



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
PROGRAMA INTEGRADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
SAÚDE COLETIVA**



**QUALIDADE DE VIDA: PERCEPÇÃO DOS PARTICIPANTES DA  
ASSOCIAÇÃO DE APOSENTADOS, PENSIONISTAS E IDOSOS DE  
ARAPIRACA – ALAGOAS**

**ANA PAULA NOGUEIRA DE MAGALHÃES**

RECIFE  
2009

**ANA PAULA NOGUEIRA DE MAGALHÃES**

**QUALIDADE DE VIDA: PERCEPÇÃO DOS PARTICIPANTES DA  
ASSOCIAÇÃO DE APOSENTADOS, PENSIONISTAS E IDOSOS DE  
ARAPIRACA – ALAGOAS**

Dissertação apresentada ao Programa Integrado de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Márcia Carrera Campos Leal  
Co-orientadora: Jacira Guiro Marino

RECIFE  
2009

Magalhães, Ana Paula Nogueira de  
Qualidade de vida: percepção dos participantes da  
Associação de Aposentados, Pensionistas e Idosos de  
Arapiraca - Alagoas / Ana Paula Nogueira de Magalhães.  
– Recife: O Autor, 2009.  
94 folhas: il., tab., gráf., quadros.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de  
Pernambuco. CCS. Saúde Coletiva, 2009.

Inclui bibliografia, anexos e apêndices.

1. Associação de Aposentados, Pensionistas e  
Idosos de Arapiraca. 2. Idoso – Qualidade de vida. I.  
Título.

613.98	CDU (2.ed.)	UFPE
613.043	CDD (22.ed.)	CCS2009-118



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E  
PÓS-GRADUAÇÃO



RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO(A)  
MESTRAND(O)A

**ANA PAULA NOGUEIRA DE MAGALHÃES**

No dia 26 de junho de 2009, às 09:00 horas, no auditório do NUSP – Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento da Universidade Federal de Pernambuco, os professores: Márcia Carrera Campos Leal (DO – do Departamento de Medicina Social da UFPE – Orientador) Membro Interno, Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos (DO – Departamento de Enfermagem da UFPE) Membro Externo e Ana Paula de Oliveira Marques (DO – Departamento de Medicina Social da UFPE) Membro Interno, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüiram o(a) mestrando(a) Ana Paula Nogueira de Magalhães, sobre a sua Dissertação intitulada: **“Qualidade de Vida: percepção dos participantes da associação de aposentados, pensionistas e idosos de Arapiraca – Alagoas”**. Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do(a) Mestrando(a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Márcia Carrera Campos Leal

Aprovada

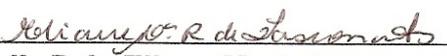
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos

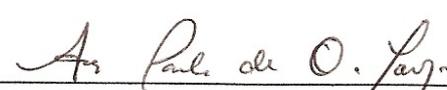
Aprovada

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Paula de Oliveira Marques

Aprovada

  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. **Márcia Carrera Campos Leal**

  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. **Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos**

  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. **Ana Paula de Oliveira Marques**

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por ter me dado a oportunidade de realizar este trabalho.

Aos meus pais, Adilson e Marta, pela força e carinho.

Aos meus avós, Edigar e Eva, pelo amor e incentivo.

À Márcia Carréra, minha orientadora, pela competência, incentivo e paciência quando eu mais precisava.

À Jacira Guiro, pela importante contribuição na análise estatística dos dados e por sempre ter estado presente nos momentos de dúvida.

Ao Edyerk, companheiro em todos os momentos, pelo carinho, amor e dedicação.

Às amigas e companheiras de luta por uma sociedade mais justa: Janaína, Francisca, Cristiane e Cíntia, vocês contribuíram significativamente para que este sonho fosse possível.

Às minhas amigas mestrandas, que fizeram com que a distância e as dificuldades vivenciadas se tornassem menores, obrigada por todo carinho e amizade.

Aos meus queridos amigos, Elthon, Josy, Helô, Marcio, Rodrigo, Lívia, Xambinho, Guarantã e Luana por todo apoio e amizade nos momentos felizes e de dificuldades.

A todo o Corpo Docente do PIPASC, por todas as reflexões e ensinamentos, e a Moreira, por todo apoio.

Às professoras Ana Paula Marques e Eliane Vasconcelos, pelas contribuições no exame de qualificação.

Às futuras enfermeiras, Cíntia Priscila, Cristiane, Mayara, Hete, Karyne e Liteska pela importante ajuda na coleta e tabulação dos dados.

Aos idosos que participaram deste estudo e a todos que fazem parte da Associação de Aposentados e Pensionistas.

## RESUMO

Nas últimas três décadas a população brasileira vem envelhecendo em ritmo mais acelerado. Portanto, é de fundamental importância garantir aos que envelhecem não apenas anos adicionais de vida, mas felicidade, bem-estar e qualidade de vida para que os anos vividos a mais sejam plenos de significado e dignidade. O presente estudo objetivou avaliar a percepção de qualidade de vida dos participantes da Associação de Aposentados, Pensionistas e Idosos da cidade de Arapiraca – AL. Foi realizado um estudo observacional de corte transversal; a amostra foi composta por 142 idosos selecionados por meio de amostragem aleatória estratificada por sexo. Os instrumentos utilizados foram um questionário sócio-demográfico e o WHOQOL-bref, proposto pela OMS e constituído por 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. As questões do WHOQOL possuem uma escala de resposta do tipo Likert, pontuando de 1 a 5 em cada questão, permitindo a obtenção do índice total de qualidade de vida. Para processamento e análise dos dados foi utilizado o pacote SPSS, versão 14.0. A qualidade de vida foi a variável dependente. A população estudada caracterizou-se por mulheres (61,2%), viúvas (42,5%), na faixa etária mais jovem (60-69 anos), com baixo nível de escolaridade, baixa renda, residindo em domicílios multigeracionais e em sua totalidade, praticantes de alguma crença religiosa. Quanto à percepção de qualidade de vida, os idosos a avaliaram como boa. Através do qui-quadrado de Pearson, verificou-se que renda e religião foram as variáveis que apresentaram correlação positiva e estatisticamente significativa com o índice total de qualidade de vida obtido pelos participantes do centro de convivência. Pela regressão linear múltipla, identificou-se que o domínio do Meio Ambiente foi o preditor mais influente na qualidade de vida dos participantes do estudo. Essa avaliação positiva da qualidade de vida sugere a relevância dos aspectos subjetivos na velhice e a

participação dos idosos na associação como oportunidade de acesso ao lazer e de interação social, fortalecendo a manutenção de uma vida ativa.

**PALAVRAS-CHAVE:** Qualidade de Vida, Idoso, Envelhecimento.

## ABSTRACT

In the last three decades the Brazilian population has grown old in a faster rhythm. Therefore, it is of basic importance to assure the ones that get old that they will have not just additional years of life, but also happiness, well-being and quality of life so those additional years can be full of meaning and dignity. The current work aimed to evaluate the elderly perception of quality of life from the Retired and Pensioner Association of the Arapiraca city, in the state of Alagoas. An observational study with transversal cut was done; in the sample were 142 elderly selected from a random sample separated by gender. The tools used were a socio-demographic questionnaire and the WHOQOL-bref, proposed by WHO, and composed by 26 questions, being two general questions about quality of life and the others divided into four domains: physical, psychological, social relations and environment. The WHOQOL questions have a response scale of Likert type, scoring from 1 to 5 in each question, allowing the acquirement of a total index of life quality. The package SPSS, version 14.0, was used to data process and analysis. Quality of life was the dependent variable. Most of the studied population (61.2%) were women, widow ones (42.5%), in the youngest age-group (60-69 years-old), in a low level of education, low income, living multi-generation homes, and all of with some religious belief. Quality of life was evaluated by the elderly as good. Using the Pearson's chi-square test, it was verified that income and religion were the variables that presented positive correlation and also statistically meaning with the total rate of quality of life obtained by the center of meetings participants. By multiple linear regression, it was identified that the Environment domain was the more influential predictor in the studied participants' quality of life. This positive evaluation of the quality of life suggests the relevance of subject aspects in old age and the participation of elderly at the association as an

opportunity of access to leisure and social interaction, strengthening an active life maintenance.

**KEY-WORDS:** quality of life, elderly, aging.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	Página
Gráficos	
1 – Distribuição dos idosos em relação ao índice de qualidade de vida – Associação de Aposentados e Pensionistas, Arapiraca – AL, 2008 .....	59
Quadros	
1 – Variável dependente .....	42
2 – Variáveis independentes .....	42
3 - Questões pertencentes aos domínios do WHOQOL –BREF .....	45

## LISTA DE TABELAS

Tabela	Página
1 - Características sócio-demográficas dos idosos participantes da associação, segundo sexo. Arapiraca, AL, 2008.....	50
2 – Características sócio-econômicas dos idosos participantes da associação, segundo sexo. Arapiraca, AL, 2008 .....	51
3 – Distribuição da frequência de idosos da associação por número de filhos. Arapiraca, AL, 2008.....	51
4 – Distribuição dos idosos participantes da associação segundo a propriedade do domicílio. Arapiraca, AL, 2008.....	52
5 – Distribuição dos idosos participantes da associação, segundo arranjo domiciliar. Arapiraca, AL, 2008 .....	53
6 – Descrição das crenças religiosas dos idosos participantes. Arapiraca, AL, 2008.....	53
7 – Distribuição dos idosos participantes da associação, segundo assiduidade. Arapiraca, AL, 2008 .....	54
8 – Associação entre características sócio-demográficas e índice total de qualidade de vida. Arapiraca, AL, 2008 .....	60
9 – Associação entre características sócio-econômicas dos participantes segundo o índice total de qualidade de vida. Arapiraca, AL, 2008 .....	61
10 – Associação entre arranjo e propriedade domiciliar e índice total de qualidade de vida. Arapiraca, AL, 2008 .....	62
11– Associação entre crenças religiosas e índice de qualidade de vida. Arapiraca, AL, 2008 .....	62
12 – Comparação entre as médias dos domínios de qualidade de vida percebidos pelos participantes da associação. Arapiraca, AL, 2008 .....	63
13 – Coeficiente de correlação entre os domínios e o índice dos participantes da associação. Arapiraca, AL, 2008 .....	64
14 – Regressão linear múltipla entre os diferentes domínios em relação ao índice final obtido pelos participantes da associação. Arapiraca, AL, 2008 .....	64

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CEP	Comitê de Ética em Pesquisas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIPASC	Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
WHOQOL – BREF	World Health Organization Quality of Life Instrument - BREF

# SUMÁRIO

	Página
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	16
2.1 A Trajetória do Envelhecimento Brasileiro .....	16
2.2 Conceituando Envelhecimento, Velhice e Velho .....	21
2.3 O Envelhecimento e a Qualidade de Vida .....	25
<b>3 JUSTIFICATIVA</b> .....	36
<b>4 OBJETIVOS</b> .....	38
4.1 Objetivo Geral .....	38
4.2 Objetivos Específicos .....	38
<b>5 MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	39
5.1 Desenho do Estudo .....	39
5.2 Área de Estudo .....	39
5.3 População do Estudo e Período de Referência .....	40
5.4 Seleção da Amostra .....	40
5.5 Definição das Variáveis do Estudo .....	41
5.5.1 Variável dependente .....	42
5.5.2 Variáveis independentes .....	42
5.6 Coleta dos Dados .....	43
5.7 Processamento dos Dados .....	46

5.8 Plano de Análise dos Dados .....	47
5.10 Considerações Éticas .....	47
<b>6 RESULTADOS</b> .....	<b>49</b>
6.1 Características Sócio-Demográficas dos Participantes da Associação de Aposentados, Pensionistas e Idosos .....	49
6.2 Domínios de Qualidade de Vida .....	54
6.3 Índice Total de Qualidade de Vida e Variáveis Sócio-demográficas .....	58
6.4 Associação entre os Domínios de Qualidade de Vida e o Índice Total .....	63
<b>7 DISCUSSÃO</b> .....	<b>65</b>
<b>8 CONCLUSÃO</b> .....	<b>74</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>76</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>82</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>86</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Nas últimas três décadas, a população brasileira vem envelhecendo em ritmo mais acelerado. Segundo o IBGE (2003), no Brasil, as pessoas maiores de 60 anos já representam 9,1% da população, contra 7,3% nos primeiros anos da década de 90. As projeções mostram que, entre 2000 e 2025, deverá se observar o mais rápido incremento na proporção de idosos, que saltará de 9,1% para 15%, sendo um aumento bastante significativo, e que vem ocorrendo de maneira mais rápida que nos países desenvolvidos. Logo, esse fenômeno torna-se preocupante, colocando este acelerado processo como um dos maiores desafios à sociedade contemporânea, tendo implicações sociais, econômicas e ambientais, sendo assim, um elemento central para a construção de novas práticas de saúde e estruturação de políticas sociais.

O prolongamento da vida é algo almejado pelo ser humano, porém isso deve estar agregado a um acesso adequado à saúde e a outras políticas sociais, ao lazer, ao trabalho e a uma aposentadoria digna. O envelhecimento é uma fase do ciclo da vida, lento e progressivo, no qual o indivíduo presencia perdas e ganhos e está inserido em um momento histórico, econômico e político, profundamente influenciado pela questão cultural. No ocidente, o envelhecimento é tido como algo negativo, visto de maneira preconceituosa e excludente, não sendo valorizado socialmente. Além disso, ao se falar em envelhecimento, em nosso país, devem-se levar em conta as desigualdades sócio-econômicas existentes, refletindo sobre as particularidades e necessidades de cada região.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) apud Freitag (2004, p.58), o maior desafio que a sociedade enfrenta atualmente “é a necessidade de examinar e fazer mudanças apropriadas nas políticas sociais e econômicas da saúde, e não o envelhecimento da

população”. Além disso, é necessária uma desconstrução social e cultural acerca da velhice e do processo de envelhecer. O envelhecimento deve ser visto de forma positiva e o idoso participante do contexto em que está inserido. O crescente número de idosos saudáveis vem contribuindo para essa mudança de paradigma.

Portanto, é de fundamental importância garantir aos que envelhecem não apenas mais anos vividos, mas felicidade, bem-estar e qualidade de vida. “Viver mais é aspiração natural de qualquer sociedade, mas é importante que se consiga agregar qualidade a esses anos adicionais de vida” (VERAS, 2003, p.15).

Mudanças nas práticas de saúde vêm ocorrendo nas últimas décadas. As mesmas que antes levavam em conta questões ligadas apenas à morbi-mortalidade, estão incorporando, além de aspectos clínicos, questões subjetivas, que englobam as percepções dos indivíduos em relação ao seu bem-estar e à sua qualidade de vida. As intervenções de saúde passaram a ter então como meta não apenas a cura da doença e a prevenção da morte, mas, principalmente, a preservação da dignidade do indivíduo, relacionada à sua qualidade de vida.

“O termo qualidade de vida passou a ser valorizado e teve sua popularidade aumentada com o aquecimento da economia após a Segunda Guerra Mundial” (BANDEIRA, 2005, p.55), mas somente na década de 60 passou a ser estudado por pesquisadores, sendo incorporada posteriormente ao campo da Saúde. A partir daí, o construto passou a ser entendido como qualidade de vida subjetiva ou qualidade de vida percebida pelas pessoas, sendo influenciado pela OMS ao declarar que saúde não se restringe à ausência de doença, incorporando a percepção individual de um completo bem-estar físico, mental e social. Atualmente, não existe um consenso para a definição de qualidade de vida e o construto apresenta aplicações em diversas áreas do conhecimento, apresentando grande complexidade, entretanto, apesar da falta de consenso, o conceito de qualidade de vida é caracterizado pela subjetividade e pela multidimensionalidade.

A redefinição do conceito de saúde dado pela OMS, além de ampliar o significado de saúde, enfatiza o caráter subjetivo da avaliação e, segundo Chachamovich, Trentini e Fleck (2007, p.63), “introduz de modo inequívoco a noção de bem-estar subjetivo como um dos pilares do conceito de saúde.” Para a OMS, qualidade de vida refere-se à “percepção individual de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e o sistema de valor com os quais convive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1995, p. 1405).

Como forma de enfrentamento da velhice estereotipada e no intuito de promover uma melhor qualidade de vida e inserção social dos mais velhos, no Brasil, o Estatuto do Idoso (2003), no parágrafo IV, aponta para a necessidade de viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações. De acordo com Araújo e Carvalho (2004), os grupos de convivência se mostram como projeto alternativo crescente, proporcionando aos idosos o exercício de seus papéis de cidadãos, contribuindo para o aumento da auto-estima e da motivação das pessoas envelhecidas.

Diante disso, “viver mais é importante, desde que se consiga qualidade de vida e significado aos anos adicionais de vida” (LIMA-COSTA; VERAS, 2003, p.700). Portanto, a presente pesquisa se propõe a avaliar a qualidade de vida dos participantes da Associação de Aposentados, Pensionistas e Idosos da cidade de Arapiraca - Alagoas.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 A Trajetória do Envelhecimento Populacional Brasileiro**

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. Entretanto, no caso do Brasil e de outros países em desenvolvimento, este fenômeno chama a atenção pelo rápido incremento em que se deu, colocando desafios a toda sociedade. Camarano (2002) afirma ser este um desafio inclusive para as ciências sociais, no seu papel de buscar uma compreensão para essa transformação, bem como de fornecer instrumental para avaliar o seu impacto nas condições de vida, nas políticas públicas etc. A mesma idéia é apoiada por Chaimowicz (1997), ao afirmar que nos países desenvolvidos, o processo de envelhecimento ocorre de forma gradual, acompanhado de melhorias na cobertura do sistema de saúde, nas condições de habitação, saneamento básico, trabalho e alimentação, enquanto no Brasil, ocorre rapidamente e num contexto de desigualdades sociais, crescentes níveis de pobreza, com precário acesso aos serviços de saúde e reduzidos recursos financeiros, sem as modificações estruturais que respondam às demandas do novo grupo etário emergente.

Portanto, nos países desenvolvidos, essa transição ocorreu lentamente, permitindo, assim, que essa modificação na estrutura etária fosse acompanhada por uma melhora na qualidade de vida das pessoas. “Em países como a Bélgica, por exemplo, foram necessários 100 anos para que a população idosa dobrasse de tamanho” (VERAS, 2003, p.11). O autor afirma ainda que a transição demográfica, no Brasil, vem ocorrendo de forma heterogênea e está associada, em grande parte, às desigualdades sociais.

Atualmente, a população brasileira com idade igual ou superior a 60 anos é da ordem de 15 milhões de habitantes. Camarano (2002) relata que a participação de idosos no total da população nacional dobrou nos últimos 60 anos; passou de 4%, em 1940, para 9%, no ano

2000. A região sudeste foi a que teve maior envelhecimento, tendo pessoas dessa faixa etária representado, em 1999, 10% de sua população total. As projeções mostram que em 2025 o Brasil será o sexto país do mundo a ter uma população de idosos.

O aumento da longevidade, principal fruto da transição demográfica,

foi determinado mais pela ação médico-sanitária do Estado que por transformações estruturais que pudessem se traduzir em melhoria da qualidade de vida da população: nas primeiras décadas do século XX, através de políticas urbanas de saúde pública como a vacinação, higiene pública e outras campanhas sanitárias, e a partir da década de 40 pela ampliação e desenvolvimento tecnológico da atenção médica na rede pública (OLIVEIRA et al.,1995;YAZAKI et al.,1990, apud CHAIMOWICZ, 1997, p.188) .

Esses fatores contribuíram para a diminuição das taxas de mortalidade específicas da infância e, conseqüentemente, levaram a um aumento da expectativa de vida, que foi secundado pela diminuição das taxas de fecundidade e natalidade. Durante as quatro primeiras décadas do século passado, a população brasileira era em sua maioria composta por jovens. “O grupo com menos de 15 anos representava entre 42% e 46% do total e os idosos 2,5% da população” (CAMARGO et al., 1990; FUNDAÇÃO IBGE, 1990, apud CHAIMOWICZ, 1997, p.185). Na década de 40, tem início o rápido declínio da mortalidade, estendendo-se até a década de 70. De acordo com Carvalho e Garcia (2003), naquele período, houve significativa aceleração no ritmo do crescimento da população, que, de uma taxa anual de 2,4%, na década de 40, passou para 2,9%, nos anos 60. “No final da década de 60, com o declínio da fecundidade em algumas regiões mais desenvolvidas do Brasil, inicia-se o processo de envelhecimento populacional (CHAIMOWICZ, 1997, p.186).”

Carvalho e Garcia (2003) afirmam

Parte da população já se encontra com fecundidade abaixo do nível de reposição e o nível médio do País deverá continuar a cair, pois há claras indicações de rápido declínio no Nordeste e em grupos mais pobres da população. Como conseqüência, entra a população brasileira em um sustentado processo de desestabilização de sua estrutura etária, com estreitamento continuado da base da pirâmide e, conseqüentemente, envelhecimento da população (CARVALHO e GARCIA, 2003, p. 728).

“A proporção da população ‘mais idosa’, isto é, de 80 anos ou mais, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo, ou seja, a população

considerada idosa também está envelhecendo” (CAMARANO et al., 1997 apud CAMARANO, 2002, p. 60), levando à heterogeneidade deste segmento populacional. De acordo com Chachamovich (2006), tal aspecto é de fundamental importância no desenho de intervenções de saúde e alocação de recursos, uma vez que a população de mais idade necessita de um perfil distinto de cuidados e representa um custo significativamente mais elevado.

Assim como em outros países, outra característica marcante do processo de envelhecimento é a predominância da população feminina entre os que envelhecem, e essa diferença se acentua com a idade, especialmente nas áreas urbanas. Elas apresentam maior esperança de vida desde o início do declínio da mortalidade, na década de 40. Conforme o IBGE (2000), em 1999, a razão era de 118 mulheres para cada 100 homens na faixa etária de 65-69 anos e de 141 para cada 100 no grupo de 80 ou mais. Segundo Araújo e Alves (2000), desde 1940, a percentagem de brasileiros com 60 anos ou mais quase duplicou (4,1% em 1940 para 7,7% em 1999), e o número aumentou aproximadamente 24 vezes (de 528,1 mil para 12,7 milhões). A expectativa de vida ao atingir 60 anos é de 19,3 anos de vida, em média, para as mulheres contra 16,8 anos para os homens. “Embora as mulheres vivam mais do que os homens, elas estão mais sujeitas às deficiências físicas e mentais, causando repercussões importantes nas demandas por políticas públicas” (CAMARANO, 2002); como vivem mais, elas apresentam maiores probabilidades de viverem sozinhas ao envelhecer, e em situação econômica desfavorável.

Veras, Curioni e Pereira (2003) chamam a atenção para essa particularidade,

Nos países periféricos, o número de mulheres que vivem sozinhas é muito menor que nos países desenvolvidos, mas ainda é mais alto entre as mulheres que entre os homens. A maioria dos idosos nos países em desenvolvimento – viúvos ou não – vive com seus filhos. No entanto, a queda da taxa de natalidade reduzirá essa probabilidade (VERAS; CURIONI; PEREIRA, 2003, p.5).

Segundo Neri (2007), a maioria das mulheres idosas brasileiras não teve emprego remunerado e com carteira assinada, o que aumenta sua desvantagem.

Em contrapartida, nas zonas urbanas, aumenta o número de famílias chefiadas por mulheres, as mulheres são as que mais freqüentam grupos de convivência, movimentos sociais, viagens e oportunidades de lazer, e são elas que mais se dedicam a trabalhos remunerados temporários e a trabalhos voluntários (NERI,2007, p.18).

Autores mais otimistas, como Debert (1999), citado por Camarano (2002), sugerem que, para as idosas de hoje, a velhice e a viuvez podem representar um momento de independência e realização.

Apesar de apresentar uma situação sócio-econômica menos favorável, o processo de envelhecimento populacional vem ocorrendo de maneira rápida também no Nordeste; nesta região, “a população com 60 anos de idade ou mais era da ordem de 3% da população total em 1970, passando para aproximadamente 6% em 1991”(COELHO FILHO E RAMOS, 1999, p.446). Além dos declínios de mortalidade, de fecundidade e natalidade, a migração de pessoas em idade produtiva em busca de melhores condições de trabalho e de vida, favoreceu esse processo no Nordeste.

As marcantes diferenças entre Sudeste e Nordeste contribuem para a magnitude deste fenômeno e suas peculiaridades em diferentes regiões:

Considerando as dimensões geográficas e populacionais da sociedade brasileira, onde a história registra índices de desigualdades socioeconômicas protagonizadas por um processo desumano de concentração de renda, tal realidade irá marcar as diferenças no envelhecimento das populações nas diversas Regiões do País, existindo no Sul e Sudeste padrões mais próximos daqueles observados em países desenvolvidos, enquanto no Norte e Nordeste tais padrões aproximam-se dos observados nos países subdesenvolvidos (PAIVA, 2004, p.44).

Segundo Veras (2003, p.13), “a desigualdade de renda é uma característica marcante de toda a sociedade brasileira e é encontrada também entre os idosos.” O autor cita a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2001 e afirma que 41,1% dos idosos brasileiros têm uma renda familiar per capita inferior a 1 (um) salário mínimo; no Nordeste, em contrapartida, aproximadamente 63,3% dos idosos não alcançam renda familiar per capita superior a 1(um) salário mínimo. Essa situação que merece destaque, pois as questões sócio-

econômicas podem influenciar diretamente no estado de saúde e no grau de satisfação com a vida dos que envelhecem.

Em relação à educação, o grau de alfabetização dos idosos é baixo. A maioria dos analfabetos são mulheres e moradores de áreas rurais: “Pode-se atribuir este resultado às características da sociedade e às políticas de educação prevalentes nas décadas de 1930 e 1940, quando o acesso à escola era ainda muito restrito” (IBGE, 2000, p.21). Um aumento da escolaridade na terceira idade pode favorecer a capacidade funcional do idoso dentre outras coisas, como o estímulo a comportamentos mais saudáveis, o retardo de doenças cognitivas, através do estímulo da atividade mental e a uma maior conscientização de seus direitos garantidos por lei.

O processo de transição demográfica leva às modificações, a longo prazo, dos padrões de morbidade, invalidez e morte denominado “transição epidemiológica”. De acordo com Frenk et al. (1991) apud Chaimowicz (1997), o processo engloba três mudanças básicas:

Substituição, entre as primeiras causas de morte, das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas; deslocamento da maior carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos e transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra em que a morbidade é dominante (FRENK et al., 1991, apud CHAIMOWICZ, 1997, p. 189).

Entretanto, no Brasil, o processo de transição epidemiológica vem se dando de maneira particular. Segundo Chaimowicz (1997),

Não há transição, mas superposição entre as etapas onde predominam as doenças transmissíveis e crônico-degenerativas; reintrodução de doenças como dengue e cólera, ou o unirecrudimento de outras, como a malária, hanseníase e leishmanioses indicam uma natureza não unidirecional denominada “contra-transição”; o processo não se resolve de maneira clara, criando uma situação em que a morbi-mortalidade persiste elevada por ambos os padrões, caracterizando uma transição prolongada e as situações epidemiológicas de diferentes regiões em um mesmo país tornam-se contrastantes (polarização epidemiológica) (CHAIMOWICZ, 1997, p. 189).

Sabe-se que, em indivíduos maiores de 60 anos, há uma predominância de adoecimento e morte relacionados às doenças crônico-degenerativas. “No Brasil, em 1990, mais de metade dos óbitos em idosos foram causadas por doenças do aparelho circulatório e 15% por neoplasias” (IBGE, 1994 apud CHAIMOWICZ, 1997, p.190). No entanto, essas

doenças não levam, necessariamente, o indivíduo à incapacidade física e emocional e podem ainda ser prevenidas. Viver mais não deve ser visto como um incremento de incapacidades e limitações para a sociedade, portanto os investimentos relacionados às políticas públicas devem ir além do tratamento de doenças crônico-degenerativas, geralmente oferecido através de consultas médicas e medicamentos. A essência dessas políticas deve-se ampliar, garantindo melhores condições de vida e bem-estar aos que envelhecem.

## **2.2 Conceituando Envelhecimento, Velhice e Velho.**

De acordo com Assis (2004, p.7), “envelhecer é um processo universal, dinâmico, progressivo, lento e gradual, para o qual concorre uma multiplicidade de fatores genéticos, biológicos, sociais, ambientais, psicológicos e culturais.” Sendo assim, o envelhecimento faz parte do ser humano, e a história de vida de cada um influenciará neste processo, interferindo na sua qualidade de vida.

A idade cronológica geralmente é o parâmetro para a formulação de políticas de atenção ao idoso, e frequentemente adotada nos trabalhos científicos. Conforme Papaléo-Netto (2002, p.9), “o limite de idade entre o indivíduo adulto e o idoso é 65 anos para as nações desenvolvidas e 60 anos para os países em desenvolvimento.” Entretanto, nem sempre a idade cronológica corresponde à idade biológica. Segundo Robledo (1994) apud Paiva (2004),

O envelhecimento ocorre de formas variadas, independente da idade da pessoa. Existem pessoas que, aos 80 anos, estão em plena vida produtiva, apesar de todas as vicissitudes impostas pela idade, ao passo que pessoas que ainda não chegaram aos 60 anos encontram-se em estado de total decrepitude (ROBLEDO, 1994 apud PAIVA, 2004, p.29).

Ao destacar a estreita relação entre idade biológica e idade funcional, Papaléo-Netto (2002) define idade funcional como o grau de conservação do nível de capacidade adaptativa, em comparação com a idade cronológica. Em virtude das adversidades vivenciadas pelos idosos brasileiros, muitas vezes o envelhecimento funcional precede o cronológico.

“A expressão envelhecimento normativo representaria o processo natural de desenvolvimento em fases avançadas da vida” (FRIES e CRAPO, 1981 apud PAPALÉONETTO, 2002, p11). O mesmo é dividido em envelhecimento primário e secundário, o primeiro é definido como processo universal, presente em todas as pessoas e geneticamente determinado; já o envelhecimento secundário é resultante da interação entre influências externas, é variável entre indivíduos em diferentes meios. Autores afirmam que os idosos podem se afastar do envelhecimento secundário a partir de uma alimentação saudável e da prática de exercícios físicos.

Apesar da relevância dada à idade cronológica e biológica, é importante refletir que o processo de envelhecimento não tem início aos 60 anos. O mesmo é constituído por múltiplos aspectos, necessitando de uma atenção à saúde que leve em consideração além do controle de doenças, o bem-estar físico, psíquico e social. Neste contexto, contribuem para a variabilidade inter-individual das experiências de envelhecimento (FRIES, 1990 apud NERI, 1993, p.37): “a maneira como cada pessoa organiza seu curso de vida, a incidência de diferentes patologias durante o envelhecimento normal e a interação entre fatores genéticos e ambientais.” Em países marcados pela desigualdade social, como o Brasil, há ainda uma maior variabilidade no processo de envelhecimento, levando a uma maior heterogeneidade neste grupo.

Em um conceito transdisciplinar, Sá (2002) apud Santos, Silvana (2003) define idoso como:

Um ser de seu espaço e seu tempo. É o resultado do seu processo de desenvolvimento, do seu curso de vida. É a expressão das relações e interdependências. Faz parte de uma consciência coletiva, a qual introjeta em seu pensar e em seu agir. Descobre suas próprias forças e possibilidades, estabelece a conexão com as forças dos demais, cria suas forças de organização e empenha-se em lutas mais amplas, transformando-as em força social e política (SÁ, 2002 apud SANTOS, Silvana, 2003, p. 6).

Paschoal (2000) afirma que em nosso país estereótipos da velhice comprometem a possibilidade de uma qualidade de vida melhor. Segundo o autor, em nosso meio, velhice está associada à perda, incapacidade, dependência, impotência, decrepitude, doença, desajuste

social, baixos rendimentos, solidão, viuvez, cidadania de segunda classe, e assim por diante, fortalecendo a idéia de que o significado de velhice é construído socialmente, influenciado por contextos culturais distintos.

Com efeito, a palavra “velho” traduz um arsenal de estereótipos sociais e sentimentos negativos: é aquilo que não tem utilidade, que está fora de moda, que é antigo, que está gasto, ou que não adequa-se à realidade presente. Ao contrário, a palavra “idoso” traduz uma série de valores ainda considerados como importantes, como experiência, sabedoria, tranquilidade, paciência. A velhice (e todos os seus estereótipos) é transferida para o outro. (MOREIRA,2000, p.25).

Conforme Neri (1993), apenas na década de 90 a velhice “com patologia” deixou de ser vista como sinônimo de velhice como um todo, tanto por parte da ciência, como da cultura. O declínio biológico associado ao modelo biomédico, ainda presente, somado às formas pelas quais a vida é periodizada na cultura ocidental, contribuem para essa visão negativa e excludente do processo de envelhecimento. De acordo com Paschoal (2002, p. 82), “tal visão estereotipada, aliada à dificuldade de distinguir entre envelhecimento normal e patológico, senescência e senilidade, leva à negação da velhice, ou à negligência de suas necessidades, vontades, desejos.” Logo, para que as práticas de saúde possam ir além da prevenção e tratamento de doenças, é necessário uma desconstrução deste paradigma negativo acerca do processo de envelhecer. Assis (2004) relata que

Dentre as questões que cercam o envelhecimento, agravadas em sociedades excludentes e desiguais, a saúde ocupa um lugar estratégico pelo seu forte impacto sobre a qualidade de vida dos idosos e por ser alvo de estigmas e preconceitos reproduzidos socialmente em relação à velhice (ASSIS, 2004, p.8).

Para Uchôa (2003), uma visão orgânica do envelhecimento foi cristalizada a partir de sua delimitação na dimensão biológica, na qual o mesmo foi associado à deterioração do corpo. Entretanto, estudos em sociedades não ocidentais tornaram conhecidas imagens bem mais positivas da velhice e do envelhecimento.

Deste modo, estudiosos da área do envelhecimento têm questionado o conceito de normalidade. De acordo com Papaléo-Netto (2002), admitem-se hoje duas formas distintas de se conceituar envelhecimento: o usual ou comum e o bem-sucedido ou saudável. O autor

afirma que na forma de envelhecimento comum os fatores extrínsecos, tais como tipo de dieta, sedentarismo e causas psicossociais, intensificariam os efeitos adversos que ocorrem com o passar dos anos, enquanto na forma de envelhecimento saudável estes não estariam presentes ou, quando existentes, seriam de pequena importância.

De acordo com Neri (1993),

Envelhecer bem significaria estar satisfeito com a vida atual e satisfação na velhice dependeria da capacidade de manter ou restaurar o bem-estar subjetivo, justamente, numa fase da vida em que a pessoa está mais exposta a crises de natureza biológica, psicológica e social (NERI, 1993, p.11).

O envelhecimento saudável é definido por Motta e Aguiar (2007, p. 364) como a “interação entre saúde física e mental, independência nas atividades de vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica.”

Autonomia e independência são consideradas por diversos autores como fatores importantes para a manutenção da saúde e melhora da qualidade de vida na terceira idade. Papaléo-Netto (2002) define autonomia como a capacidade de decisão, de comando; e independência, como a capacidade de realizar algo com seus próprios meios. Nesse contexto,

O que está em jogo na velhice é a autonomia [...]. Qualquer pessoa que chegue aos oitenta anos capaz de gerir sua própria vida e determinar quando, onde e como se darão suas atividades de lazer, convívio social e trabalho (produção em algum nível) certamente será considerada uma pessoa saudável (RAMOS, 2003, p.794).

Diante disso, envelhecer com independência, autonomia e bem-estar são essenciais para a saúde e qualidade de vida na terceira idade. “Uma velhice satisfatória não é atributo do indivíduo biológico, psicológico ou social, mas resulta da qualidade da interação entre pessoas em mudança, vivendo numa sociedade de mudanças” (FAETHERMAN, SMITH E PETERSON, 1990 apud NERI, 1993, p.9). A formulação das políticas públicas deve ser construída baseada nesse ideal. Conforme Papaléo-Netto (2002), os múltiplos aspectos do processo de envelhecimento e da velhice justificam a noção de que o estado de saúde transcende os limites puramente biológicos; e, mais que o controle das doenças, o objetivo maior é a melhora da qualidade de vida.

### 2.3 O Envelhecimento e a Qualidade de Vida.

O aumento da longevidade é um “fenômeno sem precedentes na história e considerado um desafio às sociedades, principalmente no que se refere ao campo da saúde” (KALACHE, 1999, p.299). A longevidade alcançada não deve se limitar a maior quantidade de anos vividos, portanto, refletir sobre qualidade de vida é essencial para que o envelhecimento seja uma grande e digna conquista humana.

Conforme Paschoal (2002, p.79), “o desafio que se propõe aos indivíduos e às sociedades é conseguir uma sobrevida cada vez maior, com uma qualidade de vida cada vez melhor, para que os anos vividos em idade avançada sejam plenos de significado e dignidade.”

Modificações vêm ocorrendo no campo da saúde e há uma crescente preocupação em avaliar a percepção de saúde e de bem-estar dos indivíduos. Esta valorização da opinião de quem está sendo assistido foi motivada pela ampliação do conceito de saúde da OMS.

Às medidas clínicas e às de caráter objetivo, isto é, realizadas por equipamentos ou por um observador treinado, somaram-se outras, de caráter subjetivo, em que o indivíduo é chamado a opinar sobre a qualidade global de sua vida, ou sobre aspectos particulares, tais como saúde, sexualidade, memória, capacidades funcionais e relações sociais, dentre outras. (PASCHOAL, 2002, p.79).

Sendo assim, qualidade de vida está intimamente atrelada à saúde e ao bem-estar dos indivíduos.

Cientistas sociais, políticos e filósofos foram os primeiros interessados no termo qualidade de vida. Esse tema, por ser utilizado em várias áreas e campos do saber, e por ser de natureza abstrata, apresenta complexa, abrangente e difícil conceituação e, portanto, tem recebido uma variedade de definições.

A expressão “qualidade de vida” tem várias vertentes, que compreendem desde um conceito popular, amplamente utilizado na atualidade – em relação a sentimentos e emoções, relações pessoais, eventos profissionais, propagandas da mídia, política, sistemas de saúde, atividades de apoio social, dentre outros –, até a perspectiva científica, com vários significados na literatura médica. GILL et al. (1994) apud PEREIRA et al. (2006, p 28).

O termo passou a ser utilizado após a Segunda Guerra Mundial e se referia à conquista de bens materiais, ou seja, o quanto uma sociedade havia se desenvolvido economicamente, independente desta riqueza ser bem distribuída ou não. Posteriormente, o conceito ampliou-se, para significar, além do crescimento econômico, “desenvolvimento social expresso em boas condições de saúde, educação, moradia, transporte, lazer, trabalho e crescimento individual” (PASCHOAL, 2002, p.80). O autor afirma ainda que, na década de 60, percebeu-se que os indicadores existentes não eram suficientes para medir a qualidade de vida de pessoas que se inseriam em lugares diferentes, com realidades distintas. Foi a partir daí que passou a ser valorizada a percepção da pessoa acerca da sua qualidade de vida. “Dentro da perspectiva psico-social, considera-se a qualidade de vida como o conjunto de avaliações que as pessoas fazem das áreas significativas das suas vidas” (MARTÍNEZ; GARCÍA, 1994 apud GUEDEA, 2006, p.301).

Portanto,

a valorização da percepção subjetiva e não somente de parâmetros objetivos, bem como a ampliação do espectro das investigações na área da saúde para além de aspectos unicamente clínicos e focados em doenças e sintomas compuseram o panorama científico de onde emergiram o conceito de qualidade de vida e suas diferentes definições e utilizações no campo da saúde (CHACHAMOVICH, 2006, p.28).

De acordo com Paschoal (2000), as diversas concepções de qualidade de vida envolvem desde a visão aristotélica de boa vida, passam pelo significado de condições de vida e satisfação das necessidades, até os aspectos psicológicos, como felicidade, bem-estar e satisfação com a vida.

Ao realizar uma discussão acerca do tema, Minayo, Hartz e Buss (2000, p.8) conceituam qualidade de vida como uma “noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial.” Os autores afirmam ainda que qualidade de vida pode ser compreendida como:

... síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 8 ).

Apesar de haver inúmeros conceitos para o termo qualidade de vida, Minayo, Hartz e Buss (2000) colaboram para o entendimento e a reflexão acerca do tema ao afirmarem que o mesmo é uma construção social. Além disso, diversos autores reconhecem a subjetividade e a multidimensionalidade do mesmo.

Conforme Ruffino (1992) apud Santos, Sérgio et al (2002),

A qualidade de vida boa ou excelente é aquela que oferece um mínimo de condições para que os indivíduos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, vivendo, sentindo ou amando, trabalhando, produzindo bens ou serviços; fazendo ciência ou artes; vivendo [...] apenas enfeitando, ou simplesmente existindo. Todos são seres vivos que procuram se realizar (Ruffino, 1992 apud Santos, Sérgio, 2002, p.758).

Para Santos, Sérgio et al. (2002, p.758), qualidade de vida tem sido preocupação constante do ser humano, desde o início de sua existência e, atualmente, constitui um compromisso pessoal a busca contínua de uma vida saudável, desenvolvida à luz de um bem-estar indissociável das condições do modo de viver. De acordo com Minayo, Hartz e Buss. (2000),

O patamar material mínimo e universal para se falar em qualidade de vida diz respeito à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso a água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; elementos materiais que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 10).

Segundo os autores supracitados, no mundo ocidental atual, é possível dizer também que desemprego, exclusão social e violência são reconhecidos como a negação da qualidade de vida. No campo da saúde, dizem ainda que as noções de qualidade de vida se unem em uma resultante social da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece como parâmetros para si.

A Organização Mundial da Saúde, a partir do início dos anos 90, constatou que as medidas de qualidade de vida revestem-se de particular importância na avaliação de saúde, tanto dentro de uma perspectiva individual como social. (ORLEY et al., 1994 apud FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003, p. 794).

Nesse sentido, “os modelos teóricos de qualidade de vida na área da saúde propostos por diversos autores apresentam especificidades, mas compartilham questões básicas que permitem que sejam agrupados em dois grandes modelos.” (CHACHAMOVICH; TRENTINI; FLECK, 2007, p. 63). Um deles chama-se Modelo Funcionalista e está baseado no entendimento de que qualidade de vida depende principalmente de o sujeito apresentar habilidades adequadas, ou seja, desempenhar de forma satisfatória as tarefas que valoriza. Nesse contexto, a presença de doenças levaria à diminuição da qualidade de vida, já que impediria o desempenho pleno de uma atividade. Os instrumentos de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde estão fundamentados neste modelo, em que é dada ênfase à capacidade funcional. Por outro lado, o segundo modelo de qualidade de vida, chamado de Modelo de Satisfação, baseia-se na relação entre a expectativa do indivíduo e seu nível de realização. Este modelo deriva de “investigações sociológicas e psicológicas de felicidade e bem-estar” (DIENER, 1984 apud CHACHAMOVICH; TRENTINI; FLECK, 2007, p.64), nas quais a qualidade de vida relaciona-se diretamente ao grau de satisfação em vários domínios definidos como importantes para o próprio sujeito.

Baseado no Modelo de Satisfação, o Whoqol Group (1995), formado por especialistas em Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, elaborou um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, usando um enfoque transcultural. Para tanto, este instrumento foi construído a partir da definição de qualidade de vida adotada pelo mesmo grupo, que é conceituada como “a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de

acordo com o contexto cultural e sistema de valor com os quais convive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1995, p.1405).

Nesse sentido, a qualidade de vida reflete a percepção que têm os indivíduos de que suas necessidades estão sendo satisfeitas ou, ainda, que lhes estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a auto-realização, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas (OMS, 1998 apud PEREIRA et al., 2006, p. 28).

Segundo Fleck (2000, p.34), “é um conceito amplo que abrange a complexidade do construto e inter-relaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais.” Subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade são as principais características de qualidade de vida de acordo com o Whoqol Group e estão presentes nesse instrumento. Aliás, reconhece-se cada vez mais a subjetividade do construto.

O instrumento de qualidade de vida proposto pelos teóricos do Whoqol Group (1995) incorpora a subjetividade em três níveis: o primeiro nível diz respeito à percepção subjetiva de uma condição objetiva (por exemplo, a percepção da adequação de uma situação social); o segundo nível relaciona-se com a percepção global subjetiva de funcionamento (por exemplo, o quão bem um indivíduo dorme); no terceiro nível, há uma avaliação específica da percepção subjetiva (por exemplo, o quão satisfeito um indivíduo está com seu sono). Para Fleck (2000), o que está em questão não é a natureza objetiva do meio ambiente, do estado funcional ou do estado psicológico, ou ainda como o profissional ou familiar avalia essas dimensões: é a percepção do respondente/paciente que está sendo avaliada. O autor ressalta que as aplicações desses instrumentos são amplas e incluem não somente a prática clínica individual, mas também a avaliação de efetividade de tratamentos e de funcionamento de serviços de saúde. Além disso, podem ser importantes guias para políticas de saúde. O construto é multidimensional porque inclui pelo menos três dimensões: a física, a psicológica e a social, e por possuir dimensões positivas (mobilidade, por exemplo) e negativas (sentimentos negativos, dependência de medicação, por exemplo) apresenta bipolaridade. Paschoal (2000)

acrescenta ainda duas novas características: complexidade (por ser multidimensional, bipolar e subjetivo, o conceito torna-se complexo e de difícil avaliação) e mutabilidade (a avaliação da qualidade de vida muda com o tempo, pessoa, lugar e contexto cultural).

Portanto, “como o envelhecimento é uma experiência heterogênea, cada indivíduo pautará sua vida de acordo com padrões, normas, expectativas, desejos, valores e princípios diferentes” (PASCHOAL, 2002, p.82). Os instrumentos de aferição de qualidade de vida devem considerar as especificidades dessa faixa etária e diversas situações sociais, como aposentadoria, viuvez, dependência, perda de autonomia e de papéis sociais, entre outros, fatos esses que, segundo Paschoal (2002), colocam obstáculos a uma qualidade de vida melhor. Deste modo, torna-se importante e necessária a utilização de instrumentos multidimensionais, que possibilitem a avaliação adequada desse grupo, visto sua variabilidade.

Para Neri (1993),

Avaliar a qualidade de vida do idoso implica a adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e sócio-estrutural, pois vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, status social, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações informais com amigo (NERI,1993, p.10).

A autora supracitada refere ainda,

doenças, perdas de papéis ocupacionais e perdas afetivas, que têm maior probabilidade de ocorrência para idosos que para adultos jovens, podem ocasionar diferentes graus de ansiedade, dependendo da história pessoal, da disponibilidade de suporte afetivo, do nível social e dos valores de cada um. Portanto, uma velhice satisfatória é largamente mediada pela subjetividade (NERI,1993, p.10).

As investigações científicas sobre o processo de envelhecimento e de qualidade de vida na velhice tiveram início na Escola de Chicago, na década de 40. Para seus pesquisadores, envelhecer bem significaria estar satisfeito com a vida atual e ter expectativas positivas em relação ao futuro. Posteriormente, Chachamovich, Trentini e Fleck (2007) mostram que, na década de 60, vieram os estudos desenvolvidos por Kansas - Kansas City

Studies of Adult Life -, nos quais investigaram os efeitos da participação em atividades sobre o bem-estar em idosos. Baltes e Baltes (1990), citado por Neri (1993) destacam ainda os estudos de Williams e Wirths, que derivaram mais dois condicionantes da boa qualidade de vida ao envelhecer: o equilíbrio de energia entre o indivíduo e o sistema social e um sistema social estável. Desse modo, percebe-se que a percepção da satisfação é a dimensão mais investigada em relação ao bem-estar na velhice.

Vários termos equivalentes a qualidade de vida na velhice são encontrados na literatura: “bem-estar psicológico, bem-estar percebido, bem-estar subjetivo e, mais recentemente, envelhecimento satisfatório ou bem-sucedido.” (NERI, 1993, p.12)

Diversas tendências têm sido utilizadas no campo da pesquisa em qualidade de vida na velhice e Neri apresenta cada uma delas. **Bem-estar psicológico e satisfação** é uma das tendências, Havighurst (1963) caracterizou satisfação na velhice como o aspecto interno e subjetivo da boa qualidade de vida nesse período. Foi elaborada uma escala para avaliar a satisfação (Life Satisfaction Index) e, a partir desse instrumento, um volume considerável de pesquisas gerontológicas foram desenvolvidas. Através dessa linha de pesquisa, estudiosos buscam saber quais são as variáveis mais preditivas para o estado de satisfação ou de bem-estar psicológico no idoso. Saúde, status socioeconômico, idade, raça, emprego, status conjugal, disponibilidade de transporte, residência, atividade e integração social têm sido consideradas como as variáveis mais preditivas. No entanto, não se deve deixar de lado que os fatores preditivos para a satisfação podem variar de grupo para grupo.

A segunda tendência apresentada é a de **bem-estar psicológico e atividade**. Essa linha de pesquisa foi influenciada pela teoria da atividade que afirma: quanto mais ativo o idoso, maior sua satisfação e qualidade de vida. Contudo, críticas acerca dessa teoria surgiram, questionando a noção de que atividade na velhice causa satisfação. Passou-se a sugerir o contrário, ou seja, que satisfação na velhice é que causaria aumento de atividade, além da

afirmação de que atividade e satisfação são independentes entre si. Para Stones e Kosma (1989) apud Neri (1993), atividade seria uma tendência independente e relativamente estável, que atuaria sobre a competência funcional e a longevidade do idoso.

A terceira linha de pesquisa apresentada por Neri chama-se **bem-estar psicológico e senso de controle (autonomia)**. Essa teoria tem relação com a sensação de fracasso que poderá surgir quando as pessoas não conseguem alterar o meio em que vivem. De acordo com Neri (1993, p.19), “os problemas de auto-eficácia de idosos estão centrados tanto em estimativas reais quanto em perspectivas distorcidas sobre suas possibilidades.” Preconceitos do próprio idoso, bem como da sociedade na qual o mesmo está inserido, podem intensificar o senso de ineficácia. Assim, “quanto maior o senso de controle pessoal, a capacidade de decisão e comando, mais intensos são os sentimentos de satisfação; quanto menor, maiores as possibilidades de depressão, preocupação e desamparo” (PASCHOAL, 2000, p.44).

A próxima tendência apresentada por Neri é a do **bem-estar psicológico e mecanismos de auto-regulação**. Essa tendência envolve o senso de controle pessoal juntamente com outras dimensões, como o senso de valor, crenças realísticas, espontaneidade e responsividade emocional, estimulação intelectual, solução de problemas, criatividade, senso de humor, prontidão física e hábitos de saúde. Segundo Bandura (1986) apud Neri (1993, p.20), “os mecanismos de auto-regulação são responsáveis pela mobilização de comportamentos auto-orientados a metas, de acordo com as normas prescritas pela sociedade.” Como na velhice pode aumentar o número de perdas e eventos incontroláveis, torna-se crucial descobrir um sentido para a existência nessa fase da vida. Pesquisadores afirmam que vários fatores podem dar significado à vida do idoso: a avaliação dos eventos que ocorrem diariamente, através da resolução de conflitos e por sua integração num contexto significativo, as reminiscências; o grau de compromisso com relações; os valores; os ideais ou tradições significativas; a religiosidade e a continuidade no desenvolvimento pessoal na

velhice através da auto-aceitação, das relações positivas com os outros, da autonomia, da intencionalidade e direcionalidade na busca de metas na vida, do senso de domínio e da competência sobre os eventos do ambiente e da própria vida.

Por último, Neri apresenta a teoria do **bem-estar psicológico e estresse**. De acordo com Aldwin (1990) apud Neri (1993), os idosos referem-se a quatro categorias principais de estressores: problemas de saúde, questões sociais, com ênfase em política, problemas enfrentados por familiares e preocupação com problemas de amigos e vizinhos e a necessidade de ajudá-los; os dois primeiros fatores estressantes seriam de origem egocêntrica e os dois últimos, não-egocêntrica. Segundo os autores supracitados, os estressores egocêntricos são mais preditores do declínio na qualidade de vida física e psicológica do que os não-egocêntricos, pois os estressores não-egocêntricos levam o idoso a buscar maneiras de garantir condições para que as próximas gerações possam viver bem. Desse modo, permite ao idoso ultrapassar as barreiras impostas muitas vezes pelas incapacidades e estimula a manutenção do seu senso de significado pessoal, fazendo com que o mesmo esteja bem consigo e se veja importante e participante no contexto ao qual está inserido.

Diante disso, tem havido um crescente interesse em se investigar os determinantes da qualidade de vida na velhice. Lawton (1983) apud Paschoal (2000) construiu um modelo de qualidade de vida na velhice em que a multiplicidade de aspectos e influências inerentes ao fenômeno é representada em quatro dimensões inter-relacionadas: condições ambientais, competência comportamental, qualidade de vida percebida e bem-estar subjetivo.

Bowling (1995) realizou um estudo populacional na Grã Bretanha, onde utilizando questões abertas, entrevistou pessoas de várias idades com o objetivo de investigar quais fatores seriam importantes à conceituação e à determinação de qualidade de vida. Identificou, ao analisar as respostas, que os fatores preditores de qualidade de vida variavam com a faixa etária. Os jovens atribuíram mais peso as atividades laborais, enquanto os mais velhos

atribuíram mais peso para a saúde. Nesse estudo, a avaliação da vida como sendo “muito boa” ou “ a melhor que poderia ser” aumenta com a idade, indicando que, quanto maior a faixa etária, maior a satisfação com a vida.

Farquhar (1995) investigou a definição de qualidade de vida em indivíduos acima de 65 anos através de cinco perguntas abertas. O estudo foi realizado em uma área urbana e uma rural da Inglaterra, e os dados foram analisados de forma estratificada, dividindo a população em duas faixas etárias (65-85 anos e acima de 85 anos). A maioria da população estudada apresentou uma qualidade de vida positiva ou muito positiva e não houve variação entre os dois grupos. Os idosos avaliaram como maiores determinantes para a qualidade de vida o contato social, a saúde/mobilidade/habilidade e as circunstâncias materiais e atividades.

Santos, Sérgio et al. (2002), utilizaram a Escala de Flanagan para avaliar a qualidade de vida dos participantes de cinco grupos de idosos em diferentes comunidades da cidade de João Pessoa – Paraíba e verificaram que a qualidade de vida da maioria dos idosos se mostrou regular.

Xavier et al. (2003) realizaram, em Veranópolis – RS, um estudo com o objetivo de avaliar quais os maiores preditores da qualidade de vida entre os idosos octogenários, utilizando as cinco perguntas abertas propostas por Farquhar. Os fatores associados a uma qualidade de vida positiva foram: saúde satisfatória, bom relacionamento com familiares e segurança financeira. Já os fatores relacionados com uma qualidade de vida negativa foram: problemas de saúde, trabalho e insatisfação com família e amigos. Os autores dessa pesquisa sugerem que, para idosos, qualidade de vida negativa pode estar relacionada à perda de saúde, enquanto que qualidade de vida positiva pode estar relacionada a várias categorias.

Ao utilizar o Whoqol-100 em uma investigação com 300 idosos em Porto Alegre, Trentini (2004) encontrou associação entre maior intensidade de sintomas depressivos e pior qualidade de vida em todos os domínios. Constatou ainda associação entre domínio

psicológico e uma pior qualidade de vida para os idosos mais velhos, para sujeitos com menor escolaridade e para casados. Os idosos pertencentes a níveis sociais mais baixos tiveram associação com pior qualidade de vida.

Para Assis (2004),

Partir de uma visão ampla da qualidade de vida e do reconhecimento da influência de determinantes estruturais para a saúde na velhice é essencial numa perspectiva de trabalho orientada ao fortalecimento das lutas por justiça social e pela valorização da vida, fundamento de uma longevidade saudável. Esta posição, porém, não deve instituir o imobilismo e a aceitação da impotência dos serviços e das políticas públicas, espaços contraditórios por excelência, em contribuir no processo político de expansão de um padrão positivo de envelhecimento (ASSIS, 2004, p.18).

A OMS, em 2005, destacou a inserção social do idoso com um dos pilares para a estruturação da política de envelhecimento ativo. Nesse sentido, os grupos de convivência entram em consonância com essa política, promovendo a participação do idoso na sociedade e podem ser um importante veículo para uma melhor qualidade de vida e oferta de serviços aos idosos.

Segundo Borges et al. (2008), os primeiros grupos de convivência de idosos brasileiros surgiram na década de 70 no SESC de São Paulo e atualmente podem ser encontrados em clubes, paróquias (GARRIDO; MENEZES, 2002), grupos de aposentados, centros de saúde e instituições de ensino superior.

Sendo assim, o processo de envelhecimento implica uma série de particularidades e apresenta especificidades relevantes, tornando-se necessária a utilização de instrumentos que consigam captar a percepção destes em relação à sua qualidade de vida. A definição de qualidade de vida construída pela OMS servirá de base teórica conceitual para esta dissertação, uma vez que o instrumento a ser utilizado na coleta de dados foi desenvolvido pelo mesmo grupo.

### 3 JUSTIFICATIVA

De acordo com Cotta et al. (2001), a transição demográfica tem um crescente e profundo impacto em todos os âmbitos da sociedade, mas é na saúde que tem maior transcendência, tanto por sua repercussão em diversos níveis assistenciais como pela demanda por novos recursos e estruturas. Ao compreender saúde como um completo bem-estar físico, mental e social, torna-se evidente a importância de se investigar além das questões relacionadas às transições demográfica e epidemiológica, a percepção individual do idoso acerca de seu bem-estar e qualidade de vida.

“Num país como o Brasil o envelhecimento populacional é um fenômeno relativamente novo, desafiador e heterogêneo” (SILVA, Taís, 2005, p.8). Há uma diversidade de condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice ou que a influenciam negativamente.

Para Neri (2007), o conceito de qualidade de vida não é só contextualizado social e historicamente, como também é controlado por aspectos específicos do ambiente em que é avaliado. Portanto, torna-se diferenciado avaliar qualidade de vida em um centro de convivência, em uma instituição de longa permanência ou em um ambulatório de geriatria.

Quando se investiga a qualidade de vida em sua multidimensionalidade, identificam-se os principais aspectos a serem considerados em relação às potencialidades e peculiaridades de saúde e vida do idoso, interferindo no seu processo saúde-doença. Sendo assim, é necessário investigar a qualidade de vida para assistir de maneira equânime e integral, avaliar impacto de tratamentos, condutas e políticas, alocar recursos e planejar serviços, bem como promover bem-estar, dignidade e respeitabilidade aos que envelhecem.

Apesar do crescente interesse em estudar quais fatores determinam a qualidade de vida em idosos, é notável a escassez de artigos científicos em bases de pesquisa (MEDLINE e

PSYCHINFO), como também se destaca que a “maioria dos artigos científicos que pretendem investigar qualidade de vida em idosos o fazem na presença de uma doença clínica, como medidor de impacto de diversas intervenções” (CHACHAMOVIC, 2006, p.33).

A Associação de Aposentados, Pensionistas e Idosos foi escolhida para este estudo por ser o centro que agrega mais idosos no município de Arapiraca. Portanto, ninguém melhor que o próprio idoso para avaliar o que é bom e mais significativo em sua vida, conseqüentemente contribuindo na elaboração de normas e padrões de qualidade de vida.

Desta maneira, estudos sobre as condições que permitem avaliar a qualidade de vida em idosos participantes de grupos de convivência é de interesse científico e social.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo Geral**

Avaliar a qualidade de vida dos participantes da Associação de Aposentados, Pensionistas e Idosos da cidade de Arapiraca - Alagoas.

### **4.2 Objetivos Específicos**

- Identificar o perfil sócio-demográfico dos idosos participantes do estudo;
- Identificar se há associação entre sexo e as variáveis sócio-demográficas: idade, situação conjugal, escolaridade, trabalho, renda mensal, moradia, convivência, religião e assiduidade;
- Correlacionar se existe associação entre qualidade de vida dos idosos e as variáveis sócio-demográficas;
- Identificar, entre os domínios de qualidade de vida, o mais influente na percepção global da qualidade de vida do idoso.

## **5 MATERIAL E MÉTODOS**

### **5.1 Desenho do Estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, epidemiológico, de corte transversal. Os estudos transversais caracterizam-se pela observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade, para a qual os indivíduos costumam ser selecionados aleatoriamente.

Segundo Klein e Bloch (2006, p. 127), “a aplicação mais comum de um estudo transversal está ligada à necessidade de conhecer de que maneira uma ou mais variáveis, tanto individuais como coletivas, distribuem-se em determinada população,” em determinada época. Esse tipo de estudo apresenta algumas vantagens, como capacidade de inferência dos resultados observados para uma população definida no tempo e no espaço, baixo custo e alto poder descritivo. Além disso, “impede que haja perdas no seguimento” (HULLEY et al., 2008, p.129).

### **5.2 Área de Estudo**

Arapiraca está localizada no centro do Estado de Alagoas, na sua sub-região Agreste, e distante 136 km de Maceió. Trata-se do mais importante município do interior, estendendo-se por 614 km<sup>2</sup>. Concentrava no último Censo do IBGE (2000), uma população de 186.466 habitantes, desta, 81,70 % encontravam-se na região urbana, estimando-se em cerca de 200 mil habitantes a sua população atual e em cerca de 400.000 habitantes aquela de seus

municípios de entorno imediato. Em 2008, de acordo com o DATASUS, a população de Arapiraca correspondia a 208.447 habitantes, dos quais 16.895 eram idosos.

### **5.3 População do Estudo e Período de Referência**

A população do estudo constituiu-se dos participantes da Associação de Aposentados, Pensionistas e Idosos existente na cidade de Arapiraca – Alagoas. De acordo com dados fornecidos pela associação, a mesma existe há quase 16 anos, dela fazem parte 759 idosos, formados por 464 mulheres e 295 homens que realizam atividades como: dança, hidroginástica, massoterapia, trabalhos manuais, alfabetização, curso de bijouteria, curso de pintura, aulas de violão e cavaquinho, possuem um grupo de chorinho, entre outras atividades. A associação é mantida através da contribuição de membros da sociedade local e dos próprios associados. O estudo foi realizado no período entre Julho e Setembro de 2008.

### **5.4 Seleção da Amostra**

A amostra foi dimensionada para representar a população de participantes da Associação de Aposentados, Pensionistas e Idosos da cidade de Arapiraca. Portanto, a amostra foi calculada baseada no tamanho da população pertencente à associação, ou seja, 759 idosos.

Para a escolha dos indivíduos a serem incluídos na amostra, foi utilizado o processo de amostragem aleatória estratificada, sendo a população classificada por sexo (masculino e feminino). A escolha desse método de amostragem probabilística se deu devido ao número de homens ser muito inferior ao de mulheres. Caso fosse utilizado o método de amostragem aleatória simples, a amostra poderia não ser representativa da população de origem. Ao

utilizar a amostragem estratificada, é garantido que a proporção de homens e mulheres na população se mantenha na amostra.

A amostra foi composta por 142 idosos, constituída por 55 homens e 87 mulheres, com um nível de significância de 5% e uma precisão de 8%. O valor 142 resultou da aplicação da amostragem estratificada e do fato de que 38,8% dos idosos da população são homens e 61,2%, mulheres.

#### **5.4.1 Critérios de inclusão**

Foram incluídas nos estudo pessoas com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, cadastrados há no mínimo três meses na Associação de Aposentados, Pensionistas e Idosos de Arapiraca - AL.

#### **5.4.2 Critérios de exclusão**

Foram excluídos do estudo indivíduos afásicos, acamados, inconscientes e com problemas mentais, ou seja, os incapacitados para a comunicação e compreensão.

#### **5.5 Definição das Variáveis do Estudo**

A definição do caso foi a qualidade de vida e os dados sócio-demográficos (sexo, idade, situação conjugal, número de filhos, escolaridade, trabalho, renda mensal, moradia, convivência, religião e assiduidades) foram os fatores associados.

## Elenco de variáveis:

**Quadro 1** – Variável dependente

Definição do Caso	Definição	Operacionalização
Qualidade de vida	Percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1995)	Entrevista – de acordo com o WHOQOL Group.

**Quadro 2** – Variáveis independentes

Fatores Associados	Definição	Operacionalização
Sexo	_____	1 – masculino 2 – feminino
Idade	_____	1- 60 – 69 anos 2- 70 – 79 anos 3 - 80 anos e mais
Situação conjugal	De acordo com os dados sócio-demográficos contidos na ficha de identificação	1 – solteiro 2 – casado/com companheiro 3 – divorciado 4 – viúvo
Nº de filhos	De acordo com as informações obtidas na ficha de identificação	1 - nenhum filho 2 – até 2 3 – 3 a 4 4 – 5 a 6 5 – 7 a 8 6 – 9 a 10 7 – 11 e +
Escolaridade (anos de estudo)	De acordo com os dados sócio-demográficos contidos na ficha de identificação	1- sem escolaridade 2- 1-4 anos 3- 5-8 anos 4- 9-11 anos 5- 12 anos ou mais
Trabalho	De acordo com os dados sócio-demográficos contidos na ficha de identificação	1- voluntariado 2- assalariado 3- aposentado/pensionista

		/benefício 4- autônomo 5- outros (aposentado/pensionista +voluntário),(voluntário+assalariado), (autônomo+aposentado)
Renda mensal	Proventos recebidos de atividade laboral e/ou pensão	1- sem renda 2- menos de 1sm 3- 1 a menos de 2 sm 4- 2 ou mais sm
Moradia	De acordo com os dados sócio-demográficos contidos na ficha de identificação	1-própria 2-alugada 3-dos filhos 4-outros familiares
Convivência	De acordo com os dados sócio-demográficos contidos na ficha de identificação	1-outros familiares 2-cônjuge 3-cuidador 4-só 5-outros (cônjuge +filhos,netos)
Religião	De acordo com os dados sócio-demográficos contidos na ficha de identificação	1-católico 2-evangélico 3-espírita 4-outras
Assiduidade	Foram classificados como assíduos os indivíduos que freqüentavam semanalmente a associação	1-assíduo 2- não-assíduo

## 5.6 Coleta dos dados

### 5.6.1 Estudo-piloto

Foi desenvolvido um estudo-piloto para verificar a adequação dos instrumentos utilizados. O teste ocorreu com 15 participantes da Associação de Aposentados, Pensionistas e Idosos do município de Arapiraca, através da aplicação do questionário de dados sócio-demográficos (APÊNDICE A) e do instrumento de pesquisa WHOQOL-bref (ANEXO A). Segundo Hulley

et al. (2008, p.99), “o estudo-piloto é fortemente recomendado para praticamente todos os estudos que envolvem novos instrumentos, métodos de mensuração ou estratégias de recrutamento.”

Após as entrevistas, foi verificado que não havia necessidade de modificar os instrumentos, no entanto, não poderiam ser auto-aplicados, uma vez que idosos com baixa escolaridade apresentaram dificuldade em ler as perguntas.

### **5.6.2 Instrumento de pesquisa**

A coleta de dados ocorreu entre os meses de Julho a Setembro de 2008 e as entrevistas foram realizadas pela mestranda e por três acadêmicas de Enfermagem (Universidade Federal de Alagoas) devidamente treinadas. As entrevistas ocorreram individualmente, durante o dia e a maioria foi realizada em uma sala de aula da Associação, com agendamento prévio. O tempo médio para a aplicação dos instrumentos foi de 25 minutos.

Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados: um questionário construído pela pesquisadora principal, para a coleta dos dados sócio-demográficos e, para avaliar a qualidade de vida, foi aplicado o instrumento genérico proposto pela OMS, o *World Health Organization Quality of Life Instrument Bref* (WHOQOL-Bref). Esse instrumento foi traduzido e validado por Fleck et al. (2000) e é bastante utilizado na aferição de qualidade de vida na população de idosos. O WHOQOL-bref nasceu da necessidade da utilização de um instrumento mais curto, que demandasse pouco tempo para ser preenchido, conservando as mesmas características psicométricas que o Whoqol-100, primeiro questionário construído pela OMS para avaliar a qualidade de vida. Segundo Fleck et al. (2000, p.179), “o critério de seleção das questões para compor o WHOQOL-bref foi tanto psicométrico como conceitual.” No nível conceitual, foi definido pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS de que o caráter

abrangente do instrumento original (o WHOQOL-100) deveria ser preservado. “No nível psicométrico foi então selecionada a questão que mais altamente se correlacionasse com o escore total do WHOQOL-100, calculado pela média de todas as facetas” (FLECK et al., 2000, p.179). O WHOQOL-bref é constituído por 26 questões. Duas questões são gerais de qualidade de vida e as demais representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original, divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. As questões possuem uma escala de resposta do tipo Likert, pontuando de 1 a 5 em cada questão.

**Quadro 3** – Questões pertencentes aos domínios do Whoqol-bref.

<b>Domínios</b>	<b>Nº</b>	<b>Questões</b>
<b>Físico</b>	3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?
	4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?
	10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?
	15	Quão bem você é capaz de se locomover?
	16	Quão satisfeito você está com seu sono?
	17	Quão satisfeito você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?
	18	Quão satisfeito você está com sua capacidade para o trabalho?
	<b>Psicológico</b>	5
6		Em que medida você acha que sua vida tem sentido?
7		O quanto você consegue se concentrar?
11		Você é capaz de aceitar sua aparência física?
19		Quão satisfeito você está consigo mesmo?
26		Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?
<b>Relações Sociais</b>	20	Quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?
	21	Quão satisfeito você está com sua vida sexual?
	22	Quão satisfeito você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

<b>Meio Ambiente</b>	8	Quão seguro você se sente em sua vida diária?
	9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?
	12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?
	13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?
	14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?
	23	Quão satisfeito você está com as condições do local onde mora?
	24	Quão satisfeito você está com seu acesso aos serviços de saúde?
	25	Quão satisfeito você está com o seu meio de transporte?
<b>Questões gerais de Qualidade de Vida</b>	1	Como você avaliaria a sua qualidade de vida?
	2	Quão satisfeito você está com a sua saúde?

Fonte: Whoqol-bref

As questões do WHOQOL-bref incluem ainda intensidade (nada-extremamente), capacidade (nada-completamente), frequência (nunca-sempre) e avaliação (muito insatisfeito; muito satisfeito; muito ruim-muito bom).

Conforme Fleck et al. (2000), a versão em português do instrumento apresentou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste.

## 5.7 Processamento dos Dados

Para verificar a possível existência de incoerências e/ou lacunas no preenchimento dos questionários, estes foram revisados pela pesquisadora principal. Após a revisão, foram codificados e armazenados em um banco de dados, utilizando o pacote *Statistical Package of the Social Science (SPSS)*, versão 14.0.

Foram realizadas duas entradas de dados por diferentes digitadores, de forma independente e cega. As controvérsias foram corrigidas através da consulta ao instrumento original.

## **5.8 Plano de Análise dos Dados**

Para a análise dos dados, foram utilizados recursos da estatística descritiva e analítica. Foi identificado o comportamento de cada variável presente nos instrumentos através do cálculo das medidas de frequência e média (domínios do WHOQOL). Foi também avaliada a associação entre a variável de resposta (qualidade de vida) e os fatores associados (sócio-demográfico), através do qui-quadrado de Pearson, ao nível de significância de 5%. A partir daí, foi verificada a existência de um modelo de regressão simples ou múltiplo que explicasse o comportamento da definição do caso (resposta) em função dos fatores associados.

Com o intuito de analisar os domínios do WHOQOL-BREF, utilizou-se uma sintaxe fornecida pelo WHOQOL Group, onde o escore para cada domínio e para a avaliação global de qualidade de vida resulta em uma escala de 0 a 100, obtendo escores comparáveis ao instrumento original WHOQOL-100. Desse modo, escores mais altos predizem melhor qualidade de vida.

Os dados receberam tratamento estatístico através do pacote SPSS versão 14.0 e serão apresentados em forma de gráficos ou tabelas.

## **5.9 Considerações Éticas**

Este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, atendendo às normas éticas da Resolução 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) / Ministério da Saúde, sobre pesquisas científicas envolvendo seres humanos, tendo sido aprovado, de acordo com o parecer relativo ao protocolo de pesquisa, número 087/08. Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e seu aceite foi expresso por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o

participante. A identidade dos entrevistados foi preservada, havendo total garantia de seu anonimato e privacidade.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 Características Sócio-demográficas dos Participantes da Associação de Aposentados, Pensionistas e Idosos

Dos entrevistados, 61,3% (n = 87) dos idosos eram do sexo feminino e 38,7% (n = 55) do sexo masculino. A idade da amostra variou entre 60 e 85 anos, com uma média de 68,75. Observa-se uma maior concentração de participantes na faixa etária entre os 60 a 69 anos, com uma proporção de 70,1% de mulheres e 41,8% de homens neste grupo etário.

Em relação ao estado conjugal, 55,6% (n = 79) dos idosos eram casados ou viviam com um companheiro e 28,2% (n = 40) eram viúvos. A maioria (83,6%) dos homens era casado, enquanto, no grupo de mulheres, 42,5% encontravam-se viúvas. Ao analisar a associação entre sexo e situação conjugal constatou-se diferença estatisticamente significativa ( $X^2 = 30,759$ ;  $p = 0,000$ ). Foi verificado que mais homens viviam com companheiras que mulheres com companheiros.

Da amostra estudada, 62,7% (n = 89) era alfabetizada, porém com baixa escolaridade. A percentagem de analfabetismo presente no estudo foi de 23,9% (n = 34). Observou-se que apenas 13,3% (n = 19) apresentaram acima de quatro anos de estudo e destes somente 7,7% (n = 11) chegaram a cursar o nível superior. Houve maior proporção de mulheres que de homens nas categorias de 1 a 4 anos e de 5 a 8 anos de estudo, entretanto sem diferenças estatisticamente significativas entre sexo e grau de escolaridade ( $X^2 = 4,401$ ;  $p = 221$ ).

**Tabela 1.** Características sócio-demográficas dos idosos participantes da associação, segundo sexo. Arapiraca, AL, 2008.

Característica	Total		Masculino		Feminino	
	N	%	N	%	N	%
<b>Faixa etária</b>						
60 - 69 anos	84	59,2	23	41,8	61	70,1
70 - 79 anos	51	35,9	27	49,1	24	27,6
80 - 89 anos	7	4,9	5	9,1	2	2,3
Total	142	100,0	55	100,0	87	100,0
<b>Situação conjugal</b>						
casado/companheiro	79	55,6	46	83,6	33	37,9
Viúvo	40	28,2	3	5,5	37	42,5
Separado	13	9,2	3	5,5	10	11,5
Solteiro	10	7,0	3	5,5	7	8,0
Total	142	100,0	55	100,0	87	100,0
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>						
sem escolaridade	34	23,9	17	30,9	17	19,5
1 - 4 anos	89	62,7	29	52,7	60	69,0
5 - 8 anos	8	5,6	3	5,5	5	5,7
9 - 11 anos	11	7,7	6	10,9	5	5,7
Total	142	100,0	55	100,0	87	100,0

No tocante ao trabalho (tabela 2), a maioria (68,3%) dos idosos era de aposentados e/ou pensionistas (n = 97) e 17,6% (n = 25) praticavam atividade remunerada. Uma porcentagem de 8,5% (n = 12) afirmou que, além de exercer trabalho voluntário, possuía trabalho assalariado ou era aposentado. Apenas 1,4% (n = 2) da amostra se declarou autônoma. Dos idosos entrevistados, 4,2% (n = 6) não responderam essa questão. Houve uma maior proporção de mulheres aposentadas (71,6%) e de homens exercendo atividades remuneradas (23,6%), entretanto, não foi constatada associação estatística.

Quanto à renda mensal, a maior parte dos idosos (73,2%) referiu ter renda mensal de 1 a menos de 2 salários mínimos (n = 104) , 9,2% (n = 13) referiram ter renda menor que 1 salário e 1,4% (n = 2) não possuía renda mensal. Somente 10,6% (n = 15) da amostra situava-se na categoria situada entre 2 salários ou mais. Oito entrevistados (5,6%) não responderam o valor

de sua renda. Na categoria situada entre 2 salários ou mais havia mais homens que mulheres, porém sem associação estatística.

**Tabela 2.** Características sócio-econômicas dos idosos participantes da associação, segundo sexo. Arapiraca, AL, 2008.

Característica	Total		Masculino		Feminino	
	N	%	N	%	N	%
<b>Trabalho</b>						
apostado/pensionista	97	68,3	39	70,9	58	71,6
Assalariado	25	17,6	13	23,6	12	14,8
Autônomo	2	1,4	1	1,8	1	1,2
Outros	12	8,5	2	3,6	10	12,3
Total	136	95,8	55	100,0	81	100,0
<b>Renda Mensal</b>						
sem renda	2	1,4	1	1,8	1	1,3
menos de 1 SM	13	9,2	3	5,5	10	12,7
1 a menos de 2 SM	104	59,9	42	76,4	62	78,5
2 ou mais SM	15	10,6	9	16,4	6	7,6
Total	134	94,4	55	100,0	79	100,0

SM = salário mínimo

Referente ao número de filhos, observa-se, na tabela 3, que mais da metade dos idosos (60,4%) tiveram acima de 4 filhos, com uma média de 6,2 (dp = 4,33). Entretanto, 11 idosos referiram não possuir filho. O número máximo de filhos foi 25, relatado por uma idosa.

**Tabela 3.** Distribuição da freqüência de idosos da associação por número de filhos. Arapiraca, AL, 2008.

Número de filhos	N	%
Nenhum filho	11	7,7
Até 2	18	15,5
3 a 4	27	19,0
5 a 6	29	20,4
7 a 8	21	14,8
9 a 10	16	11,2
11 e +	20	14,0

Quanto aos aspectos relacionados à propriedade do lar (Tabela 4), observou-se que a maioria dos idosos (90,1%) possuía casa própria, enquanto 4,9% (n = 7) viviam em casa alugada e a mesma proporção (4,9%) em casa cedida por filhos ou outros familiares. Dos homens entrevistados, 90,9% (n = 50) residiam em seu próprio lar, e das mulheres 89,7% (n = 78). Em relação aos idosos que moravam em residências cedidas pelos filhos e outros parentes, houve uma maior frequência de mulheres (n = 5) que de homens, porém sem diferença estatística.

**Tabela 4.** Distribuição dos idosos participantes da associação segundo a propriedade do domicílio. Arapiraca, AL, 2008.

Característica	Própria		Alugada		Dos filhos		Outros		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexo									0,938
Masculino	50	90,9	3	5,5	1	1,8	1	1,8	
Feminino	78	89,7	4	4,6	3	3,4	2	2,3	
Total	128	90,1	7	4,9	4	2,8	3	2,1	

Apesar de grande parte dos idosos possuírem casa própria, 40,1% (n = 57) conviviam com outros familiares, 31% (n = 44) apenas com o cônjuge e 17,6% (n = 25) com o cônjuge acompanhado de filhos e netos. Dos idosos entrevistados, 10,6% (n = 15) referiram morar sozinho. Verificou-se que os homens, de modo significativo ( $X^2 = 35,184$ ;  $p = 0,000$ ), residiam em maior número com o cônjuge enquanto as mulheres residiam com outros familiares.

**Tabela 5.** Distribuição dos idosos participantes da associação, segundo arranjo domiciliar. Arapiraca, AL, 2008.

Característica	Outros familiares		Cônjuge		Cuidador		Só		Outros		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexo											0,000
Masculino	8	14,5	23	41,8	1	1,8	4	7,3	19	34,5	
Feminino	49	56,3	21	24,1	0	0	11	12,6	6	6,9	
Total	57	40,1	44	31,0	1	0,7	15	10,6	25	17,6	

Em relação ao aspecto religioso, houve predomínio da religião católica, com 88,7% (n =126), seguida da religião evangélica, com 9,9% (n = 14). Apenas 1,4% (n = 2) afirmaram pertencer a outras religiões. Das mulheres entrevistadas, 89,7% (n = 78) eram católicas e 10,3% (n = 9) evangélicas. Dos homens, 87,3% (n = 48) afirmaram pertencer à religião predominante no estudo, enquanto 9,1% (n = 5) referiram ser evangélicos e 2 (3,6%) homens afirmaram pertencer a outras religiões. Não houve associação estatística entre sexo e religião.

**Tabela 6.** Descrição das crenças religiosas dos idosos participantes. Arapiraca, AL, 2008.

Religião	N	%
Católica	126	88,7
Evangélica	14	9,9
Outras	2	1,4
Total	142	100,0

Outro aspecto analisado foi a frequência semanal dos idosos na associação. Os participantes que freqüentavam semanalmente a associação foram classificados como assíduos. Ao investigar a assiduidade, observou-se que 78,2% (n = 111) freqüentavam a associação semanalmente, enquanto 21,8% (n = 31) relataram não comparecer semanalmente à associação. Em relação ao sexo, a maioria das mulheres (89,7%) relatou assiduidade (n = 78), apenas 10,3% (n = 9) das mulheres não eram assíduas. Enquanto dos homens, 60,0% (n =

33) referiram assiduidade e 40,0% (n = 22) não eram assíduos. As mulheres, de modo significativo, eram mais assíduas que os homens ( $X^2 = 17,365$  ;  $p = 0,000$ ).

**Tabela 7.** Distribuição dos idosos participantes da associação, segundo assiduidade. Arapiraca, AL, 2008.

Característica	Total		Assíduo		Não assíduo		p
	N	%	N	%	N	%	
Sexo							0,000
Masculino	55	38,7	33	60,0	22	40,0	
Feminino	87	61,3	78	89,7	9	10,3	
Total	142	100,0	111	78,2	31	21,8	

## 6.2 Domínios de Qualidade de Vida

### 6.2.1 Domínio global

Em relação à qualidade de vida, do total de sujeitos entrevistados: 25,4% (n = 36) classificaram como muito boa; 40,1% (n = 57) boa; 30,3% (n = 43) nem ruim nem boa; 1,4% (n = 2) ruim e, como muito ruim, 0,7% (n = 1). Observou-se que 2,1% (n = 3) indivíduos não souberam responder essa pergunta.

Quanto à satisfação com a saúde: 15,5% (n = 22) estavam muito satisfeitos, 50,1% (n = 71) satisfeitos, 23,2% (n = 33) referiram estar nem satisfeitos nem insatisfeitos, 6,3% (n = 9) estavam insatisfeitos e 4,9% (n = 7) muito insatisfeitos.

### 6.2.2 Domínio físico

Quando perguntados sobre o quanto sua dor física o impedia de fazer o que eles precisavam: observou-se que 37,3% (n = 53) afirmaram não impedir em nada, 31,7% (n = 45) mais ou menos, 16,2% (n = 23) bastante, 12,0% (n = 17) muito pouco e apenas 2,1% (n = 3) extremamente. Um idoso (0,7%) não soube responder.

Quanto à necessidade de algum tratamento médico para levar sua vida diária: 14,1% (n = 20) não necessitavam de tratamento médico, 16,2% (n = 23) muito pouco, 42,2% (n = 60) mais ou menos, 26,1% (n = 37) bastante, e 1,4% (n = 2) necessitavam extremamente.

Em relação à energia suficiente para seu dia-a-dia: 10,6% (n = 15) afirmaram ser completamente cheio de energia, 47,2% (n = 67) afirmaram ter muita energia, 34,5% (n = 49) mais ou menos, 5,6% (n = 8) muito pouca e 2,1% (n = 3) referiram não ter nenhuma energia.

Quanto à locomoção: 19,7% (n = 28) dos entrevistados referiram ter uma locomoção muito boa, 50,1% (n = 71) classificaram como boa locomoção, 20,4% (n = 29) nem ruim nem boa, 7,0% (n = 6) como ruim e 2,8% (n = 4) como muito ruim.

Estavam muito satisfeitos com o sono 27,5% (n = 39) dos entrevistados e 40,1% (n = 57) satisfeitos. Uma porcentagem de 15,5% (n = 22) não estava nem satisfeita nem insatisfeita com seu sono, 12,7% (n = 18) dos idosos estavam insatisfeitos e 4,2% (n = 6) muito insatisfeitos.

Ao investigar a capacidade de realizar suas atividades diárias: 16,2% (n = 23) dos idosos entrevistados referiram estar muito satisfeitos, 62,0% (n = 88) satisfeitos, 14,8% (n = 21) nem satisfeitos nem insatisfeitos, 4,9% (n = 7) insatisfeitos e 2,1% (n = 3) muito insatisfeitos. Em relação a sua capacidade para o trabalho, foi observado que 14,8% (n = 21) responderam estar muito satisfeitos, 54,9% (n = 78) satisfeitos, 20,4% (n = 29) nem satisfeitos nem insatisfeitos, 6,4% (n = 9) insatisfeitos e 2,8% (n = 4) muito insatisfeitos. Um participante não soube responder (0,7%).

### 6.2.3 Domínio psicológico

Quanto ao sentimento de aproveitar a vida: 9,2% (n = 13) declararam aproveitar extremamente a vida, 40,8% (n = 58) declararam aproveitar bastante, 31,7% (n = 45) mais ou menos, 12,7% (n = 18) muito pouco, e 5,6% (n = 8) declararam não aproveitar nada.

Em relação ao quanto os idosos achavam que a suas vidas tinham sentido: 19,1% (n = 27) disseram que sua vida tem extremamente sentido, 54,2% (n = 77) disseram que sua vida tem bastante sentido, enquanto 21,1% (n = 30) referiram que sua vida tem mais ou menos sentido. Somente 4,2% (n = 6) referiram ter muito pouco sentido em sua vida e 1,4% (n = 2) referiram não ter nenhum sentido.

No que se refere à percepção de concentração dos idosos: 11,3% (n = 16) se concentravam extremamente, 34,5% (n = 49) bastante, 39,4% (n = 56) mais ou menos, 13,4% (n = 19) muito pouco, e somente 1,4% (n = 2) diziam não conseguir se concentrar.

Verificou-se que 72,5% (n = 103) da amostra estudada aceita sua aparência física, e destes, 32,5% (n = 46) aceita completamente. Dos idosos que têm maiores dificuldades em aceitar sua aparência, 19,7% (n = 28) referiram aceitar mais ou menos, 5,6% (n = 8) muito pouco e 0,7% (n = 1) referiu não aceitar sua aparência. Dois entrevistados (1,4%) não quiseram responder.

Observou-se que 39,4% (n = 56) mostraram-se muito satisfeitos consigo mesmo, 47,9% (n = 68), satisfeitos, 8,5% (n = 12) mais ou menos, 3,5% (n = 5) insatisfeitos e 0,7% (n = 1) muito insatisfeito.

Quanto à frequência de sentimentos negativos experimentados durante as duas últimas semanas: 43,0% (n = 61) referiu ter sentido algumas vezes, 28,9% (n = 41) referiu não ter sentido, e 28% (n = 40) referiu ter sentido sempre/freqüentemente/muito.

#### **6.2.4 Domínio das relações sociais**

Em relação às questões pertinentes ao domínio do relacionamento social: 49,3% (n = 70) encontravam-se muito satisfeito com suas relações pessoais, 40,2% (n = 57) encontravam-se satisfeitos, 7,7% (n = 11) encontravam-se mais ou menos satisfeitos, 1,4% (n = 2) encontravam-se insatisfeito e a mesma proporção (1,4%) encontrava-se muito insatisfeita.

Encontravam-se satisfeitos/muito satisfeitos com a vida sexual 64,1% (n = 91) dos idosos entrevistados, enquanto 10,5% (n = 15) estavam insatisfeitos/muito insatisfeitos. Dos participantes, 25,4% (n = 36) referiram nem estar satisfeitos nem insatisfeitos.

Observou-se que 121 participantes se disseram satisfeitos/muito satisfeitos (85,2%) com o apoio recebido de seus amigos e 3,5% (n = 5) disseram-se insatisfeitos/muito insatisfeitos. Referiram estar nem satisfeitos nem insatisfeitos, 11,3% (n = 16).

#### **6.2.5 Domínio meio ambiente**

Referente ao sentimento de segurança em sua vida diária, mais da metade (51,4%) dos entrevistados (n = 73) sentia-se bastante/extremamente seguro, 37,3% (n = 53) sentia-se mais ou menos seguro e 11,3% (n = 16) sentia-se muito pouco/nada seguro.

Classificaram como bastante/extremamente saudável o ambiente físico em que residiam, 58,5% (n = 83) dos idosos, enquanto 33,1% (n = 47) classificou como mais ou menos saudável e somente 8,4% (n = 12) classificou como muito pouco/nada saudável.

A percepção de possuir dinheiro suficiente para satisfazer as necessidades foi relatada como mais ou menos/muito pouco/nada por 80,3% (n = 114) dos idosos e como possuir muito/completamente por 19,7% (n = 28).

Quanto à disponibilidade de informações no dia-a-dia: 32,4% (n = 71) afirmaram ter muito/completamente disponível as informações que precisam, 45,1% (n = 64) afirmaram

obter de maneira razoável as informações e 22,5% (n = 32) afirmaram obter muito pouco/nada.

Em relação às oportunidades de lazer: 35,9% (n = 51) relataram ter muita/completamente oportunidades de lazer, 31,7% (n = 45) afirmaram ter razoavelmente oportunidades e 32,4% (n = 46) relataram possuir muito pouca/nenhuma oportunidade de lazer.

Estavam satisfeitos/muito satisfeitos com as condições do local da moradia 83,8% (n = 119), 12,0% (n = 17) estavam mais ou menos satisfeitos e apenas 4,2% (n = 6) dos idosos entrevistados referiram estar insatisfeitos/muito insatisfeitos.

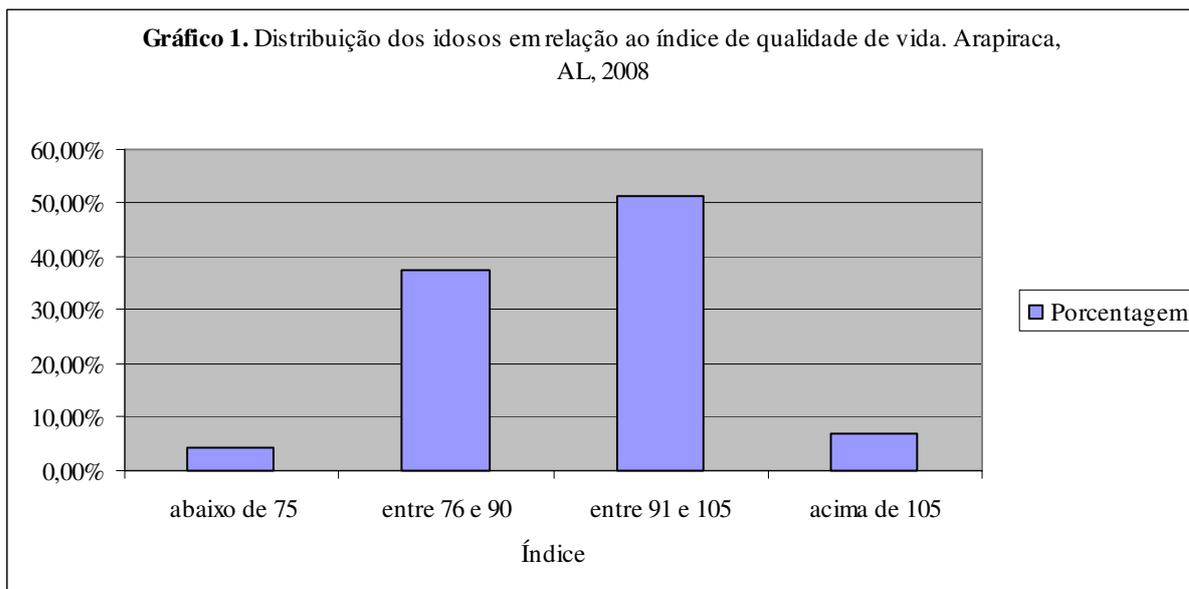
Quanto ao acesso aos serviços de saúde: 48,6% (n = 69) dos idosos entrevistados se disseram satisfeitos/muito satisfeitos, 29,6% (n = 42) se disseram nem satisfeitos nem insatisfeitos e 21,8% (n = 31) se disseram insatisfeitos/muito insatisfeitos com o acesso aos serviços de saúde.

Com relação à satisfação com o meio de transporte: 60,6% (n = 86) se sentiram satisfeitos/muito satisfeitos, 16,8% (n = 24) nem satisfeitos nem insatisfeitos e 22,6% (n = 32) se sentiram insatisfeitos/muito insatisfeitos.

### **6.3 Índice Total de Qualidade de Vida e Variáveis Sócio-demográficas**

De acordo com a avaliação dos idosos participantes, a menor pontuação observada foi de 62 e a maior de 113. Ao categorizar as pontuações, o índice total de qualidade de vida foi situado em quatro faixas: abaixo de 75, entre 76 e 90, entre 91 e 105 e acima de 105. Os índices são uma escala positiva e, deste modo, índices mais altos correspondem a uma melhor qualidade de vida.

No que se refere às pontuações totais obtidas no estudo, o gráfico abaixo (1) mostra que 4,2% (n = 6) dos idosos pontuaram abaixo de 75 e 37,3% (n = 53) pontuaram entre 76 e 90. Com uma porcentagem de 51,4% (n = 73), a maioria pontuou entre 91 e 105 e 7,0% (n = 10) dos idosos investigados pontuaram acima de 105.



Quanto ao sexo (tabela 8), homens e mulheres pontuaram de maneira semelhante em todos os índices de qualidade de vida. Os índices mais baixos foram encontrados em 3,6% (n = 2) dos homens e 4,6% (n = 4) mulheres. Dos situados entre 76 a 90, 38,2% (n = 21) eram homens e 36,8% (n = 32) mulheres. Entre os que pontuaram de 91 a 105, 50,9% (n = 28) eram homens e 51,7% (n = 45) mulheres. Os índices mais altos (acima de 105) foram obtidos por 7,3% (n = 4) homens e 6,9% (n = 6) mulheres. Não houve associação estatística entre sexo e índice total.

Ao cruzar a faixa de idade e o índice total obtido pelos idosos, não foi encontrado correlação estatisticamente significativa. Em relação à situação conjugal, os idosos que tinham companheiros obtiveram maior pontuação entre os índices situados entre 76 a 90 (38,3%) e entre 91 a 105 (53,1%). Os idosos sem companheiros apresentaram as piores e as melhores percepções de qualidade de vida, com uma pontuação em maior proporção nas

categorias abaixo de 75 e acima de 105. Não foi possível constatar associação estatística entre situação conjugal e índice de qualidade de vida.

Referente aos anos de estudo, não houve associação estatística quanto ao nível de instrução e a percepção de qualidade de vida. Foi observado que os valores correspondentes aos índices mais baixos encontraram-se entre os idosos que tiveram entre 1 a 4 anos (5,6%) de estudo e entre 5 a 8 (12,5%). Houve uma maior proporção de índices mais altos para as pessoas mais instruídas, com uma porcentagem de 25,0% (n = 2) para os idosos que tiveram de 5 a 8 anos de estudo, e de 9,0% (n = 1) para os que tiveram de 9 a 11 anos.

**Tabela 8.** Associação entre características sócio-demográficas e índice total de qualidade de vida. Arapiraca, AL, 2008.

Característica	abaixo de 75		Entre 76 e 90		entre 91 e 105		acima de 105		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Sexo</b>									0,992
Masculino	2	3,6	21	38,2	28	50,9	4	7,3	
Feminino	4	4,6	32	36,8	45	51,7	6	6,9	
Total	6	4,2	53	37,3	73	51,4	10	7,0	
<b>Faixa Etária</b>									0,460
60 a 69 anos	4	4,8	29	34,5	46	54,8	5	6,0	
70 a 79 anos	1	2,0	23	45,1	23	45,1	4	7,8	
80 a 89 anos	1	14,3	1	14,3	4	57,1	1	14,3	
Total	6	4,2	53	37,3	73	51,4	10	7,0	
<b>Situação conjugal</b>									0,693
Com companheiro	3	3,7	31	38,3	43	53,1	4	4,9	
Sem companheiro	3	4,9	22	36,1	30	49,2	6	9,8	
Total	6	4,2	53	37,3	73	51,4	10	7,0	
<b>Escolaridade</b>									0,281
Sem escolaridade	0	0	16	47,1	17	50,0	1	2,9	
1 a 4 anos	5	5,6	31	34,8	47	52,8	6	6,7	
5 a 8 anos	1	12,5	3	37,5	2	25,0	2	25,0	
9 a 11 anos	0	0	3	27,3	7	63,6	1	9,1	
Total	6	4,2	53	37,3	73	51,4	10	7,0	

Do mesmo modo, a tabela 9 mostra que não houve associação estatística entre trabalho e qualidade de vida. Em contrapartida, a renda mensal dos idosos apresenta correlação com a

qualidade de vida dos mesmos ( $X^2 = 24,431$ ;  $p = 0,004$ ), pois os indivíduos que tinham as maiores rendas apresentaram melhores percepções de qualidade de vida, e os que se encontravam mais insatisfeitos com suas vidas tinham as piores rendas. Quanto maior a renda, maior a satisfação com a vida.

**Tabela 9.** Associação entre características sócio-econômicas dos participantes segundo o índice total de qualidade de vida. Arapiraca, AL, 2008.

Característica	abaixo de 75		entre 76 e 90		entre 91 e 105		acima de 105		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Trabalho</b>									0,482
Aposentado/pensionista	2	2,1	37	38,1	51	52,6	7	7,2	
Assalariado	2	8,0	8	32,0	13	52,0	2	8,0	
Autônomo	0	0	0	0	2	100,0	0	0	
Outros	2	16,7	3	25,0	6	50,0	1	8,3	
Total	6	4,4	48	35,3	72	52,9	10	7,4	
<b>Renda Mensal</b>									0,004
Sem renda	1	50,0	0	0	1	50,0	0	0	
Menos de 1 SM	2	15,4	4	30,8	7	53,8	0	0	
1 a menos de 2 SM	2	1,9	41	39,4	54	51,9	7	6,7	
2 ou mais SM	0	0	3	20,0	9	60,0	3	20,0	
Total	5	3,7	48	35,8	71	53,0	10	7,5	

Apesar de não ter havido significância estatística ao associar moradia e qualidade de vida, a tabela 10 aponta para uma tendência de índices mais baixos para os idosos que residiam nas casas cedidas por filhos. Dos 10 (7,0%) idosos que obtiveram os índices mais altos, 9 (7,0%) residiam em casa própria e 1 (33,3%) em casa de outros familiares. Quanto ao arranjo domiciliar, não foi encontrada associação estatística entre convivência e qualidade de vida. Entre os índices mais baixos, 5,3% (n = 3) residiam com outros familiares, 4,2% (n = 2) com o cônjuge e 4,0% (n = 1) com o cônjuge, filhos e netos. Entre os escores mais altos, 20,0% (n = 3) morava só, 6,8% (n = 3) com o cônjuge, 5,3% (n = 3) com outros familiares e 4,0% (n = 1) com cônjuge, filhos e netos.

**Tabela 10.** Associação entre arranjo e propriedade domiciliar e índice total de qualidade de vida. Arapiraca, AL, 2008.

Característica	abaixo de 75		Entre 76 e 90		entre 91 e 105		acima de 105		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Moradia									0,188
Própria	4	3,1	49	38,3	66	51,6	9	7,0	
Alugada	1	14,3	1	14,3	5	71,4	0	0	
Dos filhos	1	25,0	2	50,0	1	25,0	0	0	
Outros	0	0	1	33,3	1	33,3	1	33,3	
Total	6	4,2	53	37,3	73	51,4	10	7,0	
Convivência									0,317
Outros familiares	3	5,3	17	29,8	34	59,6	3	5,3	
Cônjuge	2	4,5	15	34,1	24	54,5	3	6,8	
Cuidador	0	0	1	100,0	0	0	0	0	
Só	0	0	9	60,0	3	20,0	3	20,0	
Outros	1	4,0	11	44,0	12	48,0	1	4,0	
Total	6	4,2	53	37,3	73	51,4	10	7,0	

Quanto à religiosidade, foi constatada a associação estatisticamente significativa entre religião e qualidade de vida ( $X^2 = 23,536$ ;  $p = 0,001$ ). As melhores percepções de qualidade de vida foram obtidas por 50,0% ( $n = 1$ ) dos idosos que pertenciam a outras religiões, 21,4% ( $n = 3$ ) evangélicos e por 4,8% ( $n = 6$ ) católicos. Os idosos pertencentes a outras religiões tinham uma melhor percepção de qualidade de vida que os católicos.

**Tabela 11.** Associação entre crenças religiosas e índice de qualidade de vida. Arapiraca, AL, 2008.

Religião	abaixo de 75		entre 76 e 90		entre 91 e 105		acima de 105		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Religião									0,001
Católica	5	4,0	47	37,3	68	54,0	6	4,8	
Evangélica	0	0	6	42,9	5	35,7	3	35,7	
Outras	1	50,0	0	0	0	0	1	10,0	
Total	6	4,2	53	37,3	73	51,4	10	7,0	

Em relação à assiduidade, o fato de frequentar semanalmente a associação não influenciou significativamente na qualidade de vida dos participantes do estudo. Dos

assíduos, 58,6% (n = 65) apresentaram uma percepção positiva de qualidade de vida e 41,4%, (n = 46) negativa. Com uma porcentagem semelhante, 58,1% (n = 18) dos não-assíduos apresentaram uma percepção positiva de qualidade de vida e 41,9% (n = 13) negativa.

#### 6.4. Associação Entre os Domínios de Qualidade de Vida e o Índice Total

A tabela 12 apresenta as médias referentes aos escores de cada domínio de qualidade de vida. A maior média de escore foi observada no domínio do meio ambiente, seguida pelo domínio físico, psicológico e das relações sociais.

**Tabela 12.** Comparação entre as médias dos domínios de qualidade de vida percebidos pelos participantes da associação. Arapiraca, AL, 2008.

Domínios	Média	Desvio-padrão
Domínio 1 (Físico)	23,92	3,108
Domínio 2 (Psicológico)	21,25	2,753
Domínio 3 (Relações Sociais)	12,22	1,899
Domínio 4 (Meio Ambiente)	27,03	4,212

Com o intuito de verificar uma possível associação entre os domínios de qualidade de vida e entre o índice (tabela 13), foi realizado o teste de correlação de Pearson. Constatou-se que todos os domínios se correlacionaram significativamente e positivamente entre si e com o índice. Referente ao índice, as correlações foram de alta magnitude e o coeficiente mais alto foi obtido pelo domínio Meio Ambiente, seguido do Físico, Psicológico e por último, o domínio das Relações Sociais.

**Tabela 13.** Coeficiente de correlação entre os domínios e o índice dos participantes da associação. Arapiraca, AL, 2008.

	ÍNDICE	Domínio 1 (Físico)	Domínio 2 (Psicológico)	Domínio 3 (Rel.Sociais)	Domínio 4 (M.Ambiente)
ÍNDICE	X	0,694	0,686	0,626	0,849
Domínio 1 (Físico)	0,694	X	0,362	0,361	0,467
Domínio 2 (Psicológico)	0,686	0,362	X	0,364	0,43
Domínio 3 (Rel. Sociais)	0,626	0,361	0,364	X	0,423
Domínio 4 (Meio Ambiente)	0,849	0,467	0,43	0,423	X

Desse modo, foi realizada uma análise de regressão linear múltipla para identificar entre os domínios o preditor mais influente na qualidade de vida dos participantes do estudo. Assim, o índice total foi a variável dependente e os domínios pertencentes ao Whoqol-bref, as variáveis independentes. Os resultados da regressão constataram que o modelo é significativo e que todos os domínios estão presentes num modelo linear que explica 95,1% da variância.

Observa-se que entre os domínios (tabela 14), o Meio Ambiente é o que mais influencia no índice final obtido pelo idoso, seguido do Social e Psicológico. O domínio que apresentou menor influência no índice total foi o Físico.

**Tabela 14.** Regressão linear múltipla entre os diferentes domínios em relação ao índice final obtido pelos participantes da associação. Arapiraca, AL, 2008.

Variável	B	T	p
Índice	2,649	1,446	0,150
Domínio 1(Físico)	0,886	12,578	0,000
Domínio 2 (Psicológico)	1,056	13,503	0,000
Domínio 3 ( Rel.Sociais)	1,074	9,5	0,000
Domínio 4 (M. Ambiente)	1,193	21,853	0,000

## 7 DISCUSSÃO

A qualidade de vida faz parte de um amplo contexto e, no campo da saúde, engloba desde a capacidade funcional até o bem-estar dos indivíduos. Dessa maneira, a avaliação deste parâmetro se reveste de grande importância. Várias medições têm sido utilizadas para a determinação da qualidade de vida dos indivíduos. Nesta pesquisa foi utilizado o instrumento Whoqol-bref e um questionário sócio-demográfico. Assim, os resultados obtidos são representativos das pessoas estudadas, ainda que não possam ser generalizados para toda a população idosa.

A predominância do sexo feminino (61,2%) no grupo de convivência estudado está de acordo com pesquisas tanto de base populacional quanto com populações específicas de idosos (BORGES et al., 2008; PASKULIN; VIANNA, 2007; SANTOS, Sérgio et al., 2002; COELHO FILHO; RAMOS, 1999).

Quando se estudou a correlação entre a variável sexo e os diferentes índices de qualidade de vida obtidos pelos idosos através do Whoqol - bref, observou-se que não havia associação significativa na qualidade de vida, corroborando com os resultados encontrados no estudo de Paskulin (2006). Entretanto, enfatiza-se a importância de citar o estudo realizado por Silva, Telma (2007), cujo objetivo foi analisar a percepção de qualidade de vida dos idosos da cidade de Rio Verde – Goiás, onde os homens, de modo significativo, apresentaram escores mais altos que as mulheres, e o estudo de Pimenta et al. (2008), que, ao utilizarem o SF-36, entrevistaram aposentados vinculados a um plano de saúde estatal de Minas Gerais e os homens tiveram uma melhor avaliação de qualidade de vida que as mulheres. Portanto, provavelmente, os diferentes contextos de vida experimentados pelos idosos poderão influenciar na sua percepção de qualidade de vida.

O perfil etário da amostra estudada é caracterizado por idosos jovens, uma vez que 59,2% encontram-se na faixa etária situada entre 60 e 69 anos. Esses resultados são semelhantes ao de outros estudos, como o de Feliciano, Moraes e Freitas (2004), em que 61,4% idosos pertenciam a essa faixa etária e do Censo 2000, onde 56,3% da população brasileira encontravam-se nesse segmento.

A idade é considerada um fator importante da boa qualidade de vida na velhice. Para idosos mais jovens, com razoáveis condições socioeconômicas, Neri (2007) mostra que existem boas chances de continuidade da atividade e da produtividade; de reservas de capacidade para novas aprendizagens e de boa capacidade para administrar as perdas da velhice e de bons níveis de bem-estar subjetivo. No entanto, para os idosos mais velhos, a autora afirma ocorrer uma descontinuidade em relação ao funcionamento típico da velhice inicial.

De acordo com os dados obtidos, não foi encontrada correlação estatística entre grupo etário e qualidade de vida. Possivelmente, a não observação da influência da idade na qualidade de vida pode ser explicada pelo fato de apenas 4,9% dos idosos sorteados pertencerem à faixa etária situada entre 80 e 89 anos. A baixa participação dos idosos acima dos 80 anos pode ser explicada pela diminuição da autonomia com o aumento da idade. Do mesmo modo, na investigação de Pereira et al. (2006), e de Trentini (2004), não houve correlação significativa entre idade e qualidade de vida.

Em relação ao estado conjugal, os casados, ou em união consensual, predominaram neste estudo (55,6%), de modo semelhante à investigação de Paskulin (2006), onde a proporção de casados foi superior a de viúvos.

Quando comparada situação conjugal e qualidade de vida, não foi encontrada associação estatística, corroborando os resultados obtidos por Pereira et al. (2006), e por Silva, Telma (2007). De modo contrário, Pimenta et al. (2008) verificaram correlação entre

situação conjugal e qualidade de vida. Os casados, ou em união consensual, apresentaram melhor qualidade de vida, quando comparados aos separados e viúvos.

O baixo nível de escolaridade encontrado no presente estudo reflete a desigualdade social na qual os idosos participantes estão inseridos, uma vez que 23,9% não tinham nenhuma escolaridade e 62,7% apresentaram até 4 anos de estudo. Os idosos mais jovens apresentaram maiores níveis de escolaridade que os mais velhos. Resultado semelhante foi encontrado na investigação de Pereira et al. (2006), onde ao analisar as variáveis sociodemográficas, constatou que no município de Teixeiras – MG, 71,1% dos idosos tinham menos de 4 anos de estudo.

Neste estudo não houve correlação entre escolaridade e qualidade de vida, semelhante ao resultado de Silva, Telma (2007). Entretanto, resultado contrário foi encontrado em Botucatu – São Paulo (JÓIA; RUIZ; DONALISIO, 2007), pois com o objetivo de descrever os fatores associados ao grau de satisfação dos idosos do município, os pesquisadores encontraram associação significativa entre grau de escolaridade e satisfação com a vida. Também no estudo de Trentini (2004), os idosos de melhor escolaridade afirmaram, de modo significativo, melhores índices de qualidade de vida.

Quanto à condição de trabalho e aposentadoria, os resultados obtidos apontam que grande parte dos idosos era aposentada e/ou pensionista. Resultados corroboram os encontrados por Santos, Sérgio et al. (2002), Jóia, Ruiz e Donalisio (2007) e Silva, Telma (2007), uma vez que a maioria dos idosos aponta a aposentadoria como sua principal fonte de renda.

Desse modo, a inserção no mercado de trabalho após os 60 anos pode influenciar na qualidade de vida, uma vez que permite ao idoso se manter ativo e integrado socialmente. Entretanto, o trabalho remunerado pode ser percebido como uma alternativa à baixa remuneração advinda da aposentadoria. O valor das aposentadorias, segundo Bandeira (2005),

é incompatível com as necessidades básicas de sobrevivência de um indivíduo, o que certamente é um dos fatores que o impedem de conquistar uma melhor qualidade de vida. Além disso, Camarano (2006) afirma que os idosos são responsáveis por uma parcela importante na renda das famílias em que estão inseridos, parcela que tem crescido ao longo do tempo.

Nesta investigação, o fato de ser aposentado e/ou pensionista não teve correlação significativa com a qualidade de vida dos idosos estudados. De modo semelhante, Paskulin (2006) não encontrou associação estatística entre ser aposentado e qualidade de vida.

Quanto à renda dos idosos brasileiros, dados do IBGE, em 2008, revelam que 2,5 milhões de idosos viviam em situação de pobreza, dos quais cerca de 1,2 milhão no Nordeste. No presente estudo, 69,1 % possuíam renda igual ou inferior a 1 salário mínimo. Esse achado é superior ao encontrado por Pereira et al. (2006) no município de Teixeira- MG , com uma proporção de 61,1% de idosos com uma renda mensal igual ou inferior a 1 salário mínimo.

Quando comparado a qualidade de vida em função da renda, foi observado correlação positiva. Os resultados mostraram que os idosos que tinham as maiores rendas referiram maiores índices de qualidade de vida. Resultados semelhantes foram encontrados por Silva, Telma (2007) em Rio Verde – Goiás, onde a autora, ao utilizar o Whoqol – abreviado, encontrou significância estatística positiva entre os domínios de qualidade de vida e renda. Em Botucatu (JÓIA; RUIZ; DONALISIO, 2007), município de São Paulo, a situação que mais se associou à satisfação com a vida foi o conforto domiciliar, proporcionado através da renda. Entre as variáveis pertencentes ao estudo de Xavier et al. (2003), a renda se mostrou determinante para a boa qualidade de vida.

Portanto, apesar da grande influência dos aspectos subjetivos para a qualidade de vida na velhice, é importante destacar que uma boa condição de vida pode favorecer o bem-estar

dos que envelhecem. Para Veras e Alves (1995) a situação socioeconômica oferece suporte material para o bem-estar do indivíduo, influencia os modos de lidar com os graus de qualidade de habitação, com as pessoas que o rodeiam, com a independência econômica e com a estabilidade financeira.

Quanto ao arranjo domiciliar, observou-se que a maioria dos idosos (90,1%) possuía casa própria. Esses achados foram superiores aos encontrados por Santos, Sérgio et al. (2002), cujo estudo constatou que 82% dos pesquisados tinham casa própria e por Silva, Telma (2007), com uma proporção de 70,5%. Este resultado mostra que apesar da atual renda, os idosos conseguiram adquirir algum patrimônio durante a vida adulta. O fato de o idoso ter casa própria não influenciou significativamente em sua qualidade de vida.

Em contrapartida, uma parcela significativa de idosos, em sua maioria mulheres, conviviam com outros familiares em seu domicílio. Ao analisar a associação entre convívio familiar e percepção de qualidade de vida, não foi constatada diferença estatística. De modo contrário, Xavier et al. (2003) encontraram presença do ambiente familiar como determinante de boa qualidade de vida. No estudo de Paskulin (2006), os idosos que moravam sozinhos perceberam-se com pior qualidade de vida no Domínio Físico do que os que moravam acompanhados.

Na presente investigação, 100% dos idosos entrevistados tinham alguma prática religiosa, observando-se predomínio da católica. Este resultado corrobora o de Santos, Sérgio et al. (2002), no qual todos os idosos demonstraram afinidade com algum tipo de atividade religiosa.

Foi constatada significância entre religião e qualidade de vida e os católicos obtiveram os índices mais baixos. De modo semelhante, em estudo realizado por Goldstein e Neri (1993) foi encontrada relação entre religiosidade e bem-estar subjetivo. Segundo as autoras, a

religiosidade pode ser percebida como ocupando um lugar mais central na vida dos idosos, quando outras atividades e envolvimento são diminuídos pela aposentadoria, viuvez ou término de responsabilidades e papéis relacionados à família.

Já Paskulin (2006), ao controlar a religião por outras variáveis, não encontrou influência na qualidade de vida. De modo semelhante, no estudo de Silva, Telma (2007), a crença religiosa não foi considerada importante na percepção de qualidade de vida dos idosos.

A maioria dos idosos freqüentava o grupo de convivência semanalmente. Ao correlacionar assiduidade e qualidade de vida, não foi encontrada associação estatística. Entretanto, destaca-se o estudo realizado por Farquhar (1995) na Inglaterra, em que as relações familiares e os contatos sociais eram componentes importantes para a qualidade de vida, bem como o estudo realizado em Botucatu – SP (JÓIA; RUIZ; DONALISIO, 2007), onde a satisfação com a vida foi relacionada à não sensação de solidão, indicando que a procura pelos centros de convivência podem se relacionar com a fuga da solidão.

A qualidade de vida foi avaliada pelos idosos como boa/muito boa. Resultados semelhantes foram obtidos em Veranópolis – RS por Xavier et al. (2003), onde 57,0% dos idosos estudados avaliaram sua qualidade de vida como boa. Em Botucatu – SP (JÓIA; RUIZ; DONALISIO, 2007), a maioria dos idosos se disse satisfeito com a vida. Em Portugal, um estudo realizado com 1.665 idosos com 75 anos ou mais, foi encontrado uma qualidade de vida bastante positiva para a maioria dos idosos (SOUSA; GALANTE; FIGUEIREDO, 2003). Já em João Pessoa, Santos, Sérgio et al. (2002) constataram que a qualidade de vida dos idosos variou de pouco a moderada. Os autores desse estudo sugerem que as precárias condições socioeconômicas encontradas possam ter interferido negativamente na qualidade de vida dos idosos.

Em relação à saúde, questão pertencente ao domínio global de qualidade de vida, a maioria dos idosos referiu satisfação. No estudo realizado por Jóia, Ruiz e Dionalisio (2007), foi observado que ter saúde teve grande importância para uma qualidade de vida positiva.

Portanto, muitas vezes, uma boa saúde pode-se igualar a uma boa qualidade de vida. Ao compreender a saúde a partir de uma concepção ampliada, na qual fatores biológicos, sociais e psicológicos se inserem neste paradigma, compreende-se que os domínios que fazem parte da qualidade de vida influenciam uns aos outros.

Ao se investigar a contribuição de cada domínio no índice total obtido pelos idosos, observa-se que os domínios contribuem de maneira diferente. Percebe-se que o domínio que mais contribuiu na qualidade de vida foi o do Meio Ambiente, seguido do domínio das Relações Sociais e do Psicológico. O domínio Físico apresentou a menor contribuição na qualidade de vida dos idosos estudados. A menor influência do domínio Físico estaria em concordância com o encontrado por Trentini (2004), pois ao utilizar o Whoqol – 100; os domínios Nível de Independência (D III), Meio Ambiente (D V) e Psicológico (D II) foram os que estiveram mais relacionados a uma melhor qualidade de vida. Já em estudo realizado no município de Teixeira – MG (PEREIRA et al., 2006), o domínio que mais contribuiu para a qualidade de vida foi o Físico, seguido do Ambiental e do Psicológico; o Social não teve contribuição estatisticamente significativa. Em Rio Verde – Goiás (SILVA, Telma 2007), o domínio Físico também foi o que mais contribuiu para a percepção da qualidade de vida dos idosos, seguido do Psicológico e do Meio Ambiente. O domínio das Relações Sociais foi o que menos contribuiu para a qualidade de vida do grupo estudado.

A maior influência do Meio Ambiente no índice total obtido pelos idosos mostra a relevância de ir além dos aspectos físicos e se considerar outros fatores: como a segurança do lar e seu entorno, a presença de uma moradia saudável, os recursos financeiros e o lazer.

O ambiente onde o idoso se insere pode contribuir para que o mesmo mantenha-se ativo. Neri (1993) destaca que quanto mais ativo for o idoso, maior será sua satisfação e, conseqüentemente, melhor sua qualidade de vida.

Segundo Prado e Perracini (2007), é no contexto do lar que os idosos fazem a maior parte de suas atividades do dia-a-dia e passam a maior parte do tempo. De acordo com as autoras supracitadas, o lar e seus objetos estão embebidos de significação simbólica que contribui para o bem-estar percebido e para a qualidade de vida.

A situação socioeconômica também pode estar atrelada a saúde e à qualidade de vida dos que envelhecem. Os idosos que apresentam melhores condições socioeconômicas podem estar mais satisfeitos, ter mais senso de dignidade, contribuir financeiramente com seus familiares, aumentando a sensação de auto-eficácia, valorizar mais o auto-cuidado, sair mais de casa e ter mais lazer, favorecendo a interação social.

Em relação ao domínio das Relações Sociais, a interação com a família, vizinho e amigos, incrementada através da participação na associação, permite ao idoso adaptar-se de maneira mais tranqüila a essa nova fase da vida, encontrar mais prazer, realizar atividades que não realizavam anteriormente e interagir com outros indivíduos que possivelmente, tiveram um contexto histórico semelhante ao seu, ampliando, portanto, sua rede de relações interpessoais, afastando-o da solidão e reintegrando-o à sociedade.

O domínio Psicológico pode ter sido menos influente que o Meio Ambiente e Social pelo fato do grupo estudado estar inserido em um centro de convivência, contribuindo assim para minimizar as adversidades psicológicas vivenciadas pelo idoso e aumentar sua auto-estima.

Embora o domínio Físico tenha sido o menos influente na obtenção do índice total, há que se considerar a importância da capacidade funcional como determinante da qualidade de vida. Possivelmente, a menor influência do domínio Físico pode ser explicada pelo fato do

estudo ter sido realizado em um centro de convivência, onde os idosos estavam ativos, sem alteração da capacidade funcional. Além disso, o centro de convivência estudado situa-se no centro da cidade e em região de fácil acesso para os idosos, facilitando a locomoção e a interação entre os mesmos.

É importante que o idoso mantenha sua capacidade funcional e independência, fatores que podem influenciar na qualidade de vida, porém, para mantê-las, é necessário um ambiente saudável, que proporcione ao idoso segurança e conforto, com meios de transporte e serviços de saúde mais acessíveis.

## 8 CONCLUSÃO

Os resultados indicam que a maioria dos idosos participantes do centro de convivência estudado era do sexo feminino, com idade situada entre 60 e 69 anos, e a maior parte não tinha um companheiro.

A desfavorável situação socioeconômica dos participantes da associação foi evidenciada pelo baixo nível de escolaridade, baixa renda e pelo fato de serem, em maioria, aposentados ou pensionistas. Em relação à propriedade do lar e arranjo domiciliar, a maioria dos entrevistados tinha casa própria e morava principalmente, em lares multigeracionais.

Quanto à religiosidade, todos os idosos possuíam alguma crença religiosa e a maior concentração praticava o catolicismo. Os idosos apresentavam-se ativos e independentes, uma vez que a maior parte freqüentava semanalmente o centro de convivência investigado.

Renda e religião foram as variáveis independentes que apresentaram correlação significativa com o índice total de qualidade de vida obtido pelos idosos participantes do centro de convivência.

Os idosos que recebiam dois salários ou mais apresentaram associação estatisticamente significativa com os maiores índices de qualidade de vida. No tocante à religião, os entrevistados que relataram outra crença que não a católica tiveram as melhores percepções de qualidade de vida.

Ao avaliar o perfil dos participantes da associação de aposentados, pensionistas e idosos de Arapiraca – AL, percebe-se que esses idosos ainda vivenciam problemas básicos, deixando-os em situação de vulnerabilidade. Entretanto, mesmo diante das adversidades, os participantes deste estudo perceberam sua qualidade de vida como boa. O domínio Meio Ambiente foi o mais influente na percepção de qualidade de vida, enfatizando, assim, a importância dos aspectos ligados a moradia do idoso e seu entorno.

Esta avaliação positiva da qualidade de vida sugere a relevância dos aspectos subjetivos na velhice e a participação dos idosos na associação como oportunidade de acesso ao lazer e de interação social, fortalecendo a manutenção de uma vida ativa.

Nesse sentido, o contexto histórico de cada idoso, suas vivências e o ambiente onde o mesmo está inserido, em especial a associação de aposentados, pensionistas e idosos, irão influenciar na sua percepção de qualidade de vida. Portanto, valorizar a interpretação do idoso acerca de sua vida é contribuir para que as práticas de saúde consigam intervir de maneira significativa e possam transcender os estereótipos, promovendo qualidade de vida, senso de dignidade e cidadania. É necessário repensar as políticas sociais e as condições econômicas da região, a formação dos profissionais de saúde e suas práticas.

Deste modo, destaca-se a importância de realizar estudos de natureza qualitativa para compreender de maneira mais profunda como os idosos participantes da associação percebem sua qualidade de vida e seus fatores associados.

Diante do perfil socioeconômico dos participantes da associação de aposentados e pensionistas, recomenda-se que as ações locais desenvolvidas busquem envolver a família dos idosos, bem como estimular a melhora do nível de instrução e possibilitar estratégias de empoderamento na busca por melhores condições de vida.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, T.C. N; ALVES, M.I.C. O perfil da população idosa no Brasil. **Textos sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v.3, n.3, 2000.

ARAÚJO, L. F.; CARVALHO, V. A. M. L. Velhices: estudo comparativo das representações sociais entre idosos de grupos de convivência. **Textos sobre envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 57-75, 2004.

ASSIS, M. **Promoção da Saúde e Envelhecimento**: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UNATI / UERJ. Rio de Janeiro. Tese (Doutorado) – FIOCRUZ- Escola Nacional de Saúde Pública, 2004. 235p.

BANDEIRA, K. M. Discutindo a qualidade de vida do idoso. **A Terceira Idade**, São Paulo, v.16, n.34, p. 50-61, 2005.

BORGES, P. L. C. et al. Perfil dos idosos freqüentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n. 12, p. 2798-2808, 2008.

BOWLING, A. What things are important in people's lives? A survey of the public's judgments to inform scales of health related quality of life. **Social Science Medicine**, v.41, n.10, p.1447-1462, 1995.

BRASIL. Lei nº 1.0741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 out. 2003.

CAMARANO, J.A.M. O envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E.V. et al. (orgs). **Tratado de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 58-71.

\_\_\_\_\_. **Mecanismos de proteção social para a população idosa brasileira**. Rio de Janeiro: Ipea, 2002 (Texto para Discussão, 1179).

CARVALHO, J.A.M; GARCIA, R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 725-733, 2003.

CHACHAMOVICH, E. **Qualidade de Vida em Idosos**: desenvolvimento e aplicação do módulo WHOQOL-OLD e teste do desempenho do instrumento WHOQOL-BREF em uma

amostra de idosos brasileiros. Rio Grande do Sul. Dissertação de mestrado – UFRGS – PPG Psiquiatria, 2006. 154 p.

CHACHAMOVICH, E; TRETINI, C; FLECK, M. P A. Qualidade de Vida em Idosos. In: NERI, A.L. (org.). **Qualidade de Vida na Velhice**, São Paulo: Alínea, 2007, p 61-81.

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

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

COTTA, R.M.M, et al. La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud. **Revista Panamericana Salud Publica**, v.10, n.1, p.45-55, 2001.

DATASUS. Disponível em:<<http://tabnet.datasus.gov.br/CGI/tabcgi/exe?ibge/cnv/popAL.def>>. Acesso em: 14 fevereiro 2009.

FARQUHAR, M. Elderly people's definitions of quality of life. **Social Science Medicine**, v.41, n. 10, p.1439-1446, 1995.

FELICIANO, A.B.; MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1575 – 1585, 2004.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.33-38, 2000.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n. 2, p. 178-183, 2000.

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

FREITAG, L. Valorização do idoso. **Vida Integral**, São Paulo, n.12, p. 55-59, 2004.

GARRIDO, R.; MENEZES, P.R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24, n.1, 2002.

GOLDSTEIN, L.L; NERI, A.L. Tudo bem, graças a Deus. Religiosidade e satisfação na maturidade e na velhice. In: NERI, A.L. (org.). **Qualidade de vida e idade madura**. São Paulo: Papirus, 1993.

GUEDEA, D.T.M. et al. Relação do Bem-Estar Subjetivo, Estratégias de Enfrentamento e Apoio Social em Idosos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.19, n.2, p. 301-308, 2006.

HULLEY, S.B.; CUMMINGS, S.R.; BROWNER, W.S.; GRADY, D.G.; NEWMAN, T.B. **Delineando a pesquisa clínica: Uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

\_\_\_\_\_. **Indicadores Sociais: Uma análise dos resultados da amostra do censo demográfico**. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.

\_\_\_\_\_. **Cidades @**. <Disponível em: [www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php](http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php).> Acesso em 02 de abril de 2008.

\_\_\_\_\_. **Síntese de indicadores sociais 2008**<Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1233&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1233&id_pagina=1)> Acesso em 31 de março de 2009.

JÓIA, L. C.; RUIZ, T; DONALISIO, M. R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 131 – 138, 2007.

KALACHE, A. Active ageing makes the difference. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v.77, n. 4, p. 299, 1999.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K.V. Estudos Seccionais. In: MEDRONHO, A.R. (org.) **Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2006.

LIMA-COSTA, M.F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 700-701, 2003.

MINAYO, M. C. S; HARTZ, Z. M. A; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MOREIRA, M.M.S. **Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento**. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado) – FIOCRUZ – Escola Nacional de Saúde Pública. 2000. 91 p.

MOTTA, L.B.; AGUIAR, A.C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 363-372, 2007.

NERI, A.L. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In \_\_\_\_\_. **Qualidade de vida e idade madura**. 6.ed. São Paulo: Papyrus, 1993. p. 9-55.

NERI, A.L. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In \_\_\_\_\_. **Qualidade de vida na velhice – enfoque multidisciplinar**. São Paulo: Alínea, 2007. p.13-59.

PAPALÉO-NETTO, M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E.V. et al (Orgs). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 2-12.

PAIVA, C.O.S. **Perfil socioeconômico e epidemiológico da população idosa do Distrito Estadual de Fernando de Noronha – PE**. Recife. Dissertação (Mestrado) – FIOCRUZ-Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, 2004. 192 p.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida do idoso**: elaboração de um instrumento que privilegia a sua opinião. São Paulo. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2000. 255 p.

\_\_\_\_\_. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, E.V et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.79-84.

PASKULIN, L. M. G.; VIANNA, L. A. C. Perfil sócio-demográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p.757 – 768, 2007.

PASKULIN, L.M.G. **Fatores associados à qualidade de vida de idosos de um distrito sanitário de Porto Alegre – RS.** São Paulo. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo, 2006. 190 p.

PEREIRA, R. J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 27-38, 2006.

PIMENTA, F.A.P. et al. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 51, n.1, p. 55-60, 2008.

PRADO, A.R.A; PERRACINI, M.R. A construção de ambientes favoráveis aos idosos. In NERI, A.L.(org.). **Qualidade de vida na velhice – enfoque multidisciplinar.** São Paulo: Alínea, 2007.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, 2003.

SANTOS, S.S.C. Gerontologia e pressupostos de Edgar Morin. **Textos sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, 2003.

SANTOS, R.S. et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.10, n.6, p. 757-764, 2002.

SILVA, T. E. **Avaliação transversal de qualidade de vida de idosos participantes de centros de convivência e institucionalizados por meio do questionário genérico Whoqol-bref.** Uberlândia. Monografia. 2005. 28 p.

SILVA, T. P. V. **Qualidade de vida em idosos da cidade de Rio Verde – GO.** Brasília. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Brasília, 2007. 114 p.

SOUZA, L.; GALANTE, H.; FIGUEIREDO, D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n.3, p. 364 – 371, 2003.

The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. **Social Science Medicine**, v. 41, n.10, 1403-1409, 1995.

TRENTINI, C. M. **Qualidade de Vida em Idosos**. Porto Alegre. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004. 224 p.

UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 849-853, 2003.

VERAS, R.P.; ALVES, M.I.C. A população idosa no Brasil: considerações acerca do uso de indicadores de saúde. In: Minayo, M.C. **Os muitos brasis: saúde e população na década de 80**. Rio de Janeiro: Hucitec; 1995. p.320-337.

VERAS, R. A novidade da agenda contemporânea: a inclusão do cidadão de mais idade. **A Terceira Idade**, São Paulo, v.14, n.28, p.7-29, 2003.

VERAS, R.; CURIONI, C. C.; PEREIRA, R. S. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. **Textos sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, 2003.

XAVIER, M.F., FERRAZ, M. P. T, MARC N., ESCOSTEGUY, N. U. MORIGUCHI E. H. Elderly people's definition of quality of life. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 25, n.1, p. 249-452, 2003.

## APÊNDICES



---

**APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOBRE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS**

---

**QUESTIONÁRIO SOBRE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS**

Este questionário é sobre as características de pessoas participantes de grupos de convivência e residentes em instituição de longa permanência do município de Arapiraca. Por favor, responda a todas as questões.

**1) SEXO:**

1 ( ) FEMININO

2 ( ) MASCULINO

**2) IDADE: \_\_\_\_\_****3) SITUAÇÃO CONJUGAL:**

1 ( ) SOLTEIRO

2 ( ) CASADO/COMPANHEIRO

3 ( ) SEPARADO

4 ( ) VIÚVO

4) NÚMERO DE FILHOS : \_\_\_\_\_

**5) ESCOLARIDADE (ANOS DE ESTUDO):**

1 ( ) SEM ESCOLARIDADE

2 ( ) 1-4 ANOS ( 1º GRAU INCOMPLETO)

3 ( ) 5- 8 ANOS (1º GRAU COMPLETO)

4 ( ) 9-11 ANOS (ENSINO MÉDIO)

5 ( ) 12 ANOS OU MAIS (SUPERIOR)

**6) TRABALHO :**

1 ( ) VOLUNTÁRIADO

2 ( ) ASSALARIADO

3 ( ) APOSENTADO/PENSIONISTA/BENEFÍCIO

4 ( ) AUTÔNOMO

5 ( ) OUTROS (aposentado/pensionista+voluntário),(voluntário+assalariado),  
(autônomo+aposentado)

7)RENDA MENSAL : VALOR \_\_\_\_\_

8)MORADIA:

1 ( ) PRÓPRIA

2 ( ) ALUGADA

3 ( ) DOS FILHOS

4 ( ) OUTROS FAMILIARES

9)CONVIVÊNCIA:

1 ( ) OUTROS FAMILIARES

2 ( ) CÔNJUGE

3 ( ) CUIDADOR

4 ( ) SÓ

5 ( ) OUTROS (mora com cônjuge + filhos, netos)

10) RELIGIÃO

1 ( ) CATÓLICO

2 ( ) EVANGÉLICO

3 ( ) ESPÍRITA

4 ( ) OUTRAS

11) O (A) SENHOR (A) FREQUENTA A ASSOCIAÇÃO SEMANALMENTE ?

1 ( ) SIM

2 ( ) NÃO

---

 APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
 

---



**Universidade Federal de Pernambuco/ PROPESQ**  
**Centro de Ciências da Saúde**  
**Departamento de Medicina Social**  
**Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PIPASC**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**



**Nome da pesquisa:** Qualidade de Vida: percepção dos participantes da Associação de Aposentados, Pensionistas e Idosos de Arapiraca/AL.

**Objetivo principal:** Avaliar a qualidade de vida dos participantes da Associação de Aposentados, Pensionistas e Idosos da cidade de Arapiraca/AL.

**Metodologia:** responder as perguntas contidas nos questionários através da entrevista.

**Riscos:** O entrevistado poderá se sentir constrangido à responder algumas perguntas dos questionários.

**Benefícios:** ao avaliar a qualidade de vida dos idosos participantes, terá como benefício direto, o desenvolvimento de atividades físicas, culturais e recreativas a serem realizadas pelos idosos associados baseadas na percepção de qualidade de vida destes, além de subsidiar propostas de políticas públicas em prol dos idosos.

**Informação adicional:** O entrevistado terá sua identidade, assim como as informações cedidas, guardada sob sigilo.

**Retirada do consentimento:** O entrevistado tem direito a desistir de concluir a entrevista ou solicitar a retirada das informações, cedidas por ele ao trabalho em questão, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma para sua pessoa.

Eu, \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_, declaro ter sido informado verbalmente e por escrito sobre o projeto de pesquisa intitulado: Qualidade de Vida: percepção dos participantes da Associação de Aposentados, Pensionistas e Idosos de Arapiraca/AL e concordo dele participar espontaneamente por meio de dois questionários, uma vez que foi garantido o meu anonimato. Em caso de dúvida devo ligar para pesquisadora Ana Paula Nogueira ( Fone: 82- 9975-8278. End. Praça Rosendo Vieira Lima, 330, bairro Cacimbas. Arapiraca/AL).

Arapiraca \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Testemunha

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Testemunha

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

## ANEXOS



ANEXO A – INSTRUMENTO WHOQOL – BREF

---

# WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE  
GENEBRA

**Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil**

**Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck**  
**Professor Adjunto**  
**Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal**  
**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**  
**Porto Alegre – RS - Brasil**

## Instruções

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

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

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

		nunca	algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

**Você tem algum comentário sobre o questionário?**

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA ASSOCIAÇÃO DE APOSENTADOS,  
PENSIONISTAS E IDOSOS DA CIDADE DE ARAPIRACA – AL.

---



Associação dos Aposentados Pensionistas e Idosos de Arapiraca  
R. Estudante José de Oliveira Leite, 511 – Centro – Arapiraca – AL  
Tel.: 82 3522 – 5852 / 9935 – 5614 Email: aapiar@hotmail.com  
CGC 24177917/0001-24

### CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro que concordo com o desenvolvimento da pesquisa “Qualidade de Vida: Percepção dos idosos participantes da Associação de Aposentados e Pensionistas da cidade de Arapiraca - AL”, referente à dissertação de Mestrado do Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PIPASC) da UFPE, a ser realizada pela mestranda Ana Paula Nogueira de Magalhães, sob orientação da professora Márcia Carréra Campos Leal, nesta instituição (Associação dos Aposentados e Pensionistas da cidade de Arapiraca - AL).

Estou ciente de que este estudo terá como objetivo avaliar a qualidade de vida dos idosos participantes da Associação de Aposentados e Pensionistas da cidade de Arapiraca - AL. Para tanto, serão realizadas entrevistas com os idosos participantes desta associação, onde serão utilizados um questionário de dados sócio-demográficos e o questionário de qualidade de vida (WHOOQOL-Bref), construído pela Organização Mundial da Saúde.

O participante, a qualquer momento, poderá retirar o seu consentimento e deixar de participar do estudo em andamento, sem qualquer prejuízo, punição ou atitude preconceituosa.

Todas as informações coletadas serão mantidas com confidencialidade e será garantido o anonimato dos indivíduos a serem estudados.

Ressalto que a minha concordância está condicionada à aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em pesquisa.

Arapiraca, 06 de Abril de 2008

  
Maria de Lourdes Carvalho de Oliveira  
PRESIDENTE

**Maria de Lourdes Carvalho de Oliveira**  
Presidente da Associação de Aposentados e Pensionistas da cidade de Arapiraca - AL

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS – CCS-UFPE

---

Andamento do projeto - CAAE - 0085.0.172.000-08					
<b>Título do Projeto de Pesquisa</b>					
Qualidade de Vida: percepção dos idosos participantes da Associação de Aposentados e Pensionistas de Arapiraca - AL.					
<b>Situação</b>	<b>Data Inicial no CEP</b>	<b>Data Final no CEP</b>	<b>Data Inicial na CONEP</b>	<b>Data Final na CONEP</b>	
Aprovado no CEP	15/04/2008 14:26:56	15/07/2008 09:52:58			
<b>Descrição</b>	<b>Data</b>	<b>Documento</b>	<b>Nº do Doc</b>	<b>Origem</b>	
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	15/04/2008 14:26:56	Folha de Rosto	0085.0.172.000-08	CEP	
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	14/04/2008 15:49:15	Folha de Rosto	FR187500	Pesquisador	
3 - Protocolo Pendente no CEP	07/05/2008 15:47:27	Folha de Rosto	087/08	CEP	
4 - Protocolo Aprovado no CEP	15/07/2008 09:52:57	Folha de Rosto	087/08	CEP	

[Voltar](#)