life and the patient with cancer: individual and policy implications. In: CÁRDENAS, A .M. C. **Qualidade de vida da “mulher do lar” em uma comunidade de baixa renda**. São Paulo, 1999 (Dissertação de Mestrado).

GIDDENS, A. As conseqüências da modernidade. In: In: NERI, A. L.; FREIRE, S. A. (orgs). **E Por Falar em Boa Velhice**. Campinas: Papyrus, 2000.

GOLDSTEIN, L. L.; SIQUEIRA, M. E. C. Heterogeneidade e diversidade nas experiências da velhice. In: In: NERI, A. L.; FREIRE, S. A. (orgs). **E Por Falar em Boa Velhice**. Campinas: Papyrus, 2000.

GOMES, F. A. de A.; FERREIRA, P. C. A. **Manual de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Brasileira Medicina, 1985.

GONÇALVES, L. H. T.; SILVA, Y. F.; PFEIFFER, S. O Cuidado do Idoso Fragilizado e de Seus Cuidadores no Contexto Domiciliar. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.1, n. 2, p. 39-47, jul/dez 1996.

GONÇALVES, L. H. T.; DIAZ, M. M.; DE LIZ, T. G. Qualidade de vida de idosos independentes segundo proposta de avaliação de Flanagan. **O Mundo da Saúde**, ano 23, v. 23, n. 4, jul/ago 1999.

GONÇALVES, L. H. T.; ÁLVAREZ, A. M.; SANTOS, S. M. A. **A profissão de enfermagem os cuidadores leigos de pessoas idosas**. Documento elaborado por Santos, Gonçalves e Álvarez para subsidiar a discussão sobre cuidadores leigos na área gerontológica no fórum Permanente para a Região Sul, novembro de 1997 e encaminhado a ABEn em março de 1998.

GUILLERMAD, A. M. Europäische perspektiven der alternospolitik. In: SILVA, Y. F. A Enfermagem nos serviços e

programas públicos de atenção ao Idoso. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.6, n.2, p.127-136, mai/ago. 1997.

GUYATT; G. A. A taxonomy of health status instruments. In: CÁRDENAS, A. M. C. **Qualidade de vida da “mulher do lar” em uma comunidade de baixa renda.** São Paulo, 1999 (Dissertação de Mestrado).

HADDAD, E. G. J. A ideologia de velhice. In: ÁLVAREZ, M.; SEIFERT, R. Q.; GONÇALVES, L. H. **Calidad de vida en la Vejez,** Gerokomos, volumen 9, Ago. 1998.

HANESTAD, R. B. Insulin – dependent diabetes mellitus and quality of life: a theoretical analysis. In: RABELO, S. E.; PADILHA, M. I. C. S. A qualidade de vida e cliente diabético: um desafio para cliente e enfermeira. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 8, n. 3, p. 250-62, set/dez. 1999.

HASHIMOTO, H.; GUEDES, S. L.; PEREIRA, V. C. O ostomizado e a qualidade de vida: abordagem fundamentada nas dimensões da qualidade de vida proposta por Flanagan. In: GONÇALVES, L. H. T.; DIAZ, M. M.; DE LIZ, T. G. Qualidade de vida de idosos independentes segundo proposta de avaliação de Flanagan. **O Mundo da Saúde,** ano 23, v. 23, n. 4, jul/ago. 1999.

HOGSTEL; O M.; GAUL, L. L. Safety or autonomy: na ethical issue for clinical gerontological nurses. In: ANDRADE; O. G. **O cuidado ao idoso com seqüela de acidente vascular cerebral; representações no cotidiano familiar.** Ribeirão Preto, 1996. (Dissertação de Mestrado).

JACOB FILHO, W; SOUZA, R. R. Anatomia e fisiologia do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETO, M. **Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica.** São Paulo: Atheneu, 1994.

KALACHE, et. al. Envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev. Saúde Públ.** v. 21, n.3, p. 200-10, 1987.

KASTENBAUN, R. **Velhice: anos de plenitude.** São Paulo: Harper e Row do Brasil, 1981.

LEPARGNEUR, H. Os desafios do envelhecimento. **O Mundo da Saúde,** São Paulo, ano 23, v. 23, n. 4, jul/ago. 1999.

Mc PHERSON, B. Aging as a social process. In: MORAGAS, R. M. **Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida.** São Paulo: Paulinas; 1997.

- Mc SWWEENY; CREER; J. Health – related quality of life assessment in medical care. In: CÁRDENAS, A. M. C. **Qualidade de vida da “mulher do lar” em uma comunidade de baixa renda.** São Paulo, 1999 (Dissertação de Mestrado).
- MARIN, M. J. S.; ANGERAMI, E. L. S. **O idoso e o relacionamento familiar na alta hospitalar.** Ciência e Enfermeria. Revista Iberoamericana de Investigacion. Departamento de Enfermeria; Universidad de Concepcion; Concepcion – Chile; V. IV, n 1, 1998.
- MARTINS, L. M.; FRANÇA, A. P. D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 4, n. 3, p. 5-18, dez. 1996.
- MARX, K. **Trabalho assalariado e capital.** 3. ed. São Paulo: Global, 1985.
- MEERBERG, G. A. Qualit of Life: a concept analysis. **J. of. Adv. Nursing**, v. 18, p. 32-38, 1993.
- MIRA Y LÓPEZ, E. A arte de envelhecer. In: NICOLA, I. P. Algumas considerações sobre o adulto velho. **Momento**, Tio Grande, v. 5, p. 7-13, 1992.
- MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social. **Política de Atenção ao Idoso.** Brasília: MPAS, SAS, 1996.
- MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social. **Plano de Ação Governamental Para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso.** Brasília: MPAS, SAS, 1996.
- MOSQUERA, J. J. M.; Pessoa Idosa: Problema ou Esperança? **Veritas**, Porto Alegre, v.38, n. 149, mar, 1993.
- MORAGAS, R. M. **Gerontologia social: _envelhecimento e qualidade de vida.** São Paulo: Paulinas, 1997.
- MORAN, J. Elementos para pensar a comunicação. In: COSTA, A. E.; MADEIRA, L. M. O relacionamento do idoso com seus familiares. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.28, n.1, p.83-95, abr. 1994.
- NADEAU, M.; PERONNET, F. Fisiologia aplicada na atividade física. In: SIMÕES, R. **Corporeidade e terceira idade: a marginalização do corpo idoso.** 3. ed. Piracicaba: UNIMEP, 1998.
- NAES, S. La qualite de la vie et l’exploritation agricole marginale em Noverge. In: ACOSTA – HOYOS, L. E.; GUERRERO, J. S. **Tecnologia e qualidade de vida: uma polêmica de nosso**

tempo. Minas Gerais: Universidade de Viçosa; Minas Gerais, 1985.

NAJMAN; M.; LEVINE, S. evaluating the impact of medical care and technologies on the quality of life: a review and critique. In: CÁRDENAS, A .M. C. **Qualidade de Vida da “Mulher do Lar” em uma comunidade de Baixa Renda.** São Paulo, 1999 (Dissertação de Mestrado).

NASSAR, S. M.; GONÇALVES, L. H. T. Avaliação de uma Escala de Medida de Qualidade de Vida. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 8, n. 3, p. 99-110, set/dez. 1999.

NERI, A. L. **Qualidade de vida e idade madura.** Campinas: Papirus, 1993.

NERI, A . L.; FREIRE, S. A. (orgs). **E Por Falar em Boa Velhice.** Campinas: Papirus, 2000.

NERI, A. L. Análise de conteúdos de amostra de pesquisa em psicologia no período de 1975-1996. **Texto & Contexto; Enferm.**, Florianópolis, v.6, n.2, p. 33-50, mai/ago.1997.

NICOLA, I. P. Algumas considerações sobre o adulto velho. **Momento**, Rio Grande, v. 5, p. 7-13, 1992.

NICOLESCU, B. la science comme “termoignoge”. In: CREMA, R. **Introdução à Visão Holística: Breve Relato de Viagem do Velho ao Novo Paradigma.** São Paulo: Summus, 1989.

NOVELLO, F. Caminhando no tempo. In: MOSQUERA, J. J. M.; Pessoa Idosa: Problema ou Esperança?; **Veritas**, Porto Alegre, v. 38, n. 149, p. 113-131, mar. 1993.

ONU – Organização das Nações Unidas – Documentos principais de la asamblea mundial sobre el envejecimiento. In: STEVENSON, J.; GONÇALVES, L. H. T.; ÁLVAREZ, A. M. O cuidado e a especificidade da enfermagem geriátrica e gerontológica. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.6, n.2, p.33-50, mai/ago.1997.

OLIVEIRA, C. Por que asilamos nossos velhos?. **Rev. Bras. Enferm.**; Brasília, v. 38, n. 1, p. 7-13; jan/mar. 1985.

OLIVEIRA, Y. A. **O idoso e o processo de envelhecimento sob a ótica do próprio idoso e de estudantes de enfermagem.** São Paulo, 1996. (Dissertação de Mestrado).

OLIVEIRA, I. Evestética: o rejuvenescimento pelo exercício das emoções. In: OLIVEIRA, Y. A. **O idoso e o processo de**

envelhecimento sob a ótica do próprio idoso e de estudantes de enfermagem. São Paulo, 1996. (Dissertação de Mestrado).

OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice.** United States of America; McGraw – Hill; 1971.

PACHECO, J. L. Educação para o Trabalho, Envelhecimento e Qualidade de Vida de Quem Cuida da Vida. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 8, n. 3, p. 78-87, set/dez 1999.

PACHECO, J. L. **Práticas Sociais na Promoção da Saúde do Idoso.** ECN – Editora Científica Nacional – 1997. Palestra Proferida no Curso de Atualização em Gerontologia da SBGG RJ; junho, 1997.

PADILHA, M. I. C. S.; SOUZA, L. N. A. Qualidade de Vida: Reflexão de Enfermeiros. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 8, n. 3, p. 11-26, set/dez 1999.

PASCHOAL, S. M. P. Epidemiologia do Envelhecimento. In: TAVARES, S. Histórico de Enfermagem em Geriatria e Gerontologia. **Revista Nursing Revista Técnica de Enfermagem**, n. 4, p. 20-7, set/98.

PATRÍCIO, Z. M.; CASAGRANDE, J. L.; ARAÚJO, M. F. (orgs); **Qualidade de Vida do Trabalhador: Uma Abordagem Qualitativa de Novos Paradigmas.** Florianópolis; ed. do autor; 1999.

RABELO, P. **Qualidade em saúde; Rio de Janeiro.** Ed. Qualitymark, 1995.

RAMOS, L. R. et. al. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Rev. Saúde Públ.**, v.21, n.3, p. 211-24, 1987.

RIEMANN, F. A arte de envelhecer. In: OLIVEIRA, Y. A. **O idoso e o processo de envelhecimento sob a ótica do próprio idoso e de estudantes de enfermagem.** São Paulo, 1996. (Dissertação de Mestrado).

SALGADO, M. A. **Velhice: uma questão social.** São Paulo: SESC, 1980.

SETIÉN, M. L. Indicadores sociales de calidad de vida: un sistema de medicion aplicado al País Vasvo. In: ÁLVAREZ, M.; SEIFERT, R. Q.; GONÇALVES, L. H. **Calidad de vida en la Vejez,** Gerokomos, v. 9, Ago. 1998.

SILVA, E. B. N.; BRÊTAS, A. C. P. Grupos de Estudos e Pesquisa em Gerontologia que Incluem a Enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 106-117, mai/ago. 1997.

SILVA, Y. F. A enfermagem nos serviços e programas públicos de atenção ao idoso. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.6, n. 2, p.127-136, mai/ago. 1997.

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG – RJ. **Caminhos do Envelhecer**. REVINTER, RJ, 1994.

SOMMERHALDER, C.; NOGUEIRA, E. J. As relações entre gerações. In: NERI, A. L.; FREIRE, S. A. (ORGS). **E por falar em boa velhice**. Campinas: Papyrus, 2000.

SIMÕES, C.; BERQUÓ, E. os brasileiros estão vivendo mais? In: STEVENSON, J.; GONÇALVES, L. H.T.; ALVAREZ, A. M. O Cuidado e a especificidade da enfermagem geriátrica e gerontológica; **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 33-50, mai/ago.1997.

SIMÕES, R. **Corporeidade e terceira idade: a marginalização do corpo idoso**. 3. ed. Piracicaba: UNIMEP, 1998.

SSENKOLOTO, G. M. O apoio familiar aos velhos. In: WALDOW, V. R. Determinação de independência em enfermagem junto aos idosos institucionalizados de Porto alegre/RS. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 46-73, jan. 1987.

STEWART, A. L. Conceptual and methodologic issues in defining quality of life: state of art. In: PADILHA, M. I. C. S.; SOUZA, L. N. A. Qualidade de Vida: Reflexão de Enfermeiros. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 8, n. 3, p. 11-26, set/dez. 1999.

STEVENSON, J.; GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. O Cuidado e a Especificidade da Enfermagem Geriátrica e Gerontológica. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 33-50, mai/ago.1997.

RABELO, S. E.; PADILHA, M. I. C. S. Qualidade de Vida e Cliente Diabético: Um Desafio para Cliente e Enfermeira. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 8, n.3, p. 250-262, set./dez. 1999.

WHOQOL GROUP. **The development of the world health organization quality of life assessment instrument**, 1994.

TAVARES, S. Histórico de Enfermagem em Geriatria e Gerontologia. **Revista Nursing ed. Brasileira. Revista Técnica de Enfermagem**, n. 4, p. 20-27, set. 1998.

VERAS, R. P. **País jovem de cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. 3. ed. Rio de Janeiro: Relumé – Dumará; UERJ; 1994.

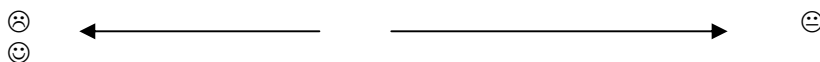
VITECK, I. Assistência de enfermagem ao paciente idoso em longa permanência. In: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG – RJ. **Caminhos do Envelhecer**. RJ : REVINTER, 1994.

ZHAN L. Quality of life: conceptual and measurement issues. In: CÁRDENAS, A .M. C. **Qualidade de Vida da “Mulher do Lar” em uma comunidade de Baixa Renda**. São Paulo, 1999 (Dissertação de Mestrado).

ANEXOS

ANEXO1 Escala de Qualidade de Vida de Flanagan – EQV

A EQVF busca avaliar a qualidade de vida utilizando as seguintes expressões lingüísticas:



Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Pouco insatisfeito	Indiferente	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5	6	7

Às expressões lingüísticas são atribuídos escores numa faixa de 1 a 7 pontos, conforme indicado acima. Responda cada um dos itens abaixo assinalando o escore que indica seu grau de satisfação em relação aos seguintes aspectos de sua vida.

Qual a sua satisfação em relação a:	1	2	3	4	5	6	7
1. Conforto material: casa, alimentação, situação financeira							
2. Saúde: fisicamente bem, vigoroso(a)							
3. Relacionamento com pais, irmãos e outros parentes: comunicação, visita e ajuda.							
4. Constituir família: ter e criar filhos.							
5. Relacionamento íntimo com esposo(a), namorado(a) ou outra pessoa relevante.							
6. Amigos próximos: compartilhar interesses, atividades e opiniões							
7. Voluntariamente, ajuda e apoiar outras pessoas.							
8. Participação em associações e atividades de interesse público.							
9. Aprendizagem: freqüentar outros cursos para conhecimentos gerais.							
10. Autoconhecimento: reconhecer seus potenciais e limitações							

11. Trabalho (emprego ou em casa): atividade interessante, gratificante, que vale a pena.								
12. Comunicação criativa								
13. Participação em recreação ativa.								
14. Ouvir música, assistir a TV ou cinema, leitura ou outros entretenimentos.								
15. Socialização: "fazer amigos"								

Utilize estas linhas, se desejar, para falar sobre QUALIDADE DE VIDA PARA VOCÊ:

Dimensões da Escala de Flanagan

Dimensões de EQVF	ITENS
1. Bem-estar físico e material	1 e 2
2. Relações com outras pessoas	3,4,5 e 6
3. Atividades sociais, comunitárias e cívicas	7 e 8
4. Desenvolvimento pessoal e realização	9, 10, 11 e 12
5. Recreação	13, 14 e 15

Fonte: O Mundo da Saúde – São Paulo, ano 23 v.23 n.4 jul/ago. 1999; p. 215.

ANEXO 2 - DOMÍNIOS E FACETAS DO WHOQOL – 100 (FLECK et al., 1999)

Domínio I – Domínio Físico

Dor e Desconforto
Energia e Fadiga
Sono e Repouso

Domínio II – Domínio Psicológico

Sentimentos Positivos
Pensar, aprender, memória e concentração
Auto – estima
Imagem corporal e aparência
Sentimentos negativos

Domínio III – Nível de Independência

Mobilidade
Atividade da vida cotidiana
Dependência de medicamentos e tratamentos
Capacidade de trabalho

Domínio IV – Relações Sociais

Relações pessoais
Suporte (apoio social)
Atividade sexual

Domínio V – Ambiente

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/lazer
Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
Transporte

Domínio 6 – Espiritualidade/religião/crenças pessoais

Espiritualidade/religião/crenças pessoais.

ANEXO 3 - FORMULÁRIO PROPOSTO POR MARTINS, FRANÇA E KIMURA (1996)

I – Dados de Identificação:

Nome: ----- Idade: ----- Sexo:----- Estado
Civil:-----

Escolaridade:----- Ocupação/Profissão:-----Situação
empregatória:-----

Renda familiar:-----Número de Dependentes:-----

Naturalidade:----- Tempo de Residência em São
Paulo:-----

II – Dados de Diagnósticos e tratamento:-----

Tipo de doença crônica: ----- Sinais e sintomas
apresentados:-----

Tempo de diagnóstico:----- Número de
internações:-----

Motivo de internação:-----

III – Dados sobre Qualidade de Vida:

O que o(a) sr(a) entende por Qualidade de Vida?

Houve interferência da doença crônica em relação aos seguintes
aspectos?

Trabalho/Estudos/Atividades do lar

Não:----- Sim:----- Como?-----

Relacionamento Familiar/Amigos

Não:----- Sim:----- Como?-----

Recreação/Lazer

Não:----- Sim:----- Como? -----

Capacidade física

Não:----- Sim: ----- Como?-----

Independência/ Auto cuidado

Não -----Sim ----- Como? -----

Auto – estima

Não ----- Sim ----- Como? -----

Fonte: Rev. Latino am. enfermagem – dezembro 1996; p. 18.

ANEXO 4 - ELEMENTOS DO MODELO CONCEITUAL DE FERRANS PARA QUALIDADE DE VIDA (FERRANS, 1996)

<u>Domínio de Saúde/Funcionamento</u>	<u>Domínio Sócio – Econômico</u>
Saúde	Amigos
Assistência a saúde	Apoio das pessoas
Dor	Lar
Energia	Vizinhança
Independência física	Nível sócio – econômico
Controle sobre a própria vida	Trabalho
Vida longa	Não ter trabalho
Vida sexual	Escolaridade
Responsabilidades familiares	Independência financeira
Ser útil às outras pessoas	
Estresse e preocupações	
Atividades de lazer	
Disposição para passear	
<u>Domínio Psicológico/Espiritual</u>	<u>Domínio Familiar</u>
Paz de espírito	Saúde da família
Fé em Deus	Filhos
Objetivos pessoais	Felicidade da família
Felicidade	Cônjuge
Satisfação com a vida	
Aparência pessoal	
Consigno próprio (self)	

Fonte: Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal – 1996; p. 295

ANEXO 5 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Eu, -----,
Abaixo assinado, declaro através deste instrumento, o meu consentimento para participar como sujeito da Pesquisa intitulada **“AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS DE UMA COMUNIDADE DO RIO GRANDE DO SUL”**. Declaro, ainda, que estou ciente de seus objetivos e métodos, inclusive do uso de gravador, bem como meus direitos enquanto sujeito dessa pesquisa, assegurado pela Resolução 196/96 – CNS/MS.

Ass.: -----

Bagé, RS, -----de -----2000.