



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

Itacira Pedrosa de Lima

**PERCEPÇÕES SOBRE QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES DO  
MUNICÍPIO DE PICUÍ-PB**

Cuité- PB

2014

Itacira Pedrosa de Lima

**PERCEPÇÕES SOBRE QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES DO  
MUNICÍPIO DE PICUÍ-PB**

Monografia apresentada ao Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como pré-requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Izayana Pereira Feitosa

Cuité- PB

2014

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE  
Responsabilidade Msc. Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

L732 Lima, Itacira Pedrosa de.

Percepções sobre qualidade de vida de idosos residentes do município de Picuí - PB. / Itacira Pedrosa de Lima. – Cuité: CES, 2014.

69 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2014.

Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Izayana Pereira Feitosa.

1. Idosos - qualidade de vida. 2. Qualidade de vida - idosos - percepção. 3. Idosos - Picuí - PB. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 613.98

Itacira Pedrosa de Lima

**PERCEPÇÕES SOBRE QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES DO  
MUNICÍPIO DE PICUÍ-PB**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dra. Izayana Pereira Feitosa - Orientadora  
Unidade Acadêmica de Saúde

---

Prof. Dra. Gigliola Bernardo de Lima –  
Membro Examinador  
Curso de Bacharelado em Enfermagem  
Unidade Acadêmica de Saúde

---

Prof. MSc. Glenda Agra – Membro Examinador  
Curso de Bacharelado em Enfermagem  
Unidade Acadêmica de Saúde

Cuité, 07 de abril de 2014.

*Dedico as minhas avós (Antonia e Terezinha) e meus avôs (Otaciano e Lucas - em memória), pelo amor e admiração que tenho por vocês.*

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais **Eneide** e **Antonio** minhas fontes de incentivo e perseverança. Que me ensinaram a sempre respeitar o próximo seja ele em qual idade estiver. As pessoas que amo incondicionalmente, toda a minha conquista devo a vocês. Amo muito! Os meus futuros idosos, que quero que tenham um envelhecimento saudável e ativo, que a qualidade de vida deles quando idosos, seja a tão esperada por muitos.

As minhas avós **Antonia** e **Terezinha** com as quais tive o prazer de dividir grande momentos da minha vida. Que me ensinaram, com sua sabedoria e experiência, a viver honestamente e em harmonia com o próximo. E que o envelhecimento pode se apresentar e ser encarado de formas diferentes e não podemos desvalorizar isso.

Aos meus irmãos **Tarso**, **Tuira**, **Tainara**, **Taiguara** e **Mayra**, pela confiança que depositam sempre em mim e pelo companheirismo desde berço. A minha cunhada **Daiane** e meu sobrinho **Samuel**, pelos momentos de alegria que me proporcionam em família. Com os quais quero envelhecer juntos, com a mesma alegria e união que existe.

Aos meus amigos **Klênio**, **Elder**, **Emanuelly**, **Rosa**, **Pollyana** e **Danilo** que vem comigo desde o colégio compartilhando experiências, em sua maioria repleta de sorrisos e abraços. A minha amiga de infância **Bebel** que desde pequena chora e ri comigo. Meus velhos amigos. A **Bruno** pela sua doação pessoal, ajudando a construir partes essenciais deste trabalho. A minha amiga **Rafaella** pelo carinho e apoio, pela nossa linda amizade de anos.

Ao meu namorado e amigo **Gabriel Peixoto** pelo companheirismo e paciência que teve comigo. Pela ajuda em muitas etapas desse trabalho, desde o incentivo diário, até dúvidas de formatação. Pelo carinho e amor que tem por mim, pelo tempo que dedicamos um ao outro. Que possamos envelhecer juntos.

A minha orientadora e amiga **Izayana Feitosa (Iza)** pela construção desse trabalho, pelas horas dedicadas às orientações, pelo empenho que trabalha. A qual possuo grande admiração como profissional e pessoa, por ser tão compreensiva e paciente e sempre buscar o melhor para suas orientandas. Obrigada por repassar seus conhecimentos e pela sua dedicação.

A **banca examinadora** pelas contribuições e observações dadas, pela dedicação do tempo e conhecimento, ajudando a enriquecer e tornar este trabalho melhor.

Agradeço a toda **Equipe da Unidade Básica de Saúde Genário Xavier da Silva, Picuí- PB**, pelo acolhimento maravilhoso, pela alegria, pelo companheirismo que proporcionaram durante meu estágio, que fez com que tivesse interesse em realizar a minha pesquisa com os idosos da área desta UBS.

A todos os **idosos** que contribuíram para a concretização deste trabalho, que me receberam de braços abertos, com cafezinhos e biscoitos. Pelos sorrisos que me deram e principalmente pela confiança que tiveram em mim. Que em curtos espaços de tempos, me ensinaram algo com sua experiência e histórias.

A todos os **professores** que tive durante a graduação em enfermagem, que apesar das dificuldades existentes durante o curso, conseguiram repassar seus conhecimentos e transformar alunos em profissionais competentes.

Aos meus **colegas de turma (2009.1)** que nestes cinco anos vivenciaram comigo grandes transformações pessoais, conquistas, trabalhos, provas, aulas, festas, sorrisos, brigas, grandes emoções. Em especial as minhas amigas **Ionara de Souza, Pollyana Justino, Rebeca Monteiro, Claudinéia Freitas, Livia Magalhães, Suzan Lira e Alanna Gama** que tornaram-se mais que amigas, quase irmãs, durante essa estadia em Cuité, e que espero levar esta amizade para a vida toda.

As minhas amigas **Gabriela Moura e Polianna Alves**, companheiras de orientações, que me ajudaram sempre que precisava, tirando dúvidas, pelas horas que passamos juntas categorizando nossas entrevistas. Obrigada!

Meu muito obrigada a todos vocês que me ajudaram na construção deste trabalho, seja ele direto e indiretamente. Com a participação de vocês consegui concluir esta etapa em minha vida.

*“Tudo que existe e vive precisa ser cuidado para continuar existindo. Uma planta, uma criança, um idoso, o planeta Terra. Tudo o que vive precisa ser alimentado. Assim, o cuidado, a essência da vida humana, precisa ser continuamente alimentado. O cuidado vive do amor, da ternura, da carícia e da convivência” (BOFF, 1999).*

## RESUMO

LIMA, I. P. **Percepções Sobre Qualidade de Vida de Idosos Residentes do Município de Picuí-PB.** Cuité, 2014. 68f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação de Enfermagem) – Unidade Acadêmica de Saúde, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité – PB, 2014.

O envelhecimento trata-se de um processo de transformações morfológicas e funcionais do organismo desenvolvidas com o passar do tempo. O século XX viveu a revolução da longevidade, contudo, paralelamente ao aumento da expectativa de vida surgem também as necessidades de transformações socioeconômicas para atender as alterações e problemas decorrentes do envelhecimento, através da implantação de ações que melhorem a qualidade de vida dos idosos. Este trabalho teve como objetivo avaliar a qualidade de vida de idosos que frequentam uma Unidade Básica de Saúde- UBS. Trata-se de um estudo descritivo sob a perspectiva da abordagem qualitativa que contou com a participação de 30 idosos que frequentam uma unidade básica de saúde, os quais responderam a uma entrevista semiestruturada sobre a temática da qualidade de vida. Os resultados foram analisados por meio da técnica da análise de conteúdo proposta por Bardin (2004) . A satisfação com a vida foi abordada pela maioria dos idosos através de aspectos como apoio familiar, situação socioeconômica, bem estar, saúde e autonomia. Verificou-se a existência de uma íntima relação entre satisfação com a vida e saúde. Ao analisar o relacionamento do idoso com amigos e pessoas de sua convivência, percebeu o enfraquecimento da interação social com não familiares e a importância da proximidade da família nessa etapa da vida. As maiores preocupações mencionadas pelos idosos foram família e saúde. Os participantes relataram que suas expectativas de futuro eram relativas à qualidade de vida e ao apoio familiar. Os dados foram analisados e discutidos com alicerce nas pesquisas científicas e de estudos empíricos pertinentes.

**Palavras-chave:** Qualidade de Vida. Idoso. Longevidade.

## ABSTRACT

LIMA, I. P. **Perceptions About Quality of Life of Elderly Residents of the Picuí-PB City.** Cuité/ Paraíba/ Brazil, 2014. 68f. Conclusion Course Work (Nursing graduation) – Unit Academic of Health, Education and Health Center, *Universidade Federal de Campina Grande*<sup>1</sup>, Cuité-PB, 2014.

The aging process is a morphological and functional alterations which the body develops over time. The twentieth century witnessed a revolution in longevity, however, parallel to the increase in life expectancy, socioeconomic transformations also happened to overcome the changes and problems resulting from aging, through the implementation of actions to improve the quality of life for seniors. This study aimed to evaluate the quality of life of seniors who attend a Basic Health Unit - BHU. This is a descriptive study from the perspective of qualitative approach that included the participation of 30 seniors who attend a basic health unit, which participated in a semi-structured interview about quality of life. The results were analyzed using the technique of content analysis proposed by Bardin (2004). Satisfaction with life was addressed by most elderly people through aspects such as family support, socioeconomic status, welfare, health and autonomy. We verified the existence of an intimate relationship between life satisfaction and health. By analyzing the relationship of elderly people with friends and his acquaintances, was observed a decline of social interaction with acquaintances and the importance of family closeness at this stage of life. The biggest concerns mentioned by the elderly included the family and their own health. Participants reported that their main expectations for the future were related to quality of life and family support. All collected data was analyzed and discussed based on scientific research and relevant empirical studies.

**Keywords:** Quality of Life. Elderly. Longevity.

---

<sup>1</sup> A public university in Cuité/ Paraíba/ Brazil.

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Distribuição das frequências e percentuais referentes ao sexo dos participantes (N=30).....	34
TABELA 2: Distribuição das frequências e percentuais das respostas dos idosos dada a questão “com quem você mora?” (N=30).....	35
TABELA 3: Distribuição das frequências e percentuais das respostas dos idosos dada a questão “Como o (a) senhor (a) se sente em relação a sua vida em geral?” (N=30).....	38
TABELA 4: Distribuição das frequências e percentuais das respostas dos idosos dada a questão “Como o (a) senhor (a) avalia a sua saúde atualmente?” (N=30).....	40
TABELA 5: Distribuição das frequências e percentuais das respostas dos idosos dada a questão “O que o (a) senhor (a) é capaz de fazer sozinho (a)?” (N=30).....	42
TABELA 6: Distribuição das frequências e percentuais das respostas dos idosos dada a questão “O que o (a) senhor (a) faz no seu tempo livre?” (N=30).....	44
TABELA 7: Distribuição das frequências e percentuais das respostas dos idosos dada a questão “Como é o seu relacionamento com as pessoas que moram com o (a) senhor (a)?” (N=30).....	45
TABELA 8: Distribuição das frequências e percentuais das respostas dos idosos dada a questão “O (a) senhor (a) está satisfeito com seu relacionamento com seus amigos? Por quê?” (N=30).....	47
TABELA 9: Distribuição das frequências e percentuais das respostas dos idosos dada a questão “Quais são as preocupações de uma pessoa da sua idade?” (N=30).....	48
TABELA 10: Distribuição das frequências e percentuais das respostas dos idosos dada a questão “O que o (a) senhor (a) espera do seu futuro?” (N=30).....	50

## **LISTA DE CONVENÇÕES, SIGLAS E ABREVIATURAS**

AC – Análise de Conteúdo

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CES – Centro de Educação e Saúde

ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PNI – Política Nacional do Idoso

QdV-DA- Escala de Qualidade de vida

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UAS – Unidade Acadêmica de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Campina Grande

WHOQOL- World health organization Quality of life

WHOQOL-OLD- World health organization Quality of life – Old

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>14</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>15</b>
3.1 Geral.....	15
3.2 Específicos .....	15
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>16</b>
4.1 Teorias sobre o envelhecimento .....	16
4.2 Qualidade de vida .....	18
4.3 Assistência de enfermagem a pessoa idosa.....	21
4.3 Estudos empíricos .....	23
<b>5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>30</b>
5.1 Tipo de Pesquisa .....	30
5.2 Cenário de Pesquisa .....	30
5.3 População e Amostra .....	30
5.4 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	31
5.5 Instrumento de Coleta de Dados .....	31
5.6 Procedimento .....	32
5.6.1 Procedimento ético .....	32
5.6.2 Procedimento de Coleta .....	32
5.6.3 Processamento de análise .....	32
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>34</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>52</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>54</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>58</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>62</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo dinâmico, contínuo e irreversível que atinge a todos os seres humanos e está relacionado a fatores biológicos, psíquicos e sociais (LITVOC; BRITO, 2004). Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), envelhecimento é “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte” (OPAS, 1993, p.06).

O envelhecimento trata-se de um processo de transformações morfológicas e funcionais do organismo desenvolvidas com o passar do tempo. Pela ótica da psicologia, este processo envolve o acúmulo de vivências, experiências, que devem ser valorizadas por toda a sociedade, como também pelos próprios idosos (VIEIRA, 2012).

Segundo Guerra e Caldas (2010), as últimas quatro décadas foram marcadas pelo acentuado crescimento das pessoas idosas nos países em desenvolvimento. No Brasil, o crescimento desse extrato populacional tem grande importância, cuja projeção para o ano de 2025 expõe que o número de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos será de 32 milhões. Esse aumento significativo da população idosa resulta da diminuição da taxa de mortalidade e fecundidade, e a mudanças positivas na qualidade de vida populacional, como por exemplo, melhoria nas condições de higiene, avanços tecnológicos que ajudam no controle de enfermidades, melhores condições de moradia e alimentação, favorecendo o aumento da expectativa de vida.

O século XX viveu a revolução da longevidade, esta por sua vez tão almejada e procurada pelo ser humano desde os primórdios da civilização. Contudo, paralelamente ao aumento da expectativa de vida surgem também as necessidades de transformações socioeconômicas para atender as alterações e problemas decorrentes do envelhecimento, a fim de garantir que a conquista da longevidade não seja um fardo ao ser humano, através da implantação de ações que melhorem a qualidade de vida dos idosos (NETTO; YUASO; KITADAI, 2005).

Existem diversas definições referentes à qualidade de vida, caracterizada pela percepção individual de cada pessoa. Alguns fatores estão intimamente ligados à melhoria de vida como o bem estar pessoal, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a independência pessoal, o suporte familiar, o estado de saúde, o estilo de vida, a

satisfação com atividades que são realizadas diariamente, o ambiente em que se vive, entre outros fatores (VECCHIA et al., 2005).

No contexto atual do Brasil, existem idosos com diferentes perfis, os residentes de instituições e os não institucionalizados. Há muito tempo foi adotada a modalidade de instituição asilar para o idoso, conhecida hoje no Brasil como Instituição de Longa Permanência para Idosos – ILPI, que abriga a pessoa idosa com ou sem suporte familiar, sem condições de moradia, dentre outros. Porém a permanência das pessoas idosas nessas instituições tem sido marcada pelo caráter dependente que ocasiona ao idoso, diminuindo suas capacidades cognitivas e físicas, logo interfere na qualidade de vida dos mesmos (ANDRADE; NERY, 2012).

Partindo do pressuposto que a avaliação da subjetividade da qualidade de vida de idosos ajuda potencialmente na formulação de políticas e ações para a garantia de um envelhecimento digno ao ser humano, este estudo busca conhecer o perfil da população idosa cadastrada e atendida na Unidade Básica de Saúde Genário Xavier da Silva do município de Picuí-PB, referente a sua percepção pessoal sobre sua qualidade de vida.

## 2 JUSTIFICATIVA

A transição demográfica gerando o crescimento da população idosa implica na reflexão da sociedade, principalmente dos profissionais da saúde e governantes, acerca de medidas cabíveis à promoção do bem estar social, físico e mental da população idosa.

A evolução científica contribuiu para o aumento dos anos de vida da população, contudo os idosos ainda não desfrutam da qualidade de vida necessária. Nos países desenvolvidos, o aumento da expectativa de vida é resultado da melhoria das condições gerais das populações, contrário a isso, no Brasil os idosos que estão alcançando mais tempo de vida, não necessariamente dispõem de melhores condições socioeconômicas ou sanitárias.

Envelher representa um fenômeno que se deve levar em consideração a pluralidade de características peculiares que circundam esse processo, refletir e estimular a realização de estudos acerca de como a sociedade está percebendo e convivendo com essa nova realidade é imprescindível. Visto os inúmeros estudos voltados a esta temática, e mesmo assim a marcante falta da atenção ao idoso surgiu-se o interesse na formulação de uma abordagem sobre o perfil do idoso da cidade de Picuí – PB com suas limitações e as oportunidades que lhes são oferecidas, sua percepção individual perante a sociedade que está inserido, considerando aspectos como família, perdas, dinheiro, autonomia, função social, dentre outros.

Com a participação do projeto de extensão intitulado “Encontro de Gerações na Promoção do Envelhecimento Saudável” e a vivência do estágio supervisionado I, percebi a carência acentuada pelos idosos de atenção, saúde e autonomia. Esse contato com a população idosa evidenciou o interesse de buscar conhecer melhor as suas concepções acerca do seu processo de envelhecimento.

Nesse sentido, esta pesquisa contribuirá para a formulação de ações voltadas para o idoso que favoreçam a sua satisfação com a vida, atenuando sentimentos de tristeza e solidão. Além de contribuir para minha formação acadêmica, profissional e pessoal, como também proporcionar um olhar crítico sobre mudanças sociais e inserção de indivíduos à sociedade.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

- Avaliar a qualidade de vida de idosos que frequentam uma Unidade Básica de Saúde-UBS, do município de Picuí-PB, na percepção deles mesmo.

#### **3.2 Específicos**

- Descrever as características sociodemográficas dos idosos participantes;
- Investigar a percepção dos idosos acerca da sua saúde;
- Conhecer a rotina diária dos idosos participantes;
- Avaliar a autonomia dos idosos participantes;
- Compreender o relacionamento dos idosos com seus familiares e amigos;
- Identificar as preocupações elencadas pelos idosos;
- Conhecer as expectativas de futuro apresentadas pelos idosos.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1 Teorias sobre o envelhecimento

O estudo do desenvolvimento humano era visto apenas pela psicologia do crescimento, guiada pela produtividade, autonomia e ampliação da cognição, características essas dos indivíduos adultos. Não existia a procura de conhecimento científico e/ou cultural acerca do investimento nas pesquisas sistemáticas sobre a velhice, predominando a ideia de declínio cognitivo e intelectual a partir do envelhecimento (NERI, 2006).

Com a revolução da longevidade vivenciada no século XX, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, houve a necessidade e interesse dos cientistas na elaboração de estudos e pesquisas sobre o envelhecimento humano. Outro fator importante para este evento foi o envelhecimento, também, dos grandes cientistas, que formularam as teorias do desenvolvimento (NERI, 2006; BRASIL, 2006).

Surgia então a psicologia do envelhecimento, evidenciada pela corrente *lifespan*, que abrange o desenvolvimento ao longo de toda a vida. Esta teoria é de caráter pluralista, envolvendo aspectos como as mudanças previsíveis ou de natureza genético-biológica, como também as não previsíveis, que sofre influências sociais e biológicas (NERI, 2006).

O psicólogo alemão Paul B. Baltes (1939-2006) definiu o desenvolvimento como um processo contínuo, multidimensional e multidirecional com alterações ocasionadas a partir de fatores genético-biológicos e socioculturais, caracterizado por ganhos e perdas balanceadas e pela relação do indivíduo com a cultura (NERI, 2006). Cada pessoa ao longo do seu ciclo de vida passa por desafios que consistem em superar limitações e elaborar novas relações consigo e com o mundo. Cada etapa da vida estabelece ao indivíduo um processo de reintegração dos temas psicossociais vivenciados anteriormente (LIMA; COELHO, 2011).

Cada fase possui uma gama de fatores que continuamente faz com que o indivíduo e seu ambiente se empenhem na sua adaptação. Portanto, o sujeito é requisitado periodicamente a buscar o equilíbrio entre limitações e potencialidades. O sucesso dessa harmonia é o que caracterizaria o desenvolvimento bem sucedido (BALTES, 1987).

A percepção dos indivíduos como pessoa idosa remete a uma perspectiva de individualidade, que é influenciada por aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. Assim, para a definição do envelhecimento também se integra o conceito de idade psicológica, definida por Neri (2008) por duas análises:

Um é análogo ao significado de idade biológica e refere-se à relação que existe entre a idade cronológica e as capacidades, tais como percepção, aprendizagem e memória, as quais prenunciam o potencial de funcionamento futuro do indivíduo. Esse uso do conceito é muito próximo ao de senescência ou envelhecimento normal. O segundo uso do conceito idade psicológica tem relação com o senso subjetivo de idade. Esse depende de como cada indivíduo avalia a presença ou a ausência de marcadores biológicos, sociais e psicológicos do envelhecimento em comparação com outras pessoas de sua idade (p.111).

Ou seja, cada pessoa envelhece conforme suas condições subjetivas, levando em conta a sua vivência pessoal em todos os períodos da sua existência, que está atrelada também às condições socioculturais (VIEIRA, 2008).

Outra definição que envolve o processo de envelhecer é o envelhecimento social, que é caracterizado pela mudança de papéis, através da adoção de comportamentos inerentes dos adultos mais velhos, que é esperado para os indivíduos da população idosa (NERI, 2008). Acredita-se que aceitação do envelhecimento está intimamente ligada a personalidade que o idoso possui, podendo haver o desenvolvimento da personalidade quando idoso (VIEIRA, 2008).

Já a teoria do envelhecimento biológico afirma que o organismo humano nasce com uma programação genética pré-estipulada, ou seja, as células possuem um relógio biológico que tem a capacidade de reprodução limitada. Outra afirmação envolve a homeostase do corpo, relata que conforme o passar dos anos a homeostase se altera, potencializando desequilíbrios fisiológicos, o que contribui para a aceleração do próprio envelhecimento (SOUZA; ZAGONEL; MAFTUM, 2007).

A partir do alcance da longevidade, um triunfo do desenvolvimento criado pelo homem, paralelamente, surgiram as circunstâncias desfavoráveis que acompanham o envelhecimento sem assistência tais como desafios socioeconômicos, distribuição de renda, pobreza, desemprego, a “feminilização” da velhice, aposentadoria, as relações intergeracionais, a atenção integral a saúde do idoso, entre outros (NETTO; YUASO; KITADAI, 2005).

Desta forma, observa-se que o maior desafio na atenção à saúde da pessoa idosa é fazer com que elas consigam redescobrir as possibilidades da vida com a melhor qualidade possível, apesar das limitações inerentes e progressivas ocasionadas pelo processo de envelhecimento humano (BRASIL, 2006).

## 4.2 Qualidade de vida

A conquista da longevidade é, sem dúvida, uma vitória. Mas essa conquista possui importantes diferenças existentes entre os países desenvolvidos, onde o envelhecimento ocorreu concomitantemente com as adequadas melhorias nas condições de vida, enquanto nos países em desenvolvimento, o processo vem ocorrendo de maneira acelerada, dificultando a reorganização social e a ampliação da área de saúde que abarque as novas demandas emergentes (BRASIL, 2006).

Os conhecimentos referentes à qualidade de vida são expressos em uma área multidisciplinar, que envolve diferentes formas de ciência, conhecimento popular e conceitos que circundam a vida das pessoas como um todo. Desta forma, percebe-se a ligação com inúmeros elementos do cotidiano do ser humano, atendendo desde a percepção e expectativa subjetivas sobre a vida, até fatos mais deterministas como enfrentamento a doenças e enfermidades. Nesta perspectiva, a qualidade de vida está entre os temas mais abordados por inúmeros pesquisadores e áreas de estudo, desde áreas de saúde, arquitetura, urbanismo, lazer, gastronomia, esportes, educação, meio ambiente, segurança pública e privada, entretenimento, novas tecnologias, enfim toda e qualquer linha que envolva o ser humano, sua cultura e seu meio (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES; 2012).

A compreensão abrangente sobre a qualidade de vida necessita da adoção de um paradigma complexo, pelo fato de relacionar a interação entre o Homem, a natureza e o meio em que vive (BARBOSA, 1998).

De acordo com Gonçalves e Vilarta (2004, p.13) qualidade de vida é “a percepção subjetiva do processo de produção, circulação e consumo de bens e riquezas. A forma pela qual cada um de nós vive seu dia-a-dia”. Já a Organização Mundial da Saúde –OMS- (1995), define como qualidade de vida a percepção do indivíduo acerca da sua inserção na vida no que diz respeito à cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Alguns fatores podem estar relacionados à qualidade de vida, como: capacidade física, estado emocional, interação social, atividade intelectual, situação econômica e autoproteção de saúde. Pela abrangência e variação do conceito da qualidade de vida, podem-se surgir inúmeros componentes que influenciem na sua definição, para uns pode ser considerada como unidimensional, enquanto, para outros, é conceituada como multidimensional (SANTOS et al., 2002).

Nos últimos 30 anos, a preocupação com a qualidade de vida na velhice alcançou relevância, a partir da percepção social da expansão da longevidade, surgindo assim um número crescente de indivíduos vivendo em muitas sociedades (NERI, 2001). O aumento geral da sobrevivência da população destaca a importância da promoção e garantia aos idosos não apenas maior longevidade, mas a qualidade de vida, bem-estar subjetivo e satisfação pessoal. (JOIA; RUIZ; DONALISIO, 2007).

O processo de envelhecer consiste em adaptar-se a interação de fatores genéticos, biológicos e socioculturais. O envelhecimento está cercado de várias crenças, de estereótipos e preconceitos, todos estes enraizados nos indivíduos e sociedade. De uma forma geral, pode-se dizer que eles surgem a partir do medo e da rejeição que as pessoas sentem em relação à velhice, que pode ser por motivos infundados, e também pelo fato da velhice profetizar aquilo que as pessoas mais rejeitam: afastamento, dependência e morte (NERI; CACHIONI; RESENDE, 2002).

Perante a realidade inquestionável da transição demográfica estreada no século XX, nos é fornecido à observação do envelhecimento populacional, caracterizando a importância de assegurar aos idosos, não apenas a longevidade, como também uma boa qualidade de vida (VECCHIA et al., 2005).

No Brasil, foram elaboradas políticas de saúde que buscam contribuir para o maior alcance dos indivíduos a idades mais elevadas com o melhor estado de saúde imaginável, visto que existe a necessidade de um suporte cada vez mais específico para atender a demanda cada vez maior de idosos. Para atingir essa meta temos como objetivo primordial o envelhecimento ativo, desta forma é necessário algumas mudança em aspectos sociais e culturais para favorecer esta faixa etária populacional (BRASIL, 2006).

A Política Nacional do Idoso (PNI - Lei 8.842, 1994) assegura “...os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (art. 1º)”. Direitos esses que serão concretizados pela elaboração e efetivação de políticas sociais, educação, previdência social, moradia, lazer, cultura e justiça. Ainda foi sancionado em 2013, o Estatuto do Idoso (Lei 10.741, 2003) que amplia e defende os direitos básicos de cidadania, como por exemplo: o atendimento preferencial; preferência na formulação e execução de políticas sociais públicas específicas para essa população idosa; criação de formas alternativas de participação, ocupação e convívio com as demais gerações dentre outras (VIEIRA, 2008).

Nesse contexto, temos o Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa que foi elaborado, a partir do Pacto pela Vida e as Políticas Nacionais de:

Atenção Básica, Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, Promoção da Saúde e Humanização no Sistema Único de Saúde - SUS. Na sua construção foi levada em consideração a realidade existente do envelhecimento populacional no Brasil. Seu objetivo geral é fornecer uma maior resolutividade às necessidades da população idosa na Atenção Básica, com suportes técnicos específicos direcionados à saúde do idoso, a fim de facilitar as atividades exercidas diariamente pelos profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica (BRASIL, 2006).

A qualidade de vida do idoso é promovida principalmente pelas políticas públicas, que desta forma, são importantes para a ampliação e melhoria de todos os serviços destinados à população idosa, garantindo sua cidadania e o envelhecimento digno ao ser humano (VIEIRA, 2008).

Os estudos sobre as condições favoráveis a obtenção de uma boa qualidade de vida na velhice caracterizam-se de grande importância científica e social (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003). Nessa perspectiva, podemos mais uma vez observar a importância do envelhecimento ativo e saudável, visto que a qualidade de vida é influenciada por valores culturais, éticos e religiosos, como também de percepções pessoais. Esta subjetividade que envolve esse conceito de qualidade de vida demonstra a individualidade de cada pessoa.

Desta forma, o atendimento à saúde da pessoa idosa necessita da atenção de todos os profissionais de saúde, para levantar dados, planejar as ações e executá-las. A enfermagem aparece nesse cenário como membro fundamental na articulação dos serviços prestados ao idoso, principalmente na Atenção Básica. No próximo tópico discutiremos acerca da assistência de enfermagem voltada ao idoso.

### 4.3 Assistência de enfermagem a pessoa idosa

A enfermagem tem papel fundamental para a contribuição do cuidado ao idoso, em todos os níveis, desde a prevenção, promoção, como também a recuperação da saúde. O embasamento para a formulação de objetivos referentes à enfermagem gerontogeriatrica, área específica para o tratamento de idosos, envolve a integralidade e autonomia da população idosa (SANTOS et al., 2010).

Cuidar do ser humano idoso, considerando sua totalidade biopsicossocial e estimulando o autocuidado, autodeterminação, independência; ajudar o ser humano idoso, sua família e sua comunidade na compreensão do envelhecimento como integrante do curso de vida; minimizar os danos e limitações, impedindo a velhice doente e realizando ações que promovam a saúde, mantendo autonomia e independência; desenvolver ações educativas, não só direcionadas à equipe de enfermagem, mas principalmente ao próprio ser humano idoso, a sua família e à comunidade e sociedade (SANTOS et al., 2010 p. 04).

A enfermagem gerontológica é uma especialidade que fornece atenção abrangente aos idosos, envolvendo os procedimentos básicos como histórico, diagnóstico, prescrição, implementação e evolução. Seu objetivo é promover a manutenção do estado funcional e preservar a autonomia da pessoa idosa (SMELTZER et al., 2009).

Desta forma, o processo de envelhecimento humano é estudado pela ciência conhecida como gerontologia, que se desenvolve a partir das ciências biológicas, psicológica e sociológica. Para a atuação nesta fase do ciclo de vida humano é importante a participação de uma equipe interdisciplinar a fim de relacionar as experiências e favorecer o processo de envelhecimento através de intervenções importantes, observando o idoso de maneira holística (SMELTZER et al., 2009).

Os profissionais de enfermagem tem o papel de integrar a sociedade, envolvendo-se diretamente com as pessoas. Todas as transformações vivenciadas pelo homem no decorrer do seu ciclo vital influenciam em como o mesmo irá passar pelo processo de envelhecimento. O enfermeiro, por sua vez, fornece o cuidado de maneira humana, tendo como principal foco a pessoa, não esquecendo do meio em que está inserida, e sem limitar-se a procedimentos técnicos (BRUM; TOCANTINS; SILVA, 2005).

Além disso, é possível que a enfermagem se depare com diferentes costumes éticos, culturais, tradições e tabus, mediante a diversidade cultural que estamos inseridos em nossa sociedade. Para assegurar o melhor atendimento é importante que o profissional, inicialmente, identifique as distinções culturais, para que assim possa-se desenvolver um plano de cuidados

aos idosos conforme suas características individuais e culturais. Utilizando de habilidades no cuidado que valorize a diversidade, a capacidade de adaptação, as mudanças culturais, construindo pontes para o cuidado conforme cada cultura (SOUZA; ZAGONEL; MAFTUM, 2012).

Os serviços de saúde abrangem todos os indivíduos em diferentes fases do desenvolvimento humano, a enfermagem não necessita possuir uma especialização em gerontologia para atender a população, desta forma é necessário que esses profissionais estejam instruídos sobre como atender de forma adequada e eficiente a população idosa (SMELTZER et al, 2009).

A assistência ao idoso ainda apresenta algumas limitações importantes, decorrentes das instruções que são oferecidas acerca do cuidado de enfermagem específico ao idoso, por ainda ser recente. Na Estratégia de Saúde da Família, observam-se algumas ações que englobam o atendimento a pessoa idosa, voltadas a diabéticos, hipertensos, porém a atuação para a manutenção do organismo ativo e independente ainda é deficiente e por muitas vezes ausente do serviço (SANTOS et al., 2010).

Ainda referindo a Atenção Básica, sabe-se que todos os profissionais da equipe deve fornecer o atendimento a pessoa idosa de forma integral. Dentre as atribuições gerais estão o planejamento, a programação e implementação de ações; identificar e acompanhar os idosos fragilizados; alimentar os dados dos Sistemas de Informação em Saúde; conhecer a cultura, os hábitos de vida, os valores éticos e religiosos; acolher o idoso de forma humanizada; prestar atenção contínua; fornecer e preencher a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; realizar e participar de capacitações referentes a saúde da pessoa idosa; e também elaborar ações de educação em saúde para o idoso, familiares e comunidade (BRASIL, 2006).

Ademais, a enfermagem na Atenção Básica atua na realização de visitas domiciliares, através da consulta de enfermagem, onde pode solicitar exames e prescrever medicações conforme normas e protocolos do município, além de supervisionar e coordenar o trabalho do Agente Comunitário de Saúde e da equipe de enfermagem, realizar ações permanentes de educação e saúde e fornecer ao idoso, a família e ao cuidador orientações sobre o uso correto de medicações (BRASIL, 2006).

Neste contexto, a atuação da enfermagem na atenção à saúde do idoso constitui uma área fundamental ao conjunto de serviços de saúde fornecidos a população, que surge como um desafio aos profissionais, para transcender da abordagem clínica- curativa para uma atuação multiprofissional e interdisciplinar (VEIGA; MENEZES, 2008).

### 4.3 Estudos empíricos

Inúmeros estudos foram realizados sobre a qualidade de vida em idosos com diferentes perspectivas e enfoques teórico-metodológicos, vários autores se dedicaram para contribuir com o acervo teórico sobre tal assunto. O acesso a esses estudos foi realizado a partir de uma pesquisa nas bases de dados onde foi possível detectar um número considerável de publicações sobre o tema qualidade de vida de idosos. Posteriormente, houve a seleção dos estudos mais pertinentes que serão descritos a seguir.

Pinheiro e Teixeira (2003), com o objetivo de identificar os motivos pelos quais levam idosos a participarem de grupos de terceira idade, realizaram um estudo com 24 participantes, sendo 10 pertencentes a um grupo de convivência chamado Grupo Renascer Mooca, que já existia há onze anos, e 14 sujeitos de um outro grupo chamado Grupo da Terceira Idade Bom Jesus, que existia há 3 meses. Neste estudo, a coleta de dados foi realizada através de dois instrumentos: um questionário que visou a explorar o perfil sociopsicológico dos sujeitos envolvidos e a técnica denominada “grupo focal”. Foi realizada uma dinâmica, primeiramente, com a pergunta: “qual animal você desejaria ser?” e explicar o motivo, logo em seguida focou na discussão temas como: aposentadoria, família, perdas, saúde e amor. Todo o processo de discussão foi gravado. Por fim os idosos responderam a um questionário geral que continha dados pessoais, como idade, sexo, estado civil etc., para traçar o perfil sociopsicológico dos participantes. Estes autores realizaram uma análise de conteúdo das representações sociais em relação a alguns temas de interesse desses grupos (aposentadoria, família, perdas, saúde e amor) e exploraram os sentimentos de referência e pertinência que idosos têm em relação ao grupo de terceira idade do qual participam.

Percebeu-se que o tempo de existência do grupo, influencia na elaboração de um discurso comum, tornando-o bem estruturado. Apesar disto, houve discussão de opiniões divergentes, visto que todos os objetos tem significado social. A aposentadoria foi um tema comum entre os grupos, apresentadas por imagens diferentes, e com impaciência dos indivíduos, um querendo falar mais que o outro, como se estivessem se impondo e mostrando que ainda são capazes de expor opiniões. A aposentadoria também apareceu nos dois grupos, porém a partir do mesmo aspecto, que foi a injustiça. Contudo concluiu-se que o maior problema enfrentado na velhice consiste na adaptação as mudanças que ocorrem nesta fase (PINHEIRO; TEIXEIRA, 2003).

O estudo de Andrade e Nery (2012) teve como objetivo descrever a qualidade de vida de idosos que residem em instituições de longa permanência. Consiste num estudo

qualitativo, descritivo, realizada numa instituição de longa permanência filantrópica. A pesquisa foi construída a partir da análise de 20 idosos com idade entre 69 a 94 anos. Através de uma lista sistemática elaborada a partir do Caderno de Atenção Básica nº19– Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) como: Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa. Dividido em categorias: diagnósticos relacionados ao comportamento motor, diagnósticos relacionados à cognição e memória, diagnósticos relacionados à comunicação e socialização e diagnósticos relacionados a outros problemas físicos de saúde.

Para a efetivação da pesquisa, foram observadas questões como: uso de calendário, narração de histórias a fim de servir como estímulo para que os idosos resgassem fatos passados relacionados ao tema tratado; resgate de suas histórias de vida por através de conversas em grupo e o desenvolvimento de tarefas com grau mínimo de complexidade. O isolamento social foi um dos fatores que chamou atenção, evidenciando a falta de atividade que ocupem o tempo e estimulem os idosos a interagir, tornando-os mais independentes. Viu-se também que a conversa é uma fonte de prazer para o idoso, estas trouxeram bem –estar para os idosos. Contudo, verificou-se que a instituição estudada, assim como diversas no país sofre de precariedade em questões físicas, recursos humanos, visto que a maioria dos funcionários dessas instituições não possuem treinamento adequado, e recursos financeiros. Foi visto que se pode implementar atividades como a formação de um grupo a fim de trabalhar com os idosos diariamente atividades que estimulem o autocuidado, o bem-estar e promova a saúde (ANDRADE; NERY, 2012).

Serbim e Figueiredo (2011) em seu estudo descreveram acerca da qualidade de vida de idosos participantes de um grupo de convivência. O estudo é descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. Participaram desta pesquisa 15 idosos de um grupo de convivência (Grupo Nossa Senhora de Fátima). O instrumento utilizado para a coleta de dados foi o WHOQOL-OLD, este produz um escore para a qualidade de vida em idosos; e como complemento foi utilizado o WHOQOL-BREF que é composto por 26 questões, sendo duas destas gerais sobre qualidade de vida; também foi utilizado um questionário estruturado a fim de conhecer as características sociodemográficas de cada idoso. Na análise do questionário WHOQOL-BREF, viu-se que o domínio que mais contribui para a qualidade de vida foi o social, seguido pelo ambiental, psicológico e físico. A maioria dos idosos entrevistados era do sexo feminino, não alfabetizado, aposentado e viúvos e ainda moravam com seus filhos. No estudo foram levantadas questões sobre as facetas: funcionamento do sensorio; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; intimidade.

Desta forma, concluiu-se que a capacidade funcional, ou seja, a faceta do funcionamento do sensorio aparece como um novo paradigma de saúde, sendo responsável pela maior contribuição a qualidade de vida. O envelhecimento saudável é visto como a interação entre a saúde física, mental, independência nas atividades diárias, sociabilização, suporte familiar e independência econômica. O estudo, enfim, constatou a importância de outras pesquisas como esta em outros grupos de idosos.

O estudo de Santos et al. (2002) teve como objetivo avaliar a satisfação de idosos em relação à sua qualidade de vida. Trata-se de uma pesquisa quantitativa em que realizou-se a entrevista com 128 idosos a partir de dois questionários, o primeiro com dados sociodemográficos e o segundo através da escala de Qualidade de Vida de Flanagan que avalia a qualidade de vida através das dimensões: bem-estar físico e material, relações com outras pessoas, atividades sociais, comunitárias e cívicas, desenvolvimento pessoal, realização e recreação. O predomínio da classe feminina no envelhecimento humano o torna uma experiência quase que essencialmente das mulheres, visto que a esperança de vida é maior que a dos homens. Todos os idosos entrevistados mostraram interesse por alguma atividade religiosa, como se o apego com a religião os ajudassem a superar e vencer as limitações impostas por esta etapa da vida. Verificou-se que no escore de maior pontuação de satisfação foi o de sociabilização, observando que a troca de experiências e a formação de novas amizades promove o bem-estar dos idosos. Quando perguntados sobre o maior problema que os atingia, foram citados problemas de saúde e as limitações que acompanham o processo de envelhecimento.

Joia; Ruiz; Donalísio. (2007) conduziram um estudo a partir de uma pesquisa transversal com 365 idosos, com a utilização de três instrumentos de coleta de dados: a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan, Perfil do Estilo de Vida e WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life) elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Seu objetivo era descrever quais fatores são responsáveis pelo grau de satisfação com a vida da população idosa. Como complemento foram acrescentadas questões sobre atividade física, através do questionário Internacional de Atividade Física, e também com perguntas sobre morbidade referida e estado emocional, situação sociodemográfica, e uma pergunta aberta “O que é qualidade de vida para o senhor (a)?”. Antes da aplicação foi realizado um estudo piloto e viu-se que a construção do questionário não alcançava a realidade dos idosos, por dificuldades de interpretação, dessa forma houve uma adaptação nos questionários com o uso de uma “escala de motivação”. Após a aplicação da pesquisa verificou-se que a maioria dos idosos se diziam felizes e muito satisfeitos, também viviam em famílias pequenas, com boas

condições de moradia e renda mediana, e com índice de alfabetização baixo. Por fim, os autores abordaram que a saúde, a presença do ambiente familiar e a renda são determinantes de boa qualidade de vida.

Fechine e Trompieri (2012) realizaram uma revisão bibliográfica, com o objetivo de analisar o envelhecimento frente às alterações biológicas, músculo- esqueléticas, nervosa e psicológica. Uma reflexão referente ao estudo revela que o crescimento da população idosa não pode ser ignorado e é necessário conhecer o processo de envelhecimento e suas alterações no organismo do indivíduo, seja ela física ou mental. A partir desse entendimento é possível conhecer a etiologia associada aos processos degenerativos, visando à elaboração de estratégias que diminuam os problemas associados ao avanço da idade, proporcionando a vivência do idoso de forma positiva e independente. O estudo também fornece o conhecimento teórico como alicerce para a realização de atividades práticas voltadas para esta temática.

Vecchia et al. (2005) com o objetivo de conhecerem a qualidade de vida na opinião de idosos, realizou um estudo com a utilização de um questionário multidimensional para sondar sobre a satisfação de vida e o estilo de vida dos idosos, ao final da aplicação do questionário perguntou-se: “O que é qualidade de vida para o(a) Sr(a)?”. A partir da análise das respostas dos idosos, foram encontradas dez variáveis que contribuem para a qualidade de vida: preservação dos relacionamentos interpessoais, boa saúde, equilíbrio emocional, condição financeira boa, lazer, satisfação no trabalho, espiritualidade, a prática da caridade, acumulação de conhecimento adquiridos no decorrer da vida e o ambiente que está inserido. Das variáveis que mais apareceram juntas estão relacionamentos interpessoais, equilíbrio emocional e boa saúde. Por fim, foram encontrados três tipos de perfis de idosos, o primeiro caracterizado pelo idoso que prioriza a afetividade e a família, o segundo que priorizava o prazer e o conforto e o idoso que valoriza a prática do seu ideário de vida.

Cupertino; Rosa; Ribeiro (2007) conduziu uma pesquisa a partir de um estudo qualitativo, com a utilização de um instrumento com questões sociodemográficas e duas perguntas subjetivas, “O que é o envelhecimento saudável na sua opinião?; O que você acha que é importante para ter um envelhecimento saudável?”. Este estudo teve o objetivo de examinar o conceito de envelhecimento saudável, numa amostra pré-estabelecida de idosos, a fim de encontrar as multidimensões percebidas pelos mesmos. Os aspectos mais encontrados para a definição do envelhecimento saudável foram: saúde (física, social e emocional), alimentação saudável, exercícios físicos e evitar os fatores de riscos. Por fim, concluiu-se a

heterogeneidade da população idosa, e a necessidade de intervenções diferentes para o alcance de todos, promovendo o bem-estar do idoso.

Com o objetivo de identificar as representações do idoso e sua influência nas atividades sociais sobre auto percepção no processo de envelhecimento, Guerra e Caldas (2010) realizaram uma revisão bibliográfica. Os itens abordados no decorrer do estudo foram: Imagens e representações do idoso sobre o processo de envelhecimento; Envelhecimento e participação social; e Representações sociais e envelhecimento. A velhice é vista, atualmente, como algo destrutivo, o que contribui para o isolamento do idoso. Fatores como aposentadoria obrigatória, adoecimento, exclusão social, perda do respeito e prestígio na família e/ou no ambiente de trabalho, são definidos conforme a cultura que é vivenciada. Desta forma, percebe-se que o envelhecimento apresenta inúmeras variáveis que podem influenciar na vida do indivíduo, dependendo do estilo de vida adotado.

Tahan e Carvalho (2010) realizaram uma pesquisa de abordagem qualitativa através da utilização de um instrumento semi-estruturado e da observação do participante, os idosos entrevistados tinham entre 60 e 88 anos, sendo a maioria, do sexo feminino. O objetivo do estudo foi de análise e reflexão das percepções dos idosos, frente a qualidade de vida, após a adesão a Grupos de Promoção de Saúde. A partir da observação do material coletado, foram identificados os temas: Sentimentos em relação a como é ser idoso no Brasil; Satisfação com a Saúde; Significados de qualidade de vida; Satisfação com a vida; Importância das atividades sociais e de lazer para qualidade de vida; Os Grupos de Promoção de Saúde. Concluiu-se que a participação do idoso em grupos de promoção de saúde contribui para as relações interpessoais, além de favorecer a autonomia, o bem-estar físico, mental e social, como também a formação de vínculos de amizade, fatores esses que contribuem consideravelmente para a melhoria na qualidade de vida do idoso.

Inouye et al. (2010) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a percepção, e identificar as suas diferenças sobre qualidade de vida e de suporte familiar. O instrumento utilizado para a pesquisa foi o de avaliação de qualidade de vida: “Escala de Qualidade de Vida” (QdV-DA), também foi utilizado um “Inventário de Percepção de Suporte Familiar”, que avalia a percepção de suporte familiar, como também um questionário socioeconômico. O avanço da idade não influenciou negativamente na percepção de qualidade de vida e suporte familiar, mas sim na independência do indivíduo, quanto maior a idade, menor a sua autonomia. Percebeu-se que os níveis de vulnerabilidade social e socioeconômica estavam intimamente ligados às percepções do suporte familiar e de qualidade de vida.

Souza e Murai (2007) desenvolveram uma revisão bibliográfica resgatando conceitos sobre qualidade de vida e envelhecimento. O objetivo primordial era de perceber as influências que o autocuidado pode causar a qualidade de vida na velhice, através das literaturas existentes. Conforme as autoras, a literatura mostra que o mundo está envelhecendo e que cada indivíduo atinge a essa fase com diferentes formas de expressão. Percebeu-se o autocuidado como a expressão de todo o conhecimento acumulado ao longo da vida do idoso. Recomenda-se que os sujeitos desse processo observem e busquem os seus direitos, não esquecendo de cumprir seus deveres. Por fim, verifica que a bibliografia consultada sobre a qualidade de vida na velhice, consiste na manutenção da capacidade do autocuidado e de se manifestar livremente, com dignidade e garantia de condições mínimas de respeito e manutenção da vida.

Carneiro (2011) realizou um estudo com o objetivo de contribuir para o arcevo sobre qualidade de vida e bem-estar na velhice, procedeu, assim, uma revisão bibliográfica. Em sua pesquisa percebeu-se que a compreensão sobre a qualidade de vida e o bem-estar subjetivo na terceira idade é de importância relevante, principalmente na situação real de mudança do perfil populacional e tecnológico, que implica na ampliação da expectativa de vida das pessoas. Neste cenário, não deve ser deixado de considerar que a longevidade sem qualidade de vida não é uma vitória e, sim, motivo de preocupação social. O artigo levanta a hipótese de que as habilidades sociais estão imersas na promoção do bem-estar subjetivo do idoso.

Carneiro et al. (2007) tiveram o objetivo de comparar as relações entre habilidades sociais, apoio social, qualidade de vida e depressão em idosos, nos diferentes grupos: os que possuem rede de apoio social, os que não participam de atividades sociais fora do seu contexto familiar e os residentes de instituições de longa permanência. Os instrumentos utilizados foram: o Inventário de Habilidades Sociais; a Medida de Apoio Social; o WHOQOL-ABREVIADO e a Escala de Depressão em Geriatria. De acordo com os resultados alcançados, observou-se que a maior parte dos entrevistados possui grande repertório de habilidades sociais frente a situações consideradas de autoafirmação na expressão de sentimentos positivos, como agradecer elogios, fazer elogios, expressar sentimentos positivos e também o autocontrole da agressividade. Nessa reflexão, quando comparado os três grupos é visível o comprometimento dos idosos que moram em instituições de longa permanência nas habilidades sociais. Essa afirmação pode ser explicada pelo evidente isolamento que o idoso vivencia em asilos.

Segundo apresentado estudos descritos sobre a temática do envelhecimento e qualidade de vida tiveram variados objetivos: identificar motivos da participação no grupo de

idosos e análise de representações sociais (PINHEIRO, TEIXEIRA, 2003); descrever a qualidade de vida de idosos residentes de instituições de longa permanência (ANDRADE, NERY, 2012); descrever a qualidade de vida de idosos que participam de um grupo de convivência (SERBIM, FIGUEIREDO, 2011); avaliar a satisfação de idosos em relação a sua qualidade de vida (SANTOS et al., 2002; VECCHIA et al., 2005; TAHAN, CARVALHO, 2010); descrever os fatores responsáveis pelo grau de qualidade de vida dos idosos (JOIA et al., 2007); analisar o envelhecimento frente as alterações biológicas, músculo-esqueléticas, nervosa e psicológica (FECHINE, TROMPIERI, 2012); examinar o conceito de envelhecimento saudável (CUPERTINO et al., 2007); identificar as representações, sua influencia nas atividades sociais e auto percepção do processo de envelhecimento (GUERRA, CALDAS, 2010); avaliar as percepções e diferenças sobre qualidade de vida e de suporte familiar (INOUYE et al., 2010); resgatar conceitos de qualidade de vida e envelhecimento (SOUZA, MURAI, 2007); contribuir para o acervo sobre qualidade de vida (CARNEIRO 2011), comparar as relações entre habilidades sociais, qualidade de vida e depressão em grupos diferentes de idosos (CARNEIRO et al., 2007).

Estudos esses realizados com idosos em diferentes contextos. Os principais resultados encontrados demonstraram que a percepção da qualidade de vida do idoso depende da maneira que ele lida com as mudanças que ocorrem em seu organismo e em sua vida no geral. Verificou-se ainda que diversos fatores contribuem diretamente para a formulação desse conceito; assim, a qualidade de vida envolve facetas como: relações interpessoais, autonomia, o bem-estar físico, mental e social, equilíbrio emocional, boas condições de moradia, financeira, lazer, reconhecimento no trabalho, espiritualidade, dentre outras. Percebeu-se que para conciliar o alcance de idades mais avançadas com qualidade de vida é importante a inserção e mudanças na assistência que é oferecida ao idoso no país, através de políticas sociais.

Os estudos supracitados discorreram sobre diversos temas relevantes direcionados ao envelhecimento humano. A presente pesquisa complementa e reforça a ideia principal que diferentes autores discutem em seus estudos acerca da velhice e a qualidade de vida. Apesar da vasta informação e estudos existentes acerca do envelhecimento populacional, considera-se que ainda existe um déficit na efetivação das ações voltadas a garantia da qualidade de vida na velhice.

## **5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **5.1 Tipo de Pesquisa**

Trata-se de um estudo descritivo sob a perspectiva da abordagem qualitativa. Segundo Gil (2008, p.28), estudo descritivo é definido com o “objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis”.

Esta pesquisa tem o objetivo de descrever fatos e atualizar características que estão presentes em um determinado grupo, onde consiste em descobrir “o que é” e está sempre voltada para o presente.

A abordagem qualitativa, segundo Minayo (2004, p. 21) “[...] trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”. Neste sentido, esse tipo de estudo possibilitará conhecer as concepções da qualidade de vida dos idosos residentes do município de Picuí-PB.

### **5.2 Cenário de Pesquisa**

Essa pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde Genário Xavier da Silva, na cidade de Picuí, situado na região do Curimataú Paraibano. O município de Picuí é dotado de quatro Unidades Básicas de Saúde, sendo esta escolhida pela atuação pessoal como estagiária durante a disciplina de estágio supervisionado I. A Unidade Básica de Saúde (UBS) disponibiliza de serviços médicos, odontológicos e de enfermagem. As características existentes sustentam as particularidades desse ambiente como: salas, iluminação e recursos humanos peculiares como profissionais de saúde e pacientes.

### **5.3 População e Amostra**

A população de uma pesquisa é composta pelo conjunto de seres animados ou inanimados que, apresentam pelo menos uma característica em comum e a amostra constitui uma porção ou parcela convenientemente selecionada do universo – população, portanto, é um subconjunto do universo (LAKATOS, 2009).

A amostra do estudo foi composta por 30 idosos, 70% do sexo feminino e 30% do sexo masculino, com a faixa etária compreendida entre 65 à 99 anos, residentes do município de Picuí- PB sendo estes idosos atendidos pela Unidade Básica de Saúde Genário Xavier da Silva. A partir da utilização de um instrumento semiestruturado de coleta de dados, foi possível investigar qual a percepção que estes idosos têm sobre a sua qualidade de vida.

#### **5.4 Critérios de Inclusão e Exclusão**

Os critérios de inclusão utilizados para a escolha para a pesquisa foram: idosos residentes do município de Picuí, Paraíba, cadastrados e atendidos pela UBS Genário Xavier da Silva, e foram adotados como critérios excludentes, os idosos que apresentassem distúrbios de fala e/ou alteração na cognição, e aqueles que não obedecerem aos critérios supracitados.

#### **5.5 Instrumento de Coleta de Dados**

Segundo Marconi e Lakatos (2009) conceituam instrumento como um roteiro de perguntas enunciadas pelo entrevistador e preenchidas por eles com as respostas do pesquisado. Nesta pesquisa, o instrumento utilizado para coleta de dados será questionário semiestruturado do tipo aberto, norteados a partir dos objetivos da pesquisa.

“Pode-se definir questionário como a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc.” (GIL,2008, p.128).

A coleta foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada que contém questões sobre: 1) Dados sociodemográficos, 2) Saúde física, 3) Atividades da vida diária, 4) Vida social e 5) Saúde Mental. O roteiro de entrevista consta de uma adaptação de um questionário do Conselho Municipal dos Direitos dos Idosos de Picuí, intitulado “Questionário Multidimensional para estudos comunitários na população idosa do Município de Picuí”. As entrevistas duraram em média de dez à trinta e cinco minutos.

## **5.6 Procedimento**

### **5.6.1 Procedimento ético**

Para a realização deste estudo foram seguidos os seguintes passos: autorização da UFCG/CES/ UAS (ANEXO A1) e autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Picuí (ANEXO A2) para realização da pesquisa com os idosos que frequentam uma Unidade Básica de Saúde- UBS.

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, foram observados os princípios éticos, estabelecidos pela resolução nº 466/12 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), que preconiza no seu capítulo III que as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender as exigências éticas e científicas fundamentais, destacando, entre seus princípios éticos (capítulo III, item 1.a.) a necessidade do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - (APÊNDICE B) dos indivíduos-alvo. Para atender a este princípio, foi explicado aos participantes o objetivo da pesquisa e a garantia do anonimato, bem como o direito do participante de desistir a qualquer momento do estudo sem riscos de qualquer penalização ou prejuízo pessoal, profissional ou financeiro. Para aqueles que aceitaram participar, apresentou-se o TCLE, que depois de lido e assinado, em duas vias, ficou uma com o participante da pesquisa e a outra com a orientadora e orientando da pesquisa.

### **5.6.2 Procedimento de Coleta**

Após a autorização do Comitê de Ética de Pesquisa (CEP), os dados foram coletados de forma individual com os idosos nas suas residências, com intermédio da enfermeira e agentes comunitários de saúde da UBS escolhida.

### **5.6.3 Processamento de análise**

Os dados referentes às questões subjetivas foram transcritos e categorizados de acordo com a análise do conteúdo- AC- proposta por Bardin (2004) com a colaboração de dois pares de Juízes que trabalharão separadamente e depois confrontarão as categorias pré-estabelecidas. Foram retidas as categorias que obtiverem, no mínimo, o consenso de 75% dos

juízes. Destaca-se que as categorias não serão excludentes, uma vez que a resposta dada por um mesmo participante pode ser inserida em mais de uma categoria.

Segundo Bardin (2004), a AC baseia-se em quatro fases essenciais para analisar os dados: 1ª Fase – pré-análise: Caracteriza-se pela fase de organização, que possui procedimentos diversos que são: leitura, determinação das palavras chaves e recortes das respostas dos questionários; a 2ª Fase – que consiste na exploração ou codificação do material: envolve a transcrição dos dados e agrupamentos em unidades de registros, sendo capaz de fornecer uma descrição exata das características relevantes ao conteúdo; 3ª Fase – categorização: para a formulação de categorias temáticas; e a 4ª Fase – tratamento dos resultados obtidos: que é a interpretação dos resultados. Após a categorização e interpretação dos dados, é feita a análise e discussão com base nas leituras realizadas durante a construção do estudo.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nessa sessão apresentamos os resultados referentes à análise e discussão das entrevistas. Na primeira parte da entrevista, buscou-se identificar os dados socio demográficos, aspectos referentes à idade, sexo, escolaridade e com quem cada participante morava.

Diante dos dados colhidos durante a pesquisa, verificou-se a presença de idosos na faixa etária entre 65 à 99 anos de idade, sendo nove (30%) analfabetos, desesseis (53,3%) tinham frequentado até o ensino fundamental, e cinco (16,7%) até o ensino médio. Conforme apresentado na Tabela 1, constatou-se a frequência maior de participantes do sexo feminino, confirmando a existência da “feminilização da velhice”.

Tabela 1: Distribuição das frequências e percentuais referentes ao sexo (N= 30)

Categorias	F	%
Feminino	21	70
Masculino	09	30
TOTAL	30	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Diversos estudos relatam o evento chamado “feminilização da velhice”. Após a análise das entrevistas foi constatado, também, a presença maior do sexo feminino nessa faixa etária, confirmando assim o que se encontra no acervo literário sobre envelhecimento. Magnabosco-Martins, Camargo e Biasus (2009) dizem que o termo “feminilização da velhice” é caracterizado pelo crescimento acelerado da população idosa feminina quando comparado com a masculina, desta forma as mulheres ficam viúvas mais cedo do que os homens e frequentemente permanecem sozinhas depois da morte de seu companheiro.

Vê-se o número de mulheres idosas superior ao dos homens em grande parte dos países do mundo, e o Brasil também mostra sua predominância feminina na velhice. Segundo Netto, Yuaso, Kitadai (2005), o número de idosas é consideravelmente maior que o de idosos em quase todos os países do mundo, isso ocorre pela maior longevidade alcançada pelas mulheres. Verifica-se que as pessoas do sexo feminino vivem cerca de cinco a sete anos a mais que as pessoas do sexo masculino. Isso é resultado da diferença existente entre os sexos, diante da exposição a fatores de riscos, quanto ao consumo de álcool e tabaco, e também a diferença na procura ao serviço de saúde e suas atitudes tomadas em relação às doenças.

Foi solicitado que os participantes indicassem as pessoas com as quais moravam e foram apresentadas as seguintes respostas: *Cônjuge, Filhos, Netos, Parentes e Sozinho*. Conforme apresentado na Tabela 2, grande parcela dos idosos que participaram deste estudo relatou que morava com os cônjuges; seguidos daqueles que disseram morar com os filhos, dos que mencionaram morar com os *Netos*, dos que moravam com *Parentes*, e a menor parte dos idosos relatou morar *Sozinho*.

Tabela 2: Distribuição das frequências e percentuais das respostas dos idosos dadas à questão “Com quem você mora?” (N=52)

Categorias	F	%
Cônjuge	17	32,7
Filhos	12	23
Netos	09	17,3
Parentes	09	17,3
Sozinhos	05	9,7
TOTAL	52	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

A maior parte dos idosos entrevistados convivem com seus familiares, cônjuge, filhos, netos e parentes. Essa coresidência favorece tanto os idosos quanto as gerações mais jovens. Pedrazzi et al. (2010) dizem que uma importante parte dos idosos procuram morar com suas famílias pela necessidade de auxílio, seja físico, afetivo ou financeiro, que impedem viver de forma independente.

Uma pequena parte dos entrevistados disseram morar sozinho. Conforme Nunes et al. (2009), os idosos que residem sozinhos apresentam uma proteção ao comprometimento funcional importante, considerando que o idoso que consegue morar sozinho possui sua autonomia e independência preservadas. Na velhice, o morar sozinho pode ser uma condição como também uma escolha do indivíduo, este fator contribui para a melhor capacidade funcional e diminuição da vigilância e dependência do idoso pelos seus familiares. Em contrapartida, pode apresentar riscos e também representar causa de problemas de saúde, como a solidão e depressão.

Em relação a pergunta “*Como o (a) senhor (a) se sente em relação a sua vida em geral?*”, quatorze (46,7%) dos 30 idosos entrevistados mencionaram satisfação com a vida, onze (36,7%) disseram estar parcialmente satisfeitos, e apenas cinco (16,6%) relataram estar

insatisfeitos. Diante das respostas coletadas as categorias: *Satisfeitos, Parcialmente Satisfeitos e Insatisfeitos*, foram elaboradas subcategorias conforme o motivo do seu estado de satisfação.

Para a categoria *Satisfeitos* ficou inseridas as respostas referente aos idosos satisfeitos com a sua vida de forma geral, e foram criadas cinco subcategorias que explicam e exemplificam cada uma destas.

**Apoio Familiar:** Nesta categoria foram incluídas as respostas em que os idosos encontravam-se satisfeitos com a vida pelo fato de ter a família como apoio primordial. Exemplos: “*Me sinto bem, não me sinto mal não, porque tenho minha família, meus filhos que moram comigo, os que são casados me querem bem, eu quero bem a ele...*”; (Part. A14); “*moro junto com meu marido, meus netos, meus filhos... e me sinto feliz, com minha família e comigo mesma.*” (Part. A10).

**Condições Materiais:** As respostas dos idosos pertencentes a esta subcategoria, relataram sua felicidade conforme o valor que recebiam da sua aposentadoria, suas condições financeiras. Exemplos: “*depois da minha vida avançada, tô aí com meu dinheirinho*” (Part. A6); “*Já trabalhei muito, agora me aposentei, né?*” (Part. A 17)

**Autonomia:** Nesta subcategoria os idosos relataram sentem-se bem por ser útil, e conseguir desempenhar atividades sozinhos. Exemplos: “*Eu vivo bem porque vou fazendo minhas coisinhas*” (Part. 20).

**Preocupação com a Saúde:** Nesta subcategoria foram inseridas as respostas dos idosos que demonstraram satisfeitos, porém na sua fala afirmaram algum tipo de preocupação com a saúde. Exemplos: “*Graças a Deus eu vivo bem, assim, tomo remédio controlado, mas tenho saúde.*” (Part. 11); “*...tenho uma tremurazinha na mão, mas só um pouquinho. Mas em outras coisas não, me sinto bem, sabe?*” (Part. 13).

**Bem Estar:** Estão agrupadas nesta subcategoria as respostas dos idosos que relataram lazer e tranquilidade na sua vida no geral. Exemplo: “*tenho família, tenho trabalho...tenho lazer*” (Part. A28).

**Sem justificativa:** As respostas incluídas, nesta categoria, foram aquelas em que os idosos relataram estar satisfeitos, porém não conseguiram formular uma resposta completa que justificasse tal estado de satisfação. Exemplo: “*Me sinto bem, graças a Deus.*” (Part. 18).

Na categoria *Parcialmente Satisfeito* encontram-se as respostas que indicavam um estado regular de bem estar, onde dividiu-se em subcategorias: Preocupação com a Família; Situação Socioeconômica; Preocupação com a Saúde; Espiritualidade e Fé; Bem Estar; Limitações; e Sem Justificativa.

**Preocupação com a Saúde:** Nesta subcategoria ficaram inseridos os idosos que estão em parte satisfeitos, contudo apresentaram em suas respostas preocupação com a sua saúde. Exemplos: “*Só sinto uma pressãozinha, quando eu tenho uns aperreios ela sobe um pouco, mas vivo tranquila.*” (Part. A8); “*Me sinto bem, às vezes sinto umas dor na perna, não posso andar muito...*” (Part. A22).

**Situação Socioeconômica:** As respostas dessa subcategoria são aquelas em que os participantes se referiam a sua situação econômica como algo negativo para tornar sua vida melhor. Exemplos: “*...não tão bem porque em casa de pobre a gente não pode se sentir tão bem...*” (Part. A04); “*...as circunstâncias tão muito pesada, gastando muito, mas eu vou pedir a Deus pra ver se venço essa batalha.*” (Part. A05).

**Preocupação com a Família:** Estão as respostas dos participantes que mantêm um bem estar parcial com preocupação com algum membro da família, seja ele filho, esposo (a), netos e parentes no geral. Exemplos: “*Eu me sinto bem, na mesma hora não me sinto, porque tem uns dois anos que venho lutando com esse velho...*” (Part. A05); “*... tem dia que a gente tá tão bem, aí tem uns pensamentos assim, quem tem família tem preocupação...*” (Part. 15).

**Espiritualidade e Fé:** Refere-se às respostas dos idosos que buscam na espiritualidade e fé o apoio para viver. Exemplo: “peço a Deus para viver mais bem de saúde”

**Bem Estar/Tranquilidade:** Nesta categoria encontram-se as respostas referentes a uma comodidade encontrada na velhice. Exemplos: “*Mais ou menos, não trabalho, não saio de casa, já trabalhei muito na vida, agora tô só descontando.*” (Part. 24); “*Me sinto conformada com o que sou hoje, eu fui uma pessoa que sofri muito, trabalhei muito...*” (Part. A25).

**Sem Justificativa:** Inclui as respostas em que os idosos dizem que se encontram parcialmente satisfeitos, porém não apresentam uma justificativa para sua resposta.

Por fim, encontra-se a categoria *Insatisfeito*, em que os idosos referiram-se à insatisfação com aspectos relacionados à *Saúde*, *Solidão* e *Finitude*.

**Saúde:** Os idosos mencionaram a saúde como a causa ou uma das causas principais para a sua insatisfação com a sua vida no geral. Exemplos: “*Preocupada com a saúde, com o bem estar pra ter uma vida mais saudável.*” (Part. A27); “*Muito ruim, porque minha filha eu vivo doente, faz uns tempos que só vivo doente.*” (Part. A23).

**Solidão:** As respostas inseridas nesta subcategoria foram aquelas que apresentavam estado de solidão, tristeza ao sentir-se só. Exemplo: “*... ficar só, só tenho meu esposo mesmo e meus filhos, e netos. Mas a gente fica só né?*” (Part. A26).

**Finitude:** Estão agrupadas a esta subcategoria as respostas em que os idosos referiram sentimento de finitude, que a vida já havia terminado. Exemplo: “*vive só assim, pelejando para ir durando uns dias*” (Part. A02).

Tabela 3: Distribuição das frequências e percentuais das respostas dos idosos dadas à questão “Como o (a) senhor (a) se sente em relação a sua vida em geral?” (N= 41)

Categorias		F	%
Satisfeito	Apoio Familiar	07	17,07
	Saúde	04	9,75
	Bem Estar	03	7,31
	Condições Materiais	03	7,31
	Autonomia	01	2,43
	Sem Justificativa	02	4,87
Parcialmente	Preocupação com a saúde	06	14,63
Satisfeito	Situação Socioeconômica	02	4,87
	Preocupação com a Família	03	7,31
	Espiritualidade e Fé	01	2,34
	Bem Estar	02	4,87
	Sem Justificativa	01	2,34
Insatisfeito	Saúde	04	9,75
	Solidão	01	2,34
	Finitude	01	2,34
TOTAL		41	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

À esta questão os idosos elencaram diversos fatores que contribuem para sua satisfação com a vida, como também a presença de outros que interferem nesta satisfação, que estão intimamente relacionados à qualidade de vida. Kluthcovsky e Takayanagui (2006) relataram que a qualidade de vida possui um conceito bastante subjetivo, pois existem fatores e condições inseridos presentes no meio e na vida dos indivíduos que influenciam direta e indiretamente na percepção, ou subjetividade acerca da qualidade de vida.

A maior parte dos idosos disseram estar satisfeitos com a sua vida de uma forma geral, confirmando essa satisfação com alguma característica importante para sua vida, como o apoio familiar, saúde, bem estar, condições materiais e autonomia, corroborando as ideias de Joia, Ruiz e Donalísio (2007) que afirmam que a satisfação com a vida é julgada a partir de

fatores vivenciados específicos, como saúde, trabalho, condições de moradia, relações sociais, autonomia entre muitos outros, ou seja, é uma auto avaliação geral com características e critérios próprios. Este julgamento corresponde a uma comparação entre os estados de vida do indivíduo e um modelo por ele instituído.

Dentre os fatores citados pelos idosos encontra-se a espiritualidade e fé, que conforme Argimon et al. (2006) com o passar dos anos, os indivíduos passam por transformações em como ver o mundo, seus valores, onde a interface materialista vai se esvanecendo e a espiritualidade começa a ganhar espaço, que por vezes é explicada através da reflexão maior sobre o envelhecimento, existência e o sentido da vida.

Quando questionados “Como o (a) senhor (a) avalia a sua saúde atualmente?” surgiram as categorias *Bem*, *Regular* e *Mal*.

Na categoria *Bem* encontram-se as respostas as quais os idosos mencionaram que sua saúde estava boa, satisfeito com a saúde. Diante das respostas, destacaram duas subcategorias para essa categoria, que foram: *Sem Uso de Medicação* e *Autocuidado*.

**Sem Uso de Medicação:** Nesta categoria os idosos consideravam o não uso de medicamentos como uma forma de ter saúde, de estar com a saúde boa de uma forma geral. Exemplo: “... *que eu não sofro de pressão, né? Não tomo remédio...*” (Part. A03).

**Autocuidado:** As respostas que foram incluídas nesta categoria são aquelas em que os idosos referem algum tipo de cuidado com sua saúde, atividades de autocuidado. Exemplo: “... *mas atualmente tá bem, porque eu faço física, eu faço hidroginástica...*” (Part. A04); “...*procuro me cuidar, com alimentação, exercício físico...*” (Part. A28).

A categoria *Regular* estão as respostas em que os idosos referem uma melhora de saúde comparado ao estado anterior da sua vida. Onde passaram por algum problema considerado grave por eles, porém atualmente estão recuperados e com uma saúde estável. Ou estão com algum agravo à saúde, mas considerado controlado, não interferindo frequentemente com o estado de saúde do participante. Exemplos: “*A minha saúde também é mais ou menos, já fui operada, histerectomia, vesícula... mas tô até bem.*” (Part. A19); “*Precisando de cuidados, avalio assim, que agora tô precisando ter mais cuidado observar mais, ter mais controle da avaliação.*” (Part. A27).

A categoria *Mal* contém as respostas em que os participantes disseram estar mal de saúde, com a saúde ruim, devido aos problemas e agravos à saúde que aparecem com frequência, o adoecimento de uma forma geral. Exemplos: “*Não tenho saúde não, sou hipertenso.*” (Part. A01); “*É ruim, a saúde é ruim, velho não tem saúde boa não, quando não tá aleijado de uma perna, tá de um braço, tem sempre um problema.*” (Part. A02).

Tabela 4: Frequências e percentuais das respostas dos idosos dadas à questão “Como o (a) senhor (a) avalia a sua saúde atualmente?” (N=30)

Categorias	F	%
Bem	11	36,7
Regular	10	33,3
Mal	09	30
TOTAL	30	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

A partir da análise da questão anterior, fica perceptível que a satisfação com a vida está entrelaçada com a saúde do ser humano. Desta forma, como menciona Serbim e Figueiredo (2011), a satisfação de vida é um critério essencial para avaliar a saúde na velhice. A capacidade funcional é vista como um novo paradigma de saúde, sendo responsável pela maior contribuição a qualidade de vida.

Considerando-se conjuntamente as frequências de respostas das categorias *Regular e Mal*, verifica-se que, de uma forma geral, os idosos participantes desse estudo consideram sua saúde debilitada. O quadro de agravos à saúde com a mudança na pirâmide etária passa de doenças infectocontagiosas, para as doenças crônico degenerativas que atingem a população idosa. Veras (2009) diz que em menos de 40 anos, o Brasil sofreu uma transformação no que diz respeito os agravos a saúde, passando de um quadro de enfermidades relacionadas à população jovem para um estado de enfermidades características de países longevos, evidenciado por doenças crônicas e degenerativas que podem perdurar por longos períodos de tempo, necessitando de cuidados intensos, medicação contínua e exames periódicos.

Logo fica evidente que o envelhecimento populacional traz consigo uma maior carga de doenças que causam limitações, maior procura aos serviços de saúde e uso de medicações. Porém Veras (2009) afirma que esse fato não é inevitável, e que o foco principal consiste na prevenção e atenção integral ao idoso.

Quando os participantes foram questionados sobre o que são capazes de fazer sozinho, surgiram as categorias: *Atividades Domésticas; Autocuidado; Atividades Rurais; Questões Financeiras; Participação Social; Lazer; Costurar; Cuidar de Outrem; e Não Categorizável.*

**Atividades Domésticas:** Nesta categoria estão incluídas as respostas dos participantes que referiam realizar atividades relacionadas ao lar, como: cozinhar, lavar, passar, arrumar a casa, engomar, varrer, entre outras. Exemplos: “... eu quem lavo, quem passo, faço tudo [...]cozinhar, limpar a casa, não dependo de ninguém não.” (Part. A11); “...ainda faço muita

*coisa, arrumo a casa, comida, se tiver alguma coisa desmantelada eu ajeito e dá certo.”* (Part.A19).

**Autocuidado:** A categoria Autocuidado envolve as respostas que afirmam a realização de atividades referentes à cuidados pessoais e cuidados com a própria saúde, como: Comer sozinho, tomar banho sozinho, trocar de roupa, Ir ao banheiro, entre outras. Exemplos: *“Tomo banho sozinho, como, durmo, graças a Deus.”* (Part.A06).

**Atividades Rurais:** Nesta categoria foram incluídas as respostas em que os participantes desenvolviam atividades direcionadas ao meio rural. Pelo fato de ser uma pesquisa numa cidade do interior, foi notada a frequência de pessoas que desempenhavam atividades rurais. Exemplos: *“...agricultura, tem um sitiozinho ali perto”* (Part.01); *“Tem um sitiozinho, eu vou lá e volto, faço umas coisinhas lá, cuido assim.”* (Part.A8).

**Lazer:** Incluem-se a esta categoria as respostas passear, assistir televisão, visitar os parentes e amigos, entre outros. Exemplos: *“só assisto televisão”* (Part.A05); *“ando, passeio”* (Part. A08).

**Costurar:** Esta categoria reuniu as respostas em que os participantes destacaram a atividade costurar, como algo que podiam fazer sozinhos. Exemplos: *“costuro as vezes para a casa mesmo”* (Part.A04); *“aqui e aculá ainda dou uma costuradinha”* (Part. A19).

**Cuidar de Outrem:** Nesta categoria encontram-se as respostas em que os participantes citaram cuidar de outra pessoa como o esposo, os netos e os filhos. Exemplos: *“cuido do meu marido”* (Part. A07); *“cuido dos meus netos”* (Part. A30).

**Participação Social:** Esta categoria englobou as respostas em que os participantes apontaram participar de atividades sociais, em grupos de idosos. Exemplo: *“participo do artesanato no centro do idoso”* (Part. A04); *“vou ali no centro, e de noite a gente vai para uma escolinha que tem ali no colégio”* (Part. A12).

**Questões Financeiras:** Nesta categoria encontram-se as respostas em que os idosos relataram atividades como ir ao banco. Exemplos: *“vou pra o banco sozinha, tiro dinheiro”* (Part. A03).

**Não Categorizável:** Esta categoria reuniu as respostas dos participantes que não conseguiram elaborar a resposta conforme o que foi solicitado, deixando a resposta vaga. Exemplos: *“Mas ainda tenho condições de fazer as coisas básicas.”* (Part. A27); *“Não tem problema com as coisas que tem pra fazer não.”* (Part. A28).

Tabela 5: Distribuição das frequências e percentuais das respostas dos idosos dadas à questão “O que o (a) senhor (a) é capaz de fazer sozinho?” (N= 49)

Categorias	F	%
Atividades Domésticas	21	42,9
Autocuidado	11	22,4
Atividades Rurais	03	6,1
Lazer	03	6,1
Costurar	03	6,1
Cuidar de Outrem	03	6,1
Participação Social	02	4,1
Questões Financeiras	01	2,
Não Categorizável	02	4,1
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Percebe-se que os idosos entrevistados manifestam atividades cotidianas importantes para sua vida, que fazem com que se sintam bem, preservam sua independência e autonomia. A sociedade, muitas vezes, vê o idoso como improdutivo e incapaz de desempenhar alguma atividade, os autores Tahan e Carvalho (2010) reportam a necessidade de uma releitura sobre a velhice, abortando posturas preconceituosas de que o idoso não é capaz de realizar nenhuma atividade e que é improdutivo. Desta forma, é imprescindível a criação de oportunidades em que os idosos continuem ativos e participantes, conforme suas condições físicas e mentais e seus desejos e expectativas.

Solicitou-se que os idosos respondessem a questão: “O que o (a) senhor (a) faz no seu tempo livre?” A análise de conteúdo apontou a existência das seguintes categorias:

**Lazer:** Nesta categoria reuniram as respostas em que os idosos faziam algum tipo de atividade de lazer, como: Passear, andar, jogar, costurar, caminhar, assistir televisão, entre outras. Exemplos: “*Só andar, dar uma volta na rua, espairecendo, somente isso.*” (Part. A09); “*assisto televisão, uma novelinha a noite*” (Part. A15).

**Interação Social:** as respostas neste grupo foram em que os idosos citaram que se envolvem com outras pessoas, algum tipo de atividade que entre em contato com outras pessoas, como conversar, trabalho voluntário, entre outras. Exemplos: “*Trabalho voluntário também, gosto muito.*” (Part. A07); “*fico ali conversando com meus amigos.*” (Part. A14).

**Dormir:** Nessa categoria encontram-se as respostas em que os idosos citaram dormir como a atividade principal que fazem no seu tempo livre. Exemplos: “*Dormir, só.*” (Part. A02); “*Vou dormir, sossegar minha vida, que tem noite que eu não durmo nadinha.*” (Part. A05).

**Atividades Religiosas:** Nesta categoria encontram-se as repostas em que os idosos enfatizaram a participação de atividades religiosas, como ir à missa, ler a bíblia, participar de um grupo de oração, entre outras. Exemplos: “*Da igreja eu atuo em dois grupos de oração, apostolado e a renovação carismática, e um grupo de oração aqui na comunidade.*” (Part. A07); “*vou pra igreja, todo domingo vou pra missa.*” (Part. A08).

**Ficar em Casa:** Agrupou-se a esta categoria as resposta dos idosos que diziam permanecer em casa no seu tempo livre. Exemplos: “*...o problema da saúde, aí não tem condições não, aí fica em casa*” (Part.A01); “*Fico por aí, fico em casa, né?*” (Part. A13).

**Cuidar de Outrem:** Nesta categoria destacam as repostas em que os idosos citaram cuidar de alguma pessoa em seu tempo livre, seja ela, esposo (a), filhos, netos e outros parentes. Exemplos: “*...levar o menino pra escola.*” (Part. A03); “*os netinho sempre vem pra cá, eu amo eles.*” (Part. A11).

**Estudar:** foram incluídas nesta categoria as respostas em que os idosos apontaram estudar, ler, no seu tempo livre. Exemplos: “*de noite vou pra escola*” (Part. A12); “*Ler, ainda agora eu li um livrinho, terminei um texto*” (Part. A25).

**Atividades Rurais:** nesta categoria foram incluídas as respostas em que os idosos explicaram que em seu tempo livre faziam atividades rurais, plantar, ir ao sítio, dar comida aos animais. Exemplos: “*é época boa para plantar, vou para o sítio*” (Part. A18);

**Atividades Domésticas:** as respostas incluídas nesta categoria foram aquelas em que os idosos ressaltaram em seu tempo livre fazer atividades direcionadas ao cuidado do lar. Exemplo: “*meu serviço é esse mesmo dentro de casa, o serviço de casa*” (Part. A21).

**Nada:** nesta categoria se enquadram as respostas dos participantes dizem não realizarem nada no seu tempo livre. Exemplo: “*hoje em dia não gosto de fazer nada*” (Part. A23).

Tabela 6: Distribuição das frequências e percentuais das respostas dos idosos dadas à questão “O que o (a) senhor (a) faz no seu tempo livre?” (N= 55)

Categorias	F	%
Lazer	23	41,82
Interação Social	09	16,36
Dormir	08	14,55
Atividades Religiosas	05	9,09
Ficar em Casa	03	5,45
Cuidar de Outrem	02	3,64
Estudar	02	3,64
Atividades Rurais	01	1,82
Atividades Domésticas	01	1,82
Nada	01	1,82
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

As discussões acerca do lazer e do estudo vêm conquistando espaço nas abordagens sobre o tema “envelhecimento”. Existem debates, apresentações, discussões sobre o lazer durante a velhice tanto na mídia em geral (programas televisivos, publicações de artigos em jornais, *sites* na *internet*) como em publicações científicas em diversas especialidades profissionais. Neste contexto, o lazer passa a ser entendido como necessidade de vida e começa a possuir uma relevância considerável, visto que é essencial para a saúde mental e social e para a preservação das funções cognitivas do ser humano.

O lazer contribui essencialmente para a inserção da pessoa idosa na sociedade. De acordo com Moura e Souza (2012), o Brasil e os países em desenvolvimento no geral, precisam investir e aprofundar nas pesquisas que busquem formular ações eficazes para este extrato populacional. Estas intervenções devem ter como foco a análise dos desafios enfrentados por muitos idosos brasileiros vivenciarem o lazer.

As respostas dadas a questão: “*Como é o seu relacionamento com as pessoas que moram com o (a) senhor (a)?*” A análise de conteúdo revelou as seguintes categorias:

**Satisfatório:** nesta categoria destacam-se as repostas em que os idosos estão satisfeitos com o relacionamento existente entre as pessoas que convivem com ele. Nesta categoria, encontramos ainda duas subcategorias que foram: *Harmonia Familiar* e *Sem Justificativa*. A subcategoria *Harmonia Familiar* envolve o relacionamento familiar de forma saudável. Exemplo: “*Muito bom, faz 43 anos que a gente é casado, nunca teve nada, muito feliz, todos*

*os dois, eu e ela.*” (Part.A01); enquanto a subcategoria *Sem Justificativa* estão agrupadas as respostas em que os idosos não dizem o motivo pelo qual estão satisfeitos com o relacionamento com a pessoas que moram com eles. Exemplo: “*Vivo bem*”(Part.A05).

**Regular:** englobou nesta categoria as respostas em que os idosos demonstravam um desequilíbrio no relacionamento com as pessoas com as quais convivem. Exemplos: “*ele lá no quarto e eu no meu, ele vive mais eu, mas ele vive com outra.*” (Part. A11); “*as vezes em pé de guerra*” (Part. A28).

**Não Categorizável:** esta categoria reuniu as respostas em que os idosos moravam sozinhos, e, sendo assim não existe como categoriza-los ou inserir em alguma categoria supracitada.

A Tabela 7 mostra as frequências e percentuais das respostas das categorias elaboradas com as respostas dos idosos dadas a essa questão.

Tabela 7: Distribuição das frequências e percentuais das respostas dos idosos em relação a questão “Como é o seu relacionamento com as pessoas que moram com o (a) senhor (a)?” (N=30)

Categorias	Frequência	Porcentagem
Satisfatório	21	70,00
Regular	05	16,67
Não Categorizável	04	13,33
Total	30	100,00

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Nota-se que o número de idosos satisfeitos com as pessoas com as quais convivem é alto, e não houve relato de insatisfação. Quando considerada a categoria *Regular*, vimos a presença de conflitos familiares, por vezes comum em relações de convivência. Muitos convivem com seus filhos, o que reforça as ideias de Guerra e Caldas (2010) que dizem que a grande maioria dos idosos considera a família, especialmente os filhos, a base e o suporte para todas as áreas da sua vida. A presença de um suporte familiar adequado intervém em resultados emocionais positivos, sensação de cuidado, estima e amor, assim como pontua Inouye (2010).

Compreende-se que o vínculo entre os familiares são essenciais para o desenvolvimento do ser humano e todas as vivências e momentos formarão as percepções e as relações dos envolvidos, inclusive durante a velhice. O suporte familiar exerce, sobretudo, no que diz respeito ao enfrentamento de problemas, controle, estabilidade, afeto, autoconceito, valores, o que resulta no bem estar psicológico (INOUE, 2010).

Análise das respostas dos participantes dadas à questão: “O (a) senhor (a) está satisfeito com o seu relacionamento com seus amigos? Por quê?” deu origem às seguintes categorias:

**Satisfeito:** Esta categoria inclui as respostas em que os idosos encontram satisfeitos com o relacionamento e quando questionados sobre o porquê da satisfação, foi possível elaborar as seguintes subcategorias: *relacionamentos sem interação, ausência de conflitos e com interação social*.

-As respostas dos idosos categorizadas como *Satisfeitos sem interação* são aquelas em que eles mantêm e enxergam o relacionamento de amizade onde cada pessoa fica em seu espaço, sem interferir na vida do outro. Exemplo: “*porque eles vivem na casa deles, né? Não me perturbam, cada um no seu canto*” (Part. A03).

-As respostas classificadas como *Satisfeitos com ausência de conflitos* foram aquelas em que os idosos disseram que os relacionamentos ocorrem sem brigas, sem conflitos e em harmonia. Exemplo: “*nunca houve nem cara feia uma para o outro*” (Part. A04).

-Por fim, as respostas categorizadas como *Satisfeito com interação social* são os que se envolvem com seus amigos. Exemplo: “*Fico muito feliz quando encontro com as pessoas assim, quando a gente se conversa*” (Part. A10).

**Regular:** A esta categoria estão os idosos parcialmente satisfeitos com o relacionamento que possui com seus amigos. Exemplo: “*Mais ou menos, de amizade de amigo... não estou brigado*” (Part. A13).

**Insatisfeito:** Encontram-se as respostas em que os idosos estão insatisfeitos com seus amigos e quando questionado o porquê surgiu a valorização da família como justificativa. Exemplo: “*Amigo, amigo para a vida todinha só tem dois ou três. É por isso que tem que valorizar muito a família, que é para sempre.*” (Part. A28).

Tabela 8: Distribuição das frequências e percentuais das respostas dos idosos em relação a questão “O (a) senhor (a) está satisfeito com seu relacionamento com seus amigos?” (N= 30)

Categorias	Frequência	Porcentagem
Satisfeito	25	83,3
Regular	02	6,7
Insatisfeito	03	10
Total	30	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

A maior parte dos idosos diz estar satisfeito com suas relações sociais, porém foi percebido que esta relação não consistia em uma interação de fato. Esse entendimento se coaduna com as ideias de Martins, Andrade e Rodrigues (2010) que diz que o gosto e a veemência para interação e convívio social na velhice é diminuído, ao contrário do que se vê em jovens. Faller et al. (2010) também relatam que com o avançar da idade a participação social fica reduzida, especialmente em idosos com idade superior a 80 anos. Isto ocorre devido às limitações inerentes do processo de envelhecimento, nesta fase tais limitações aparecem de forma mais contundente, acarretando na permanência maior junto à família.

Solicitou-se que os idosos respondessem a questão: “Quais são as preocupações de uma pessoa da sua idade?” A análise de conteúdo apontou a existência das seguintes categorias:

**Família:** esta categoria reúne as respostas em que os idosos relataram preocupar-se com seus familiares. Exemplos: “*A gente se preocupa com a família, apesar da minha não me dar trabalho.*” (Part. A04); “*A gente tem a preocupação primeiro com o esposo, né?*” (Part. A07).

**Saúde:** as respostas que integram esta categoria foram aquelas em que os sujeitos destacaram ter como principal preocupação a saúde. Exemplos: “*Com a saúde, a preocupação com a saúde.*” (Part. A14); “*Com a saúde, né? A gente se preocupa muito com a saúde.*” (Part. A17).

**Perda da Autonomia:** foram reunidas nesta categoria as respostas em que os participantes relataram preocupação com a diminuição da autonomia acarretada pelo envelhecimento. Exemplos: “*o quanto que eu já trabalhei e hoje não posso mais fazer isso*” (Part. A15); “*ficar preso numa cama sem andar dependendo de outra pessoa, ou sozinho*” (Part. A22).

**Condições Financeiras:** nesta categoria as condições financeiras foram mencionadas como uma preocupação comum entre os idosos. Exemplo: “*me preocupo em viver em casa alugada*” (Part. A05); “*ter uma casinha pequenininha, só minha, sabe?*” (Part. A25)

**Morte:** essa categoria agrupou as respostas em que os participantes reconheceram a morte como preocupação para pessoas na idade em que estavam. Exemplo: “*Preocupação é isso mesmo, só esperando chegar o dia de morrer.*” (Part. A02).

**Solidão:** esta categoria englobou as respostas em que os participante destacaram a solidão como preocupação. Exemplo: “*As preocupações de uma pessoa viúva. Com saudades da mulher*” (Part. A18).

**Ausência de Preocupação:** as respostas que fazem parte desta categoria referem-se não possuir nenhuma preocupação. Exemplo: “*não tenho preocupação não*” (Part. A06).

Tabela 9: Distribuição das frequências e percentuais das respostas dos idosos em relação a questão “Quais são as preocupações de uma pessoa da sua idade?” (N=46)

Categorias	Frequência	Porcentagem
Família	20	43,5
Saúde	18	39,1
Perda da Autonomia	03	6,5
Condições Financeiras	02	4,3
Morte	01	2,2
Solidão	01	2,2
Ausência de Preocupação	01	2,2
Total	46	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Verifica-se que as maiores preocupações relatadas pelos idosos entrevistados foram relativas à família e à saúde. De acordo com Inouye (2010), na velhice a família torna-se essencial, e a rede social é fortemente focada na família. Desta forma, as preocupações para com seus familiares também fica exacerbada. A saúde aparece em segundo lugar, devido às inúmeras consequências decorrentes do envelhecimento e suas alterações fisiológicas.

Freitas, Queiroz e Sousa (2010) relatam que, para os idosos, o adoecer aparece como uma situação de risco que pode comprometer a capacidade funcional, especialmente quando acompanhada de dores. Percebe-se que a preocupação com a perda da autonomia está diretamente relacionada com o estado de saúde. A família também se faz presente neste

contexto, o idoso quando perde sua autonomia necessita de cuidados e de vigilância, em sua maioria desempenhada pelos seus familiares.

A morte é um processo natural da existência humana, como também o envelhecimento, mas tais processos nem sempre são aceitos por todos os indivíduos. Os idosos quando valorizados pela sua história de vida, quando são respeitados e compreendidos, a percepção sobre sua existência passa a ter um significado importante. Ações como considerar, respeitar e amar favorece o acolhimento ao idoso, o reconhecimento do ser como único e singular, proporciona um sentido no envelhecer e possibilita o enfrentamento da morte (FALLER et al., 2010).

A análise de conteúdo das respostas da seguinte questão: “*O que o (a) senhor (a) espera do seu futuro?*” permitiu a elaboração das seguintes categorias:

**Qualidade de Vida:** esta categoria reuniu as respostas em que os participantes mencionaram palavras que remetem diretamente à qualidade de vida. Exemplos: “*meu futuro é ter a velhice mais sossegada.*” (Part. A01); “*minha felicidade*” (Part. A08).

**Saúde:** a esta categoria incluem-se as respostas dos idosos que destacam a saúde como expectativa de futuro. Exemplos “*saúde primeiramente*” (Part. A09); “*envelhecer com saúde*” (Part. A28).

**Apoio Familiar:** esta categoria englobou as respostas em que os participantes apontaram esperar o apoio da família no futuro. Exemplos: “*que os filhos não abandone os pais, os netos também*” (Part. A01); “*cada vez mais a velhice vai continuando e eu tenho meus filhos e meus netos*” (Part. A10).

**Nada:** esta categoria reuniu as respostas em que os participantes disseram não esperar nada do seu futuro. Exemplos: “*não tem o que esperar não*” (Part. A26); “*Nada, a pessoa já tá velha... não quero mais nada não*” (Part. A20).

**Longevidade:** esta categoria agrupou as respostas em que a longevidade foi mencionada pelos sujeitos como sendo esperada para seu futuro. Exemplos: “*muitos anos para eu viver*” (Part. A04); “*eu espero viver e ficar cada vez mais velho*” (Part. A14).

**Cuidar da Família:** nesta categoria encontram-se as respostas em que os idosos esperam do futuro o cuidado com sem familiares. Exemplo: “*Enquanto eu tiver viva é para zelar do meu filho*” (Part. A03).

**Bem Estar Espiritual:** esta categoria reuniu as respostas em que os participantes destacaram esperar do seu futuro o bem estar espiritual. Exemplos: “*Eu espero a salvação e o que Deus quiser*” (Part. A06); “*Do futuro mesmo, eu espero por Deus, porque ele é quem sabe, nós não sabemos não*” (Part. A07).

**Morte:** Nesta categoria encontram-se as respostas em que os participantes citaram a morte como o que os espera do futuro. Exemplo: “*tô no fim da vida esperando a morte chegar*” (Part. A24).

**Não Pertinente:** esta categoria reuniu as respostas em que os participantes não conseguiram formular uma resposta conforme a pergunta que foi realizada. Exemplo: “*Enquanto vive só isso mesmo*” (Part. A02).

Tabela 10: Distribuição das frequências e percentuais das respostas dos idosos em relação a questão “O que o (a) senhor (a) espera do seu futuro?” (N=54)

Categorias	F	%
Qualidade de Vida	15	27,78
Saúde	13	24,07
Apoio Familiar	06	11,11
Nada	05	9,26
Longevidade	04	7,41
Cuidar da Família	03	5,56
Bem Estar Espiritual	03	5,56
Morte	03	5,56
Não Pertinente	02	3,70
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Por fim, e não menos importante, entende-se que a espera tão almejada por muitos idosos é a qualidade de vida. Souza e Murai (2007) consideram que qualidade de vida envolve um compromisso individual, originado de um bem estar intrínseco às vivências. Vecchia et al. (2005) afirmam que a qualidade de vida envolve diversos fatores como, a capacidade funcional, condições financeiras, estado emocional, vida social, autocuidado, suporte familiar, religião, autonomia, entre outras. Santos et al. (2002) mencionam que a qualidade de vida pode ter como princípios: capacidade funcional, nível socioeconômico e satisfação.

Nota-se a presença de várias definições que cada autor dispõe, observa-se a multifatorialidade e subjetividade existente para este conceito. Neste contexto, percebe-se a presenças dos aspectos citados pelos entrevistados, apoio Familiar, Cuidar da Família, Longevidade, Bem Estar Espiritual, são características que favorecem a qualidade de vida quando presentes.

Mesmo as frequências das respostas nas categorias **Morte** e **Nada** aparecendo em número menor, não podemos desconsiderar a ideia de finitude e desvalorização da vida nessa etapa. Sabe-se que a morte é um processo natural da vida e que o envelhecimento nos aproxima mais desse processo, mas nem sempre ela é encarada com naturalidade. O sentido que encontramos no conceito de morte relatada pelos participantes é de desvalorização da pessoa idosa nesta fase da vida, onde as expectativas do futuro ficam resumidas a morte e a nada.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos dados, este estudo, que teve como objetivo geral avaliar a qualidade de vida de idosos que frequentam uma Unidade Básica de Saúde- UBS, apontou para necessidade de ampliação de políticas e ações voltadas ao idoso que estimulem sua autonomia e preserve a sua capacidade funcional, com expectativa de proporcionar aos idosos uma maior qualidade de vida.

Evidenciou-se neste trabalho a predominância das mulheres na terceira idade, o que confirma o que muitos autores relatam em seus estudos, o termo chamado “feminilização da velhice”. Processo este que decorre do estilo de vida que as mulheres adotam diferenciados dos homens.

Concluiu-se que a população entrevistada do município de Picuí- PB encontrava-se satisfeita de uma forma geral com sua vida, o que condiz com aspectos referentes a boa qualidade na assistência a saúde, existência de grupos sociais voltados ao idoso, valorização e respeito presente na cidade. Contudo, existe a parcela insatisfeita, o que demonstra a necessidade de melhora, para o alcance de todos os indivíduos. Apesar da variabilidade conceitual que circunda o termo qualidade de vida, foi perceptível que alguns aspectos comuns foram mencionados pelos idosos entrevistados: autonomia, saúde física, psicológica, bem estar e suporte familiar.

A saúde e o suporte familiar apareceram liderando as respostas acerca da satisfação com a vida. A satisfação com a vida é um conceito amplo, que envolve tudo que foi vivenciado pelas pessoas idosas no que diz respeito às condições de vida, sendo um fenômeno complexo e de mensuração difícil devido ao seu caráter subjetivo. Os idosos que disseram estar satisfeitos com sua saúde mencionaram a participação de atividades de autocuidado como exercício físico, alimentação saudável, o que traduz o envelhecimento ativo. Neste contexto, o papel da enfermagem é essencial para a promoção de atividades, além de ações de educação em saúde que estimule os idosos e seus familiares a desenvolver hábitos de vida saudáveis.

Destaca-se um aspecto positivo em relação à autonomia e independência da pessoa idosa do município de Picuí-PB. Segundo os dados coletados, a maior parte dos participantes da pesquisa apresenta a preservação destas características por participarem de atividades oferecidas aos idosos que estimulam a adoção de hábitos saudáveis.

Destarte, ser idoso nos dias atuais tem sido uma tarefa difícil e desgastante. O preconceito, a falta de respeito, os maus tratos, a negligência, a exclusão social, dentre outros,

são aspectos diários recorrentes na vida de muitas pessoas que conseguiram chegar a idades tão avançadas.

Portanto, há que ressaltar a necessidade de capacitação para os profissionais de saúde no geral e especialmente os que estão em contato direto com a população idosa. Além de fornecer a população a informação sobre o estado atual e futuro que estamos vivenciando, a fim de promover a conscientização.

Compreende-se que a qualidade de vida dos idosos no contexto atual ainda necessita de uma atenção especial por parte da sociedade, como também dos órgãos de saúde e governantes. Os diversos fatores que interferem para a qualidade de vida, ainda são esquecidos e desvalorizados por muitos. Desta forma, acredita-se na execução e ações voltadas para o idoso por uma equipe capacitada.

A enfermagem surge nesse contexto como protagonista na implantação de atividades sociais voltadas para o idoso de promoção, prevenção, como também de recuperação da saúde. Esse cuidado merece uma atenção especial, pois envolve do enfermeiro a formação profissional e também a pessoal. O despertar social para esse processo de mudança demográfica é essencial para a relação das pessoas mais jovens com os idosos. Os valores que cada pessoa carrega repercutem na prática de convívio, desta forma, os enfermeiros precisam desse olhar humanizado.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa**. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades. EACH/USP, 2012.

ANDRADE, D. M. B.; NERY, V. A. S Avaliação da qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Ciência & Desenvolvimento-Revista Eletrônica da FAINOR**, v. 5, n. 1, 2012

ARGIMON, Irani I. et al. O impacto de atividades de lazer no desenvolvimento cognitivo de idosos. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 1, n. 1, 2006.

BALTES, P. B. Theoretical propositions of the lifespan developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. **Developmental Psychology**, 23, 611-696. 1987.

BARBOSA, S. R. C. S. **Qualidade de Vida e ambiente: uma temática em construção**. Campinas: UNICAMP, NEPAM, 1998, p. 401- 423.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução Luís Atero Reto- Augusto Pinheiro. Lisboa: Persona. Edições 70, 2004.

BOFF, L. **O Autocuidado**. Disponível em: <<http://gerovida.blog.br/2009/12/07/o-autocuidado/>>. Acesso em: 20 de março de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: 2006.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências**. Diário Oficial da União 1994; 4 jan.

BRASIL. **Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003**. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

BRUM, A. K. R.; TOCANTINS, F. R.; SILVA, T. J. E. S. O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso. **Rev Latinoam Enfermagem** 2005 novembro-dezembro; 13(6):1019-26.

CARNEIRO, R. S. et al. **Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais**. 2007.

CARNEIRO, R. S. Qualidade de Vida e Bem-Estar Subjetivo na Terceira Idade. **Polêm! Ca**, v. 10, n. 4, p. 624 a 630, 2012.

CUPERTINO, A. P. F. B; ROSA, F. H. M; RIBEIRO, P. C. C. **Definição de Envelhecimento Saudável na Perspectiva de Indivíduos Idosos**. 2007.

- FALLER, J. W. et al. Qualidade de vida de idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Foz do Iguaçu-PR. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 14, n. 4, p. 803-10, 2010.]
- FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O. Processo de Envelhecimento: As principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional**, v. 1, n. 7, 2012.
- FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 37 (6), 793-799. 2003.
- FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A.; SOUSA, J. A. V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 407-412, 2010.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2008.
- GONÇALVES, A; VILARTA, R. **Qualidade de Vida e atividade física: explorando teorias e práticas**. Barueri: Manole, 2004, p.03-25.
- GUERRA, A. C. L. C.; CALDAS, C. P. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2931-2940, 2010.
- INOUYE, K. et al. Percepções de Suporte Familiar e Qualidade de Vida entre Idosos Segundo a Vulnerabilidade Social. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 23(3), 582-592; 2010.
- JOIA, L. C; RUIZ, T; DONALISIO, M. R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Rev. SaúdePública**[online]. 2007, vol.41, n.1, pp. 131-138.
- KLUTHCOVSKY, A. C. G. C; TAKAYANAGUI, A. M. M. Qualidade de vida-aspectos conceituais. **Revista Salus**, v. 1, n. 1, 2010.
- LAKATOS, E.M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6.ed. São Paulo 2009.
- LIMA, P. M. R. COELHO, V. L. D. The art of aging: an exploratory study on life history and aging. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31, n. 1, p. 4-19, 2011.
- LITVOC, J; BRITO, F. C. **Envelhecimento prevenção e promoção da saúde**. Atheneu, 2004.
- MAGNABOSCO-MARTINS, C. R; CAMARGO, B. V; BIASUS, F. Representações sociais do idoso e da velhice de diferentes faixas etárias. **Universitas Psychologica**, v. 8, n. 3, p. 831-847, 2009.
- MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1997.
- MARTINS, R.; ANDRADE, A. I.; RODRIGUES, M. L. A Vida...Vista pelos Idosos. **Millenium**, 2010. 39: 121 – 130.

- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MOURA, G. A.; SOUZA, L. K. 13. Autoimagem, socialização, tempo livre e lazer: quatro desafios à velhice. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 11, n. 1, p. 172-183, 2012.
- NERI, A. L. O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. **Temas em Psicologia**. Vol. 14, no 1, 17 – 34. Florianópolis: 2006.
- NERI, A. L. **Palavras-chave em Gerontologia**. Alínea. Campinas: 2008.
- NERI, A. L.; CACHIONI, M.; RESENDE, M. C. Atitudes em relação à velhice [Attitudes towards old age]. **Freitas, EV, Py, L., Neri, AL, Cançado, FAX, Gorzoni, ML, Rocha, SM Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, p. 972-980, 2002.
- NETTO, M. P.; YUASO, D. R.; KITADAI, F. T. Longevidade: desafio no terceiro milênio. **O Mundo da Saúde, São Paulo, ano**, v. 29, p. 29, 2005.
- NOMMEL ALMEIDA, B; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **InterSciencePlace**, v. 1, n. 20, 2012.
- NUNES, M. C. R; RIBEIRO, R. C. L; ROSADO LEFPL, F. S. C. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. **Rev bras fisioter**, v. 13, n. 5, p. 376-82, 2009.
- OMS. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization**. Social science and medicine. v.41, n.10, 1995, p.403-409.
- OPAS, Organização Pan-americana de Saúde. **Enfermagem Gerontológica: Conceitos para a Prática**. Série Paltex nº31. Washington, 1993.
- PEDRAZZI, E. C. et al. Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2010.
- PINHEIRO, C. F; TEIXEIRA, M. C. T. V. Um estudo sobre as representações sociais de assuntos relevantes para pessoas idosas. **Boletim de Iniciação Científica em Psicologia**, v. 4, n. 1, p. 25-40, 2003.
- SANTOS, S. R. et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 6, p. 757-764, 2002.
- SERBIM, A. K.; FIGUEIREDO, A. E. P. L. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. **Scientia Medica**, v. 21, n. 4, 2011.

- SMELTZER, S. C. et al. **Brunner e Suddarth: Tratado de enfermagem medicocirúrgico**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- SOUZA, A. F; MURAI, H. C. Qualidade de vida e envelhecimento. **Rev Enferm UNISA** 2007; 8: 9-11.
- SOUZA, J. R; ZAGONEL, I. P. S; MAFTUM, M. A. **O cuidado de enfermagem ao idoso: uma reflexão segundo a teoria transcultural de Leininger**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene, v. 8, n. 3, 2012.
- TAHAN, J; CARVALHO, A. C. D. Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. **Saúde Soc**. São Paulo, v.19, n.4, p.878-888, 2010
- VECCHIA, R. D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo; Quality of life in the elderly: a subjective concept. **Rev. bras. epidemiol**, v. 8, n. 3, p. 246-252, 2005.
- VEIGA, K. C. G; MENEZES, T. M. O. Produção do conhecimento em enfermagem: a (in) visibilidade da atenção à saúde do idoso. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 4, p. 761-8, 2008.
- VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.
- VIEIRA, K. F. L. **Sexualidade e qualidade de vida do idoso: desafios contemporâneos e repercussões psicossociais**. 2012. Tese de Doutorado. Tese de Doutorado. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.
- WHO. Development of the World Health Organization 2. WHOQOL-BREF quality of life assessment: the WHOQOL Group. **Psychol Med**. 1998;28:551-8.

**APÊNDICE**

## APÊNDICE A



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

Este questionário faz parte de um projeto de pesquisa do Término de Conclusão do Curso da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, sobre a responsabilidade da Graduanda Itacira Pedrosa de Lima e da sua orientadora Ms. Izayana Pereira Feitosa. Ele contém questões referentes a dados sócio-demográficos e à compreensão da qualidade de vida. A entrevista é anônima e sua identidade será mantida em sigilo. O que interessa são os resultados de uma forma geral e não os de cada participante.

**I- Dados sócio-demográficos:**

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Com que o senhor (a) mora? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**II- Entrevista sobre qualidade de vida**

- 1) Como o (a) senhor (a) se sente em relação a sua vida em geral?
- 2) Como o (a) senhor (a) avalia a sua saúde atualmente?
- 3) O que o (a) senhor (a) é capaz de fazer sozinho (a)?
- 4) O que o (a) senhor (a) faz no seu tempo livre?
- 5) Como é o seu relacionamento com as pessoas que moram com o (a) senhor (a)?
- 6) O (a) senhor (a) está satisfeito com seu relacionamento com seus amigos? Por quê?
- 7) Quais são as preocupações de uma pessoa da sua idade?
- 8) O que o (a) senhor (a) espera do seu futuro?

## APÊNDICE B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**ESTUDO: Percepções Sobre Qualidade de Vida de Idosos Residentes do Município de Picuí-PB**

Esta pesquisa é intitulada "Percepções Sobre Qualidade de Vida de Idosos Residentes do Município de Picuí-PB". Trata-se de um Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité- PB, e está sendo desenvolvida pela aluna Itacira Pedrosa de Lima sob a orientação da prof.<sup>a</sup> Ms. Izayana Pereira Feitosa. O presente estudo tem por objetivo geral de conhecer o perfil da população idosa do município de Picuí-PB conforme suas percepções sobre qualidade de vida a fim de contribuir para uma reflexão sobre a formulação de políticas e ações para a garantia de um envelhecimento digno ao ser humano.

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) para colaborar com esta pesquisa. Sua participação neste estudo consistirá em responder perguntas relacionadas com a qualidade de vida. As informações obtidas através desse estudo serão confidenciais e asseguramos que seu nome será mantido em sigilo absoluto. Os dados da pesquisa poderão vir a ser publicados/divulgados, desde que assegurada a privacidade dos sujeitos e a confidencialidade das informações.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não haverá nenhum dano.

As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento ou dúvida que porventura venha a surgir ou que você considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Destacamos aqui a importância de sua participação para a viabilidade deste estudo. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal.

Cuité / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Diante do exposto, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar:

Participante da pesquisa

Pesquisador Responsável: Izayana Pereira Feitosa  
(Izayana Pereira Feitosa. Professora da UFCG, SIAPE 1805245, Campus Cuité.). Telefone (83) 96232131, e-mail: [izayanafeitosa@gmail.com](mailto:izayanafeitosa@gmail.com)

Pesquisador Colaborador: Itacira Pedrosa de Lima  
(Itacira Pedrosa de Lima. Discente do curso de enfermagem da UFCG, Campus-Cuité. Endereço: Travessa São Miguel nº59 A, Centro, CEP: 58.175-000. Telefone (83)-9655- 4007, e-mail: [tacy\\_pedrosa@hotmail.com](mailto:tacy_pedrosa@hotmail.com))

**ANEXOS**