



Universidade Federal  
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**  
**CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES**  
**UNIDADE ACADÊMICA CIÊNCIAS DA VIDA**  
**CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**CONCEPÇÃO DE IDOSOS ACERCA DA QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA  
IDADE**

**HERMERSON NATHANAEL LOPES DE ALMEIDA**

**CAJAZEIRAS, PB**

**2010**

**HERMERSON NATHANAEL LOPES DE ALMEIDA**

**CONCEPÇÃO DE IDOSOS ACERCA DA QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA  
IDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof: Msc. Roberta de Miranda  
Henriques Freire

COORIENTADORA: Prof: Msc. Célia Maria Cruz  
Marques Chaves

**CAJAZEIRAS, PB**

**2010**



A447c Almeida, Hermerson Nathanael Lopes de.  
Concepção de idosos acerca da qualidade de vida na terceira idade / Hermerson Nathanael Lopes de Almeida. - Cajazeiras, 2010.  
59f. : il. color.

Não Disponível em CD.  
Monografia(Bacharelado em Enfermagem)Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, 2010.  
Contem Bibliografia, Apendices e Anexos

1. Saúde e higiene do idoso. 2. Idoso- qualidade de vida. 3. Qualidade de vida-terceira idade. I. Idoso-qualidade de vida II. Qualidade de vida -terceira idade III. Universidade Federal de Campina Grande-Cajazeiras (PB) IV. Título

CDU 613.98

**HERMERSON NATHANAEL LOPES DE ALMEIDA**

**CONCEPÇÃO DE IDOSOS ACERCA DA QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA  
IDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da  
Universidade Federal de Campina Grande, como  
requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em  
Enfermagem.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/2010

---

Profa. Msc. Roberta de Miranda Henriques Freire  
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG  
Orientadora

---

Profa. Esp. Arieli Rodrigues Nóbrega  
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG  
Membro

---

Profa. Esp. Romercia Batista dos Santos  
Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras – ETSC  
Membro

*Ao senhor meu Deus, por conceber a vida, a fé, o caminho e a verdade, através das suas escrituras.*

*Aos meus pais, pela honra e satisfação em tê-los como referência para esta conquista.*

*A minha irmã, pela compreensão, amizade, incentivo e amor durante esta caminhada.*

*A todos que diretamente ou indiretamente contribuíram para realização deste trabalho.*

## AGRADECIMENTOS

*Mais um passo dado, uma conquista alcançada, um sonho realizado e nada faria sentido se eu não tivesse a minha frente o meu grandioso senhor. Agradeço-te pelo improvável, que tornou-se provável; pela incerteza, que tornou certeza e pelo irreal, que por sua graça torna-se real. Obrigado por ser meus olhos, meus braços, minhas pernas, minha força, pois juntos caminhamos por essa longa estrada, que não foi fácil, mas não foi impossível.*

*Aos senhores que na graça concebida por Deus, tornaram-se meus pais, Luciana e Dóia. Razão da minha vida e do meu viver, pois sem vocês jamais chegaria tão longe, exemplos de força, convicção, responsabilidade e dedicação. A vocês que confiaram na minha capacidade e que na hora de desânimos me deram a força necessária para lutar e vencer.*

*A minha irmã Heryka pela compreensão, carinho e força demonstrados em todos os momentos desta caminhada.*

*Aos meus tios paternos Magaly, Franklyn, Tica, Lourdes, Espedito, Socorro e Francinalda por entenderem a situação e ajudarem diretamente ou indiretamente na conquista do sonho.*

*Aos tios maternos Lúcia, Fátima, Vera, Luciano e Francisco Alves (Chichico, in memória) pela confiança e amor depositados em minha pessoa.*

*Aos meus primos maternos Thiago, Jucyfá, Jucymara, Natália, Nayana e Diogo por ofertarem o seu carinho e dedicação que tanto necessitava.*

*Aos meus primos paternos Andrielle, Nadja, José Alfredo, Romerito e os demais por acreditarem nesta realização.*

*Aos meus avôs paternos Francisco Aragão e Rita Paula de Almeida (in memória) e avôs maternos Francisco Alves e Socorro Alves (ambos in memória), mesmos distantes sei que rezaram junto a Deus para vencermos os obstáculos, acreditando na minha vitória.*

*Aos meus amigos e amigas que ajudaram a consolidar o meu sonho, por meio de oportunidades, a você Carla que esteve sempre ao meu lado, Camila, Arieli, Wegna, Valdenia, e Neidinha enfermeiras, que por algum momento compartilharam os seus conhecimentos.*

*A você minha anja e amiga Ranielli que cruzou o meu caminho e tornou-se fundamental para realização desta conquista.*

*Ao meu amigo André com suas sábias palavras de fé, fortalecendo-me nesta reta final.*

*Aos meus amigos e mestres da Faculdade Santa Maria, por aproximar-me da profissão e despertar-me para o seu aprimoramento, afinal foi onde tudo começou.*

*A Família UFCG que me acolheu de braços abertos, em especial a Anubes Pereira, que me proporcionou tantas conquistas e soluções diante dos meus problemas.*

*A minha turma e amigos da UFCG, no qual formei, firmei e fortaleci verdadeiramente o sentimento de amizade. Em especial a Arianne Clara pela confiança e companheirismo, que tivemos um ao outro.*

*A orientadora Roberta Henriques que mesmo com sua licença maternidade, primou com a responsabilidade e empenho, para juntos enfrentarmos essa batalha e chegarmos à meta almejada.*

*Em especial aos idosos da Pastoral São João Bosco, que aceitaram em participar do estudo, expondo suas opiniões e em sua grande maioria a sua vida, bem como ao coordenador deste grupo, o senhor Liduíno Maciel que nos recebeu com tamanha satisfação.*

*E a todos que de alguma forma contribuíram para a formação deste trabalho, além da concretização de um sonho.*

*"Não podemos acrescentar dias à nossa vida,  
mas podemos acrescentar vida aos nossos dias"*

*Cora Coralina*

**UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE CAMPINA GRANDE**  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
BIBLIOTECA SETORIAL  
CAJAZEIRAS PARAIBA

ALMEIDA, Hermerson Nathanael Lopes de. **Concepção de Idosos Acerca da Qualidade de Vida na Terceira Idade**. 2010. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2010.

## RESUMO

Um dos fenômenos de maior impacto do início deste novo século é o do envelhecimento da população mundial. Esse envelhecimento populacional resulta de um processo gradual de transição demográfica, que independentemente de estar ocorrendo em países ricos ou naqueles tidos como pobres modificam a idade de morrer, sendo uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento de esperança de vida. Havendo uma crescente mudança dos enfoques quando se fala em qualidade de vida, com a intenção de, cada vez mais, dar vida aos anos, e considerar, além dos aspectos objetivos, também os aspectos subjetivos do tema. O presente estudo tem como objetivo analisar a concepção de idosos acerca da qualidade de vida na terceira idade, bem como descrever as suas concepções em relação à qualidade de vida, além de identificar o que proporciona uma boa qualidade de vida na visão de cada idoso. Quanto ao percurso metodológico trata-se de um estudo exploratório, com abordagem quantiquantitativa. A amostra constou de 20 idosos que participam ativamente das atividades da Pastoral do Idoso da Paróquia São João Bosco em Cajazeiras, PB. Para coleta de dados utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado. Os dados quantitativos foram analisados por meio de uma análise estatística simples e os dados qualitativos através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (Lefreve & Lefreve), respeitando os pressupostos da resolução 196/96. Os resultados indicam que as concepções dos idosos acerca da qualidade de vida estão relacionadas à mudança no estilo de vida, estado de saúde que os mesmos apresentam, renda financeira, religiosidade, apoio familiar, dos amigos e grupos nos quais pertencem, além do sentimento de negatividade que circundam os idosos, demonstrados em suas ideias centrais, a partir dos seus discursos. Evidenciando uma maior atenção voltada para a concepção do idoso, no que se refere à criação de medidas e soluções para melhorar a sua qualidade de vida, além de políticas públicas que atuem não apenas na terceira idade, mas em todo o percorrer da vida.

Palavras-Chave: Concepção, Qualidade de Vida, Terceira Idade

ALMEIDA, Hermerson Nathanael Lopes de. **Conception of Elderly about Quality of Life in Old Age**. 2010. Monograph (Undergraduate Nursing) – Teacher Training Centre, Federal University of Campina Grande, Cajazeiras, 2010.

#### ABSTRACT

One of the phenomena of greatest impact of the beginning of this new century is the aging of world population. This aging of population is the result of a gradual process of demographic transition and modifies age of dying, regardless of whether it occurs in rich or poor countries, representing an answer to change some health indicators, especially the fall in fertility and mortality and increased life expectancy. If there is an increasing shift of focus when it comes to quality of life, with intent to increasingly give life to years, and consider, in addition to the objective aspects, also the subjective aspects of the theme. This study aims to analyze the conception of elderly about the quality of life in old age, and describing their views on the quality of life, and identifying which provides a good quality of life in view of each senior. About the methodology, this is an exploratory study with quantitative and qualitative approach. The sample consisted of 20 seniors who participate actively in the Pastoral Care of the Elderly of the São João Bosco Church in Cajazeiras, PB. A semistructured interview guide was used for data collection. Quantitative data were analyzed using a simple statistical analysis and qualitative data using the technique of the Collective Subject Discourse (Lefreve & Lefevre), respecting the conditions of Resolution 196/96. The results indicate that the views of the seniors about quality of life are related to the change in lifestyle, their health, financial income, religiosity, family and friends support and groups where they belong, beyond the sense of negativity that surrounds the seniors in their central ideas, from their speeches. Showing greater attention on the conception of the elderly, regarding the establishment of measures and solutions to improve their quality of life and public policies that act not only in old age, but in any walk of life.

Keywords: Conception, Quality of Life, Old age.

## LISTA DE TABELA

<b>Tabela 1</b> – Caracterização sócio-demográfica dos participantes.....	30
---	----

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo dos participantes em estudo em resposta à pergunta: Como você avaliaria a sua qualidade de vida?..... 33
- Quadro 2** – Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo dos participantes em estudo em resposta à pergunta: Quão satisfeito você está com a sua saúde? Por quê?..... 35
- Quadro 3** – Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo dos participantes em estudo em resposta à pergunta: O quanto você aproveita a vida?..... 36
- Quadro 4** – Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo dos participantes em estudo em resposta à pergunta: Quão saudável é seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos?..... 38
- Quadro 5** – Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo dos participantes em estudo em resposta à pergunta: Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?..... 39
- Quadro 6** – Ideia central e discurso do sujeito coletivo dos participantes em estudo em resposta à pergunta: Você está satisfeito(a) com a sua capacidade de desempenhar suas atividades do di-a-dia? Por quê?..... 40
- Quadro 7** – Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo dos participantes em estudo em resposta à pergunta: Você está satisfeito(a) consigo mesmo(a)? Por quê?..... 42
- Quadro 8** – Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo dos participantes em estudo em resposta à pergunta: Você está satisfeito(a) com o apoio de seus amigos e de sua família? Por quê?..... 43
- Quadro 9** – Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo dos participantes em estudo em resposta à pergunta: Com que frequência você tem sentimentos negativos como mau humor, desespero, ansiedade e depressão ?..... 45

## LISTA DE SIGLAS

- AIVD – Atividade Instrumental da Vida Diária
- AVD – Atividade da Vida Diária
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- DSC – Discurso do Sujeito Coletivo
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IC – Ideia Central
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- ONU – Organização das Nações Unidas
- OPAS – Organização Panamericana de Saúde
- PB – Paraíba
- PNAD – Política Nacional por Amostra de Domicílio
- QV – Qualidade de Vida
- UFCG – Universidade Federal de Campina Grande
- WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVO.....</b>	<b>16</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	16
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>17</b>
3.1 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.....	17
3.2 QUALIDADE DE VIDA.....	20
3.3 QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE.....	23
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>27</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	27
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	27
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	27
4.4 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS.....	28
4.5 ANÁLISE DE DADOS.....	28
4.6 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR.....	29
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>30</b>
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	30
5.2 ANÁLISE QUALITATIVA: DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO.....	33
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>48</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>50</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>55</b>
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	
<b>ANEXOS.....</b>	<b>60</b>
ANEXO A - CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DA PESQUISA	
ANEXO B - OFÍCIO A PASTORAL DO IDOSO PARÓQUIA SÃO JOÃO BOSCO, CAJAZEIRAS, PB.	

## 1 INTRODUÇÃO

Envelhecer é um processo fisiológico e natural pelo quais todos os seres vivos passam, é algo que vai sendo construído no transcorrer da existência humana. Nesta fase, várias alterações fisiológicas ocorrerão de modo mais ou menos acentuado e com velocidades variáveis entre as diferentes pessoas (Brasil, 2001), não permitindo a definição de um ponto exato de transição, tendo início relativamente precoce, ao final da segunda década da vida, perdurando por longo tempo de modo pouco perceptível, até que surgem, no final da terceira década, as primeiras alterações funcionais e/ou estruturais atribuídas ao envelhecimento (PAPALÉO NETTO, 2007).

Tais alterações têm por característica principal a diminuição progressiva da reserva funcional, em que um organismo envelhecido, em condições normais, poderá sobreviver adequadamente, porém quando submetidos a situações de estresse físico, emocional ou outro, podem apresentar dificuldade em manter o equilíbrio culminando em uma sobrecarga funcional, resultando em um possível processo patológico (BRASIL, 2001).

Desse modo, envelhecer em um país como o Brasil, passa-se a adquirir características singulares, pois projeções para 2025 colocam o Brasil, em termos absolutos, como a sétima população de idosos do mundo, isto é, com mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Na Paraíba segundo a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD, 2007) compreendem um total de idosos com idade igual e superior a 60 anos em torno de 11,17% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2007).

O processo de envelhecimento, que nos países desenvolvidos ocorre de forma gradual, acompanhado de melhorias na cobertura do sistema de saúde, nas condições de habitação, saneamento básico, trabalho e alimentação, no Brasil ocorre rapidamente e num contexto de desigualdades sociais, economia frágil, 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 (PALLORI; PELÁEZ, 2003; CHAIMOWICZ, 1997 apud PEREIRA et al., 2006).

Diante da realidade inquestionável das transformações demográficas iniciadas no último século, passou-se a observar uma população cada vez mais envelhecida, evidenciando a importância de garantir aos idosos não só uma sobrevivência maior, mas também uma boa qualidade de vida (VECHIA et al., 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele

vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1994 apud PANZINI et al., 2007).

De acordo com Vechia et al. (2005) qualidade de vida está relacionada à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade. Fatores esses que estão intimamente ligados a saúde da pessoa idosa e que acaba por condicionar uma boa qualidade de vida a cada um.

Diante do aumento demográfico da população idosa, enaltecendo uma relevância na expectativa de vida, houve uma preocupação surgida a partir do crescimento contingencial desta população nos últimos anos, tornando-se própria enquanto acadêmico da Universidade Federal de Campina Grande e futuro profissional de enfermagem, acerca da qualidade de vida na terceira idade, por meio do principal respondente que é o idoso. Pois o processo do envelhecimento é natural, no entanto a qualidade como se envelhece torna-se peculiar.

Neste sentido o objetivo desta pesquisa foi analisar a concepção de idosos acerca da qualidade de vida na terceira idade. Descrevendo as suas concepções em relação ao assunto e identificando o que de fato lhe proporciona uma boa qualidade de vida na visão de cada idoso. Contribuindo assim para melhorias e ações públicas que possam ser desenvolvidas a partir da concepção de idosos, em relação à qualidade e aos anos adicionais de vida. Revelando fatores primordiais e essenciais, nos quais deverão ser trabalhados para que possam proporcionar uma boa qualidade de vida na terceira idade. Além de melhor norteamto para profissionais de saúde, na atuação e criação de medidas que possam oferecer maior vida a esta população com qualidade.

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) encontra-se dividido em seis capítulos. O primeiro capítulo intitulado, introdução é um resgate ao tema a ser abordado, relata como se caracteriza o envelhecimento, alterações fisiológicas, aspectos demográficos e qualidade de vida. O segundo capítulo intitulado, objetivos retrata o direcionamento do estudo analisando, descrevendo e identificando a concepção do idoso sobre o assunto em foco. O terceiro capítulo intitulado, fundamentação teórica evidencia os discernimentos literários realizados para definição de assuntos relacionados ao processo do envelhecimento, qualidade de vida e qualidade de vida na terceira idade. O quarto capítulo intitulado, considerações metodológicas informam a natureza do trabalho, o local da pesquisa, a população e amostra utilizadas, a forma de coleta de dados, como foram analisados os dados, além da relevância ética primada nesta pesquisa. O quinto capítulo intitulado, resultados e discussões dos dados informam os

resultados obtidos através da pesquisa e as discussões a respeito da problemática. O sexto e último capítulo intitulado, considerações finais fechará o trabalho com a conclusão final da pesquisa.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL:**

Analisar a concepção de idosos acerca da qualidade de vida na terceira idade.

### **2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO:**

Descrever as concepções dos idosos entrevistados em relação à qualidade de vida;

Identificar o que proporciona uma boa qualidade de vida na visão de cada idoso.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Um dos fenômenos de maior impacto do início deste novo século é o do envelhecimento da população mundial, uma vez que no século passado consolidou-se uma tendência que vem se mostrando interrupta e que constitui o aumento da esperança de vida ao nascer do homem, observado não só nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento (LITVOC; BRITO, 2004).

Para Litvoc e Brito (2004) esse envelhecimento populacional resulta de um processo gradual de transição demográfica, que independentemente de estar ocorrendo em países ricos ou naqueles tidos como pobres modificam a idade de morrer, e um número maior de pessoas é acometido por uma incidência elevada de doenças crônico-degenerativas, incapacitância, meio social entre outros.

Segundo Papaléo Neto (2007) há cerca de quatro décadas esse aumento da população idosa tem sido observado particularmente nos países em desenvolvimento. Um dos exemplos mais típicos dessa afirmativa é o que vem acontecendo no Brasil, onde o envelhecimento populacional tem revelado um crescimento exponencial e cuja projeção para o ano de 2025 mostra que o número de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos será de 32 milhões e na Paraíba compreendendo um número de 11,17% segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (IBGE, 2007).

De acordo com as projeções estatísticas da OMS (1985), entre 1950 e 2025, a população crescerá 16 vezes contra o aumento de cinco vezes da população total. As últimas projeções para 2025, colocam o Brasil, em termos absolutos, como a sétima população de idosos do mundo. Estimando-se que existam, atualmente, cerca de 17,6 milhões de idosos (BRASIL, 2006). Antes denominado um país de jovens, hoje o Brasil já pode ser considerado um país estruturalmente envelhecido (BRASIL, 2001).

O envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento de esperança de vida. Não é homogêneo para todos os seres humanos, sofrendo influência dos processos de discriminação e exclusão associados ao gênero, à etnia, ao racismo, às condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização de moradia (BRASIL, 2006).

Dentre as definições de envelhecimento a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como:

[...] envelhecer é um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo torne menos capaz de fazer frente ao estresse, do meio ambiente e portanto aumente sua possibilidade de morte (OPAS, 1993 apud BRASIL, 2001, p. 185).

O envelhecimento é um processo que vai sendo construído no transcorrer da existência humana. As pessoas não ficam velhas ao 60,70 ou 80 anos, estão envelhecendo a cada dia, porém dificilmente isto é aceito por elas em virtude de mitos e esteriótipos socialmente impostos pela sociedade pela qual só gera ônus para o governo, uma vez que não faz parte do mercado de trabalho produtivo. Envelhecer é um processo fisiológico e natural pelo qual todos os seres vivos passam. Pois eles nascem, crescem e amadurecem, passam a vida toda envelhecendo, alterações, que ocorrerão mais ou menos acentuados e com velocidades variáveis em diferentes pessoas (BRASIL, 2001).

O processo de envelhecimento inicia-se geralmente na segunda década de vida, e perdurando por toda vida, porém é pouco perceptível. Já ao final da terceira década surgem as primeiras alterações funcionais ou estruturais. A partir da quarta década há uma perda aproximadamente de 1% da função por ano nos sistemas orgânicos. Possuindo um efeito acumulativo, que gradativamente vão diminuindo a reserva funcional do indivíduo, comprometendo assim sua capacidade de adaptação às modificações do meio interno e/ou externo (BRASIL, 2001).

Modificações biofisiológicas são observadas no processo do envelhecimento a partir de alterações orgânicas, morfológicas, tegumentares, muscoesqueléticas, respiratórias, cardiovasculares, gastrointestinal, renal, urinário e genital. Todas essas alterações são fisiológicas e ocorrerão de forma individual em cada idoso. No entanto, com o acúmulo dessas alterações com o transcorrer do tempo podem resultar em uma patologia, podendo levar a limitação das atividades da vida diária do idoso e conseqüentemente afetar o seu viver adequadamente, passando de uma condição de independente para parcial ou totalmente dependente (BRASIL, 2001).

Para Litvoc e Brito (2004) “o envelhecimento é ainda motivos de controvérsias quanto à natureza e dinâmica de seu processo, apesar de ser um fenômeno comum a todos os seres vivos”.

De acordo com Santos (2004) o processo de envelhecimento provoca no organismo modificações biológicas, psicológicas e sociais, porém é na velhice que este processo aparece

de forma mais evidente. As modificações biológicas são as morfológicas, reveladas por aparecimento de rugas, cabelos brancos e outras; as fisiológicas, relacionadas às alterações das funções orgânicas; as bioquímicas, que estão diretamente ligadas às transformações das reações químicas que se processam no organismo. As modificações psicológicas ocorrem quando, ao envelhecer, o ser humano precisa adaptar-se a cada situação nova do seu cotidiano. Já as modificações sociais são verificadas quando as relações sociais tornam-se alteradas em função da diminuição da produtividade e principalmente, do poder físico e econômico, sendo a alteração social mais evidente em nosso país evidenciada pelo acesso a rede de saúde, alimentação adequada e aposentadoria.

Segundo Confort (1979); Jacob Filho (1998) o conhecimento e a compreensão de tais alterações são necessários para evitar equívocos. Já é consenso de que são obrigatoriamente diferenciáveis os mecanismos fisiológicos do processo natural de envelhecimento (senescência), daqueles fisiopatológicos que caracterizam as doenças comuns do idoso (senilidade).

Dois grandes erros devem ser continuamente evitados. O primeiro é considerar que todas as alterações que ocorrem com a pessoa idosa sejam decorrentes de seu envelhecimento natural, o que pode impedir a detecção precoce e o tratamento de certas doenças e o segundo é tratar o envelhecimento natural como doença a partir da realização de exames e tratamentos desnecessários, originários de sinais e sintomas que podem ser facilmente explicados pela senescência (BRASIL, 2006).

De acordo com Papaléo Neto (2007) é importante saber que a velhice tem que ser abordada de maneira mais ampla possível. Enxergá-la simplesmente pelo prisma biofisiológico é desconhecer os problemas ambientais, sociais, culturais e econômicos, em maior ou menor extensão que participam do processo do envelhecimento refletindo na qualidade de vida dos idosos.

Para Organização das Nações Unidas (ONU) (1982) o ser idoso difere para países desenvolvidos e para países em desenvolvimento. Nos primeiros, são considerados idosos os seres humanos com 65 anos e mais; nos segundos, são idosos aqueles com 60 anos e mais. No Brasil, é considerado idoso quem tem 60 anos e mais ou, ainda, para determinadas ações governamentais, considerando-se as diferenças regionais verificadas no país, aquele que, mesmo tendo menos de 60 anos, apresentar acelerado processo de envelhecimento (BRASIL, 1996). Essa definição foi estabelecida pela ONU, em 1982, através da Resolução 39/125, durante a Primeira Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da

População, relacionando-se com a expectativa de vida ao nascer e com a qualidade de vida que as nações propiciam para seus cidadãos (SANTOS, 2004).

### 3.2 QUALIDADE DE VIDA

Qualidade de vida tem se tornado um tema significativamente importante para a sociedade em geral, na literatura científica, e especialmente no campo da saúde. O crescente desenvolvimento tecnológico da medicina e ciências afins trouxe como uma consequência negativa a sua progressiva desumanização. Assim, a preocupação com o conceito de qualidade de vida refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (FLECK, 1998 apud KLUTHCOVSK; TAKAYANAGUI, 2006).

No entanto o termo qualidade de vida iriciou-se voltado para o campo econômico. Segundo Wood Dauphiniee (1992) foi mencionado pela primeira vez em 1920 por Pigou, em um livro sobre economia e bem-estar. No qual discutia o suporte governamental para pessoas de classes sociais menos favorecidas e o impacto sobre suas vidas e sobre o orçamento do Estado. A qualidade de vida ganha conteúdo político e seu uso e abuso, converte em múltiplos significados. Ao mesmo tempo apresentando-se como objetivo de debates entre grupos, representando um dilema social (KLUTHCOVSK, TAKAYANAGUI, 2006).

Contudo, para outro autor, o termo qualidade de vida foi utilizado pela primeira vez por Lyndon Johnson, em 1964, então presidente dos Estados Unidos, que declarou:

“[...] os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (FLECK, 1998 apud KLUTHCOVSK; TAKAYANAGUI, 2006, p. 2).

Após a Segunda Guerra Mundial, o termo passou a ser muito utilizado, com a noção de sucesso associada à melhoria do padrão de vida, principalmente relacionado com a obtenção de bens materiais, como casa própria, carro, salário, e bens adquiridos (PASCHOAL; NOHAS, 2001 apud KLUTHCOVSK; TAKAYANAGUI, 2006).

Segundo Kluthcovsk; Takayanagui (2006) “o termo qualidade de vida foi, então, usado para criticar políticas, nas quais o objetivo era o crescimento econômico sem limites”.

Para Alquerque (2005) a expressão qualidade de vida passou a indicar que boa vida representava mais do que a afluência de bens materiais. O conceito ampliou-se, observando os

significados de desenvolvimento social (educação, saúde, moradia, trabalho, transporte, lazer). Os indicadores também se ampliaram: esperança de vida, mortalidade infantil, nível de poluição, qualidade de transporte e tantos outros, possibilitando a implantação da política de bem-estar social em vários países.

O sistema de indicadores de qualidade de vida fundamenta-se em um esquema teórico de desenvolvimento baseada no homem e na satisfação das necessidades humanas. Dá a análise dessas necessidades, chega-se à seleção das áreas que compreendem a qualidade de vida e que estão concentradas em saúde, trabalho, habitação, ócio, renda, seguridade, família, distúrbio físico-social, educação, religião e política. No campo da saúde as metas do mais alto grau de qualidade de vida estariam representadas por uma vida longa com um melhor estado de saúde, condições distribuídas equitativamente entre os indivíduos e os grupos que formam a comunidade (SETIEN, 1993 apud ALBUQUERQUE, 2005).

Qualidade de vida esta relacionado a diversos fatores, mas é quando relacionado à saúde que passa a definir o seu bem estar como um todo, estando relacionado a saúde física, funcional, mental e social. Exemplificando assim o estado de bem estar de um idoso mesmo sendo portador de uma patologia.

De acordo com Kluthcovsk e Takayanagui (2006) há uma crescente mudança dos enfoques quando se fala em qualidade de vida, com a intenção de, cada vez mais, dar vida aos anos, e considerar, além dos aspectos objetivos, também os aspectos subjetivos do tema. A necessidade de avaliar a qualidade de vida percebida pelas pessoas. Considerou-se que as avaliações subjetivas, além de definirem mais precisamente a experiência de vida do indivíduo levam em conta o significado que eles atribuem a essas experiências (ALBUQUERQUE, 2005).

O termo qualidade de vida é mais geral e inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas (FLECK, 1998).

Para Fleck (2000) avaliar qualidade de vida ou bem-estar e definir construtos subjetivos influenciados por características temporais e culturais é difícil. Desenvolver instrumentos para avaliar qualidade de vida psicometricamente válidos é um grande desafio. Principalmente quando o seu desenvolvimento inicia-se em um país de primeiro mundo no qual será utilizado por todos os outros países de características distintas.

No entanto a ausência de um instrumento que avaliasse qualidade de vida, com uma perspectiva internacional, fez com que a OMS constituísse um Grupo de Qualidade de Vida

(Grupo WHOQOL) com a finalidade de desenvolver instrumentos capazes de fazê-lo dentro de uma perspectiva transcultural (FLECK, 2000).

De acordo com Seligman e Csikszentmihalyi (2000) seis grandes vertentes convergiram para o desenvolvimento do conceito de Qualidade de Vida (QV): 1) os estudos de base epidemiológica sobre felicidade e bem-estar; 2) a busca de indicadores sociais; 3) a insuficiência das medidas objetivas de desfecho em saúde; 4) a satisfação do cliente; 5) o movimento de humanização da medicina; e, 6) a psicologia positiva. Esta última insere-se na atual tendência para o desenvolvimento da pesquisa dos aspectos positivos da experiência humana, e a pesquisa em QV está em sintonia com a busca de estudar variáveis positivas da vida humana. Apoiado pelo conceito amplo da OMS (1946) de que saúde é "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade", o foco exclusivo na doença, que sempre dominou a pesquisa na área da saúde, vem cedendo espaço ao estudo das características adaptativas, como resiliência, esperança, sabedoria, criatividade, coragem e espiritualidade (PANZINI et al., 2007).

De acordo com Fleck (2000) como não há um consenso sobre a definição de qualidade de vida, o primeiro passo para o desenvolvimento do instrumento World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) foi à busca da definição do conceito. Assim, a OMS reuniu especialistas de várias partes do mundo, que definiram qualidade de vida como:

“A percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, 1995 apud FLECK, 2000).

Para o mesmo autor 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.

Ainda para Fleck (2000) a definição do Grupo WHOQOL reflete a natureza subjetiva da avaliação que está imersa no contexto cultural, social e de meio ambiente. O que está em questão não é a natureza objetiva do meio ambiente, do estado funcional, ou do estado psicológico, e/ou ainda como o profissional de saúde ou um familiar avalia essas dimensões, mas sim a percepção do respondente/paciente que está sendo avaliada.

O WHOQOL foi desenvolvido utilizando um enfoque transcultural original. Primeiro, por envolver a criação de um único instrumento de forma colaborativa simultaneamente em diferentes centros, segundo por utilizar uma entrada de dados interativa entre os pesquisadores com a consolidação e revisão da informação em cada estágio do desenvolvimento do

instrumento, terceiro um cuidadoso método de tradução do instrumento. Para cada país houve a tradução específica e grupos de estudos para sua avaliação e seu desenvolvimento (FLECK, 2000).

Um dos instrumentos produzidos foi WHOQOL 100 instrumento esse de auto avaliação e auto-explicativo, que também foi feita a sua versão em português. Consistindo em 100 perguntas referentes a seis domínios (psicológico, físico, nível de independência, relação social, ambiente e espiritualidade. No qual esses domínios são divididos em 24 facetas, cada uma com 4 questões cada (FLECK et al., 1999; FLECK, 2000).

No entanto este estudo é muito longo para sua aplicação, análise e estudo. Então uma versão mais curta foi desenvolvida a partir do WHOQOL 100 considerando a necessidade de pouco tempo de preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, levando o Grupo de Qualidade de Vida da OMS a desenvolver a versão abreviada do WHOQOL-100, denominado WHOQOL-bref (FLECK et al., 1999).

De acordo com Fleck et al. (1999) o WHOQOL-bref por ser um instrumento mais curto, consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original dentro de 4 domínios físico, psicológico, relação social e meio ambiente. Assim, diferente do WHOQOL-100 em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de 4 questões para cada domínio, no WHOQOL-bref cada faceta é avaliada por apenas uma questão.

O Grupo WHOQOL tem trabalhado para desenvolver medidas que avaliem a QV dentro de uma perspectiva internacional e a versão abreviada preserva a abrangência do construto qualidade de vida incluindo itens não só referentes a aspectos físicos e psicológicos, mas também relativos ao meio ambiente e relações sociais. Revelando uma alternativa útil para as situações em que a versão longa é de difícil aplicabilidade como em estudos epidemiológicos e/ou com utilização de múltiplos instrumentos de avaliação (FLECK et al., 1999; FLECK, 2000).

Segundo Albuquerque (2005) corroborando a hipótese de que os idosos constituem um grupo particular, apresentando especificidades importantes e relevantes para a QV, além da importância de um instrumento adequado para avaliar sua qualidade de vida.

### 3.2 QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE

O fenômeno do envelhecimento da população mundial não é assunto novo. China, Japão e países da Europa e da América do Norte já convivem há muito tempo com um grande

contingente de idosos e com todos os problemas associados ao envelhecimento, como aposentadorias e doenças próprias da terceira idade. Isto tem como consequência altos custos para o Estado, e, portanto, requer políticas sérias e consistentes a respeito. Países em desenvolvimento, como o Brasil e México, vêm aumentando rapidamente seu contingente de idosos e necessitam urgentemente de políticas racionais para lidar com as consequências sociais, econômicas e de saúde do envelhecimento populacional (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1999 apud GARRIDO; MENEZES, 2002).

O processo de envelhecimento, que nos países desenvolvidos ocorre de forma gradual, acompanhado de melhorias na cobertura do sistema de saúde, nas condições de habitação, saneamento básico, trabalho e alimentação, no Brasil ocorre rapidamente e num contexto de desigualdades sociais, economia frágil, 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 (PALLORI; PELÁEZ, 2003; CHAIMOWICZ, 1997 apud PEREIRA et al., 2006).

De acordo com Pereira et al. (2006) envelhecer em um país em desenvolvimento é tarefa bastante árdua. Segundo a PNAD (1997) 40% dos idosos no país tinham uma renda familiar *per capita* de menos de um salário mínimo. Passando a hipótese de sobrevivência do que uma opção cultural, entendendo também, que os idosos desses domicílios estão muito mais sujeitos a uma situação de isolamento e maior grau de dependência e incapacidade, tornando-se frutos de pior qualidade de vida no qual estão expostos.

Quanto aos problemas de saúde, os idosos apresentam mais problemas relacionados à saúde que a população geral. Em 1999, dos 86,5 milhões de pessoas que declararam ter consultado um médico nos últimos 12 meses, 73,2% eram maiores de 65 anos, estando em número elevado o índice de internação e portadores de doenças crônicas, 14,8 % e 23,1% (GARRIDO; MENEZES, 2002).

Para Melo et al. (2009) os idosos com menor renda domiciliar mensal apresentam piores condições de saúde em comparação com aqueles com melhor situação socioeconômica, visitando médicos com menos frequência e saúde digna restrita.

No meio social a velhice, em relação à sociedade, é um problema configurado no direito à aposentadoria, com uma renda adquirida por anos de trabalho, contextualizando-se como um problema de ordem pública. A Previdência Social afirma que o envelhecimento transforma-se numa questão de peso para a economia, a vida social e cultural da sociedade. Esquecendo-se que o aposentado é definido nesta posição como um elemento que sofre discriminação, levando à inatividade e a seu retorno a casa (CAMACHO, 2000). Fator esse

que condiciona a vivência da pessoa idosa em uma sociedade que ainda vem sendo moldada à medida que sua população envelhece possibilitando melhores condições de vida, relacionada à saúde, o seu bem-estar social e econômico.

Todos os problemas dos idosos sejam médicos, sociais, econômicos ou psicológicos representam desafios que deverão ser enfrentados com a finalidade de tornar menos árdua a sua caminhada (PAPALÉO NETO, 2007).

Ao passo que se envelhece é necessário que o idoso vá à busca de sua independência ou de sua parcial dependência. O importante é que, com passar dos anos qualidade seja somada a sua vida, no entanto é na terceira idade que obstáculos surgem como a discriminação, o acesso restrito a saúde, o isolamento social o poder aquisitivo escasso, as condições à moradia entre outros, que perduram por toda a vida, mas é o seu bem estar, sua autoestima e direitos que acaba por relacionar a todos esses fatores a uma boa qualidade de vida.

Para se obter qualidade de vida na terceira idade é necessário que não haja apenas preocupações quanto à saúde, o social e o econômico, mas com outros subsídios que diretamente ligados ao bem estar, que é a subjetividade de cada idoso. Pois a qualidade de vida também está relacionado à autoestima que abrange sua capacidade funcional, o estado emocional, a atividade intelectual, o auto cuidado, o suporte familiar, os valores culturais, éticos e religiosos. Pois essa subjetividade tem o propósito de orientar as políticas para um envelhecimento bem sucedido.

Hoje no Brasil, várias medidas foram tomadas e alcançadas pelos idosos, ainda em caminho longo e distante de se chegar ao ideal, mas em passos de conquistas e a exemplo tem-se o Estatuto do Idoso que dispõe de direitos legalmente atribuídos aos idosos, quanto a transporte, moradia, saúde entre outros, ressaltando a Política Nacional da Pessoa Idosa com intuito de melhorar a qualidade de saúde do idoso por meio da atenção básica, além do envelhecimento saudável, enaltecendo também, a caderneta do idoso. No entanto, as podem pensar que sejam muitas conquistas em pouco tempo ou em muito tempo, mas jamais adiantará trabalhar algo se não houver um desenvolvimento para que todas essas ações sejam praticadas de forma adequada e implantadas para toda a população idosa, no intuito de atingir metas e atribuir a qualidade de vida necessária para um prolongamento da vida de forma saudável. E de nada valerá se paralela as realizações não avaliarem o grau de satisfação sobre a qualidade de vida na perspectiva do principal respondente que é o idoso.

Nesses anos conquistados a mais, o maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas

possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. E essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social. Conseguindo reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas (BRASIL, 2006).

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem quantiqualitativa centrado no aporte teórico do Discurso do Sujeito Coletivo (Lefevre e Lefevre, 2005) em que foram priorizadas as falas dos sujeitos do estudo em contexto social natural. De acordo com Tanaka (2001) a abordagem quantitativa procura enumerar/medir eventos estudados e empregar instrumental estatístico na análise dos dados e a qualitativa parte de questões ou de focos de interesses amplos, que vão se definindo à medida que o estudo se desenvolve, procurando compreender os fenômenos segundo as perspectivas dos sujeitos e das particularidades da situação e estudo.

Goldenberg (1999, p.66) afirma que “a integração de dados quantitativos e qualitativos pode proporcionar uma melhor compreensão do problema estudado”.

### 4.2 LOCAL DE ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido na cidade Cajazeiras PB, mas precisamente na Pastoral do Idoso da Paróquia São João Bosco. De acordo com IBGE (2007) Cajazeiras possui 56. 051 habitantes, localizado no extremo oeste da Paraíba, alto sertão, estando a 447 km de João Pessoa.

A Pastoral do Idoso está situada na Praça Camilo de Holanda na referida cidade, estando atualmente com 200 idosos em participação ativa, sob a coordenação do senhor Liduíno Maciel de Oliveira. A escolha por este local para o desenvolvimento da pesquisa se deu por questões de afinidade, devido à realização de eventos em outros momentos, bem como a participação em reuniões promovidas pelo grupo, além do desejo em realizar um estudo com idosos ativos.

### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Conforme Haddad (2004) população ou universo é um conjunto de todos os elementos que possuem determinadas características em comum. A amostra seria um subconjunto da população, e através dela se permite estabelecer ou estimar as características da população.

A população do estudo foi composta por 200 idosos participantes da Pastoral do Idoso da Paróquia São João Bosco e utilizando-se uma amostragem aleatória simples por meio da lista de idosos cadastrados na pastoral, atribuiu-se um valor de 20 participantes, que tiveram os seguintes critérios de inclusão: Serem de ambos os sexos; idade igual ou superior a 60 anos; participar ativamente das atividades da Pastoral; aceitação em participar do estudo. Quanto aos critérios de exclusão: Idade inferior a 60 anos; não participarem ativamente das atividades realizadas pela Pastoral, bem como os que não aceitarem em participar do estudo.

#### 4.4 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi formulada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria Cajazeiras, PB e encaminhamento de ofício à coordenação do curso de Enfermagem da UFCG ao Sr. Liduíno Maciel de Oliveira coordenador da Pastoral do Idoso da Paróquia São João Bosco onde foi desenvolvida a pesquisa, comunicando a pretensão da mesma. Após esses trâmites, a coleta de dados foi realizada no mês de Março de 2010, durante as reuniões da Pastoral que acontecem uma vez por semana, mas precisamente nas quintas-feiras às 15h00min, no qual foram aplicadas questões objetivas e subjetivas acerca do estudo de forma individual.

O instrumento utilizado na coleta de dados foi um roteiro de entrevista semiestruturado para esta pesquisa, contendo questões que nortearam aos objetivos do estudo. Foi desenvolvido na pesquisa o processo de levantamento de dados com coleta através de aplicação dos questionários aos idosos participantes ativamente as reuniões e encontros da Pastoral.

#### 4.5 ANALISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram analisados com base num enfoque do método quantitativo para os dados objetivos do instrumento através de uma análise estatística simples e qualitativo para as questões subjetivas usando a Técnica do Discurso do Sujeito Coletivo de Lefevre e Lefevre (2005), analisados à luz da literatura pertinente.

Essa técnica de pesquisa qualitativa permite a organização e análise das entrevistas semiestruturadas utilizando quatro figuras metodológicas: 1) ancoragem - observada quando o discurso tem marcas linguísticas explícitas de conceitos, ideologias socioculturais, hipóteses e teorias; 2) idéia central - sintetiza o conteúdo de cada depoimento em uma descrição precisa

do sentido; 3) expressões-chave - são transcrições literais de fragmentos dos depoimentos, elaboradas a partir de trechos essenciais de cada resposta; 4) Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) - é o discurso-síntese, redigido na primeira pessoa do singular, composto pela reunião das expressões-chave referentes às ideias centrais semelhantes ou complementares.

A construção dos Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) compreendeu as seguintes etapas:

- Identificação das expressões-chave das respostas de cada questão;
- Identificação das ideias centrais a partir das expressões-chave;
- Seleção das expressões-chave representativas de cada ideia central;
- Distinção entre as ideias centrais semelhantes, complementares e diferentes;
- Reunião das expressões-chave, formando os Discursos do Sujeito Coletivo.

#### 4.5 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR

Este estudo foi desenvolvido observando os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme pressupõe a resolução nº196/96 do Ministério da Saúde (Brasil, 1996). Para isso o mesmo foi submetido à avaliação a Comissão do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria e para a realização do mesmo, foram considerados os aspectos éticos como: sigilo, o anonimato, a beneficência e a não maleficência, pertinentes às pesquisas que envolvem seres humanos, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Recebendo aprovação em Março do corrente ano, tendo protocolo de nº 40802210. Não oferecendo qualquer tipo de risco físico, social ou psicológico aos sujeitos participantes.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesse capítulo será focado os resultados e discussões da coleta e análise dos dados que foram realizadas de maneira quantitativa, por meio de uma análise estatística simples e qualitativa, seguindo as idéias do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que foram compostas por duas partes, no qual a primeira será descrita nesse primeiro momento formada pela caracterização sócio-demográfica dos participantes do estudo e a segunda a apresentação das respostas subjetivas dos mesmos utilizando o DSC.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Durante a realização da pesquisa foram entrevistados 20 idosos, que se dispuseram a participar, no decorrer das reuniões promovidas pela Pastoral do Idoso. Esta parte do estudo apresenta os dados sócio-demográficos obtidos com os participantes, com as seguintes variáveis: idade, grau de escolaridade, estado civil e renda familiar.

Tabela 1 – Caracterização sócio-demográfica dos participantes

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>IDADE</b>		
<b>60 - 69</b>	13	65%
<b>70 - 79</b>	07	35%
<b>GRAU DE ESCOLARIDADE</b>		
<b>Não alfabetizado</b>	13	65%
<b>Fundamental incompleto</b>	07	35%
<b>ESTADO CIVIL</b>		
<b>Solteira (o)</b>	01	5%
<b>Casada (o)</b>	08	40%
<b>Divorciada (o)</b>	01	5%
<b>Viúva (o)</b>	10	50%
<b>RENDA FAMILIAR</b>		
<b>Até 1 salário mínimo</b>	10	50%
<b>De 1 a 2 salários</b>	06	30%
<b>De 2 a 5 salários</b>	04	20%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fonte: Pesquisa direta, 2010.

A tabela 1 revela que dos idosos entrevistados 65% correspondem à idade entre 60 a 69 anos e 35% correspondendo entre 70 a 79 anos de idade. Isso mostra que para tornar-se integrante ao grupo da pastoral do idoso da paróquia São João Bosco é necessário que possua idade igual ou superior a 60 anos. Segundo Brasil (1996), países em desenvolvimento como o Brasil, considera-se idoso quem tem 60 anos ou mais e, ainda, para determinadas ações governamentais, considerando-se as diferenças regionais verificadas no país, aquele que, mesmo tendo menos de 60 anos, apresentar acelerado processo de envelhecimento.

Observou-se nas últimas décadas um fenômeno mundial em função do aumento da população idosa, já que comparada a outras faixas etárias, esse grupo é o que tem tido um maior crescimento, representando um contingente de quase 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade, totalizando 8,6% da população brasileira (IBGE, 2000).

Para Braga (2001) a expectativa de vida nas grandes cidades que possui maior estrutura e recursos, era em média de sessenta anos de idade, chegando ao passo que em regiões do Nordeste e Norte a média era de quarenta anos. Os fatores contribuintes para a mudança deste cenário estão relacionados à implantação de políticas e incentivos promulgados pela sociedade e o estado, além do avanço da medicina e melhores condições de saneamento, higiene, acesso à informação e desenvolvimento tecnológico.

Em relação ao grau de escolaridade visto na tabela anterior é perceptível o alto índice de idosos que declararam não serem alfabetizados, totalizando 65% e os que apresentam ensino fundamental incompleto 35%. Possibilitando assim, limitações impostas quanto ao não alfabetismo, que impedem desde uma simples leitura até influência por meio da mídia no seu processo de escolha e tomada de decisão, além da dependência quanto ao recebimento do seu benefício, indicador de status social e estado de saúde. Pois a educação promove uma ampliação de aprendizagens, provocando mudanças no seu modo de ser, agir e pensar (COURA, 2007).

Segundo Néri (2007) 49% da população brasileira de idosos, são analfabetos funcionais, ou seja, escrevem pouco mais que o próprio nome. Dados do IBGE (2000) mostram que entre os estados brasileiros, o Maranhão lidera com a maior proporção de idosos analfabetos funcionais (82,7%), enquanto que o Rio de Janeiro tem o menor (38,1%). Com isso, revela as diferenças da escolaridade entre idosos enquanto área geográfica, mostrando que no Nordeste esses idosos possuem menos instruções escolares, além de outros fatores que são característicos dessa região.

Para Feliciano; Moraes; Freitas (2004) o nível de educação reflete um dos aspectos da desigualdade social em nosso país e que a situação de analfabetismo pode, por si só, ser considerado um fator de limitação para a sobrevivência e para a qualidade de vida.

No que se refere ao estado civil dos idosos entrevistados, 5% declararam ser solteiros, 40% casados, 5% divorciados e 50% viúvos, sendo este último o mais representativo entre as mulheres. Segundo Goldani (1999) a maior sobrevivência e longevidade é feminina e está comprovada por todas as sociedades modernas, que lançam inúmeras hipóteses que justificam o fato do homem morrer mais cedo, evidenciados pela diferença social como estilo de vida, consumo de alimentos gordurosos, ocupação entre outros.

Segundo Papaleo Netto (1996 apud Tôrres, 2006) o homem ao torna-se viúvo, não permanece neste estado civil por muito tempo, pois pelas normas sociais e culturais, esses devem casar-se novamente e, com mulheres mais jovens. Entretanto, a maior proporção de mulheres viúvas e a maior parte do tempo que estas passam nessa condição, comparativamente aos homens, resultam tanto da diferença de longevidade entre os sexos, como dos costumes de mulheres casarem com homens mais velhos.

As experiências da perda, seja súbita ou duradoura, não podem ser comparadas, visto que os graus de problemas advindos para os sobreviventes, em ambas as condições, decorrem de fatores diversos, principalmente o financeiro (LOPATA, 1996 apud TÔRRES, 2006, p. 17).

Conforme mostra a tabela 1 o número de idosos que possuem até 1 salário mínimo correspondem a 50%, a maior parte, de 1 a 2 salários mínimos 30% e de 2 a 5 salários mínimos 20%. Assim percebe-se o número de idosos que sobrevivem com apenas um salário mínimo, atribuindo esse dinheiro a diversas necessidades sejam alimentares, medicamentosas, apoio ao filho ou outro membro da família, aluguel e outros pagamentos, limitando-se quanto á alguns desejos e conquistas, inclusive o de participar de determinado evento.

A renda é um importante indicador socioeconômico. Na população brasileira em 2003, 43,8% dos idosos tinham rendimento inferior a 1 salário mínimo e é consenso que a produtividade e a empregabilidade declinam com a idade (PEREIRA et al., 2006).

Segundo Pereira et al. (2006) a partir dos 60 anos, os indivíduos passam a depender cada vez mais dos rendimentos familiares, tendo também a aposentadoria como um papel fundamental na renda do idoso. Pois entre os idosos os rendimentos estão frequentemente diminuídos, sendo os fatores socioeconômicos, importantes na vida diária e na qualidade de vida deste grupo populacional.

Tendo visto que as variáveis estudadas foram relevantes para avaliar a qualidade de vida do idoso, os participantes estudados estão inseridos no prolongamento à vida, ficando cada vez mais velho, mas carregando junto a esse envelhecimento, uma baixa escolaridade, renda de um salário mínimo e em sua grande maioria a solidão, resultante da viuvez. Corroborando assim, com a comprovação de alguns autores abordados, pois os mesmos estão diretamente ligados em oferecer boa qualidade de vida a esta população que mais cresce nos últimos anos, entendidos a partir dos discursos realizados.

## 5.2 ANÁLISE QUALITATIVA: DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Neste segundo momento será feito uma abordagem sobre os resultados e as discussões dos questionamentos do instrumento de coleta de dados, que originaram o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Descrevendo cada questão e suas respectivas ideias centrais, que emergiram dos discursos, bem como a formação do DSC que as caracterizaram, para então serem confrontados de acordo com a literatura pertinente.

O instrumento utilizado foi composto por questões objetivas e subjetivas, sendo que as subjetivas compreendem um total de nove, que possibilitaram um maior direcionamento ao objetivo, no qual se buscava em relação à análise, descrição e identificação da qualidade de vida na terceira idade na concepção do idoso. Abordadas de forma sequencial a seguir.

### Questão 01 - Como você avaliaria a sua qualidade de vida?

Ideia Central – 1.1	Discurso do Sujeito Coletivo
Mudança no estilo de vida	<i>Hoje vivo muito bem graças a Deus, antes morava no sítio, desde 8 anos de idade que trabalho na roça, viemos para a cidade aí ficou melhor. Perdi a minha vida na roça e quando olhava para trás, via gente pior do que eu, mim renovei depois de vea.</i>
Ideia Central – 1.2	Discurso do Sujeito Coletivo
Imposição divina	<i>Mei lá e meia cá, nem é bom nem é ruim, vontade de comer uma coisa e naum poder é ruim, mas ainda esta dando para eu enxergar e andar. Acho que estou bem sobre algumas coisas, sobre a saúde não tem nada bom, sou conformada no que Deus dá, não posso ser mais do que sou. Foi Deus que quis assim e é da vontade dele.</i>
Ideia Central – 1.3	Discurso do Sujeito Coletivo

Satisfação financeira	<i>Eu vivia na rua pedindo, sou aposentada e está uma maravilha, meu dinheirinho de certeza, como o que quero, compro o que quero, ta boa demais. Não me falta nada, como pobre estou muito satisfeita.</i>
Ideia Central – 1.4	<b>Discurso do Sujeito Coletivo</b>
Agregação	<i>Estou satisfeita, antes eu era desmantelada, quando vai ficando idosa, vai pensando na vida, minha vida melhorou muito no grupo com os irmãos, eu não tinha os amigos que hoje eu tenho. Então a minha vida é boa, tenho tranqüilidade, vivo com meu marido em casa, tenho paz e saúde e agora com os filhos voltando.</i>

Quadro 1 – Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo dos participantes em estudo em resposta à pergunta: Como você avaliaria a sua qualidade de vida?

Fonte: Pesquisa direta, 2010.

Quando feito o questionamento aos idosos sobre como eles avaliam a própria qualidade de vida foram extraídas quatro ideias centrais: mudança no estilo de vida, imposição Divina, satisfação financeira e agregação. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1991), a qualidade de vida na terceira idade seria a manutenção da saúde, em seu maior nível possível, em todos os aspectos da vida humana – físico, social, psíquico e espiritual.

Neste sentido buscou-se entender nos Discursos Coletivos como o idoso avalia a sua qualidade de vida, mesmo sabendo que ela possui um aspecto diferenciado e individual, entretanto, uma boa qualidade de vida na terceira idade excede os limites pessoais e deve ser tida como um coletivo, pois uma velhice satisfatória resulta não só do eu individual, mas sim da interação entre pessoas em constantes mudanças (NERI, 2005).

É interessante ressaltar que a solidão e a situação financeira interferem de forma considerável na vida das pessoas na terceira idade. Segundo Papaleo Netto (2001) a solidão é definida como sendo a experiência desagradável que deriva de importantes deficiências nas relações sociais de uma pessoa, o que comprova na idéia central agregação.

No que se refere, sobre satisfação financeira, deve-se que lembrar que o sistema econômico vigente está baseado no lucro, dessa forma o homem interessa na medida em que tem condições de render e apesar da expectativa de vida ter aumentado e as pessoas estarem em atividade laboral por muito mais tempo, pois muitos idosos ainda sobrevivem de uma aposentadoria mínima.

Muitos idosos de uma maneira geral se apegam muito a religiosidade, imposição divina, como forma de aceitação de velhice, pois um envelhecimento bem-sucedido depende de um conjunto de elementos, principalmente o estilo de vida. Palma et al. (1994) considera que pessoas mais saudáveis ou que cuidaram melhor de si mesmas ao longo dos anos, na velhice pode trazer uma qualidade de vida excepcional.

### Questão 02 – Quão satisfeito você esta com a sua saúde? Por quê?

Ideia Central – 2.1	Discurso do Sujeito Coletivo
Completamente satisfeito	<i>Satisfeita 100%, tenho saúde graças a Deus, não tomo muito remédio de farmácia e estou vivendo mesmo com o problema do ouvido, me acho bem e tenho colesterol, mas ando, trabalho e brinco, sou sadia. Quem tem saúde tem tudo no mundo.</i>
Ideia Central – 2.2	Discurso do Sujeito Coletivo
Parcialmente satisfeito	<i>É o jeito, vai quebrando o galho, mas fazer o que? Tem que achar graça e brincar, tenho gastrite na barriga, já sofri muito na vida com a coluna e a cabeça, tenho estoporose, artrite no joelho, tive hanseníase e ainda sinto sequela, câimbra nas pernas e pressão alta. Por que se for imaginar besteira é pior, mas é da vida.</i>
Ideia Central – 2.3	Discurso do Sujeito Coletivo
Não satisfeito	<i>Não tô satisfeita, tenho problemas de pressão, de calorias, gastrite. Tudo que como ofende, tenho que tomar remédio todos os dias, sou muito problemática com a saúde, tem dia que estou no fundo do poço.</i>

Quadro 2 – Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo dos participantes em estudo em resposta à pergunta: Quão satisfeito você esta com a sua saúde? Por quê?

Fonte: Pesquisa direta, 2010.

É relevante quanta contradição entre os idosos em relação a sua satisfação com a saúde, pois relatos mostram em seus DSCs, que mesmo apresentando algum tipo de doença, os mesmos estão satisfeitos com a sua saúde e outros, que apresentam também, algumas doenças estão parcialmente satisfeitos ou demonstram uma insatisfação plena.

Com o envelhecimento da população, cresce a preocupação com a saúde, sendo a terceira idade a existir uma tendência ao acúmulo de doenças crônicas, que na sua grande

maioria são benignas e fáceis de serem controladas, quando estas por medidas de prevenção são focadas em aumentar os anos de vida vividos (BOASAÚDE, 2009).

Segundo Jacob Filho (1997), embora muitos ainda associem o passar dos anos ao acúmulo de doenças, entendendo que invariavelmente terão que conviver com inúmeros problemas de saúde e limitações com o avançar da idade, os atuais conceitos científicos demonstram que o processo natural de envelhecimento não é um fator impeditivo para a maioria das atividades cotidianas de um adulto em qualquer idade, e que as verdadeiras responsáveis pelas deficiências e disfunções atribuídas à velhice são as doenças, que podem ser prevenidas e/ou tratadas eficientemente na maior parte das vezes.

Com este foco torna-se evidente, quanto o estado de saúde torna-se primordial na vida das pessoas idosas sendo condicionante de qualidade a sua vivência.

É bem verdade que a ausência de doenças não significa obrigatoriamente a presença de saúde. E a OMS já há muito tempo definiu saúde como um estado de bem estar biopsíco-social, ou seja, um estado de equilíbrio entre todos os determinantes físicos e emocionais do ser humano (JACOB FILHO, 1997).

Em fragmentos como “*Não tô satisfeita, tenho problemas de pressão, de calorias, [...] sou muito problemática com a saúde*” mostram inúmeras pessoas que, por vários motivos, não se encontram neste estado de bem estar e, por outro lado, não apresentam nenhuma doença classicamente definida que justifique esta condição. Entretanto, são muitos os exemplos de portadores de doenças bem tratadas e bem controladas que apresentam desempenho adequado, independente das enfermidades que possui ou dos tratamentos que realiza “[...] *estou vivendo mesmo com o problema do ouvido, me acho bem e tenho colesterol.*”

Mas é verídico e preditivo que a saúde é um forte fator a abalar a qualidade de vida do idoso independente de uma doença ser tratada ou não.

### Questão 03 – O quanto você aproveita a vida?

Ideia Central – 3.1	Discurso do Sujeito Coletivo
Grupo da terceira idade	<i>Quando tem o dinheiro eu vou para os passeios, quando não tenho fico só olhando os outros irem. Nos passeios danço, brinco, tomo banho no açude e piquinique então é ótimo. Faço tudo no mundo, vou para festa com amigos, pois forró é o que mais adoro, aí aproveito a vida.</i>

Ideia Central – 3.2	Discurso do Sujeito Coletivo
Religiosidade	<i>Sempre gostei de trabalhar na comunidade, aproveito pouco e de qualquer maneira. Não sou muito de sair, sou muito religiosa, gosto da missa e vou para igreja, peço a Jesus para andar de dia e de noite.</i>

Quadro 3 – Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo dos participantes em estudo em resposta à pergunta: O quanto você aproveita a vida?

Fonte: Pesquisa direta, 2010.

O quadro 3 traz nas suas ICs o quanto os idosos aproveitam a sua vida. E em sua grande maioria revelaram as atividades desempenhadas pelo grupo da Pastoral, evidenciando quão grande é importante a criação de um grupo especializado para atender a terceira idade em socialização, empenho e diversão.

De acordo com Miranda; Schall e Modena (2007) os grupos de terceira idade têm sido apontados como alternativas para melhorar a qualidade de vida, autonomia e independência dos idosos. Estudos envolvendo ampla revisão da literatura, no período de 1998 a 2004, concluíram que estes espaços minimizam os efeitos do envelhecimento por meio da sociabilidade, do apoio social, das interações e oportunidades de vivências coletivas. O processo de grupo estabelece múltiplas relações entre seus componentes, o indivíduo se entrega ao grupo, tornando-se membro operante e transpondo, para sua família e comunidade, conhecimentos construídos no processo grupal.

Esses grupos procuram buscar ênfase na espiritualidade, procurando difundir a fé, a solidariedade, a compreensão e o amor cristão; na valorização pessoal e integração no grupo social; em oferecer condições de convívio sadio, aperfeiçoando e/ou atualizando seu nível cultural, intelectual, físico e espiritual, além de proporcionar um ambiente agradável e divertido, onde a pessoa possa mostrar e aperfeiçoar os seus dons. Um lugar onde ele pode e deve conversar expor suas ideias, sorrir, chorar, cantar, declamar, dramatizar, liberar suas emoções, compartilhar os seus sentimentos. Criando assim um espaço onde o idoso possa crescer e ajudar o outro a crescer.

Revelando também em seu DSC os que buscam o proveito á vida na fé e na religiosidade, por meio de suas orações, participações e atividades comunitárias junto á igreja. A participação religiosa é a atividade ou comportamento decorrente do compromisso ou envolvimento religioso (DRUCKER, 2005).

#### Questão 04 – Quão saudável é seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

Ideia Central – 4.1	Discurso do Sujeito Coletivo
Salutar	<i>Trinta anos que moro na mesma rua, vizinho à igreja, rua calma e sem bagunça, barulho qualquer não me incomoda.</i>
Ideia Central – 4.2	Discurso do Sujeito Coletivo
Insalubre	<i>Tem barulho de oficina e barzinho perto, às vezes às pessoas bebem e colocam o som nas alturas. Passa carros e motos durante todo o dia, possui lixo e esgotos abertos, não tendo saúde às vezes devido à presença do mosquito da dengue.</i>

Quadro 4 – Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo dos participantes em estudo em resposta à pergunta: Quão saudável é seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?  
Fonte: Pesquisa direta, 2010.

Diante dos questionamentos feitos em relação ao seu ambiente físico, percebeu-se duas ICs, uma que retrata um ambiente físico salutar e outro que trata um ambiente insalubre, em meio que afeta o seu estado de saúde.

Segundo Sé (2009) é importante lembrar que, o que caracteriza um lar não é somente o ambiente físico, mas também as preferências colocadas em cada espaço na forma de objetos, do design, das atividades desenvolvidas, dos relacionamentos e da funcionalidade. Diz respeito aos artefatos físicos, sensoriais, climáticos e funcionais que nos circundam no dia-a-dia. O que se entende por lar aqui também se estende à residência, incluindo comunidade, bairro, vizinhança, amigos e etc.

A IC 4.1 mostra quanto é salutar o seu ambiente físico, pois morar na casa que sempre morou ou com uma história de toda uma vida, pode ser uma estratégia de otimização de competências para o processo de adaptação à velhice e ao bem estar de saúde, visto nesse fragmento: *Trinta anos que moro na mesma rua, vizinho à igreja, rua calma e sem bagunça, barulho qualquer não me incomoda”*.

Todo lar e seus pertences são dotados de significação ao longo da vida que contribuem para o bem-estar percebido e para a qualidade de vida. Pois ambientes favoráveis são aqueles capazes de ajustar às capacidades e preferências dos idosos, fornecendo a eles um melhor controle do ambiente, autonomia, independência, eficácia, privacidade, dignidade e familiaridade (SÉ, 2009).

Quando refere-se ao ambiente insalubre em sua IC 4.2 revela a insatisfação e estado de saúde ameaçado frente aos desarranjos que circundam o seu lar. À medida que as

competências das pessoas declinam e o comportamento dependendo de fatores externos, torna-se necessário criar programas para melhorar o ambiente dos idosos para que possam viver mais dignamente, com maior segurança, além da obtenção de uma vida saudável longe de agentes patogênicos.

Sé (2009) ainda retrata que os ambientes amigáveis resultam na oferta de recursos físicos e psicossociais de natureza compensatória para favorecer a saúde física, a funcionalidade, o bem-estar e a qualidade de vida de pessoas idosas.

#### Questão 05 – Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

Ideia Central – 5.1	Discurso do Sujeito Coletivo
Ação social	<i>Tenho graças a Deus, abaixo de Deus o governo, depois que me aposentei melhorou mais, eu passava muita situação difícil, está dando para eu resolver todos os meus problemas. O que eu ganho é meu mesmo e dá para levar a minha vida. Estou satisfeita com o dinheiro que o governo dá a nós.</i>
Ideia Central – 5.2	Discurso do Sujeito Coletivo
Instabilidade financeira	<i>Não para me satisfazer, sou aposentada e só um salário não dá, fiz um empréstimo aí ficou mais difícil, ainda ajudo a minha família que é pobre, pois pobre não tem dinheiro, vai levando até um dia que Deus quiser. A pessoa não deve querer só para si, tem que repartir o pão para aqueles que tem necessidade, também lavo roupa nas casas, pago aluguel e ainda fico devendo, só fico com 20 reais para comprar o carvãozinho, meu filho fica com a metade do dinheiro, mas dá para ir quebrando galho.</i>

Quadro 5 – Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo dos participantes em estudo em resposta à pergunta: Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

Fonte: Pesquisa direta, 2010.

Diante dos discursos apresentados referente ao questionamento, apresentou-se duas ideias centrais (IC): Ação social e instabilidade financeira.

O quadro 05 mostra a situação financeira vivenciada por muitos idosos, aqueles que atribuem a sua vivência financeira ao governo, agradecendo a conquista de tamanho benefício, bem como a situação vivida com apenas um salário mínimo, tendo que realizar outra atividade para complementar a renda, além de partilhar com a família.

Para Bulla e Kaefer (2003) a sociedade é contraditória. Por um lado considera a aposentadoria como um direito e uma conquista do trabalhador, depois de muitos esforços e anos de trabalho, agradecendo e enaltecendo o governo pelo benefício. Por outro, desvaloriza o sujeito depois de aposentado, que passa a ser visto como improdutivo e, portanto, inútil.

O idoso aposentado necessita, muitas vezes, permanecer trabalhando por necessidade financeira, considerando-se que, para grande maioria dos brasileiros, os valores recebidos como aposentadoria não cobrem as suas necessidades de manutenção e de seus dependentes, principalmente quando cabe ao idoso o papel de mantenedor do grupo familiar (BULLA; KAEFER, 2003). Sendo percebido a partir desse fragmento do DSC, IC 5.2 “*sou aposentada e som um salário não dá, fiz um empréstimo aí ficou mais difícil, ainda ajudo a minha família que é pobre*”, realidade essa expressada pelo autor.

Com a renda insuficiente o idoso busca trabalho ou até mesmo alguma forma que independente do labor venha complementar a sua renda, visto neste fragmento “*Não para me satisfazer, sou aposentada [...] também lavo roupa nas casas*”. Os motivos que levam o aposentado a continuar ou não a trabalhar são muito complexos. Devendo-se levar em conta os aspectos econômicos da vida dos sujeitos, uma vez que, quanto menor a renda, tanto maior será a sua preocupação quanto à aposentadoria, podendo ter sua renda insuficiente para a sua sobrevivência, além da dificuldade em possuir uma vida saudável com qualidade (BULLA; KAEFER, 2003).

**Questão 06 – Você esta satisfeito(a) com a sua capacidade de desempenhar suas atividades do seu dia-a-dia? Por quê?**

Ideia Central – 6.1	Discurso do Sujeito Coletivo
Desempenho satisfatório	<i>Estou satisfeita, tenho minhas pernas e minha vista para me guiar, faço minha luta todinha, graças a Deus, faço tudo em casa, sei me manter, assisto televisão, aréo caneco, lava casa, lavo roupa, faço caminhada todo dia. Mim sinto bem em ser útil, gosto sempre de servir, mim sinto feliz. Não estou caducando.</i>

Quadro 6 – Ideia central e discurso do sujeito coletivo dos participantes em estudo em resposta à pergunta: Você esta satisfeito(a) com a sua capacidade de desempenhar suas atividades do di-a-dia? Por quê?

Fonte: Pesquisa direta, 2010.

No quadro 6 é perceptível tamanha satisfação dos idosos em desempenhar as suas atividades do seu dia-a-dia “*faço minha luta todinha, graças a Deus, faço tudo em casa, sei*

*me manter, assisto televisão, aréo caneco, lavo casa, lavo roupa, faço caminhada todo dia*”, no entanto existe diferenças quanto as atividades de vida diária e as atividades instrumentais de vida diária. Essas lógicas assemelham-se à definição de autonomia utilizada pela literatura gerontológica que consiste na habilidade de fazer julgamentos e de agir. Dentre elas, a capacidade funcional revela-se como uma das unidades mais significativas para a compreensão da saúde (FONSECA et al., 2010).

Segundo Costa; Nakatani; Bachion (2006) as Atividades de Vida Diária (AVD), são as tarefas que uma pessoa precisa realizar para cuidar de si, tais como: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, andar, comer, passar da cama para a cadeira, mover-se na cama e ter continência urinária e fecal e as Atividades Instrumental de Vida Diária (AIVD) são as habilidades do idoso para administrar o ambiente em que vive e inclui as seguintes ações: preparar refeições, fazer tarefas domésticas, lavar roupas, manusear dinheiro, usar o telefone, tomar medicações, fazer compras e utilizar os meios de transporte.

Mesmo no envelhecimento saudável, a partir dos 80 anos se espera algum grau de comprometimento fisiológico na capacidade de realização das AVD. A intensidade e a frequência deste comprometimento são muito variadas, dependendo das condições gerais de saúde, ao longo da vida, e do modo de vida das pessoas em cada contexto sócio/econômico/histórico/cultural. No que se refere à incapacidade na realização das AIVD, além de prejudicar a vida social do idoso, potencialmente implica em transtornos para ele e sua família, a qual, dependendo da atividade, terá que mobilizar maior tempo disponível, energia e recursos financeiros para suprir as demandas existentes (COSTA; NAKATANI; BACHION, 2006).

Isso mostra que nos idosos estudados as idades não passaram dos 79 anos, mostrando que tal dependência possivelmente ainda não tenha o afetado, segundo a literatura, mas é claro que é fundamental ficar atento quanto ao longo da vida, pois conseqüências atuais são resultantes de anos passados, sem cuidados devidos e adequados para determinadas atividades.

De acordo com Fonseca et al. (2010) a saúde é definida em termos de habilidade funcional, e a manutenção desta habilidade pode estar relacionada à capacidade de o idoso se manter independente e integrado à comunidade. Dessa forma, resolver problemas e ser capaz de executar o papel social esperado pelo seu entorno, são lógicas construídas pelos idosos com base em um corpo e uma mente que atendem às suas expectativas e, como tal, guiam sua compreensão da própria saúde.

Pois, para que isso ocorra, o sistema de saúde precisa garantir o acesso universal aos cuidados progressivos de saúde e as políticas públicas devem enfatizar a promoção de saúde e a prevenção de doenças. Além disso, o idoso deve ser avaliado de forma holística, com o objetivo principal de manutenção da capacidade funcional.

### Questão 07 – Você está satisfeito consigo mesmo(a)? Por quê?

Ideia Central – 7.1	Discurso do Sujeito Coletivo
Satisfação própria	<i>Demais, agradeço a Deus todos os dias, mim sinto capacitada, satisfeita, feliz da vida, pois tudo para mim é bom, sou uma pessoa divertida, alegre, religiosa, não vivo morrendo e enquanto dê para ir vivendo, assim vou, se amucanhar não dá jeito é tocar a vida para frente. Quero bem a minha vida.</i>
Ideia Central – 7.2	Discurso do Sujeito Coletivo
Satisfação consigo e com o outro	<i>Estou graças a Deus, gozo a minha vida do jeito que eu quero, tenho saúde, paz, amigos que viajo muito, to bem no grupo. Minha vida é muito boa, moro sozinha, os filhos em seus cantos, mantendo sempre contato. Não tenho tristeza, fico triste quando não posso resolver os problemas do outros.</i>

Quadro 7 – Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo dos participantes em estudo em resposta à pergunta: Você está satisfeito(a) consigo mesmo(a)? Por quê?

Fonte: Pesquisa direta, 2010.

Em seus discursos verificados no quadro 7 os idosos relatam uma satisfação própria, demonstrando felicidade que envolve a pessoa e o outro. Neste momento percebe-se a aceitação quanto ao envelhecimento, além da vida que cada um possui, enaltecendo a preocupação com o outro que passa a fazer parte da sua satisfação, bem como do seu estado de saúde. Se há uma satisfação que interioriza cada indivíduo, isso se torna um forte combatente para determinadas doenças que afetam o bem-estar de saúde, bem como a sua qualidade de vida. Diante deste fragmento do DSC “*Demais, agradeço a Deus todos os dias, mim sinto capacitada*” as pessoas passam a se aceitarem mais, se valorizarem, acreditarem em si e serem mais amáveis, decorrentes de um elevado autoestima.

Chaim; Izzo; Sera (2009), define a autoestima como sendo o sentimento, o apreço e a consideração que uma pessoa sente por si própria, ou seja, o quanto ela gosta de si, como ela se vê e o que pensa sobre ela mesma. Composta de sentimentos de competência e de valor pessoal, acrescida de autorrespeito e autoconfiança, refletindo o julgamento implícito da nossa

capacidade de lidar com os desafios da vida. É a presença de uma autoestima positiva, que leva o indivíduo a sentir-se confiante e adequado à vida, sendo indispensável para uma vida satisfatória.

É relevante relacionar a autoestima com o apoio dos amigos, diminuindo os riscos de doenças mentais, entre elas a depressão, bem como o apoio familiar que torna-se ímpar neste sentido, além da primordial importância para os profissionais de saúde, quanto ao conhecimento de fatores que diminuam a autoestima na pessoa idosa.

Para Carneiro et al. (2007) a capacidade de interagir socialmente é fundamental para o idoso, garantindo melhor qualidade de vida, pois a empatia é entendida como a capacidade de compreender e de expressar compreensão acurada sobre a perspectiva e sentimentos de outra pessoa, além de experimentar compaixão e interesse pelo bem-estar desta. Revelado neste fragmento “*Não tenho tristeza, fico triste quando não posso resolver os problemas do outros.*”

Deve ser ressaltada, considerando o estudo, que a aplicação dos questionários ocorreu em idosos que já participam do grupo da Patoral há algum tempo. Não sendo possível, portanto, comparar a autoestima desses indivíduos nos momentos pré e pós-participação das atividades, levando-se a reconhecer a possibilidade destes idosos já terem passado por um processo de socialização suficiente para alterar suas autoestimas. No entanto são relatados os efeitos na vida dos idosos decorrente da autoestima.

**Questão 08 – Você esta satisfeito(a) com o apoio de seus amigos e de sua família? Por quê?**

Ideia Central – 8.1	Discurso do Sujeito Coletivo
União	<i>Estou satisfeita, minha família me apóia, conversa, estão sempre ao meu favor, se ficar doente eles chegam e mim acodem, quando não tinha salário eles ajudavam, não me falta nada.</i>
Ideia Central – 8.2	Discurso do Sujeito Coletivo
Tumulto	<i>Satisfeita, mas tenho uma família trabalhosa que vai debatendo do jeito que der certo, faz raiva, aqui aculá nos briga, mas faz a paz. A família é meio assim é que uns tem e outros não tem.</i>
Ideia Central – 8.3	Discurso do Sujeito Coletivo
Fraternidade	<i>Estou satisfeita graças a Deus, tenho muitos amigos e amigas, aonde eu chego sou bem recebida, por onde ando o povo gosta de</i>

	<i>mim, eles mim adoram e eu adoro eles, me respeitam e os respeito. Amigos são como irmãos, todos somos uma família.</i>
--	---

Quadro 8 – Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo dos participantes em estudo em resposta à pergunta: Você está satisfeito(a) com o apoio de seus amigos e de sua família? Por quê?

Fonte: Pesquisa direta, 2010.

Diante do quadro apresentado é notória a importância da relação social para o idoso, no que se refere à família e aos amigos. Os suportes sociais dado aos idosos visto nos seus depoimentos refletem a satisfação desse grupo. Segundo Ramos (2002) “o suporte social pode exercer um papel essencial promovendo e mantendo a saúde física e mental”.

Em seus discursos os idosos retratam o amor centrado na sua família, dando relevância ao seu bem-estar, “*Estou satisfeita, minha família me apóia, conversa, estão sempre ao meu favor*”. Assim revela quão grande é a influência da família no estado geral de uma pessoa idosa. Pois as redes sociais formadas por familiares abalam significativamente os efeitos do estresse nesses indivíduos mais velhos, oferecendo suporte social na forma de amor, afeição, preocupação e assistência (COCKERHAM, 1991).

Um dos efeitos positivos exercidos pela família na saúde dos idosos está relacionado ao fato de que este suporte tende a reduzir os efeitos negativos na saúde. Contribuindo para o aumento de um sentido de controle pessoal, tendo uma influência positiva no seu bem-estar (PRUCHNO; BURAN; PETERS, 1997; BISCONTI; BERGEMAN, 1999 apud RAMOS, 2002).

Ainda retrata em seu DSC a satisfação da família, mesmo quando essas apresentam desentendimentos que afetam o estado de saúde mental, resultando em sentimentos de angústia no idoso, além do sentimento de inferioridade. “*tenho uma família trabalhosa que vai debatendo do jeito que der certo, faz raiva [...]. A família é meio assim é que uns tem e outros não tem*”.

Conforme Ramos (2002) as relações sociais têm um efeito na saúde e quando isto não é possível, as pessoas sentem-se dependentes, podendo afetar a saúde de diferentes maneiras. O suporte social exerce um papel essencial promovendo e mantendo a saúde. Entretanto cada pessoa pode não ter igual acesso a este importante recurso. Levando as pessoas nas classes sociais mais baixas a tornar-se mais isoladas, aparentando receber menos assistência dos outros que aquelas em classes mais altas, resultando em um estado de saúde abalado e fragilizado.

Quando se trata de amigos como suporte social, este por sua vez passa a ser uma extensão da família, tornando-se membro. “*tenho muitos amigos e amigas, aonde eu chego sou bem recebida [...], eles mim adoram e eu adoro eles, me respeitam e os respeito. Amigos são como irmãos, todos somos uma família*”.

As relações entre amigos são normalmente voluntárias, baseadas em trocas informais calcadas no interesse mútuo e necessidades sociais. Estas relações apresentam maiores níveis de reciprocidade que as relações de parentesco RAMOS (2002).

Ramos (2002) mostra que o contato com vizinhos e com amigos demonstram aumentar o sentimento de utilidade, talvez porque contatos sociais fora da esfera da família sejam mais voluntários e menos baseados em obrigações sociais, portanto, menos desiguais.

Assim a importância do idoso relacionar-se socialmente com a família, com os amigos, ou com família e amigos, já que todos passam a torna-se uma só família. E é vivendo este momento que o idoso estará menos propício de desenvolver algum tipo de doença, além de melhorar o seu estado de bem-estar e conseqüentemente a sua qualidade de vida.

**Questão 09 – Com que frequência você tem sentimentos negativos como mau humor, desespero, ansiedade e depressão?**

Ideia Central – 9.1	Discurso do Sujeito Coletivo
Desespero	<i>Tenho, tive muito problema, já me envenenei, ouvia uma voz “morre enforcada”, aí deu atacamto dos nervos. Perdi meu filho e meu esposo, é muito ruim sem dono de casa. Tenho nervoso, não posso ter raiva e nem ver confusão. Faz cinco anos que tenho depressão, não tenho nem pai nem mãe, vivo porque tem que viver.</i>
Ideia Central – 9.2	Discurso do Sujeito Coletivo
Momento de fé	<i>Nunca achei coisa na minha vida para mim desesperar, só penso no que é bom, vou para a igreja, rezo o terço de manhã e outro de cinco horas da tarde, não tenho depressão.</i>

Quadro 9 – Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo dos participantes em estudo em resposta à pergunta: Com que frequência você tem sentimentos negativos como mau humor, desespero, ansiedade e depressão ?

Fonte: Pesquisa direta, 2010.

No quadro acima abordou-se quanto aos sentimentos negativos apresentados nos idosos, enfocados nas idéias centrais a partir do DSC, é preocupante tamanhos pensamentos

desta natureza vivenciados pelos idosos, estando mais relacionados as perdas de um ente querido, seja do companheiro, no qual vivera anos de sua vida, ou seu filho que saíra do seu ventre. *“Perdi meu filho e meu esposo, é muito ruim sem dono de casa”*. Sentimentos esses afetam o estado de saúde e de vida do idoso, condicionando a qualidade aos anos adicionais de vida. Levando-os a ações suicidas decorrentes de alucinações auditivas em consequência do trauma vivenciado. *“já me envenenei, ouvia uma voz “morre enforcada””*.

Nesta perspectiva, a maneira como é vivido o matrimônio, a união, o companheirismo, mesmo numa relação conturbada pode de certa forma influenciar a maneira de percepção da perda do cônjuge. Dificultando a manutenção de uma vida social e saudável, além das adversidades socioeconômicas e disfunções emocionais como solidão e tristeza. Diante da nova realidade é necessário o enfrentamento e a busca de novas formas de adaptação a esse novo estilo de vida, assistindo o idoso de forma integral com o intuito de apoiar e identificar um estado depressivo (TÔRRES, 2006, p. 31).

Segundo Oliveira; Gomes; Oliveira (2006) a depressão é a doença psiquiátrica mais comum entre os idosos, freqüentemente sem diagnóstico e sem tratamento. Ela afeta sua qualidade de vida, aumentando a carga econômica por seus custos diretos e indiretos, podendo levar a tendências suicidas. Os pacientes deprimidos mostram-se insatisfeitos com o que lhes é oferecido, havendo interrupção em seus estilos de vida, redução de seu nível socioeconômico quando ficam impossibilitados de trabalhar, bem como um estado emocional no qual esteja ou tenha vivenciado. Além disso, há privação interpessoal particularmente naqueles que se isolam em decorrência da depressão e, naturalmente, naqueles que encurtam suas expectativas de vida, seja por suicídio ou por doenças somáticas relacionadas à depressão.

Observa-se ainda neste quadro que é nesta faixa etária, terceira idade, que o idoso torna-se mais religioso, buscando na fé as suas condições de vida, pensamentos agradáveis, melhor convívio social, fortalecimento pessoal, além de ser um forte condicionante a manter uma saúde estável e saudável, livre de pensamentos negativos e consequentemente de distúrbios psiquiátricos como a depressão. *“só penso no que é bom, vou para a igreja, rezo o terço de manhã e outro de cinco horas da tarde, não tenho depressão”*.

O estudo realizado por Goldstein; Neri (1993) verificou a relação entre as práticas religiosas e o enfrentamento do estresse, indicando as atividades religiosas voltadas para a interação social como aquelas que propiciam maiores condições ao indivíduo idoso, ante a possibilidade de lidar com a solidão e a dependência. Por esse motivo, essa prática religiosa

tende a ser mais eficaz na busca de diminuição da ansiedade e da tendência ao isolamento, ambas presentes em situações geradoras de estresse.

Para Shkolnik et al. (2001) a religiosidade pode influenciar idosos no aumento da satisfação da vida, saúde e participação em atividades.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo avaliou as concepções de idosos acerca da qualidade de vida na terceira idade, demonstrando que apesar dos avanços econômicos e sociais que o nosso país tem tido, grande parte dos pesquisados mostrou uma concepção da qualidade de vida após 60 anos ainda insatisfatória.

A qualidade de vida na visão do idoso volta-se, para a mudança no estilo de vida, religiosidade, situação financeira, apoio familiar, além do equilíbrio emocional que circunda esta população. Sendo necessária a implantação de ações que objetivam melhorar a qualidade de vida do idoso, considerando as magnitudes e as diferenças de cada grupo, sobre o que eles mesmos valorizam na busca do bem-estar na terceira idade.

Atualmente existem vários movimentos sociais em prol de uma boa qualidade de vida na terceira idade, com programas a nível federal, estadual e municipal, como também o funcionamento dos fóruns estaduais e regionais da Política Nacional dos Idosos, dos conselhos estaduais e municipais de defesa dos direitos dos idosos, entre outras ações.

Neste sentido, acredita-se que ainda existe um déficit no que se refere à atenção ao idoso, pois com a expectativa de vida aumentando os programas referentes à terceira idade devem ser mais valorizados e qualificados.

É necessário que haja programas e profissionais capazes de identificar e entender os determinantes e condicionantes de desigualdades, construindo meios para superá-los de modo a promover a integração dos idosos, por meio de ações de saúde mais eficiente para a terceira idade.

Então deve-se tratar o envelhecimento como um processo contínuo, para que se chegue à terceira idade com melhores condições de viver, pois muitas pessoas não pensam na velhice como um momento próximo de suas vidas. Visto que, o envelhecimento bem sucedido deve ser a meta a ser atingida.

Em virtude desses parâmetros acima abordados, espera-se que o referido estudo possa servir de subsídios para os demais estudiosos. Contribuindo para futuras pesquisas acerca da temática em questão, pois estudar qualidade de vida a partir da subjetividade torna-se muito complexo, mas trata-se de um tema atual e muito relevante, principalmente para a sociedade como um todo na promoção do aumento de bem-estar na terceira idade e conseqüentemente, da qualidade de vida dos idosos.

Pleiteando assim, que nos próximos anos a subjetividade não seja apenas critério de avaliação, mas de ação governamental na atuação efetiva para a permissão e aprimoramento da qualidade de vida da população idosa atual e futura em todas as regiões do país.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, S. M. R. L. de. **Envelhecimento Ativo**: desafios do serviço de saúde para a melhoria da qualidade de vida para os idosos. (tese de Doutorado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

BULLA, L. C.; KAEFER, C. O. Trabalho e aposentadoria: as repercussões sociais na vida do idoso aposentado. **Revista Virtual Textos & Contextos**. Rio Grande do Sul, n.2, dez. 2003. Disponível em: <<http://www.revistaeletronica.pucrs.br>>. Acesso em: 25 jun. 2010.

BOASAÚDE. **Saúde na Terceira Idade**. 2009. Disponível em: <<http://www.bibliomed.com.br>>. Acesso em: 28 jun. 2010.

BRAGA, M. V. B. **Envelhecimento, ética e cidadania**. São Paulo, ago. 2001. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.com.br>>. Acesso em: 22 jun. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde, Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, **Manual de Enfermagem: Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, **Banco de dados das cidades**. IBGE, 2007.

\_\_\_\_\_, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, **Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios**. IBGE, 2000.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Comissão Nacional de Ética em pesquisa envolvendo seres humanos**. (RES. CNS 196/96 e outros) BRASÍLIA-DF, 1996.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica, **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Caderno de Atenção Básica nº 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_, Portaria do Ministro do Estado da Saúde de nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006. Aprova a **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Diário Oficial da União.

CAMACHO, A. C. L. F. A Gerontologia e a Interdisciplinaridade: aspectos relevantes para enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.10, n.2, marc/abril 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 12 Jan. 2010.

CARNEIRO, R. S. et al. Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: relação com habilidades sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v.20, n.2, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 22 jun. 2010.

CHAIM, J.; IZZO, H.; SERA, C. T. N. Cuidar em Saúde: satisfação com imagem corporal e autoestima de idosos. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v.33, n.2, 2009.

COCKERHAM, W. **This aging society**. New Jersey: Prentice Hall, 1991.

CONFORT, A. **The biology of senescence**. 3th ed. New York: Elsevier, 1979.

COSTA, E. C.; NAKATANI, A. Y. K.; BACHION, M. M. Capacidade de Idosos da Comunidade para Desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. **Acta Paul Enferm**. v.19, n.2, Jardim Guanabara, 2006.

DRUCKER, C. **Religiosidades, Crenças e Atitudes em Idosos deprimidos: Em um serviço de saúde mental de São Paulo, Brasil**. (dissertação de Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. Campinas, 2005.

FELICIANO, A. B; MORAES, S. A.; FREITAS, C. M. O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Caderno de Saúde Pública**. v.20, n.6, Rio de Janeiro, nov./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 21 jun. 2010.

FLECK, M. P. de. A. **Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL) 1998**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq>>. Acesso em: 2 fev. 2010.

FLECK, M. P. .A. et al. Aplicação da Versão em Português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.33, n.2, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 28 jan. 2010.

FLECK, M. P. A. O Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): Características e Perspectivas. **Revista Ciência & Saúde**

**Coletiva**. Rio de Janeiro, v.5, n.1, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 2 fev.2010.

FONSECA, M. G. U. P. et al. Papel da Autonomia na Autoavaliação da Saúde do Idoso. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.44, n.1, fev. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 22 jun. 2010.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. O Brasil Esta Envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v.24, supl.1, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 28 jan. 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed/reimpressão. São Paulo: Atlas, 2005.

GOLDANI, A. M. mulheres e envelhecimento: Desafios para novos contratos e intergeracionais e de gênero. In: **Muito além dos sessenta**. Os novos idosos brasileiros. 1999. Disponível em: <<http://www.uninstraw.or/en/docs/ageing/ipeacapitulo.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2010.

GOLDENBERG, M. **A Arte de Pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Record, 1999.

GOLDSTEIN, L. L. Desenvolvimento do adulto e religiosidade: uma questão de fé. In: NERI, A. N. (org.) **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papirus, 1993.

HADDAD, N. **Metodologia e estudo em ciências da saúde**: como planejar e apresentar um trabalho científico. São Paulo: Roca, 2004.

WOOD-DAUPHINIE, S. **Assessing quality of life in clinical research**: from where have we come and where are we going. *J clin Epidemiol*, 1999.

HWANG, H.F. et al. **Suitability of the WHOQOL-Bref for community-dwelling older people in Taiwan**. *Age Ageing*, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, **Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD)**. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.org.br>>. Acesso em: 12 jan. 2010.

JACOB FILHO, W. **Promoção da Saúde do Idoso**: um desafio interdisciplinar. São Paulo: Lemos, 1998.

JACOB FILHO, W. Saúde na Terceira Idade. **Saúde Total**. 1999. Disponível em: <<http://www.saudetotal.com.br>>. Acesso em: 28 jun. 2010.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Qualidade de Vida- Aspectos Conceituais. **Revista Salus-Guarapuava**. Paraná, jan/jun. 2006. Disponível em: <<http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz/biblioteca/artigos>>. Acesso em: 25 jan. 2010.

LEFEVRE, F; LEFEVRE, A. M. C. **Depoimentos e Discursos**: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: LiberLivro, 2005.

LEFEVRE, F; LEFEVRE, A. M. C. **Discurso do Sujeito Coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul, RS: Educs, 2003.

LITVOC, J.; BRITO, F. C. **Envelhecimento**: Prevenção e Promoção da Saúde. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

MELO, M.C. et al. A Educação em Saúde como Agente Promotor de Qualidade de Vida para o Idoso. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, supl.1, set/out. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 20 jan. 2010.

MIRANDA, E, S.; SCHALL, V. T.; MODENA, C. M. Representações sociais sobre educação ambiental em grupos da terceira idade. **Revista Ciência & Educação**. Bauru, v.13, n.1, jan./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 28 jun. 2010.

NÉRI, A. L., (Org.). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papirus, 2005.

NÉRI, A. L. **Idosos no Brasil**: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. 1. ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo e Edições Sesc, 2007.

OLIVEIRA, D. A. A. P.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R. F. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centro de convivências. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.40, n.4, ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 19 jun. 2010.

PALMA et al. **Lazer**: qualidade de vida na terceira idade. Passo Fundo: UPF, 1994.

PANZINI, R.G. et al. Qualidade de Vida e Espiritualidade. **Revista Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v.34, supl.1, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 25 jan. 2010.

PAPALÉO NETO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2001.

PAPALÉO NETO, M. **Tratado de Gerontologia**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

PEREIRA, R.J.; et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, v.28, n.1, jan./abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 25 jan. 2010.

RAMOS, M. P. Apoio Social e Saúde entre Idosos. **Sociologia**. v.7, Porto Alegre: jan./jun. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 20 jun. 2010.

SANTOS, S. S. C. A Gerontologia à luz da Complexidade de Edgar Morin. **Revista Eletrônica do Mestrado em Saúde Ambiental**. Rio Grande do Sul, v.especial, out. 2004. Disponível em: <<http://www.remea.furg.br>>. Acesso em: 12 jan. 2010.

SÉ, E. V. G. **Mente a na Terceira Idade: como deve ser o ambiente favorável ao idoso**. 2009 Disponível em: <[http://www.uol.com.br/vyaestelar/ambiente\\_idoso](http://www.uol.com.br/vyaestelar/ambiente_idoso)>. Acesso em: 25 jun. 2010.

SELIGMAN, M. E.; CSIKSZENTMIHALYI, M. **Positive Psychology: an introduction**. 2000.

SHKOLNIK, T. et al. The effect of jewish religiosity of elderly israelis on their life satisfaction, health, function and activity. **Journal of Cross-Cultural Gerontology**, v.16, p. 201-219, 2001.

TÔRRES, E. M. **A Viuvez na Vida dos Idosos**. (dissertação de Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2006.

THE WHOQOL GROUP, **Development of the World Health Organization WHOQOL-bref**. Quality of Life Assesment, 1998.

VECHIA, R.D. et al. Qualidade de Vida na Terceira Idade: Um Conceito Subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v.8, n.3, set. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 28 jan. 2010.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Prezado Senhor (a),**

Esta pesquisa intitulada “Concepção de Idosos Acerca da Qualidade de Vida na Terceira Idade” está sendo desenvolvido por Hermerson Nathanael Lopes de Almeida, aluno do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da Professora Ms. Roberta de Miranda Henriques Freire. Tendo como objetivos: Analisar a concepção do idoso acerca da qualidade de vida na terceira idade; Descrever as concepções dos idosos entrevistados em relação à qualidade de vida; Identificar o que proporciona uma boa qualidade de vida na visão de cada idoso.

A realização deste trabalho se deve à importância de conhecer o que de fato proporciona uma boa qualidade de vida, na visão de cada idoso, diante de uma população que tem prolongando seus anos adicionais de vida, buscando a partir dos seus discursos a sua concepção em relação à qualidade de vida na terceira idade.

Para realização dessa pesquisa solicito sua colaboração para participar de uma entrevista com o pesquisador e de sua permissão para aplicar um questionário. Deixando claro que sua participação na pesquisa é voluntária (o) e, portanto, não sendo obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador, podendo desistir a qualquer momento da pesquisa.

Peço-lhe sua permissão para disseminar o conhecimento produzido deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido no anonimato. Este trabalho não apresenta nenhum risco direto para o participante. No qual o pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa do processo de pesquisa e ao final do estudo trará ao seu conhecimento os resultados da pesquisa.

Enaltecendo as considerações e as observâncias éticas contempladas nas diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos – Resolução 196/96 nas fases de planejamento, execução e de disseminação do processo de pesquisa.

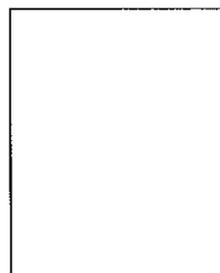
Caso deseje o senhor (a) poderá procurar esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, BR 230, Km 504, Caixa Postal 30, CEP 58900-000, Cajazeiras - PB, ou junto ao pesquisador responsável, a professora Ms. Roberta de Miranda Henriques Freire, telefone (83) 88156258, ou ainda ao pesquisador participante, o aluno Hermerson Nathanael Lopes de Almeida, telefone (83) 88011419.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse termo.

Cajazeiras – PB, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Nome do sujeito/ou do responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável  
Prof. Ms. Roberta de Miranda H. Freire

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador participante  
Hermerson Nathanael Lopes de Almeida



**5 – Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?**

---

---

---

**6 – Você está satisfeito(a) com a sua capacidade de desempenhar suas atividades do seu dia-a-dia? Por quê?**

---

---

---

**7 – Você está satisfeito consigo mesmo (a)? Por quê?**

---

---

---

**8 – Você está satisfeito(a) com o apoio de seus amigos e de sua família? Por quê?**

---

---

---

**9 – Com que frequência você tem sentimentos negativos como mau humor, desespero, ansiedade e depressão?**

---

---

---

# **ANEXOS**

**UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
BIBLIOTECA SETORIAL  
CAJAZEIRAS PARAIBA**



**FACULDADE SANTA MARIA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

**CERTIDÃO**

Certificamos que o Projeto de Pesquisa intitulado **Concepções de idosos acerca da qualidade de vida na terceira idade**, protocolo 408022010 da pesquisadora Roberta de Miranda Henriques Freire, foi aprovado, em reunião realizada no dia 11/03/2010, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria. Após o término da pesquisa, deve ser encaminhado ao CEP/FSM o relatório final de conclusão, antes de envio do trabalho para publicação. Para este fim, será emitida uma certidão específica.

Cajazeiras – PB, 15 de março de 2010..



Joselito Santos  
Coord. do Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade Federal  
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA CIÊNCIAS DA VIDA  
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

OFICIO N. 18

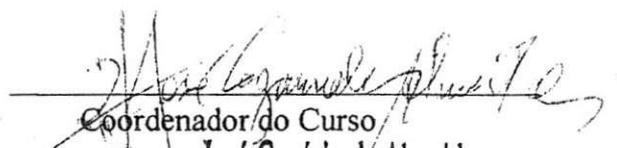
Da: coordenação do Curso Graduação em Enfermagem

Ao Coordenador da Pastoral do Idoso da Paróquia São João Bosco

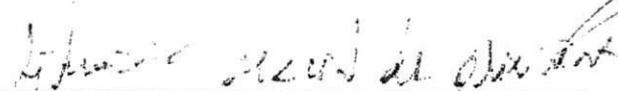
Venho por meio desta, solicitar a V. Sa. Autorização para o aluno **Hermerson Nathanael Lopes de Almeida**, matrícula, **50822080**, coletar dados referentes à monografia de conclusão de curso Bacharelado em Enfermagem, intitulada: "**Concepção de Idosos Acerca da Qualidade de Vida na Terceira Idade**", sob a orientação da professora Roberta de Miranda Henriques Freire durante o período de Março de 2010.

Atenciosamente,

Cajazeiras, 09 de Fevereiro de 2010

  
Coordenador do Curso

**José Cezário de Almeida**  
DIRETOR / CFP  
MAT. SIAPE n.º: 1482454

  
Ilmo. Liduíno Maciel de Oliveira

Coordenador da Pastoral do Idoso da Paróquia São João Bosco, Cajazeiras – PB.