

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS DA CIDADE DE RIO VERDE – GO

TELMA PEREIRA VIEIRA SILVA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

**BRASÍLIA
2007**

**QUALIDADE DE VIDA EM
IDOSOS DA CIDADE DE RIO VERDE-GO**

TELMA PEREIRA VIEIRA SILVA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Clotilde H. Tavares

BRASÍLIA

2007

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

TELMA PEREIRA VIEIRA

TÍTULO:

**"Qualidade de Vida em Idosos da Cidade de Rio Verde,
Goiás"**

Comissão Examinadora:

**Profa. Dra. Maria Clotilde H. Tavares
Presidente/ Orientadora**

**Profa. Dra. Isolda de Araújo Günther
Membro Titular Externo**

**Profa. Dra. Diana Lúcia Moura Pinho
Membro Titular Interno**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, fruto de muito esforço e dedicação às minhas duas AMADAS FILHAS, BRUNA e LAURA. Filhas queridas que completam minha vida. Quero que este trabalho seja para elas estímulo e trilha a ser seguida em suas vidas.

Também quero dedicar este, a pessoa que me colocou neste caminho a busca do saber, a busca de um lugar ao sol, que pegou minha mão desde muito cedo pra me mostrar o melhor caminho, que me deu condições de ter e ser o que tenho e o que sou hoje, mas que já não se encontra mais no meio de nós: A MINHA QUERIDA TIA IRANY AFONSO.

Também dedico este trabalho a minha estimada IRMÃ ANY AFONSO que não mede esforços em colaborar comigo em tudo que preciso.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a FESURV - Universidade de Rio Verde que me proporcionou esta oportunidade de alcançar mais este objetivo em minha vida.

Agradeço a minha Orientadora Maria Clotilde Henriques Tavares, pessoa simples, simpática, acolhedora e compreensiva. Além de orientadora, capaz também de palavras de estímulo e força em momentos difíceis.

Agradeço aos idosos que participaram desta pesquisa, colaborando para que este estudo tenha se concretizado.

Agradeço a minha grande amiga Patrícia T. D. Chervenski, pessoa maravilhosa, que sabe acolher as pessoas nos momentos mais difíceis, com todo seu amor e carinho. Companheira. Guerreira do dia a dia. Incentivadora.

Agradeço imensamente a amiga Umbelina do Rego Leite, mulher inteligente, sensível e que compartilha seus conhecimentos com todos que vem em busca de seu saber.

Agradeço à Comissão Examinadora, Profa. Dra. Isolda de Araújo Günther e Profa. Dra. Diana Lúcia Moura Pinho, pelo enriquecimento dado ao estudo por ocasião da defesa da dissertação, de maneira generosa e dedicada.

E agradeço a Deus por todas as oportunidades que tive durante toda a minha vida. Esse é mais um objetivo realizado, que somente com a Sua ajuda pode ser concretizado.

Obrigada a todos que de forma indireta colaboraram para
que este trabalho fosse realizado.

RESUMO

SILVA, Telma Pereira Vieira. **Qualidade de vida em idosos da cidade de Rio Verde-GO.** 2007. 113f. Dissertação de Mestrado (Ciências da Saúde) – UnB – Universidade de Brasília.

Nos últimos anos, tem havido um crescimento acelerado da população idosa no mundo, e também no Brasil. Dificilmente podemos dissociar o processo de envelhecimento da 'qualidade de vida' - construto amplo, que abrange indicadores econômicos e desenvolvimento social - e que na terceira idade pode ser definido como a manutenção da saúde em seu maior nível possível nos aspectos físicos, sociais, psíquicos e espirituais. O Brasil ocupa o 69º lugar em termos de qualidade de vida da população geral comparado a outros países, no entanto pouco se conhece sobre a qualidade de vida do idoso brasileiro. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivos caracterizar em termos sócio-demográficos os idosos moradores de Rio-Verde, Goiás, bem como investigar a percepção desse grupo quanto a sua qualidade de vida. Participaram do estudo 390 idosos (♂=181; ♀=209), moradores das regiões urbanas, com idade igual ou acima de 60 anos ($X = 69;26 \pm 7,45$), selecionados por uma amostragem aleatória estratificada por regiões censitárias da cidade. Foram utilizados dois instrumentos: 1) um questionário desenvolvido por Khoury, (2005) para a coleta dos dados sociodemográficos; 2) o WHOQOL- Abreviado, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, que avalia a qualidade de vida a partir de cinco domínios: físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente e global. Os dados obtidos foram analisados utilizando-se o programa estatístico SPSS, 12.0. Os resultados obtidos indicam que dentre os idosos estudados, as mulheres apresentaram maior índice de analfabetismo (57%) e maior índice de viuvez (78%) comparado aos homens (42,8% e 22%, respectivamente). A renda média mensal dos idosos é de até R\$600,00, com uma variação de valores inferiores a R\$150,00 até R\$15.000,00. Quanto à situação funcional, 27% dos idosos (considerando-se homens e mulheres), ainda trabalha. São aposentados 51,1% dos homens e 48,9% das mulheres. A renda apresentou-se como fator influenciador da percepção da qualidade de vida. Encontraram-se correlações altamente significativas da renda do idoso e os escores de qualidade de vida, no domínio global ($r = 0,35$; $p = 0,000$) no domínio físico ($r = 0,34$; $p = 0,000$) no psicológico ($r = 0,28$; $p = 0,000$), no domínio das relações sociais ($r = 0,20$; $p = 0,000$) e no meio ambiente ($r = 0,37$; $p = 0,00$). A idade também influenciou a percepção da qualidade de vida dos idosos e correlacionou-se negativamente ao domínio global ($r = -0,14$; $p = 0,008$), ao domínio físico ($r = -0,25$; $p = 0,000$) e ao domínio psicológico ($r = -0,16$; $p = 0,000$), o que indica que quanto mais velho o idoso, pior a qualidade de vida percebida. Em relação à saúde, foi encontrada diferença estatisticamente significativa em todos os domínios de qualidade de vida. As visitas de filhos e netos, autonomia, amizade, também influenciaram a qualidade de vida dos idosos de Rio Verde-GO. Os resultados obtidos estão em consonância com outros estudos desenvolvidos no país com idosos. De modo geral, a percepção da qualidade de vida pelos idosos estudados na cidade de Rio foi relativamente boa, a despeito das condições desfavoráveis em que a maioria vive.

PALAVRAS-CHAVE: Senescência, envelhecimento, Whoqol abreviado, qualidade de vida.

ABSTRACT

SILVA, Telma Pereira Vieira. **Quality of life of the elderly in Rio Verde-GO city.** 2007. 113p. Master Degree Dissertation (Health Science) – UnB – Universidade de Brasília.

In the last years it has been observed around the world and also in Brasil an increase of elderly population. The aging process by itself is hardly dissociated of the quality of life concept that include economic and social developing aspects. Quality of life for elderly is defined as the maintenance of the health as much as it is possible in physical, social, psychological and spiritual terms. Brazil occupy the 69th place in quality of life of general population and very little is knowed about quality of life in brazilian elderly people. Thus, the aims of this study were to characterize the sociodemographic aspects of a sample of elderly and to investigate the quality of life perceived by them. The participants were 390 elderly residents of Rio Verde, Goiás (♂=181; ♀=209), over 60 years of age ($\bar{x} = 69,26; \pm 7,45$), residents in urban areas and selected from stratified random sampling by city regions. The instruments used were: The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-bref) and a socio demographic questionnaire developed by Khoury (2005). The results indicates a higher proportion of illiteracy (57%) and widowhood (78%) between women compared to the men (42,8% and 22% respectively). The proportion of retirement was 51% for the males and 48,9% of the females. The income of the elderly influenced the quality of life perception. Significant correlations were found for income and the General Quality of Life Score ($r = 0,35; p=0,000$) and the scores of Physical ($r = 0,34; p=0,000$), Psychological ($r = 0,28; p=0,000$), Social Relationships ($r = 0,20; p=0,000$) and Environment ($r = 0,37; p=0,000$) domains. Another aspect that influenced life quality perception was the age. It was negatively correlated with General Quality of Life Score ($r = -0,16; p=0,008$) and the scores of Physical ($r = -0,25; p=0,000$), and Psychological ($r = -0,14; p=0,000$) domains. Older elderly has a worse quality of life. All the domains of quality of life were affected by the health. Factors such as children and grandchildren's visit, autonomy, friendship and health also have a role on life quality of the studied group. Our results are similar to others with elderly in Brazil. In general, the quality of life perception for elderly of Rio Verde-GO was relatively good.

KEY WORDS: Aging, senescence, quality of life, WHOQOL BREF, Rio Verde.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Perguntas correspondentes aos domínios de qualidade de vida do WHOQOL-Abreviado	36
TABELA 2	Sintaxe do SPSS versão 12.0 para escores baseados em uma escala 4-20.	38
TABELA 3	Características sociodemográficas dos idosos estudados em Rio Verde-GO. (n=390).....	40
TABELA 4	Descrição das crenças religiosas dos idosos estudados em Rio Verde-GO. (n=390).....	41
TABELA 5	Freqüência das profissões dos idosos estudados em Rio Verde-GO quanto ao gênero. (n=390).....	41
TABELA 6	Número de filhos e netos dos idosos estudados em Rio Verde-GO.(n=390).....	42
TABELA 7	Dados descritivos do tipo de residência, acomodação própria e forma de locomoção (em relação à idade)dos idosos estudados em Rio Verde-GO.(n=390)	43
TABELA 8	Dados descritivos das variáveis de relações sociais, engajamento em atividades e autonomia em idosos de Rio Verde-GO.(n=390)	44
TABELA 9	Freqüência e porcentagem dos locais que os idosos estudados em Rio Verde-GO costumam ir.	45
TABELA 10	Freqüência e porcentagem da rede de apoio dos idosos estudados em Rio Verde-GO. (n=390).....	46
TABELA 11	Comparação entre gênero quanto à limitação física e problemas de saúde em idosos estudados em Rio Verde-GO.(n=390).....	46
TABELA 12	Dados descritivos dos domínios de qualidade de vida percebidos por idosos estudados em Rio Verde-GO.(n=390)	47

TABELA 13	Comparação das médias dos domínios de qualidade de vida entre gênero para os idosos estudados em Rio Verde-GO. (n=390).....	48
TABELA 14	Comparação entre domínio de qualidade de vida e escolaridade dos idosos estudados em Rio Verde-GO.(n=390).....	49
TABELA 15	Média, desvio padrão e ANOVA de qualidade de vida e estado civil dos idosos estudados em Rio Verde-GO.(n=390)	50
TABELA 16	Correlação entre idade, renda familiar e os domínios de qualidade de vida para os idosos estudados em Rio Verde-GO.(n=390)	51
TABELA 17	Média, desvio padrão e ANOVA dos domínios de qualidade de vida e religião dos idosos estudados em Rio Verde-GO.(n=390)	52
TABELA 18	Comparação entre idosos em Rio Verde-GO com e sem filhos e os domínios de qualidade de vida.	53
TABELA 19	Comparação entre idosos em Rio Verde-GO que tem netos e os que não tem netos em relação aos domínios de qualidade de vida.	53
TABELA 20	Comparação entre os domínios de qualidade de vida e o tipo de moradia dos idosos estudados em Rio Verde-GO.(n=390)	54
TABELA 21	Comparação entre meio de locomoção em relação aos domínios de qualidade de vida em idosos estudados em Rio Verde-GO.(n=390)....	55
TABELA 22	Comparação entre os domínios de qualidade de vida e o tipo de quarto dos idosos estudados em Rio Verde-GO.(n=390).....	56
TABELA 23	Comparação entre os domínios de qualidade de vida e recebimento de visitas de filhos e netos pelos idosos estudados em Rio Verde-GO. (n=390)	56
TABELA 24	Comparação entre quantidade de amigos e relação aos domínios de qualidade de vida para os idosos estudados em Rio Verde-GO.	57
TABELA 25	Comparação entre idosos em Rio Verde GO. Quanto à freqüência a grupos de 3ª idade em relação aos domínios de qualidade de vida. ...	58
TABELA 26	Comparação entre idosos em Rio Verde-GO, quanto à autonomia para sair de casa sozinhos em relação aos domínios de qualidade de vida.	58

TABELA 27	Comparação entre idosos em Rio Verde-GO, quanto à frequência de sair de casa em relação aos domínios de qualidade de vida.	59
TABELA 28	Comparação entre idosos em Rio Verde-GO, quanto à administração da casa em relação aos domínios de qualidade de vida em Rio Verde-GO. (n=390).....	59
TABELA 29	Comparação entre idosos em Rio Verde-GO quanto a movimentação de conta bancária em relação aos domínios de qualidade de vida	60
TABELA 30	Comparação entre idosos em Rio Verde-GO quanto ao exercício do trabalho em relação aos domínios de qualidade de vida em Rio Verde-GO.(n=390)	60
TABELA 31	Comparação entre domínios de qualidade de vida e com quem os idosos de Rio Verde-GO podem contar.....	61
TABELA 32	Comparação entre idosos quanto à limitações físicas em relação aos domínios de qualidade de vida em Rio Verde -GO.	62
TABELA 33	Comparação entre idosos quanto a existência de problemas de saúde em relação aos domínios de qualidade de vida em Rio Verde-GO.	62
TABELA 34	Comparação da qualidade de vida percebida pelos idosos de regiões censitárias de Rio Verde-GO.n=390	63
TABELA 35	Relação entre os domínios de qualidade de vida, dados sócio-demográficos e núcleo familiar para os idosos estudados em Rio Verde-GO.	64
TABELA 36	Relação entre domínios de qualidade de vida e relações sociais para os idosos estudados em Rio Verde-GO.	64
TABELA 37	Relação entre domínios de qualidade de vida e saúde dos idosos estudados em Rio Verde-GO.	64
TABELA 38	Coeficientes de correlação de Pearson entre os domínios de qualidade de vida.	65
TABELA 39	Coeficientes da regressão linear da qualidade de vida global.	66

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Médias dos domínios de qualidade de vida percebidos pelos idosos em Rio Verde – GO (n=390).	47
FIGURA 2	Médias da qualidade de vida em relação a amizades.....	57

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	1
INTRODUÇÃO.....	3
1.1 A POPULAÇÃO DE IDOSOS.....	3
1.2 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	7
1.2.1 CONCEITOS DE VELHICE E ENVELHECIMENTO.....	8
1.2.2 ASPECTOS FÍSICOS, SOCIAIS E PSICOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO.....	11
1.2.3 TEORIAS DO ENVELHECIMENTO	14
1.2.3.1 TEORIAS BIOLÓGICAS.....	15
1.2.3.2 TEORIAS PSICOLÓGICAS.....	17
1.2.3.3 TEORIAS SOCIAIS.....	20
1.3 O IDOSO E A VELHICE NA CONTEMPORANEIDADE.....	22
1.4 QUALIDADE DE VIDA	24
1.4.1 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA	29
OBJETIVOS	31
2.1 OBJETIVO GERAL	31
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
MATERIAIS E MÉTODOS.....	32
3.1 SUJEITOS	32
3.2 SELEÇÃO DA AMOSTRA	32
3.3 ASPECTOS ÉTICOS	32
3.4 LOCAL DE ESTUDO	33
3.5 PROCEDIMENTOS	34
3.6 INSTRUMENTOS.....	35
ANÁLISE DE DADOS.....	37
RESULTADOS	39
4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA	39
4.2 NÚCLEO FAMILIAR	41
4.3 TIPO DE RESIDÊNCIA, ACOMODAÇÃO E LOCOMOÇÃO	42
4.4 RELAÇÕES SOCIAIS ENGAJAMENTO EM ATIVIDADES E AUTONOMIA	43

4.5 REDE DE APOIO	45
4.6 SAÚDE.....	46
4.7 DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA	46
4.8 DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA E DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	47
4.9 DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA E NÚCLEO FAMILIAR.....	52
4.10 DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA E TIPO DE LOCOMOÇÃO E ACOMODAÇÃO.....	53
4.11 DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA E RELAÇÕES SOCIAIS E ENGAJAMENTO EM ATIVIDADES E AUTONOMIA.....	56
4.12 DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA E REDE DE APOIO	60
4.13 DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE	61
4.14 DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA E REGIÕES CENSITÁRIAS DA CIDADE DE RIO VERDE - GOIÁS.....	62
4.15 RESUMO DOS RESULTADOS DAS ANÁLISES.....	63
4.16 DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA E DOMÍNIO GLOBAL.....	65
DISCUSSÃO.....	67
5.1 DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS	67
5.1.1 GÊNERO / QUALIDADE DE VIDA.....	67
5.1.2 FAIXA ETÁRIA DA AMOSTRA / QUALIDADE DE VIDA	68
5.1.3 ESCOLARIDADE DA AMOSTRA / QUALIDADE DE VIDA.....	68
5.1.4 ESTADO CIVIL / QUALIDADE DE VIDA	70
5.1.5 RENDA / QUALIDADE DE VIDA	70
5.1.6 RELIGIÃO / QUALIDADE DE VIDA	71
5.1.7 PROFISSÕES EXERCIDAS / QUALIDADE DE VIDA	72
5.2 NÚCLEO FAMILIAR/ QUALIDADE DE VIDA	73
5.2.1 NÚMERO DE FILHOS E NETOS	73
5.3 TIPO DE RESIDÊNCIA, ACOMODAÇÃO E LOCOMOÇÃO/ QUALIDADE DE VIDA	73
5.4 RELAÇÕES SOCIAIS, ENGAJAMENTO EM ATIVIDADES E AUTONOMIA/ QUALIDADE DE VIDA	74
5.5 REDE DE APOIO/ QUALIDADE DE VIDA	76
5.6 SAÚDE/ QUALIDADE DE VIDA.....	77
5.7 REGIÕES / QUALIDADE DE VIDA	78
5.8 DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA E DOMÍNIO GLOBAL.....	78

CONCLUSÕES.....	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
ANEXOS.....	91

APRESENTAÇÃO

A velhice é algo tão natural em todo ser vivo e ao mesmo tempo tão ameaçador, tão rejeitado e negado pelo ser humano nos dias atuais. Mais do que em tempos pregressos, o envelhecimento hoje se reverte de estereótipos criados no seio dessa sociedade que valoriza ao máximo somente aquilo que é novo, belo e produtivo.

Ao mesmo tempo, a sociedade se depara com um aumento extraordinário dessa faixa etária, que terá que ter o seu espaço, que ser respeitada e valorizada, terá que ser vista pelas autoridades públicas, para que o país seja justo com todos aqueles que participaram do seu desenvolvimento.

Com o aumento da população de idosos no mundo, faz-se necessário repensar a qualidade de vida dos que estão nessa faixa de idade, para que se possa de forma mais criteriosa atender às necessidades e expectativas dessa população.

Nos países em desenvolvimento, questões de saúde, sociais, culturais e principalmente, as políticas públicas destinadas a essa parte da população são de extrema importância para a garantia da qualidade de vida destas pessoas.

No Brasil, os dados apontam um crescimento da população idosa bem maior que o crescimento da população em geral, isso mostra uma realidade que precisa ser investigada, conhecida e priorizada. A produção de conhecimento, os serviços dirigidos a esta faixa etária, a inclusão e outros deve ser uma preocupação de todos.

Pode-se dizer que, sendo o Brasil um país continental, onde os valores, a cultura, as condições econômicas de cada região chegam a ser bastante diferentes, tais aspectos podem influenciar de modo completamente diverso a qualidade de vida desta população e a própria percepção do que é qualidade de vida na terceira idade. A velhice em cada sociedade assume significados diferenciados, pois cada cultura trata de forma distinta seus idosos até pela própria subjetividade e valores vivenciados numa realidade específica. O envelhecimento do ser humano ainda guarda extremas dificuldades para ser totalmente compreendido, estudado e aceito por todos como etapa de vida a ser vivida e desfrutada de maneira natural.

Segundo SESC (2006), a população idosa brasileira se caracteriza por ter mais mulheres idosas do que homens, além do fato que metade dessa população passou a maior parte da vida na zona rural. Os homens são, em sua maioria, casados e vivem com a mulher e, ao menos, um filho. Em sua maioria, os idosos em geral, consideram-se chefes de suas famílias e têm como fonte de renda a

aposentadoria. A renda familiar para 43% deles é de até dois salários mínimos e apenas 3% recebem acima de dez salários.

Dados da mesma fonte apontam a religião católica como a predominante entre os idosos (73%), e 49% dos idosos brasileiros são analfabetos funcionais. Apesar da situação desse segmento da população ainda ser difícil, algumas ações governamentais têm sido incrementadas no sentido de melhorar a qualidade de vida dos idosos. O SESC (2006) ressalta que a percepção e a auto-imagem da pessoa idosa no Brasil não evidencia somente aspectos negativos, já que 21% dos idosos destacam a conquista da aposentadoria, 11%, a gratuidade no transporte público, 6%, a promulgação do estatuto do idoso, 6%, atendimento preferencial em filas, 9% refere-se ao aumento de opções de lazer e 17% aponta a melhoria no sistema de saúde com a disponibilidade de mais medicamentos, mais médicos e novas especialidades.

Nesse cenário, é natural que pesquisadores de áreas diversas se interessem em estudar o envelhecimento, o que possibilita uma multiplicidade de avaliações das condições em que vivem os idosos, bem como das questões relacionadas à senescência.

Estudar a qualidade de vida das pessoas idosas não é tarefa fácil de ser cumprida, uma vez que todos os conceitos envolvidos são de difícil consenso. Os processos de envelhecimento são individuais, subjetivos em alguns aspectos, enquanto o termo “qualidade de vida” é um construto multidimensional, que pode abarcar uma variedade de dimensões.

Por entender que a qualidade de vida dos idosos é condição indispensável para a dignidade humana e que a sociedade deve estar atenta ao fato de que esta população cresce a cada dia, este estudo teve como objetivos principais caracterizar em termos sócio-demográficos os idosos moradores da cidade de Rio-Verde, GO, bem como descrever como eles percebem a sua qualidade de vida.

Para isto, foram aplicados numa amostra de 390 idosos da cidade de Rio verde, Goiás, no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2007, dois instrumentos, um questionário da Organização Mundial de Saúde, o WHOQOL abreviado (World Health Organization Quality of Life Instrument), que constitui uma versão reduzida do instrumento original WHOQOL 100, e parte de um questionário para coleta de dados sociodemográficos, desenvolvido pela pesquisadora Khoury (2006) utilizado para investigar a realidade dos idosos que vivem em Brasília.

INTRODUÇÃO

1. 1 População de Idosos

Com o crescente aumento populacional da faixa etária acima de 60 anos, em todo o mundo, torna-se evidente a necessidade de aprofundamento do conhecimento pertinente a esta fase do ciclo de vida. Segundo o alerta das Nações Unidas, o crescimento da população idosa será um enorme desafio para todas as sociedades (ONU, 2002).

Em números absolutos e relativos o crescimento da população de idosos é um fenômeno mundial e está ocorrendo em um nível sem precedentes. Em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo e, já em 1998, quase cinco décadas depois, este contingente alcançava 579 milhões de pessoas, o que equivale a um crescimento de quase 8 milhões de pessoas idosas por ano. Desde 1950, a expectativa de vida ao nascer aumentou em 19 anos. Hoje uma em cada 10 pessoas tem 60 anos de idade ou mais e segundo estimativas, para o ano de 2050, esta relação será de um para cinco para o mundo em seu conjunto e de um para três para os países desenvolvidos (IBGE, 2000).

A transição de uma população jovem para uma envelhecida, transição demográfica, (TD), originou-se primeiramente na Europa, onde a taxa de fecundidade diminuiu enormemente, muito antes de qualquer método anticoncepcional científico estar disponível. Resultado do desenvolvimento social gerado pela revolução industrial houve uma queda gradual na mortalidade que, em longo prazo, levou à queda na fecundidade e conseqüentemente, ao envelhecimento da população (RAMOS, 2000, citado por NERI & YASSUDA, 2004).

Na América Latina, em particular, e nos países em desenvolvimento, em geral, a transição demográfica é conceitualmente idêntica à verificada na Europa no início do século, porém com aspectos práticos profundamente diferentes e com implicações muito mais desfavoráveis (RAMOS 2000, citado por NERI & YASSUDA, 2004).

O Brasil é um país que envelhece conjuntamente com o aumento da pobreza dos idosos, com as limitações impostas a esta população, com forte incremento das desigualdades sociais, o que compromete de forma mais desfavorável a qualidade de vida dos idosos.

Segundo dados do IBGE (2000), o Brasil iniciará o novo século com a população idosa crescendo proporcionalmente quase oito vezes mais do que a jovem e quase duas vezes mais do que a população geral.

O envelhecimento populacional brasileiro resultou da queda de nascimentos que vem ocorrendo no país desde os anos 60, com a descoberta de vários anticoncepcionais, principalmente a pílula, que se somou à queda progressiva nas taxas de mortalidade que vem se manifestando desde o final dos anos 40 (SOMCHINDA & FERNANDES, 2003).

De acordo com o censo 2000, a população idosa brasileira, no início da década, representava 7,3% da população total, enquanto em 2000, essa proporção atingia 8,6%. Nota-se então, um aumento de quase 4 milhões de pessoas decorrente principalmente, do crescimento vegetativo e do aumento gradual da expectativa média de vida. O envelhecimento da população brasileira acompanha uma tendência internacional impulsionada pela queda da taxa de natalidade e pelos avanços da biotecnologia (IBGE, 2000).

Dados do IBGE (2000), apontam que a população de idosos representa um contingente de quase 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade, o que significa (8,6% da população brasileira). As mulheres são a maioria 8,9 milhões, 62,4% das idosas são responsáveis pelos domicílios e têm, em média 69 anos de idade, 3,4 anos de estudo, com rendimento médio de R\$ 657,00.

Historicamente, o Brasil nunca se preocupou de forma efetiva com projetos públicos direcionados aos idosos, talvez pelo fato de ser um país considerado jovem durante muito tempo. Agora este aumento populacional já se anuncia como problema a ser resolvido, uma vez que as condições socioeconômicas desta população em geral, no país é bastante precária, o que torna a busca de soluções urgente.

A expectativa de vida dos brasileiros (homens), hoje com 60 anos de idade, é que viverão em média mais 17 anos, ou seja, chegarão aos 77 anos de idade. No caso das mulheres hoje com 60 anos a expectativa é que vivam até os 80 anos de idade (IBGE, 2000).

A proporção de idosos vem crescendo mais rapidamente do que a proporção de crianças. Em 1980, existiam cerca de 16 idosos para cada 100 crianças; em 2000, essa relação praticamente dobrou, passando para quase 30 idosos para cada 100 crianças (IBGE, 2000).

Assim em termos de números, a estatística deixa claro que a população

idosa representará uma grande parte da população no Brasil e no mundo. Portanto como diz França & Stepansky (2005), a realidade atual mostra que o aumento da sonhada expectativa de vida convive com a alarmante falência da previdência pública e outros problemas que contrariam as mudanças tão apregoadas pela modernidade, sobre a conquista de uma vida mais longa, consumismo e liberdade individual. Essa modernidade em termos tecnológicos exclui de forma taxativa os idosos do mundo do trabalho, pois esse mundo exige do indivíduo altas especializações, mentalidade afinada com a globalização e outros quesitos do mundo moderno, que a maioria dos idosos não conseguiu conquistar.

Uma característica que concorre para a sua exclusão do mercado de trabalho é a questão da escolaridade. Estes idosos de hoje, foram adolescentes e adultos na sua grande maioria, vindos da zona rural, no processo de urbanização, para trabalhar na cidade, praticamente sem nenhuma escolarização e, muito menos, profissionalização. Dados do IBGE (2000), mostram que o analfabetismo é maior nas faixas etárias mais altas, mais de 60% da população rural e 35% da população urbana, com mais de 60 anos, não tem instrução ou tem menos de um ano de escolaridade, e apenas 4% dos idosos urbanos e 0,29% dos idosos rurais tem 12 anos ou mais de instrução.

Além de o analfabetismo contribuir para o agravamento da situação do idoso no Brasil, de acordo com Papaléo-Netto (2002, p.41) para “a sociedade brasileira e a de muitos países de terceiro mundo que estão experimentando o envelhecimento populacional de forma rápida, o impacto maior será na repartição dos recursos existentes”.

Além dos idosos brasileiros enfrentarem a pobreza, o analfabetismo e os preconceitos contra a sua condição de velho, eles não têm como se preparar para essa etapa que é a velhice. Poucas empresas apresentam programas de aposentadorias que propiciem a essas pessoas condições e suporte para que possam enfrentar com mais conhecimento, consciência e autonomia essa nova fase da vida.

Segundo Ballone (2006), a sociedade moderna é exclusivamente alicerçada na produtividade atual, no lucro imediato e na utilidade da pessoa, e dentro desta conjuntura não restou espaço para o idoso.

Uma população que não produz, não tem representatividade na composição dos recursos do país, sendo que a economia capitalista tem na produtividade seu maior interesse, esta população não tem prioridade em termos de políticas públicas

e viabilização de estudos, só lhes restando o desprezo (CASTRO & VARGAS, 2005).

Segundo Fonte (2002), a velhice como um processo físico e de responsabilidade da família, atualmente, tornou-se uma questão prioritária nos debates sobre o planejamento de políticas públicas.

Seja nos países centrais ou periféricos, a ONU (2002), considera que as políticas públicas para o desenvolvimento serão ineficientes se não priorizarem a busca de alternativas para as demandas de uma sociedade envelhecida. Esta conjuntura provoca a necessidade de definir novos espaços nas diversas estruturas sociais para as pessoas idosas e reforça o debate sobre as atribuições do Estado.

Apesar de evidentes dificuldades enfrentadas pelos idosos brasileiros em todos os aspectos, Castro & Vargas (2005), verificaram uma atuação incipiente do Estado para a mudança desta situação, tendo como participantes o poder público, o idoso e a comunidade.

Na área da saúde do idoso, o grande marco foi a publicação pelo Ministério da Saúde em dezembro de 1999, da portaria nº 1395 que instituiu a Política Nacional de Saúde do Idoso. O grande desafio do momento é a operacionalização de suas diretrizes dentro do contexto atual, o estatuto do idoso, e outros programas de cunho social e de saúde que foram destinados aos indivíduos da terceira idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

A organização de uma sociedade deve ser repensada em países onde não se tem políticas públicas de atendimentos das necessidades dos cidadãos de todas as idades, principalmente idosos, onde existe grande desigualdades sociais, o envelhecimento individual e social pode gerar conflitos de interesses, ônus econômico e carências de toda ordem (NERI & FREIRE, 2000).

O complexo problema, que associa precárias condições socioeconômicas, problemas advindos da existência de múltiplas afecções concomitantes e das dificuldades de adaptação do idoso às exigências do mundo moderno, tem como consequência natural o isolamento do velho e um impacto sobre a sociedade que terá que enfrentar este desafio com absoluta presteza (PAPANÉO-NETTO, 2002).

Segundo Fonte (2002 p.2),

o envelhecimento populacional conduz à necessidade de reavaliar critérios relativos aos gastos sociais que sobrevêm do novo perfil da pirâmide etária .Trata-se de encontrar novas alternativas, (...) portanto o processo de

envelhecimento demográfico se tornou objeto central das preocupações políticas e científicas.

A autora afirma ainda que este aspecto de aumento populacional “provoca uma transformação de um enfoque centrado na velhice biológica ou individual para uma preocupação com os aspectos sociais e políticos do envelhecimento” (FONTE 2002 p.2).

Existem evidências claras quanto ao crescente número de idosos na população mundial, mais especificamente nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Esta evidência sugere que novas políticas públicas devem ser articuladas pelo governo, que a sociedade deve mudar seus conceitos estereotipados sobre o idoso. Além disso, pesquisadores devem se aprofundar nos estudos sobre o envelhecimento, para que se possa buscar uma melhor qualidade de vida para essa fase da vida, e fornecer ao idoso condições de participar livre de preconceitos e de uma maneira digna, da sociedade que ele ajudou a desenvolver.

1.2 O Processo de Envelhecimento

O envelhecer é um processo e como tal não acontece de forma abrupta. Não se fica velho de hoje para amanhã, mas, depois de uma certa idade, que não é a mesma para todos, a pessoa percebe modificações em vários aspectos de sua vida.

No Brasil, o interesse pela saúde do idoso é mais recente, sendo fundada a Sociedade Brasileira de Geriatria em 1961, que passou a ser chamada posteriormente de Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia SBGG (LEME 1996, citado por TEIXEIRA, 2002).

Conforme Papaléo-Netto (2002), o médico Elie Metchnikoff propôs a idéia de um campo de investigação dedicado ao estudo do envelhecimento - a gerontologia -, que significa o estudo do velho. Em 1909, o médico Ignatz Nascher criou uma nova especialidade da medicina, voltada para o tratamento das doenças dos idosos e da própria velhice, a geriatria que é o estudo e tratamento clínico da velhice.

A gerontologia é um ramo da ciência que se propõe a estudar o processo de envelhecimento e vários problemas que envolvem o indivíduo idoso, no entanto, é um ramo de estudo extremamente novo, o que surpreende, visto que os clamores pelo aumento da longevidade e jovialidade são tão antigos quanto a própria civilização (PAPALÉO-NETTO, 2002).

A gerontologia sendo um campo multidisciplinar comporta vários significados de envelhecimento, que difere conforme a área do saber, biologia, psicologia, sociologia e estas por sua vez também comportam outros paradigmas que embasam concepções distintas (COUTO & COUTINHO, 2006, p.2).

Atualmente, pode-se dizer, que a área de gerontologia em suas produções científicas preocupa-se em dar respostas adequadas à manutenção, aumento e garantia da qualidade de vida dos idosos (MOREIRA, 2000).

Várias são as razões para justificar o atraso na busca de conhecimentos relativos ao envelhecimento. Entre tantas talvez a mais importante seja a incapacidade de mensurar o fenômeno “envelhecimento”. Uma outra razão social importante é que a política de desenvolvimento que domina as sociedades industrializadas e urbanizadas sempre esteve mais voltada para a assistência materno-infantil e para os jovens (PAPALÉO-NETTO, 2002).

Dar prioridade à assistência materno-infantil e jovem é garantir o futuro da produtividade e o desenvolvimento de um país, enquanto a velhice é deixada de lado por ser vista como o momento de declínio na vida do ser humano que é também sinônimo de despesas para a sociedade. Esta visão da velhice ainda impera na cultura de nossa sociedade e prejudica provavelmente, o investimento e o desenvolvimento de políticas públicas para o idoso.

Embora grande parte da sociedade não perceba a necessidade de lidar com a velhice de forma diferente, nem a necessidade de investimentos e ações governamentais no sentido de propiciar uma melhor qualidade de vida para os idosos, muitas áreas de estudo estão se aprofundando em pesquisas para a compreensão do envelhecimento na busca de melhores condições para esta fase da vida.

O envelhecimento suscita hoje grandes controvérsias, desde o seu conceito, como a visão que a sociedade faz do mesmo e a visão de cada indivíduo sobre este momento da vida. Adicionalmente, como o envelhecimento pode ser estudado por vários ângulos e aspectos, dificilmente se consegue abarcar toda a dimensão do fenômeno.

1.2.1 Conceitos de Velhice e Envelhecimento

Embora os conceitos de velhice também se apresentem sob variados aspectos, esses conceitos tendem a buscar um elemento comum, que é o fato do idoso pertencer a uma faixa etária, social e culturalmente determinada por uma sociedade, e que está inserido num processo contínuo de mudanças. Isto significa que os conceitos se modificam de acordo com as necessidades econômicas, políticas do contexto histórico e social em que ele vive (ALGADO FERRER, 1997).

Na França do século XIX, a sociedade diferenciava a velhice em termo de poderio sócio-econômico. As pessoas com poder aquisitivo, patrimônio e posição social, eram chamadas patriarcas, as que impunham respeito e administravam seus bens eram designadas com os termos (*vieux*) para velho. Designava-se (*viellard*) velhote as pessoas que não possuíam status social e aquelas que detinham status social eram tidas como pessoas (*personne*) (PEIXOTO, 1998).

O processo de envelhecimento depende do ritmo, da época em que se vive, por isso é um processo diferente para cada indivíduo, também não é um período caracterizado somente por perdas e limitações. Embora nesta fase da vida seja maior essa possibilidade de doenças é possível manter e até aprimorar a funcionalidade nas áreas física, cognitiva (NERI, 1993).

A autora ainda enfatiza que o envelhecimento é uma experiência extremamente individual, onde os aspectos de sua história, de sua cultura e os problemas de saúde variam de acordo com a região onde viveu, com as suas condições de trabalho, saúde e lazer, habitação e educação. Todos esses aspectos e outros que fazem parte da vida de cada idoso é que determinam o processo de envelhecimento extremamente diferenciado para cada pessoa (NERI, 1993).

A velhice como última fase da vida é delimitada por eventos de natureza múltipla, incluindo perdas psicomotoras, afastamento social, restrições de papéis sociais e outros (NERI, 1993). As modificações biológicas, psicológicas e sociais que são verificadas ao longo do ciclo de vida, são ainda mais evidenciadas no período da velhice (SANTOS, 2002). Na mesma direção, Teixeira (2002), diz que o envelhecimento atinge o ser humano na plenitude de sua existência, modificando a sua relação com o tempo, com o mundo e com sua própria história.

Para alguns teóricos, o envelhecimento biológico se inicia no momento em do nascimento e não aos 60 anos. Socialmente, a velhice vai variar de acordo com o momento histórico e cultural; intelectualmente, diz-se que alguém está ficando velho quando suas faculdades cognitivas começam a falhar, e o indivíduo começa a

apresentar problemas de memória, atenção, orientação e concentração. Economicamente, a pessoa está na velhice quando se aposenta e deixa de ser produtivo para a sociedade. Do ponto de vista funcional, isto ocorre quando o indivíduo perde a sua independência e passa a precisar de ajuda para desempenhar suas necessidades básicas. Finalmente, em termos cronológicos a maioria dos estudiosos adota o critério de envelhecimento com base no conceito da Organização das Nações Unidas, ou seja, a partir dos 60 ou 65 anos de idade (PASCHOAL, 2002^b).

Para a Organização das Nações Unidas ONU (1982), o ser “idoso” apresenta idades diferentes em países desenvolvidos ou em países em desenvolvimento. Nos países desenvolvidos, considera-se idoso, as pessoas com 65 ou mais anos de idade, nos países em desenvolvimento são consideradas idosas, as pessoas com 60 anos ou mais de vida.

O critério de idade cronológica para estabelecer o idoso é um critério extremamente impreciso, mas também é um dos critérios mais utilizados para delimitar a população de um estudo, para análise epidemiológica ou com propósitos administrativos e legais voltadas para o desenvolvimento de políticas públicas, planejamento de ações e ofertas de serviços (SANTOS, 2002).

Para Sá (2002), o idoso é um ser relacionado ao seu espaço e ao seu tempo. Ele é o resultado do seu processo de desenvolvimento, do seu curso de vida. É a expressão das relações e interdependências. Faz parte de uma consciência coletiva, a qual introjeta em seu pensar e em seu agir. Descobre suas próprias forças e possibilidades, estabelece a conexão com as forças dos demais, cria suas forças de organização e empenha-se em lutas mais amplas transformando-as em força social e política.

Na visão de Papaléo-Netto & Borgonovi (2002), existem vários conceitos de envelhecimento, cuja variabilidade gera a dificuldade de entendê-lo enquanto processo. A definição mais satisfatória é a que conceitua o envelhecimento como um processo dinâmico e progressivo, no qual são verificadas modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam a perda progressiva, da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente e ocasionam uma maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que culminam na morte.

Como anteriormente mencionado, o envelhecimento é um fenômeno que

aborda vários aspectos. Santos (2002), aponta as modificações biológicas que correspondem às morfológicas, enquanto que as fisiológicas estão relacionadas às alterações das funções orgânicas. Já as modificações bioquímicas, estão diretamente ligadas às transformações das reações químicas que se processam no organismo e as modificações psicológicas por sua vez, se traduzem na dificuldade de adaptação a situações novas que aparecem em seu cotidiano. As modificações sociais acontecem quando as relações são alteradas em função da diminuição da produtividade, do poder físico e econômico.

Não é verdade a velhice não exista, nem que a vida comece aos 40 ou que o ser humano não tenha limites para o seu desenvolvimento. A adoção de designações-fantasia para tratar do que pertence ao domínio dos anos mais tardios da vida é um sinal da existência de preconceito (NERI & FREIRE, 2000, p.79).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), a velhice é o prolongamento e término de um processo representado por um conjunto de modificações fisiomórficas e psicológicas ininterruptas à ação do tempo sobre as pessoas.

Na verdade, os conceitos utilizados na literatura são variados, cada autor enfoca aspectos distintos pertencentes ao processo global do envelhecimento. A compreensão do fenômeno do envelhecimento em sua ampla extensão todavia, requer a multiplicidade das diversas abordagens.

1.2.2 Aspectos Físicos, Sociais e Psicológicos do Envelhecimento

Como dito por Oliveira (1999), todos passam pelas modificações trazidas pelo tempo, uma vez que o envelhecimento é inerente ao processo da vida. De certa forma, os limites estabelecidos ao longo do ciclo da vida são determinados pelo fenômeno biológico.

Várias são as mudanças visíveis a olho nu trazidas pelo envelhecimento, mudanças na aparência ou no aspecto externo das pessoas, como rugas, cabelos brancos, pigmentações diversificadas, adiposidades, queda de cabelos, curvamento do tronco entre outras, facilmente observáveis. Conforme Oliveira (1999), a percepção do envelhecimento muitas vezes, perturba os indivíduos que se deparam

com todas as modificações corporais e esse impacto na imagem pode levar a uma busca de conservação da juventude.

Ainda na aparência física Oliveira (1999) acentua as modificações na marcha do indivíduo, pois, esta se torna mais lenta, com passadas curtas, tremor nas mãos, a visão para perto apresenta acuidade diminuída a partir dos 40 anos, daí as correções com o uso de óculos entre outras.

Em termos de modificações internas, de acordo com Zimerman (2000), são observadas a descalcificação dos ossos, perda do número de neurônios, diminuição do metabolismo, dificuldade de digestão, ocorrência de insônia, além de outros comprometimentos.

Oliveira (1999), aponta ainda outras alterações fisiológicas também visíveis, como a lentidão do pulso, do ritmo respiratório, diminuição da capacidade pulmonar e do sistema cardiovascular, o que afeta também as artérias, veias e vasos capilares. A autora lembra também que a potência sexual pode apresentar-se diminuída, embora seja errôneo e preconceituoso afirmar que a atividade cessa em função do envelhecimento.

Grimley-Evans (1992) citado por Paschoal (2002^a), menciona que a chegada do envelhecimento está associada à diminuição da adaptabilidade biológica na qual se observa uma redução das reservas fisiológicas dos órgãos e sistemas do organismo e, por conseguinte, uma redução da capacidade de manter a homeostase.

Nota-se ainda que os fatores que contribuem para o envelhecimento biológico, além de serem múltiplos e variados, divergem quanto à velocidade em que ocorrem nos diferentes indivíduos. Assim, existem idosos que aparentam uma pele muito enrugada, mas em contrapartida apresentam o aparelho circulatório em boas condições (OLIVEIRA, 1999).

Já nos aspectos sociais, segundo Fonte (2002), embora indiscutível em seu aspecto biológico, o envelhecimento é muito mais uma representação social construída em diferentes contextos culturais e em diferentes momentos da história.

Assim, a velhice é uma construção sócio-histórica-psicológica que representa uma sociedade em determinado tempo e em determinadas características daquilo que é considerado velho.

Salgado, citado por Papaléo-Netto (2002 p.8), afirma que, “valores culturais sedimentados através dos anos qualificaram extremamente o potencial da juventude

em detrimento da idade madura e da velhice, que acabaram por ser interpretados como um misto de improdutividade e decadência.”

A abertura de espaços de participação nas diversas estruturas sociais e o entendimento da realidade dessa população é, no momento, grande preocupação de todas as esferas da sociedade (Fonte, 2002), já que a perda dos papéis sociais do idoso representa um dos primeiros impactos trazidos pela velhice assim como o vazio vivenciado pelo idoso ante a falta de perspectiva de encontrar novas funções. Para Papaléo-Netto (2002), a perda desses papéis sociais acarreta modificações profundas nas relações e nas percepções do indivíduo sobre si mesmo, levando-o a se pensar e a se comportar de acordo com o que está prescrito pela sociedade em que vive.

Uma sociedade que valoriza somente o estereótipo do novo, do produtivo e do belo, provavelmente terá dificuldades em encarar o que é velho, inclusive quando se pensa o envelhecer como um processo associado a perdas, perda da força, da beleza, da autonomia. O velho será sinônimo de fracasso, de doença e morte.

Ainda que na visão da sociedade e do próprio idoso prevaleça a idéia deste associado a uma figura decadente e dependente, segundo Almeida (1999), essas concepções é que norteiam a construção da identidade do idoso. Também se verifica nas práticas sociais a ele dirigidas, ações que o colocam à margem da sociedade, os asilos, as casas de repouso e outros, mostram de forma clara o destino discriminatório do indivíduo que está na última fase do ciclo vital.

Na visão de Vargas (1983) citado por Pereira (2002, p.38) “as especulações sobre o envelhecimento humano são tão antigas quanto a própria história. Dentro de todos os agrupamentos sociais, o estado de velhice foi classificado conforme a condição social, desde o simples anonimato até a posição mais dignificante”.

O Brasil até pouco tempo considerado um país jovem, aos poucos se vê numa realidade bem diferente, a realidade de um país que envelhece e traz a consciência de que a velhice existe e é mais uma questão social que pede uma atenção especial.

O envelhecimento social tem um referencial marcante que é a aposentadoria. A capacidade produtiva do indivíduo está evidenciada enquanto trabalha, e este status de ser produtivo é perdido no ato da aposentadoria, o que gera, para muitos, sentimento de invalidez, solidão, depressão e outros sentimentos negativos. O relacionamento social é afetado muitas vezes em função de crises de

identidade, mudança de papéis, menor poder aquisitivo e conseqüentemente, a qualidade de vida do idoso é afetada.

Nas sociedades capitalistas industriais, a participação efetiva na vida econômica, traz satisfação, autonomia, possibilita a realização de diversas necessidades psicológicas e sociais, além do provimento de bens materiais. A estabilidade emocional dos adultos pode, para muitos indivíduos, estar diretamente ligada a sua independência realizada através de seu trabalho.

De acordo com Morin (2000), um outro aspecto a ser enfrentado pelo idoso na nossa sociedade é a questão da autoridade que na medida do desenvolvimento das civilizações, ela passa a ser perdida perante gerações mais novas, onde os impulsos juvenis, aceleram a história e a experiência acumulada não é mais valorizada.

Além das transformações no corpo, o envelhecimento traz ao ser humano uma série de mudanças psicológicas que pode resultar em dificuldades de se adaptar a novos papéis, dificuldades de planejar o futuro, em desmotivação, depressão, alterações psíquicas, hipocondria, somatização entre outras (ZIMERMAN, 2000).

“Os aspectos psicológicos do idoso estão relacionados a todo o curso de vida do indivíduo (...) é possível que a sensação de satisfação baseada no julgamento do próprio passado seja crucial para o ajustamento ao envelhecer” (STOPPE JR & LOUZÃ NETO, 1999, p.42). Paschoal (2002^a), enfatiza a dimensão do bem estar psicológico, também entendido como ajustamento, estado de espírito, felicidade, contentamento, satisfação de vida e outros.

A literatura psicológica sobre o desenvolvimento do adulto valoriza o processo de revisão de vida que tem ocorrência principalmente na meia idade e na velhice, justamente porque, acredita-se, que é uma necessidade evolutiva. Esta revisão de vida são lembranças sobre acontecimentos vividos em determinados momentos da existência humana (NERI, 2001^a).

Se o envelhecimento comporta várias dimensões, essas dimensões são referenciadas em vários campos de estudo, daí a formulação de teorias biológicas, psicológicas e sociais acerca do envelhecimento que serão apresentadas resumidamente a seguir.

1.2.3 Teorias do Envelhecimento

1.2.3.1 Teorias Biológicas

Apesar do sonho da imortalidade e da eterna juventude, ter sido um anseio do ser humano desde tempos remotos, segundo Jeckel-Neto & Cunha (2002), o estudo da longevidade e dos processos de envelhecimento foi deixado de lado, sendo apenas um complemento nas várias disciplinas da biologia.

A ciência por muito tempo relegou o estudo do envelhecimento a algo não muito importante. Somente no século XX é que se modificou um pouco este cenário, a população idosa apresentou uma alta expectativa de vida e ao mesmo tempo os recursos instrumentais disponíveis para a pesquisa, avançaram muito nos últimos tempos. Esses dois fatores corroboraram para a implementação de pesquisas sobre o envelhecimento (JECKEL-NETO & CUNHA, 2002).

Uma visão geral das teorias correntes de base biológica nos dá uma idéia do quanto é diversificado o estudo do envelhecimento, pois a área biológica apresenta várias classificações das teorias, cada qual enfocando um aspecto biológico para se estudar a velhice.

A princípio, a abordagem biológica do processo de envelhecimento esteve voltada para uma perspectiva fisiológica e depois se voltou para aspectos bioquímicos. Posteriormente, o avanço do conhecimento genético, deu origem a busca por padrões de hereditariedade da longevidade (JECKEL-NETO & CUNHA, 2002).

Segundo Mota, Figueiredo e Duarte (2004) são muitas as teorias sobre o envelhecimento e muitas delas já não são mais aceitas, mas ainda se tem um grande número dessas teorias, porém pode-se dividi-las em duas categorias: as Teorias Estocásticas e as Genéticas.

Segundo Farinatti (2002, p.2), “as Teorias Estocásticas trabalham com a hipótese de que o envelhecimento dependeria do acúmulo de agressões ambientais que atingem um nível incompatível com a manutenção das funções orgânicas e da vida”. Essas teorias tratam a velhice como resultado de uma deterioração devido à acumulação de danos moleculares aleatórios (JECKEL-NETO & CUNHA, 2002).

No grupo das teorias estocásticas encontra-se a Teoria do Erro Catastrófico, proposta por Orgel em 1963 (TEIXEIRA, 2006). Esta teoria propõe que ao longo do tempo se produziria um acúmulo de erros na síntese protéica que por fim acarretaria

prejuízos na função celular, propondo que processos incorretos de transição e ou de tradução dos ácidos nucleicos reduziram a eficiência celular a um nível incompatível com a vida (JECKEL-NETO & CUNHA, 2002).

Outra teoria deste grupo é a do Dano Oxidativo e Radicais Livres. Segundo os mesmos autores, o princípio dessa teoria é que “a longevidade seria inversamente proporcional à extensão do dano oxidativo e diretamente proporcional à atividade das defesas antioxidantes” (p.20). Essa é uma teoria bastante popular que diz que o envelhecimento seria o resultado de uma proteção inadequada contra danos produzidos nos tecidos pelos radicais livres. Embora plausível, os princípios desta teoria não podem ser claramente comprovados ou refutados por um único experimento. Diversos tipos de evidências têm sido levantadas para testar essa teoria, mas ainda existem muitas controvérsias (JECKEL-NETO & CUNHA, 2002).

Segundo Jeckel-Neto & Cunha (2002), as teorias classificadas como do uso e desgaste são provavelmente, as mais antigas precursoras do conceito de falha de reparo. Embora desatualizadas elas persistem, por serem reforçadas em observações cotidianas, que o acúmulo das agressões do dia-a-dia pode levar à diminuição da eficiência do organismo e por fim levá-lo à morte. Esta também é pertencente ao grupo das teorias estocásticas.

As teorias com base genética propõem que há uma programação genética do processo de envelhecimento do organismo, desde o nascimento até à morte (FARINATTI, 2002). Elas sugerem que mudanças na expressão gênica causariam modificações senescentes nas células, do tipo gerais ou específicas que podem atuar em nível intra ou extracelulares (JECKEL-NETO & CUNHA, 2002).

A Teoria Neuroendócrina é uma das teorias mais relevantes do grupo das teorias de base genética. Segundo Teixeira (2006), a teoria neuroendócrina propõe que o envelhecimento é resultado da diminuição dos hormônios do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal que controlam o sistema reprodutor, o metabolismo e outros aspectos do funcionamento normal de um organismo.

A Teoria Imunológica também do grupo das teorias genéticas propõe que exista uma redução quantitativa e qualitativa de linfócitos, responsável pela resposta imunológica, isso em função da involução do timo, que perde 95% de sua massa nos primeiros 50 anos de vida (TEIXEIRA, 2006).

Papaléo-Netto & Borgonovi (2002, p.44) colocam que:

apesar do envelhecimento biológico ser um fenômeno universal e comum a praticamente todos os seres vivos animais, permanecem até hoje dúvidas acerca dos mecanismos que acarretam modificações profundas nas funções orgânicas de indivíduos idosos, particularmente naqueles que atingiram idades mais avançadas da vida, o que torna adultos saudáveis em velhos frágeis com redução das reservas funcionais e aumento exponencial da vulnerabilidade a muitas doenças e conseqüentemente, à morte.

Em resumo, pode-se dizer que dado às múltiplas facetas e à complexidade biológica do processo de envelhecimento, dificilmente uma única teoria seria capaz de explicá-lo inteiramente, conforme propõe (BUSSE, citado por OLIVEIRA, 1999).

1.2.3.2 Teorias Psicológicas

O interesse da psicologia sobre a velhice é relativamente recente, visto que a expansão sistemática da Gerontologia só ocorreu no final da década de 1950, principalmente em função do rápido crescimento no número de pessoas idosas.

Começam em 1928 as primeiras pesquisas experimentais sobre a velhice, com estudos que investigavam tópicos tais como: aprendizagem, memória e tempo de reação. No entanto, até 1940, relativamente poucos estudos investigaram a vida adulta e a velhice, considerando que até então esta foi a época de expansão e consolidação da psicologia da infância e da adolescência (BALTES, 1995).

De acordo com Néri (2002), alguns teóricos pensam o desenvolvimento em termos de estágios discretos e têm como pressuposto a existência de tendências de crescimento, estabilidade e declínio. Esse paradigma é conhecido como o de mudança ordenada. Outros acreditam que o desenvolvimento é um processo contínuo de mudanças deflagradas por pontos de transição de natureza psicossociais (alterações de papéis, status); esse paradigma é dito contextualista. Um terceiro grupo acredita no desenvolvimento como produto da influência interativa de determinantes biológicos, sociais e históricos e de determinantes não normativos onde não há uma época para a sua ocorrência. Esse paradigma é denominado de paradigma dialético.

Erik Erikson um dos pioneiros nos estudos sobre o desenvolvimento humano, formulou no início dos anos 90, a Teoria do Desenvolvimento que abordava todo o percurso de vida. Nesta teoria, ele explicitava que o desenvolvimento se processa ao longo de toda a vida e que o sentido da identidade de uma pessoa se

desenvolve através de uma série de estágios psicossociais durante todo o ciclo de vida (BEE & MITCHELL, 1984).

Esta teoria compõe-se de nove estágios, sendo o período da vida adulta (considerado após 41 anos) denominado de integridade do ego *versus* desespero. A integridade do ego é caracterizada por fatores intrínsecos à velhice como: dignidade, prudência, sabedoria prática e aceitação do modo de viver, e o desespero seria, possivelmente, medo da morte. Erikson, através destes estudos, contribuiu significativamente para a compreensão das transformações ocorridas na velhice. Vale salientar que, até então, poucos autores na psicologia haviam dado ênfase ao estágio do desenvolvimento humano contemplando a vida adulta (BEE & MITCHELL, 1984).

A Teoria do Desenvolvimento de Erikson representa dois avanços em relação às teorias clássicas do desenvolvimento. Um deles foi à consideração da vida em toda a sua extensão. O outro ponto é o que considera as influências socioculturais na manifestação e resolução das crises evolutivas (NERI, 2001^b).

Segundo a mesma autora, Erikson exerceu forte influência sobre estudiosos dos modelos de curso de vida (“life-span”) por contemplar a vida em toda a sua extensão. Depois a teoria de Erikson abandonou a metáfora de crescimento, culminância e contração e inclui a noção de que os avanços evolutivos ocorrem numa seqüência fixa e internamente gerada de crises, cujas manifestações dependem das condições oferecidas pela sociedade e sua resolução depende de condições psicológicas e influências socioculturais (NERI, 2001^b).

No campo da psicologia três paradigmas sustentam uma multiplicidade de teorias psicológicas, o paradigma da mudança ordenada, as teorias ditas contextualistas e as de orientação dialética (Néri, 2002). Segundo a mesma autora, o paradigma da mudança ordenada, preconiza que o desenvolvimento é organizado por eventos de natureza ontogenética, processo balizado por estágios, crescimento, estabilidade e declínio, ao passo que as teorias ditas contextualistas vêem a velhice como resultado da mútua influência entre o indivíduo e o ambiente social. Já as teorias de orientação dialética vêem o desenvolvimento durante toda a vida do indivíduo e adotam uma perspectiva de declínio com compensação em relação à velhice.

Na realidade, a perspectiva (“life-span”), de orientação dialética em relação ao desenvolvimento e envelhecimento representa uma síntese de várias fontes de

influência sobre o pensamento psicológico que se desenvolveu na área da psicologia do desenvolvimento do adulto e idoso, sendo Paul B. Baltes um dos mais destacados porta-vozes deste paradigma (Néri, 2001^b). No Brasil, a teoria “*life-span*” tem sido difundida pelos trabalhos da Dr^a Anita Liberalesso Néri (MOSER, 2001). Segundo Néri (2001^a), esta teoria se baseia nos seguintes pressupostos:

- o desenvolvimento ontogenético estende-se por toda a vida, envolvendo tanto processos de mudança de origem genética quanto outros que se iniciam em diversos momentos do curso de vida;

- nenhum período do curso de vida tem supremacia na regulação da natureza do desenvolvimento;

- o desenvolvimento é um processo multidirecional e existe considerável sobreposição entre vários aspectos do desenvolvimento que se dão em ritmos diferentes no mesmo período do curso de vida;

- as mudanças podem assumir múltiplas direções no mesmo momento de desenvolvimento;

- o desenvolvimento envolve equilíbrio constante entre ganhos e perdas e significa mudança adaptativa constante

- a proporcionalidade entre ganhos e perdas no desenvolvimento sofre alterações ao longo da vida: na infância preponderam ganhos e na velhice preponderam perdas;

- existe considerável variabilidade intra-individual, tanto em potencialidade e limites quanto para diferentes formas de comportamento e desenvolvimento;

- o desenvolvimento e sua plasticidade estão contextualizados histórico e culturalmente. A natureza das condições e o ritmo das transformações afetam o desenvolvimento individual e de grupos etários;

- o desenvolvimento sofre influência de três sistemas: de gradações por idade, do contexto histórico e de eventos não normativos. Todos tendem a ser experienciados como crises;

- o desenvolvimento humano é um evento multideterminado e multifacetado, portanto é importante o conhecimento de várias disciplinas e a integração de suas contribuições.

Segundo Néri (2001b. p.12) “a perspectiva *life-span* não adota o critério de estágios como princípio organizador do desenvolvimento, muito embora admita que

a vida seja efetivamente demarcada no tempo”. Este paradigma representa uma ruptura com os paradigmas clássicos da psicologia, pois suas explicações não davam conta de responder ao elevado grau de desenvolvimento social e de possibilidades crescentes de envelhecer bem.

1.2.3.3 Teorias Sociais

As teorias sociais do envelhecimento representam uma contribuição importante para o entendimento do processo de envelhecimento.

Segundo Siqueira (2001, p.73), a Teoria da Atividade

considera que, ao envelhecer, o indivíduo depara-se com as mudanças relacionadas às condições anatômicas, psicológicas e de saúde típicas dessa etapa da vida. Mas suas necessidades psicológicas e sociais permaneceriam as mesmas de antes. O mundo social contrai-se tornando difícil para o idoso satisfazer totalmente suas necessidades.

Também segundo a autora, para a manutenção de um autoconceito positivo, o idoso deveria substituir os papéis sociais perdidos com o envelhecimento por novos papéis de modo que eles incrementariam novas atividades, o que proporcionaria novas atividades e acarretariam possivelmente, bem-estar na velhice.

Essa Teoria da Atividade influenciou os movimentos sociais para o incremento de atividades de lazer, educação não-formal como promotores de bem-estar. Apesar de suas limitações, um número significativo de pesquisas aponta uma relação positiva entre a variável atividade e bem-estar na velhice.

Outra teoria apresentada por Siqueira (2001) é a Teoria do Colapso de Competência, em que o idoso enfrenta crises que são desencadeadas por perda de saúde, do companheiro e outras perdas comuns ao processo de envelhecimento. Essas perdas levam a uma seqüência de respostas negativas e isto contribui para a diminuição das competências e habilidades antes existentes, levando o idoso a adotar um autoconceito de doente, inadequado ou incompetente.

Outra teoria que aborda os aspectos sociais do envelhecimento é a Teoria das Trocas. O pressuposto básico da Teoria das Trocas (BLAU, 1964, citado por RAMOS, 2002) é que a interação entre indivíduos ou coletividades pode ser caracterizada como uma tentativa de maximizar recompensas (materiais e não-

materiais) e reduzir custos (materiais e não-materiais). A interação é mantida porque as pessoas acham tais interações compensadoras, independentemente de razões.

Dowd (1975) citado por Ramos (2002), explicitamente aplicou essa teoria para o envelhecimento, sugerindo que o decréscimo nas interações sociais entre jovens e idosos se dá pelo fato de que os idosos têm menos recursos com o que contribuir em situações de trocas entre gerações. Pois estão freqüentemente desatualizados, afetados por problemas de saúde a maioria são de baixa renda, pouca escolaridade, de modo que tudo isso atinge a interação do idoso com os mais jovens.

Outra teoria apresentada por Siqueira (2001), descreve a relação entre modernização e as mudanças nos papéis sociais e no status das pessoas idosas. Ela refere-se à modernização resultante do processo de industrialização que acarretou mudanças significativas na sociedade segundo o contexto histórico e cultural das sociedades.

E que o argumento central é o de que o status dos idosos está diretamente relacionado ao nível de industrialização da sociedade, quanto mais industrializadas as sociedades, maior é a perda de status, enquanto que em sociedades pré-industriais o controle do escasso recurso e o conhecimento da tradição, elevava o status dos idosos (SIQUEIRA, 2001, p.89).

A Teoria da Subcultura do Envelhecimento, segundo Siqueira (2001, p.92):

afirma que na sociedade norte-americana, os idosos estão desenvolvendo uma cultura própria, resultante de suas crenças e de seus interesses comuns (por exemplo, cuidados com a saúde), da exclusão de interações com outros grupos etários e do crescimento de interação dos idosos entre si como resultado de política pública segregacionista (por exer aposentadoria, conjuntos residenciais para idosos).

As mudanças demográficas, ecológicas e sociais contribuem para o desenvolvimento de subculturas e essas mudanças incluem o aumento de pessoas com mais de 65 anos de idade, a segregação de idosos em cidades do interior e o declínio na oferta de empregos para este grupo. Esta subcultura contribui para aumentar o conceito negativo do idoso, mas também leva a uma maior consciência de grupo para a busca de seus direitos com ações políticas e sociais (SIQUEIRA, 2001).

1.3 O Idoso e a Velhice na Contemporaneidade

Várias são as designações utilizadas para a pessoa idosa na atualidade, todas com o intuito de amenizar a dificuldade com que as pessoas, de modo geral, encaram a sua própria velhice e a dos outros. Assim termos como 'melhor idade', 'terceira idade', 'idade madura' e outros, são utilizados com fortes tendências de preconceitos.

Por esses motivos, Néri & Freire (2000), sugerem o uso dos termos 'velho' ou 'idoso' para designar pessoas idosas, 'velhice' para falar da última fase do ciclo vital e 'envelhecimento' para tratar dos processos de mudanças físicas, psicológicas e sociais que se acentuam e se tornam mais perceptíveis mais ou menos a partir dos 45 anos.

Para Gusmão (2001, p.113):

a maturidade e a velhice desde sempre constituem desafios a todas as sociedades humanas, sobretudo no mundo moderno, cuja dimensão social encontra-se centrada na juventude, como mito e como valor que orientam a percepção de mundo e a compreensão possível da vida.

Zimerman (2000), coloca que vivemos em uma sociedade que toda a expectativa dos adolescentes é voltada para a idade adulta, onde eles se vêem com seu trabalho como fonte de renda e associam à mesma todas as vantagens que essa fase poderá trazer, não projetem a sua vida para a velhice, não pensem na mesma, ou no tipo de idoso que se tornarão. Contudo, não é por acaso que os mais jovens não querem pensar no momento em que serão idosos, pois o preconceito em nossa sociedade é bastante forte com relação a essa etapa da vida. As condições as quais está exposta a grande maioria dos idosos no Brasil não permitem que se pense na velhice.

Segundo Papaléo-Netto & Ponte (2002), existe uma situação contraditória na sociedade moderna, de um lado essa sociedade defronta-se com um aumento expressivo da população de idosos e de outro continua com o mesmo tratamento preconceituoso com os idosos se omitindo e se negando a tomar providencias que diminuam as dificuldades encontradas pelos que adentram nesta fase do ciclo vital.

Segundo Néri (2001), pesquisas que apresentam apenas o lado de perdas do envelhecimento, juntamente com a mídia e outros meios simbólicos de

comunicação têm fortalecido preconceitos em nossa sociedade de que os idosos são todos doentes improdutivos e dependentes em tudo que necessitam.

Em função desse preconceito, a imagem do idoso está sempre ligada ao do idoso doente e assim, o jovem generaliza a figura doente para todos os idosos, a deficiência a dependência e o declínio como parte essencial da velhice.

Não é de se surpreender que a velhice seja carregada de preconceitos e medos. Numa sociedade do novo, do belo, do produtivo, do saudável, a velhice está associada ao que não é desejável para o ser humano: o velho, o feio, o improdutivo, o doente. Isto faz com que se tente driblar a existência dessa fase da vida onde o indivíduo cerca-se de tudo que prometa o não-envelhecimento o que acaba por fortalecer o seu próprio preconceito. Daí a incorporação de padrões, pré-conceitos e estereótipos por parte, muitas vezes, do próprio idoso no sentido de buscar a correspondência ao modelo socialmente estabelecido (NÉRI, 2001^a).

Além dos idosos incorporarem tais preconceitos, uma outra dificuldade é o fato de não conseguirem se desvencilhar dos valores e conceitos do mundo em que viveram, e adaptarem-se aos novos conceitos da sociedade moderna. Papaléo-Netto & Ponte (2002), ponderam que as dificuldades no relacionamento com os mais jovens têm duas vias. Se de um lado a geração mais velha sofre rejeição por parte da mais nova, os mais velhos querem trazer para o presente, os valores do passado e também não aceitam o mundo com os valores atuais. Assim, ambos colaboram para a manutenção dessa situação.

Na visão de Gusmão (2001), as sociedades modernas vêem a velhice em preto e branco, e daí apresentam e propõem aos que pertencem a esta faixa de idade, atividades de toda ordem como lazer, cursos e tudo que possa dar qualidade de vida a estas pessoas, qualidade de vida esta determinada não pelo idoso e sim pelos outros. Por seu saber acumulado, o idoso deveria ter lugar de destaque na sociedade, porém numa sociedade centrada no jovem e na força que este representa, o velho se torna aquele que não mais atende aos objetivos do sistema.

Visão semelhante sobre o idoso é dada por Cabral (1996) citado por Gusmão (2001), ao mencionar que embora o idoso faça parte da vida sociocultural, ele não tem uma forma óbvia de expressão.

O âmbito social se apresenta como uma realidade de segregação do idoso, principalmente daqueles que constituem a grande maioria da nossa sociedade, que são os carentes, os que vivem de uma parca aposentadoria, sem nenhum status,

excluído do mundo e das relações. Assim, o que se observa na contemporaneidade de modo geral, é a rejeição, o abandono do idoso e a não aceitação da velhice.

O estigma social contemporâneo impõe o conceito de que o jovem é o padrão normal e este é o desejado pela sociedade. O idoso é o 'não-normal' e deve ser excluído das funções básicas da sociedade. Desta forma, fica claro que a conotação de valor ou desvalor é dada pelos valores dos grupos de inserção social do indivíduo, cabendo ao grupo conferir algum atributo ao indivíduo a ele pertencente (SOUZA, 1995, citado por PEREIRA, 2002).

Por outro lado, apesar das perdas já conhecidas e mencionadas desta última fase da vida, é preciso que se fale dos ganhos associados à mesma, e se propale essa idéia no sentido de minimizar os preconceitos em relação à velhice, sobretudo no Brasil, país com grande número de idosos. A velhice enquanto última fase do ciclo vital apresenta características próprias, o que deveria ser visto e respeitado como parte do processo natural. Em contrapartida, ela se apresenta de forma muito diferente e ao mesmo tempo, muito semelhante para todos, o que implica em complexidades e diversidades de pensamentos e postulados sobre a mesma.

Nas ciências, embora o estudo do envelhecimento humano esteja apenas iniciando, há concordância entre os especialistas do envelhecimento em alguns pontos. O primeiro deles é o de que a natureza do envelhecimento e da velhice é mais complexa e diferenciada do que normalmente se pensa. O segundo é a questão essencial do desenvolvimento integral na velhice, a busca do equilíbrio entre as potencialidades e limitações do indivíduo. Se por um lado o envelhecimento implica em declínio, fragilização e incapacidade, por outro lado a cultura e o próprio indivíduo podem gerar condições que promovam o seu progresso psicológico, a despeito ou mesmo por causa dessas limitações (NERI, 1993).

1.4 Qualidade de Vida

Difícilmente pode-se dissociar o tema do envelhecimento da questão 'qualidade de vida'. O construto qualidade de vida por sua vez, é bastante amplo, possui uma natureza abstrata e em decorrência disto, possui significados diferentes para diferentes pessoas, variando ainda em função do momento e do local de referência, daí a dificuldade de conceituação (PASCHOAL, 2002^b).

Nas últimas décadas o debate sobre o conceito de qualidade de vida não encontrou consenso satisfatório. O conceito de boa vida foi inicialmente utilizado em termos da conquista de bens materiais, logo após a 2ª guerra mundial. Posteriormente, o conceito foi ampliado e utilizado como indicador de desenvolvimento econômico de uma sociedade, independentemente de como a riqueza nela era distribuída. Nesse sentido, a crença da época era que as populações de países com bons indicadores econômicos possuíam melhor qualidade de vida (PASCHOAL, 2002^b).

Com o tempo o conceito se amplia para além dos indicadores econômicos e passa a incluir o desenvolvimento social em todos os seus aspectos.

O termo qualidade de vida foi usado por Lyndon Johnson, presidente dos EUA, em 1964, ao declarar que “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”. Desde então, conceituar e mensurar qualidade de vida tem sido uma preocupação dentro das ciências humanas e biológicas (FLECK, 1999).

A expressão qualidade de vida tem sido abordada e propagada em todos os contextos, pretendendo cada um destes, abordagens e significações diferenciadas.

Para a ONU - Organizações das Nações Unidas - (2005), a qualidade de vida é medida pelo nível de instrução e expectativa de vida, o que confere ao Brasil o 69º lugar em relação ao nível de qualidade de vida da população geral comparada com outros países. Já para a Organização Mundial de Saúde – OMS - (2005), a qualidade de vida na terceira idade pode ser definida como a manutenção da saúde em seu maior nível possível, em todos os aspectos de vida humana, físico, social, psíquico e espiritual.

Silva (1999) citado por Pereira (2002), aplica o conceito de qualidade de vida àqueles indivíduos aparentemente saudáveis e ao seu grau de satisfação com a vida, moradia, transporte, alimentação, lazer, satisfação/realização profissional, vida sexual e amorosa, relacionamentos com outras pessoas, liberdade, autonomia e segurança financeira. Por sua vez, Augusto (2000) citado por Siviero (2003), propõe três categorias para mensurar qualidade de vida, que são os indicadores físicos (relacionados com habitação, saneamento, etc), os indicadores de direito (relacionados com as condições sociais e políticas) e os indicadores subjetivos (relacionados com os aspectos de satisfação pessoal).

Falar sobre qualidade de vida, de forma ampla demonstra a necessidade de estudos integrados em várias áreas, uma vez que esse tema hoje tem sido foco de atenção de variados setores da sociedade, desde negócios à satisfação pessoal.

A preocupação com qualidade de vida indiretamente é também verificada na sociedade para os que se utilizam tipos variados de produtos e serviços que impliquem em benefícios e satisfação.

Nesse sentido, o conceito de qualidade de vida é multidimensional, sendo ele definido em nível de senso comum, podendo ora ser objetivo ou subjetivo, e relacionar-se ao nível coletivo ou individual. Outro aspecto importante com relação ao mesmo é o fato dele ser exatamente particular ou de foro íntimo. Assim, somente o indivíduo é que pode atestar a sua qualidade de vida, de acordo com a sua própria visão.

A busca por uma qualidade de vida individual e coletiva tem trazido preocupações para o ser humano. Buscar uma velhice com qualidade, manter a vitalidade, a mobilidade, participar de novos projetos ainda que se esteja nesta fase da vida, é objetivado por muitos idosos.

Rolin & Forti (2004), afirmam que sendo o conceito de qualidade de vida relativamente novo, muito abrangente e subjetivo, vários grupos de estudo começaram a estudar o que seria e o que abrangeria esse fenômeno. Em razão dessa flexibilidade é que cada área de estudo entende qualidade de vida de uma forma.

Um dos grupos que se tornaram referência sobre esse assunto é o Grupo de Qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) – Whoqol Group (World Health Organization Quality of Life Group) – que, desde a década de 1980, estuda essa temática. Para esse grupo, qualidade de vida é definida como a percepção subjetiva do indivíduo sobre a sua posição na vida dentro do contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vive e com relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (ALLEYNE, 2001, citado por PEREIRA, 2002).

Pode-se perceber que esse conceito busca definir a qualidade de vida a partir da percepção do indivíduo e por isso é capaz de abordá-la em conformidade com a sua vivência, desejos e expectativas. O presente estudo se baseia na definição de qualidade de vida adotado pela Organização Mundial de Saúde.

Minayo, Hartz e Buss (2000 p.18), dizem que “qualidade de vida boa ou

excelente é aquela que ofereça um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar, trabalhar, produzindo bens e serviços, fazendo ciências ou artes”.

Outro ponto abordado em variados conceitos de qualidade de vida é a questão da variedade de aspectos externos e internos aos indivíduos que se fazem necessários no sentido de assegurar a qualidade de vida. Tais aspectos podem ser mensurados tanto de forma objetiva como de forma subjetiva. Assim, o referencial pessoal, a situação social, a cultura, o meio ambiente e a idade influenciam a percepção do indivíduo sobre o significado de qualidade de vida que emerge da relação da pessoa com o seu meio ambiente e pode ser determinado pelo nível de educação e saúde (ZHAN, 1992 citado por SIVIERO, 2003). A educação permite o acesso ao conhecimento e leva à reflexão e à consciência crítica. Ao mesmo tempo, a saúde que o indivíduo goza pode afetar decisivamente a sua em relação à qualidade de vida.

Diante do cenário de envelhecimento do país, o interesse aumenta pela avaliação da qualidade de vida dos idosos e pela busca de melhores condições para o envelhecimento. “Na área da saúde, o interesse pelo conceito de qualidade de vida é relativamente recente e decorre em parte dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas” (SEIDL & ZANNON, 2004, p.3).

Ainda na área da saúde, de acordo com Forratini (1991), pode-se pensar em duas formas de se ver a qualidade de vida, a individual e a coletiva. A primeira refere-se à avaliação da capacidade funcional e da consequência da doença e a segunda, está voltada para ao resultado da presença de determinantes da doença, de natureza física, biológica e social.

De forma mais específica, cada área apresenta uma definição característica, sendo que qualidade de vida já foi incorporada à prática médica (MINAYO, HERTZ, e BUSS, 2000). Quando fazem uso do termo, porém, os profissionais utilizam-no dentro de um referencial clínico para designar o movimento em que, a partir de situações de lesões físicas ou biológicas, são oferecidas indicações técnicas de melhorias nas condições de vida dos enfermos. Desta forma, os profissionais da saúde denominam a termo como “qualidade de vida em saúde”.

Ainda segundo os autores, a noção de saúde é totalmente funcional e

corresponde ao seu contrário, a doença como causa, evidenciando uma visão medicalizada do tema.

A subjetividade e a multidimensionalidade, aspectos importantes no conceito de qualidade de vida, se consolidaram como consenso entre os estudiosos da área apenas no início dos anos 90 (SEIDL & ZANNON, 2004).

Em termos de mensuração, um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida foi elaborado por um grupo de especialistas em Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL Group, 1995). O instrumento contempla um enfoque transcultural. Assim, embora não haja definição consensual de qualidade de vida, há concordância considerável entre pesquisadores acerca de algumas características do construto, como a subjetividade e a multidimensionalidade anteriormente mencionados. A esses dois aspectos foi acrescentado um outro, a bipolaridade, e juntos, os três integram o construto aceito pela grande maioria das correntes de opinião.

A subjetividade relaciona-se aos aspectos emocionais, de satisfação/insatisfação, capacidades percebidas pela própria pessoa, enquanto que em termos do aspecto multidimensionalidade são avaliadas as dimensões física, psíquica e social, além da bipolaridade que são dimensões positivas e negativas. Paschoal (2002^a), considera que o construto pode ser aplicado a condições bastante adversas tais como em relação ao desempenho de papéis sociais, a autonomia, a dor e a fadiga entre outros.

Conforme Minayo, Hertz e Buss (2000 p.3)

a qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Ela pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera do ponto de vista do padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Como se pode notar qualidade de vida, inclui diversas concepções, relaciona-se com os mais variados campos do saber, inclui noções relativas às condições e estilos de vida, a própria subjetividade do ser humano, condições internas e externas ao indivíduo e outras mais. Portanto, conceituar e estudar qualidade de vida é um desafio que propicia um diálogo interdisciplinar para o

avanço do conhecimento do tema.

1.4.1 Avaliação da Qualidade de Vida

Na visão de Augusto (2000), citado por Siviero (2003), avaliar a qualidade de vida é uma necessidade que leva a compreensão de várias instituições, no sentido de que por meio desta avaliação pode-se obter informações que permitam a organizar e reorganizar ambientes de intervenção política e econômica.

Os Estados Unidos nos últimos anos desenvolveram uma grande quantidade de instrumentos de avaliação de qualidade de vida, o que levou conseqüentemente ao interesse por parte de outras culturas em traduzir esses instrumentos (FLECK, CHACHAMOVICH e TRENTINI, 2003).

Tais instrumentos são elaborados levando em consideração as questões próprias daquela cultura, o que pode ser um entrave para a sua utilização universal. Para alguns autores, a qualidade de vida transcende aspectos culturais ou regionais (FLECK, CHACHAMOVICH e TRENTINI, 2003).

Os estudos sobre qualidade de vida têm se mostrado muito importante nas diversas áreas e o mesmo ocorre em relação à população idosa. Segundo Paschoal (2002^a), como o envelhecimento é uma experiência heterogênea, cada indivíduo pautará sua vida de acordo com padrões, normas, expectativas, desejos, valores e princípios diferentes. Assim, há necessidade de instrumentos multidimensionais, sensíveis à grande variabilidade dessa população.

Avaliar a qualidade de vida na velhice implica na adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e sócio-estrutural. Vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, (...) e continuidade de relações informais em grupos primários, principalmente redes de amigos (NERI, 1993, p.10).

Segundo Paschoal (2002^b, p.82),

há necessidade de instrumentos multidimensionais suficientemente sensíveis para captar a variabilidade dos diferentes grupos de idosos e de sua qualidade de vida. Esses instrumentos devem considerar as especificidades dessa faixa etária, pois, que, em virtude de seus valores e experiências de vida, os idosos diferem dos mais jovens”.

Além disso, segundo o mesmo autor, fatores relacionados à idade afetam a

saúde, dimensão importantíssima para a qualidade de vida na velhice e diversas situações sociais (aposentadoria, viuvez, dependência, perda de autonomia dentre outras). Todos esses fatores aumentam a complexidade da mensuração da qualidade de vida dos idosos.

Daí, a busca de um instrumento que avaliasse a qualidade de vida dentro de uma perspectiva genuinamente internacional fez com que a Organização Mundial de Saúde, organizasse um projeto colaborativo multicêntrico. O resultado deste projeto foi a elaboração do WHOQOL 100, um instrumento de avaliação de qualidade de vida composto por 100 itens. Este grupo no Brasil, também elaborou o WHOQOL-Bref (Abreviado) com 26 itens, que foi utilizado neste estudo.

Os instrumentos de avaliação da qualidade de vida podem ser classificados como genéricos se usam questionários sem especificar patologias, o que é o caso do WHOQOL 100 e WHOQOL-Abreviado, elaborado pela OMS, e específicos, que se referem a agravos específicos.

De acordo com Seidl & Zannon (2004 p.13),

um aspecto importante que caracteriza estudos que partem de uma definição genérica do termo qualidade de vida é que as amostras estudadas incluem pessoas saudáveis da população, nunca se restringindo a amostra de pessoas portadoras de agravos específicos.

No entanto, os autores afirmam existir uma controvérsia quanto ao uso de instrumentos específicos, já que mensurar qualidade de vida com instrumentos específicos contribui mais para identificar melhor as características de determinados agravos. Outros, dizem que essa abordagem específica restringe a percepção da qualidade de vida a sintomas e disfunções e isto contribui muito pouco para uma visão mais abrangente dos aspectos não médicos associados à qualidade de vida.

Neste contexto, o presente estudo se propôs a investigar a qualidade de vida em idosos moradores da cidade de Rio Verde, utilizando o instrumento genérico WHOQOL- Abreviado, que apresenta cinco domínios de qualidade de vida, a saber: 1) domínio físico; 2) psicológico; 3) de relações sociais; 4) meio ambiente; e 5) global. Trata-se de um instrumento validado em diferentes países a partir de um projeto multicêntrico. No Brasil, um grupo de pesquisadores da Universidade do Rio Grande do Sul constitui a principal referência em relação ao instrumento (FLECK, 2000).

OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a percepção de idosos moradores de Rio Verde – GO, em relação à sua qualidade de vida.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sócio-demográfico de idosos moradores da cidade de Rio Verde - Goiás a partir da aplicação de um questionário sócio-demográfico, com 26 questões sendo estas abertas e fechadas;

- Avaliar a qualidade de vida dos idosos por meio da aplicação do WHOQOL Abreviado;

- Verificar a qualidade de vida percebida pelos idosos em relação aos domínios físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente e domínio global;

- Caracterizar a percepção da qualidade de vida dos idosos em relação à sua autonomia e independência;

- Identificar possíveis relações entre variáveis sócio-demográficas e a percepção da qualidade de vida nos idosos estudados;

- Verificar dentre os domínios de qualidade de vida o mais relevante na percepção global da qualidade de vida do idoso.

MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Sujeitos

A população total de idosos da cidade de Rio Verde, segundo IBGE (2000) (expectativa para 2005) é de 9700 pessoas com 60 ou mais anos de idade.

Os participantes da pesquisa foram 390 idosos moradores da cidade de Rio Verde - Goiás, com 60 ou mais anos de idade. Destes 209 (53,6%) do sexo feminino e 181 (46,4%) do sexo masculino, moradores das regiões urbanas, pertencentes a todas as classes sociais e que não tinham nenhum tipo de impedimento para responder ao questionário. Foram excluídos do estudo idosos inconscientes, institucionalizados, com problemas mentais e aqueles que por vontade própria não se dispuseram a responder o questionário.

3.2 Seleção da Amostra

A amostra do estudo foi aleatória (estratificada) recrutada a partir das seis regiões censitárias de Rio Verde-GO (Norte, Sul, Central, Leste, Oeste e Noroeste), proporcionalmente ao número de idosos em cada região conforme o quadro 1.

Quadro 1. Número estimado de idosos por região censitária da cidade de Rio Verde segundo IBGE (2000) e respectivo número de idosos entrevistados.

Região	No de Idosos	Amostra
Norte	3.060	100
Sul	1.600	60
Central	1.730	85
Leste	1.530	52
Oeste	240	38
Noroeste	1.540	52
Total	9.700	387

3.3 Aspectos Éticos

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo CEP - FESURV - Universidade de Rio Verde (Anexo 1).

Nos contatos com os idosos estes foram informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e convidados a participar da pesquisa. Aos idosos que consentiram em participar da pesquisa foi oferecido o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), (Anexo 2), para que assinassem em duas vias, uma para o pesquisador e a outra para o participante, no sentido de consentir a sua participação. Aos idosos analfabetos, foi possibilitada a participação com a impressão digital no documento, além de ter sido coletado a assinatura no TCLE de uma testemunha alfabetizada.

3.4 Local de Estudo

O município de Rio Verde possui uma área territorial de 8.415,40 Km, com altitude média de 742m, o clima é tropical úmido com estações definidas em seca e chuvosa, com temperatura entre 20 e 35 graus em média. Pertence geograficamente ao sudeste do Estado de Goiás na região centro oeste do Brasil. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2000), o município apresenta uma população de 134.211 habitantes. A expectativa para 2005 é de 9700 idosos no Município de Rio Verde - GO.

A cidade de Rio Verde-GO está dividida em seis regiões censitárias, Norte, Sul, Leste, Oeste, Noroeste e Central, sendo a região Norte composta por bairros de classe média e média baixa, com razoável infra-estrutura. A região Sul, comporta bairros de classe baixa onde um desses bairros apresenta bastante violência, mas com razoável infra-estrutura. A região Leste é de classe média à média baixa e a região Oeste é de classe média alta e alta, com excelente infra-estrutura. A região Noroeste inclui bairros antigos e razoável infra-estrutura, apresenta classe média e média baixa. Por fim, a região central bastante valorizada, foi se transformando na maioria em casas de comércio, com poucas residências, dotadas também de boa infra-estrutura.

O município de Rio Verde tem como principal atividade econômica a agricultura, principalmente a soja e o milho, a agropecuária (bovinocultura e suinocultura) e recentemente, foi instalada na região de Rio Verde, um pólo agroindustrial.

O cidadão Rio-verdense tem em média uma renda de 3 salários mínimos, uma taxa de analfabetismo de 5%, e uma taxa de 11% das pessoas, cursando ou

que já cursaram o ensino superior. O índice de Desenvolvimento Humano do Município, o IDH –M é de 0,807 maior que o IDH-M do Estado de Goiás que é de 0,776, sendo que a classificação do IDH é de elevado a partir de 0,800.

3.5 Procedimento

Os instrumentos utilizados para investigar os objetivos propostos do estudo são apresentados no item a seguir e foram aplicados em visitas domiciliares que ocorreram entre os meses de novembro de 2006 a fevereiro de 2007.

Para fins de escolha dos bairros onde seriam recrutados os idosos, utilizou-se um mapa da cidade dividido por regiões censitárias. Para fins do sorteio dos bairros a serem visitados no sentido de recrutar os idosos, levou-se em consideração o número total de bairros por região censitária, bem como o número de idosos por cada região. Assim, na região Norte foram entrevistados 100 idosos dos bairros Popular, Valdeci Pires e Martins; na região Sul, foram entrevistados 60 idosos dos bairros Promissão e Renovação; na região Central, 65 idosos dos bairros Centro Alto, Centro Baixo e Bandeirante; já na região Leste o número de idosos que participaram do estudo foi de 52 moradores dos bairros Vila Maria, Santo Agostinho e Jardim Goiás e na região Oeste, 38 idosos de três bairros foram entrevistados, Setor Campestre, Parque das Laranjeiras e Setor Morada do Sol . Por fim na região Noroeste, os 52 idosos entrevistados habitavam os bairros de Menezes, Jardim América, e Vila Borges.

As visitas domiciliares às residências dos idosos para a aplicação dos instrumentos foram realizadas em quatro ou cinco dias por semana, nos períodos de manhã e tarde. Todas as entrevistas foram feitas individualmente para o total de idosos estudados por dois pesquisadores devidamente treinados. Os dois instrumentos foram aplicados em uma mesma visita para cada idoso.

Embora os dois instrumentos utilizados sejam auto-aplicáveis, devido a dificuldades próprias dos idosos em realizarem a auto-aplicação dos mesmos, optou-se pelo formato de entrevistas nas quais os pesquisadores apresentavam aos idosos as questões contidas nos instrumentos e anotavam as respectivas respostas em folhas de registro. O tempo médio de aplicação individual para os dois instrumentos numa mesma visita foi de 15,95 minutos (Dp = 5,96), com tempo mínimo de 6 minutos e duração máxima 55 minutos.

O critério da rota utilizada para recrutar os idosos nos domicílios dos bairros foi o de zigue – zague. Assim, em cada rua de cada bairro dentro de cada região censitária, a primeira casa do lado direito da rua principal em relação à entrada do bairro era escolhida. Após indagar se havia algum idoso residente no domicílio, este era convidado a participar do estudo uma vez explicado os objetivos do mesmo. Solicitava-se então o consentimento do idoso ou de seu parente caso fosse analfabeto bem como a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, após o que era dado início à entrevista. A próxima casa a ser visitada era do outro lado da rua em sentido transversal, pulando-se 10 casas. Este procedimento era então repetido após cada casa visitada. Visitas realizadas em casa que moravam idosos mas que não se encontravam no momento da visita eram desconsideradas. No entanto, caso o número de idosos previamente determinado no bairro da região censitária não fosse atingido, voltava-se aleatoriamente a casas que previamente não haviam sido visitadas a fim de se completar o número de idosos desejados. Uma vez concluído o total de entrevistas por bairro, passava-se para o seguinte ou para a próxima região censitária.

3.6 Instrumentos

Dois instrumentos foram utilizados para a coleta de dados. O primeiro deles consistiu na escala de qualidade de vida da OMS (Organização Mundial de Saúde) WHOQOL – Abreviado (Anexo 3). A referida escala foi desenvolvida pela OMS no Brasil, pelo grupo de estudos em qualidade de vida, coordenado pelo Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O WHOQOL-Abreviado é uma versão reduzida do Word Health Organization Quality of Life Instrument 100 (WHOQOL 100) contendo 26 questões, das quais duas são questões gerais de qualidade de vida e 24 representantes das 24 facetas que compõem o instrumento original, o WHOQOL 100. A versão brasileira do WHOQOL - Bref foi traduzida e validada pelo mesmo grupo de estudos em qualidade de vida da OMS no Brasil (FLECK *et al.*, 2000).

O WHOQOL-Abreviado é composto por quatro domínios da qualidade de vida: a capacidade física investigado nas questões de número 3i, 4i,10,15,16,17 e 18

o bem-estar psicológico nas questões de número 5,6,7,11,19 e 26i, as relações sociais nas questões de número 20,21 e 22 e o meio ambiente onde a pessoa vive nas questões 8, 9,12,13,14,23,24 e 25 (Tabela 1). Também apresenta um domínio que analisa a qualidade de vida global, investigada por meio das questões de número 1 e 2. As respostas às questões de cada domínio são pontuadas de 1 a 5 (FLECK *et al.*, 2000).

TABELA 1 – Perguntas correspondentes aos domínios de qualidade de vida do WHOQOL -Abreviado

Domínios	Nº	Questão
Físico	3i	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?
	4i	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?
	10	Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?
	15	Quão bem você é capaz de se locomover?
	16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?
	17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?
	18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?
Psicológico	5	O quanto você aproveita a vida?
	6	Em que medida você acha que sua vida tem sentido?
	7	O quanto você consegue se concentrar?
	11	Você é capaz de aceitar a sua aparência física?
	19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?
	26i	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?
Relações Sociais	20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?
	21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?
	22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?
Meio Ambiente	8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?
	9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?
	12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?
	13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?
	14	Em que medida você tem oportunidade de atividades de lazer?
	23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

	24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?
	25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?
Global	1	Como você avaliaria a sua qualidade de vida?
	2	Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?

A opção pelo instrumento WHOQOL - Abreviado neste trabalho deveu-se à facilidade de aplicação, aos bons resultados quando aplicados à população idosa, relatado pela literatura e principalmente, pela escassez de instrumentos válidos para a população brasileira.

O segundo instrumento aplicado foi parte de um questionário para coleta de dados sócio-demográficos desenvolvido e utilizado pela pesquisadora Hilma Khoury (2005) para avaliação dos indicadores do envelhecimento bem sucedido em estudo realizado em Brasília, DF. Foram utilizadas 27 questões do instrumento original (Anexo 4) relacionadas a variáveis sócio-demográficas, suporte social, autonomia crença religiosa e saúde.

3.7 Análise de Dados

Para se computar os escores finais de cada domínio contemplado no WHOQOL – Abreviado utilizou-se o programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 12.0. Para fins da análise dos domínios de qualidade de vida, foi utilizado uma sintaxe que considera as médias das respostas de cada questão que compõe o domínio, multiplicados por 4, resultando em escores finais em uma escala de 4 a 20, comparáveis aos escores do instrumento original WHOQOL-100 (Tabela 1). Como escores mais altos nesta escala representam melhor qualidade de vida, os itens 3, 4 e 26 tiveram seus valores recodificados, sendo que 1=5; 2=4; 3=3; 4=2 e 5=1, por apresentar conteúdo semântico invertidos.

TABELA 2 - Sintaxe do SPSS versão 12.0 para escores baseados em uma escala 4-20

Domínios	Sintaxe
Domínio 1 (Físico)	COMPUTE dom1 = MEAN.6(q3i, q4i, q10, q15, q16, q17, q18) * 4 . EXECUTE .
Domínio 2 (Psicológico)	COMPUTE dom2 = MEAN.5(q5, q6, q7, q11, q19, q26i) * 4 . EXECUTE .
Domínio 3 (Relações sociais)	COMPUTE dom3 = MEAN.2(q20, q21, q22) * 4 . EXECUTE .
Domínio 4 (Meio-ambiente)	COMPUTE dom4 = MEAN.6(q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24, q25) * 4 .EXECUTE .
Domínio global	COMPUTE geral = MEAN.2(q1, q2) * 4 . EXECUTE .

Os dados obtidos com a escala de qualidade de vida WHOQOL - Abreviado e os dados coletados a partir do questionário sóciodemográfico foram tratados em termos estatísticos igualmente pelo SPSS (Statistical Package for Social Sciences, 12.0), que é o programa indicado pela escala WHOQOL – Abreviado e que permite manusear vários tipos de análise de dados de maneira simples e conveniente, oferecendo grande número de rotinas estatísticas.

RESULTADOS

4.1 Características Sociodemográficas da Amostra

Como descrito na Tabela 3 dos 390 idosos estudados 53,6% são do sexo feminino e 46,4% do sexo masculino. A idade do grupo variou de 60 a 98 ($x = 69,26$; $Dp = 7,45$).

A faixa etária com maior número de idosos é a de 60 a 64 anos onde se percebe um número maior de mulheres 36,4 % e um total de 27,6% de homens nessa faixa de idade. Pode-se observar ainda que somente em uma das faixas etárias o número de homens é maior do que o número de mulheres, que ocorre na faixa de 75 a 79 anos, onde o percentual masculino é de 17,7% e o feminino 12,4%.

A porcentagem de analfabetismo encontrada na amostra estudada foi de 40,8%, e a maior porcentagem (43,6%) encontrada foi de idosos alfabetizados, mas com baixa escolaridade (1ª a 4ª séries do ensino fundamental). Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres quanto à escolaridade ($X^2 = 4,923$; $p = 0,425$).

Em relação ao estado civil, 47,9% dos idosos são casados e 32,6% são viúvos. Comparando-se homens e mulheres quanto ao estado civil, foi constatada diferença estatisticamente significativa ($X^2 = 46,717$; $p = 0,000$). Mais homens estão casados ou amasiados do que as mulheres. Um maior número de viuvez foi observado entre as mulheres.

A renda mensal da maioria dos idosos, 35,6 %, o que corresponde a 139 idosos é de até R\$ 600,00 e 22,6% (88) dos idosos, recebem até R\$ 300,00 enquanto apenas um idoso 0,3 % recebe uma renda mensal de R\$ 15.000,00. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres quanto à renda familiar ($X^2 = 11,032$; $p = 0,137$).

A situação funcional da amostra é composta por 51,1% aposentados do sexo masculino e 48,9% idosos aposentados do sexo feminino, enquanto 59,6% dos idosos do sexo masculino não são aposentados e 40,4% das mulheres idosas ainda trabalham.

TABELA 3 – Características sociodemográficas dos idosos estudados em Rio Verde – GO (n=390)

	<i>Amostra</i>		<i>Total</i>		<i>Masculino</i>		<i>Feminino</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
	390	100	181	46,4	209	53,6		
Idade								
Média	69,26		69,98		69,63			
Dp	7,45		7,46		7,40			
Mínimo	60		60		60			
Máximo	98		98		92			
Faixa etária								
60-64 anos	126	32,3	50	27,6	76	36,4		
65-69 anos	92	23,6	42	23,2	50	23,9		
70-74 anos	72	18,5	37	20,4	35	16,7		
75-79 anos	58	14,9	32	17,7	26	12,4		
80-84 anos	34	8,7	16	8,8	18	8,6		
85-89 anos	6	1,5	3	1,7	3	1,4		
≥ 90 anos	2	0,5	1	0,6	1	0,5		
Escolaridade								
Analfabeto	159	40,8	68	42,8	91	57,2		
1 ^a a 4 ^a séries	170	43,6	82	48,2	88	51,8		
5 ^a a 8 ^a séries	33	8,5	16	48,5	17	51,5		
Médio	19	4,9	10	52,6	9	47,4		
Superior	7	1,8	5	71,4	2	28,6		
Pós-graduação	2	0,5	0	0,0	2	100,0		
Estado civil								
Amasiado	16	4,1	10	62,5	6	37,5		
Casado	187	47,9	111	59,4	76	40,6		
Divorciado	20	5,1	10	50,0	10	50,0		
Solteiro	19	4,9	9	47,4	10	52,6		
Viúvo	127	32,6	28	22,0	99	78,0		
Outros	21	5,4	13	61,9	8	38,1		
Renda mensal								
Até 150,00	14	3,6	6	42,9	8	57,1		
Até 300,00	88	22,6	38	43,2	50	56,8		
Até 600,00	139	35,6	60	43,2	79	56,8		
Até 900,00	83	21,3	39	47,0	44	53,0		
Até 1.500,00	45	11,5	22	48,9	23	51,1		
Até 3.000,00	14	3,6	9	64,3	5	35,7		
Até 6.000,00	6	1,5	6	100,0	0	0,0		
Até 15.000,00	1	0,3	1	100,0	0	0,0		
Situação funcional								
Aposentado	219	56,2	112	51,1	107	48,9		
Não-aposentado	171	43,8	102	59,6	69	40,4		

Em relação à religião, a Católica é maioria entre os idosos (66,2 %) seguida por Protestantismo (20,8 %) (Tabela 4).

TABELA 4 - Descrição das crenças religiosas dos idosos estudados em Rio Verde – GO (n = 390)

Religião	Frequência	Porcentagem
Catolicismo	258	66,2
Protestantismo	81	20,8
Espiritismo	20	5,1
Nenhuma	28	7,2
Seicho-no-ie	3	0,8
Total	390	100,0

Ao se investigar a situação profissional da amostra estudada, encontrou-se que 282 (72,3%) não trabalham, 112 (27,7%) estão em atividade. Dos que trabalham, 76 o fazem por conta própria e 36 são empregados. Na Tabela 5 estão dispostas as profissões exercidas em função do gênero. Uma maior quantidade de mulheres relatou que não trabalha, porém 32 mulheres contra 1 homem relatou trabalhar em casa.

TABELA 5 - Frequência das profissões dos idosos estudados em Rio Verde - GO quanto ao gênero (n=390)

Homens		Mulheres	
Profissão	Frequência	Profissão	Frequência
Não trabalha	119	Não trabalha	163
Vigilante	10	Em casa	32
Fazenda	9	Costureira, Doméstica	3
Comerciante	7	Técnico em Enfermagem	2
Motorista	5	Outros	9
Vendedor, autônomo	3		
Outros	28		
Total	181	Total	209

4.2 Núcleo Familiar

Na Tabela 6 pode-se observar que a maioria dos idosos 31,3% possuíam entre 1 a 3 filhos. A média foi de 5,28 (Dp = 3,3). Ainda, 15 idosos representando 3,8%, relataram não possuir filhos. O número máximo de filhos foi 22, relatado por um idoso.

Quanto ao número de netos, 28 idosos (7,2%) relataram não possuir netos.

O idoso cujo número de filhos foi igual a 22 relatou possuir 100 netos. Como disposto na Tabela 6, 23 idosos (5,9%) não sabiam quantos netos possuem e a maioria 24,1%, possui de 10 a 15 netos. A média de número de netos foi de 9,44 (Dp = 7,65). O dado relatado pelo idoso que tinha 100 netos não entrou na análise para evitar discrepância na média.

TABELA 6 – Número de filhos e netos dos idosos estudados em Rio Verde - GO (n=390)

Número de filhos		Frequência	Porcentagem
Faixa	Não possui filhos	15	3,8
	1 a 3 filhos	122	31,3
	4 a 5 filhos	84	21,5
	6 a 7 filhos	80	20,5
	8 a 22	88	22,8
	Total	390	100,0
Número de netos			
Faixa	Não possui netos	28	7,2
	1 a 4 netos	88	22,6
	5 a 9 netos	88	22,6
	10 a 15 netos	94	24,1
	16 a 44	68	17,45
	100 netos	1	0,25
	Não sabe	23	5,9
	Total	390	100,0

4.3 Tipo de Residência, Acomodação e Locomoção

Quanto ao tipo de residência, a maioria (70,5%) tem residência própria, enquanto (13,8%) dos idosos vivem em casa alugada (14,6) em residência cedida por outras pessoas. A grande maioria tem quarto próprio 97,2%. A forma de locomoção da maioria dos idosos 41,3% totalizando 161 idosos é a pé, apenas 9 % (66) idosos se locomovem de carro. Foi verificado que há diferença entre a forma de locomoção e a idade ($F = 4,443$, $p = 0,000$) (Tabela 7), onde quem dirige moto e carro tem a média de idade mais baixa da amostra e quem fica em casa ou sai com alguém dirigindo, apresenta as médias de idade mais alta.

TABELA 7 – Dados descritivos de tipo de residência, acomodação própria e forma de locomoção (em relação à idade) dos idosos estudados em Rio Verde – GO (n=390)

		Freqüência	%	x (Dp) da Idade
Tipo de residência	Alugada	54	13,8	-
	Cedida	57	14,6	-
	Própria	275	70,5	-
	Outros	4	1,0	-
Tem quarto próprio?	Sim	379	97,2	-
	Não	11	2,8	-
Como se locomove	Não sai de casa	45	11,5	71,42 (7,89)
	A pé	161	41,3	68,63 (6,97)
	Carro, outra pessoa dirigindo	66	16,9	71,61 (7,91)
	Coletivo	45	11,5	70,71 (7,81)
	Carro	35	9,0	65,94 (5,59)
	Bicicleta	20	5,1	67,30 (6,26)
	Moto	18	4,6	65,83 (8,13)

4.4 Relações Sociais Engajamento em Atividades e Autonomia

As variáveis referentes às relações sociais e engajamento em atividades e autonomia foram agrupadas e apresentam-se dispostas na tabela 10 em relação ao gênero. Os participantes, na sua maioria, afirmaram ser visitados por seus filhos e netos. Embora quando comparados quanto ao gênero, as mulheres tenham recebido maior número de visitas pelos filhos e netos do que os homens, esta diferença não foi estatisticamente significativa ($X^2 = 7,205$; $p = 0,066$).

Em relação ao número de amigos não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres, se têm amigos ou não, poucos ou muitos ($X^2 = 0,483$; $p = 0,786$). Já uma grande maioria, afirma não freqüentar grupos da terceira idade. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa em relação ao gênero quanto ao fato de freqüentar ou não grupos de 3ª idade ($X^2 = 0,230$; $p = 0,631$).

Foi observado que 55,4% dos idosos saem sozinhos, porém homens saem mais sozinhos do que mulheres ($X^2 = 42,069$; $p = 0,000$).

Os dois grupos também não saem com freqüência de casa 40,0% dos homens e 60,1% das mulheres. Foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres na questão sair de casa com freqüência ($X^2 = 15,357$, $p = 0,000$), enquanto os homens saem mais do que as mulheres.

A grande maioria dos idosos que participaram deste estudo administra suas casas e não movimenta conta bancária. Quando se trata de movimentar ou não a conta bancária, foi encontrada diferença estatisticamente significativa ($X^2 = 11,205$; $p = 0,001$). O mesmo ocorreu em relação à administração da casa, para a qual foi observada uma diferença estatisticamente significativa ($X^2 = 22,247$; $p = 0,000$). Foi também encontrada diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres na questão de ainda trabalhar ou não ($X^2 = 7,263$, $p = 0,007$), sendo que a freqüência em todas estas variáveis foi maior entre os homens (Tabela 8).

TABELA 8 – Dados descritivos das variáveis de relações sociais e engajamento em atividades e autonomia em idosos de Rio Verde-GO (n=390)

		Sexo		Total	%
		Masculino	Feminino		
Os filhos e netos te visitam?	Sim	110	148	258	66,2
	Não	17	11	28	7,2
	Às vezes	43	45	88	22,6
	Não se aplica	11	5	16	4,1
Tem amigos?	Não tenho amigos	3	2	5	1,3
	Tenho poucos	54	66	120	30,8
	Tenho muito	124	141	265	67,9
Freqüenta grupos de 3ª idade?	Sim	14	19	33	8,5
	Não	167	190	357	91,5
Sai sozinho(a)?	Sim	132	84	216	55,4
	Não	49	125	174	44,6
Sai de casa com freqüência?	Sim	73	46	119	30,5
	Não	108	163	271	69,5
É você que administra sua casa?	Sim	162	146	308	79,0
	Não	19	63	82	21,0
Movimenta conta bancária?	Sim	37	18	55	14,1
	Não	144	191	335	85,9
Ainda Trabalha?	Sim	62	46	108	27,7
	Não	119	163	282	72,3

Na Tabela 9, pode-se observar que a opção de resposta mais freqüente à questão “para onde costuma ir” pelos idosos foi que não saem de casa. Em seguida surgiu a opção de ir à igreja, ao trabalho e à casa de parentes. Nesta pergunta aberta foi apresentada uma variedade de respostas descritas na Tabela 9.

TABELA 9 - Freqüência e porcentagem dos locais que os idosos estudados em Rio Verde - GO costumam ir (n= 390)

Onde costuma ir	Freqüência	Porcentagem
Não sai de casa	71	18,2
Igreja	37	9,5
Ao trabalho	31	7,9
Casa de parentes	29	7,4
Comércio	28	7,2
Casa dos filhos	28	7,2
Banco	27	6,9
Fazenda	20	5,1
Vizinhos	16	4,1
Centro da cidade	15	3,8
Dançar	14	3,6
Médicos	12	3,1
Casa de amigos	11	2,8
Sem destino certo	10	2,6
Viagens	8	2,1
CONVIVER	7	1,8
Casa dos irmãos	6	1,5
Festas familiares	5	1,3
Feira	4	1,0
Fazer caminhada, pescar	2	1,0
Outros	9	2,1

4.5 Rede de Apoio

Enquanto 44,4% dos idosos responderam que se precisarem podem contar com seus filhos, 3,6% disseram não poder contar com ninguém. Também foi observado que 11,5% dos idosos pensam em contar com Deus, 9,2% contam com esposos (as), 8,5% com os amigos, 12,3% com a família e 10,5% deles contam com apoios diversos conforme descrito na Tabela 10. Ao se comparar homens e mulheres, foi encontrado uma diferença estatisticamente significativa ($X^2 = 14,085$; $p = 0,029$), que indica que as mulheres recebem mais apoio dos filhos (Tabela 10).

TABELA 10 – Frequência e porcentagem da rede de apoio dos idosos estudados em Rio Verde- GO (n=390)

Se precisar, com quem pode contar?	Sexo		Total	%
	Masculino	Feminino		
Filhos	67	106	173	44,4
Deus	25	20	45	11,5
Esposo(a)	24	12	36	9,2
Amigos	19	14	33	8,5
Família	21	27	48	12,3
Ninguém	5	9	14	3,6
Outros (Não sabe, não precisa, Patrão, Colega de serviço, Deputado Padre Ferreira, Estranhos, Ex-esposo(a), Igreja, Netos, Prefeito e Secretaria da Saúde	20	21	41	10,5
Total	181	209	390	100

4.6 Saúde

Dos idosos estudados 284 (72,8%) relataram não ter limitações físicas e 257 (65,9%) disseram apresentar problemas de saúde. Não foi constatada diferença estatisticamente significativa entre gênero quanto à limitação física ($X^2 = 0,754$ (1); $p = 0,385$). No entanto foi encontrada diferença entre homens e mulheres quanto aos problemas de saúde ($X^2 = 9,34$ (1); $p = 0,002$), sendo que maior número de mulheres relataram ter mais problemas de saúde (Tabela 11).

TABELA 11 – Comparação entre gênero, quanto à limitação física e problemas de saúde em idosos estudados em Rio Verde – GO (n=390)

		Sexo		Total
		Masculino	Feminino	
Tem alguma limitação física?	Sim	53	53	106 (27,2 %)
	Não	128	156	284 (72,8 %)
Você tem problemas de saúde?	Sim	105	152	257 (65,9 %)
	Não	76	57	133 (34,1 %)
Total		181	209	390

4.7 Domínios da Qualidade de Vida

Em relação à percepção dos idosos quanto à qualidade de vida, observa-se que a média dos escores nos domínios de qualidade de vida das relações sociais e

psicológico foram maiores em relação aos outros domínios (Tabela 12 e Figura1).

TABELA 12 – Dados descritivos dos domínios de qualidade de vida percebidos por idosos em Rio Verde – GO (n=390)

	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Domínio 1 (Físico)	12,26	3,15	4,00	18,86
Domínio 2 (Psicológico)	13,33	2,66	4,67	19,33
Domínio 3 (Relações sociais)	14,54	2,48	5,33	20,00
Domínio 4 (Meio-ambiente)	11,53	2,17	5,50	17,50
Domínio global	12,37	3,68	4,00	20,00

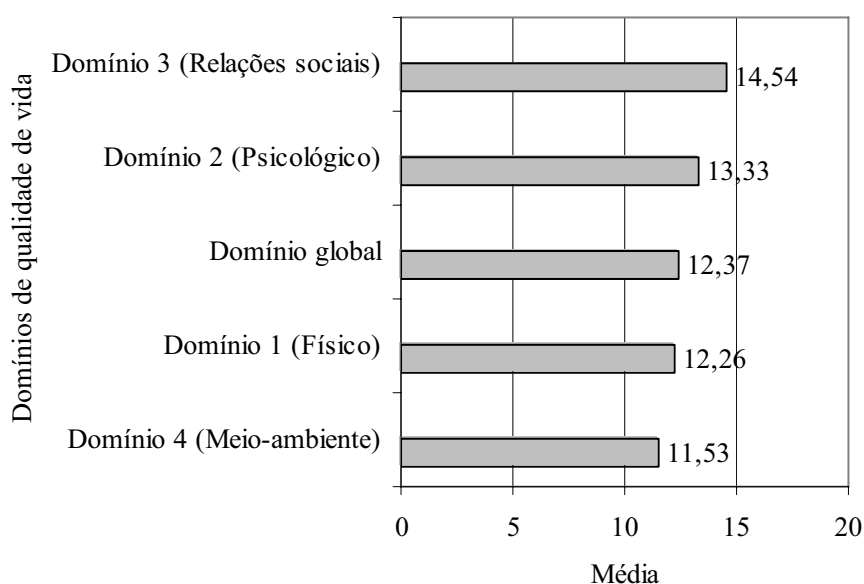


FIGURA 1 – Médias dos domínios de qualidade de vida percebidos pelos idosos em Rio Verde – GO (n=390).

4.8 Domínios de Qualidade de Vida e Dados Sociodemográficos

Para comparar médias dos escores dos domínios da qualidade de vida e gênero foi utilizado o teste t de Student. Uma diferença estatisticamente significativa foi observada entre os domínios psicológico e global. Homens apresentaram maiores médias nesses domínios do que mulheres, conforme apresentado na (Tabela 13).

TABELA 13 – Comparação das médias dos domínios de qualidade de vida entre gênero para os idosos estudados em Rio Verde – GO (n=390)

	Mulheres Média (Dp)	Homens Média (Dp)	t	p
Domínio 1 (Físico)	12,04 (3,14)	12,51 (3,15)	-1,474	0,141
Domínio 2 (Psicológico)	12,86 (2,78)	13,87 (2,41)	-3,796	0,000**
Domínio 3 (Relações sociais)	14,51 (2,40)	14,57 (2,57)	-0,253	0,801
Domínio 4 (Meio-ambiente)	11,41 (2,18)	11,65 (2,17)	-1,092	0,275
Domínio global	12,03 (3,74)	12,77 (3,57)	-2,002	0,046*

** Significativo ao nível de 0,01

* Significativo ao nível de 0,05

Na Tabela 14 estão apresentadas as médias, os desvios padrões e os valores do teste estatístico ANOVA para os domínios de qualidade de vida em relação à escolaridade. Pode-se observar que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em todos os domínios exceto nas relações sociais.

Verificou-se, no teste *post-hoc* de Tukey, que na comparação do domínio físico de qualidade de vida e escolaridade não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre ser analfabeto e ter o primário, também não foi encontrada diferença significativa entre ter o primeiro grau, segundo grau, superior e pós-graduação. No entanto, foi observada uma diferença estatisticamente significativa entre ser analfabeto e ter o primário quando comparados com todos os outros graus de ensino, exceto em relação à pós-graduação. O fato de o idoso possuir pós-graduação não teve significância em nenhum domínio de qualidade de vida, embora esse número seja muito reduzido, apenas dois dentre os idosos entrevistados haviam cursado pós-graduação.

No domínio psicológico, a análise se apresenta da mesma forma. Já no domínio das relações sociais, também não foi observada nenhuma diferença estatisticamente significativa entre os níveis de escolaridade.

Já no domínio do meio ambiente, foi observado que não existe diferença estatisticamente significativa entre ser analfabeto, ter o primário e primeiro grau. Também não existe diferença estatisticamente significativa entre ter o segundo grau, nível superior e pós-graduação. Uma diferença significativa, contudo, foi observada entre o grupo de analfabetos, com primário e primeiro grau em relação ao

segundo grau e os níveis superiores.

No domínio global de qualidade de vida, não houve diferença estatisticamente significativa entre ser analfabeto, ter o primário e primeiro grau, mas este grupo apresentou diferenças significativas em relação ao grupo com o segundo grau. Já o terceiro grau, apesar de apresentar a maior média em todos os domínios, não apresentou diferença estatisticamente significativa em relação a nenhum dos outros graus de instrução. Apenas 7 idosos dentre o total dos estudados tinham nível superior.

TABELA 14 – Comparação entre domínios de qualidade de vida e escolaridade dos idosos estudados em Rio Verde – GO (n= 390)

	Escolaridade	M	Dp	F	P
Domínio 1 (Físico)	Analfabeto	11,41	3,00	10,432	0,000*
	Primário	12,34	3,01		
	1º grau	13,14	2,99		
	2º grau	15,43	2,31		
	Superior	16,49	2,22		
	Pós-graduação	13,71	5,66		
Domínio 2 (Psicológico)	Analfabeto	12,74	2,50	5,656	0,000*
	Primário	13,40	2,76		
	1º grau	14,16	2,53		
	2º grau	15,05	1,38		
	Superior	16,10	1,94		
	Pós-graduação	14,00	5,66		
Domínio 3 (Relações sociais)	Analfabeto	14,52	2,25	0,904	0,478
	Primário	14,41	2,65		
	1º grau	14,91	2,50		
	2º grau	14,53	2,94		
	Superior	15,81	1,79		
	Pós-graduação	16,67	2,83		
Domínio 4 (Meio-ambiente)	Analfabeto	11,10	1,94	7,515	0,000*
	Primário	11,58	2,21		
	1º grau	11,56	2,40		
	2º grau	13,21	1,63		
	Superior	14,79	1,11		
	Pós-graduação	13,25	4,60		
Domínio global	Analfabeto	11,80	3,57	5,470	0,000*
	Primário	12,22	3,64		
	1º grau	13,33	3,63		
	2º grau	15,26	2,23		
	Superior	15,71	4,68		
	Pós-graduação	16,00	2,83		

** Diferença significativa ao nível de 0,01

Em se tratando da qualidade de vida quanto ao estado civil, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa. A análise de variância mostrou que há diferenças nos domínios físico e psicológico (Tabela 15). No domínio físico, no teste *post-hoc* de Tukey que compara os pares, a diferença significativa só aconteceu entre amasiados e viúvos ($p = 0,039$). Na mesma tabela, observa-se que a média dos escores de qualidade de vida no domínio físico dos amasiados é mais alta, enquanto no domínio psicológico a diferença ocorreu entre solteiro e viúvos ($p = 0,034$), sendo que os solteiros obtiveram a média mais alta. Os outros escores dos demais domínios não apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

TABELA 15 – Média, desvio padrão e ANOVA de qualidade de vida e estado civil dos idosos estudados em Rio Verde – GO (n=390)

	Estado civil	N	Média	Dp	F	P
Domínio 1 (Físico)	Amasiado	16	14,14	3,25	2,584	0,026*
	Casado	187	12,44	3,07		
	Divorciado	20	12,60	3,20		
	Solteiro	19	13,05	2,85		
	Viúvo	127	11,69	3,23		
	Outro	21	11,61	2,84		
	Total	390	12,26	3,15		
Domínio 2 (Psicológico)	Amasiado	16	14,45	1,97	2,960	0,012*
	Casado	187	13,46	2,61		
	Divorciado	20	13,60	2,41		
	Solteiro	19	14,70	2,15		
	Viúvo	127	12,76	2,83		
	Outro	21	13,17	2,47		
	Total	390	13,32	2,66		
Domínio 3 (Relações sociais)	Amasiado	16	15,66	1,65	0,874	0,499
	Casado	187	14,56	2,45		
	Divorciado	20	14,40	2,85		
	Solteiro	19	14,66	2,08		
	Viúvo	127	14,42	2,68		
	Outro	21	14,09	1,81		
	Total	390	14,53	2,48		
Domínio 4 (Meio-ambiente)	Amasiado	16	12,25	1,67	1,377	0,232
	Casado	187	11,46	2,04		
	Divorciado	20	11,45	1,99		
	Solteiro	19	12,55	2,33		
	Viúvo	127	11,44	2,31		
	Outro	21	11,19	2,65		
	Total	390	11,52	2,17		
Domínio global	Amasiado	16	14,50	3,14	1,696	0,135
	Casado	187	12,39	3,55		
	Divorciado	20	12,30	4,86		
	Solteiro	19	12,94	3,79		

Viúvo	127	11,90	3,65
Outro	21	12,95	3,61
Total	390	12,37	3,67

Para verificar se há relação entre qualidade de vida, idade e renda familiar foi realizada uma correlação de Pearson (Tabela 16). Foi encontrada uma correlação (negativa) entre idade e os domínios: físico, psicológico e global, indicando que os idosos mais velhos apresentam qualidade de vida inferior aos mais jovens nos domínios físico, psicológico e global. O inverso também se pode afirmar: os idosos com menos idade tendem a ter mais qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e global. Nos domínios, relações sociais e meio ambientes não foram encontradas correlações significativas.

Em relação à renda familiar, foi encontrada correlação com todos os domínios da qualidade de vida. As correlações encontradas entre os domínios de qualidade de vida e renda familiar foram todas positivas e altamente significativas, indicando que quanto maior a renda, melhor a qualidade de vida (Tabela 16).

TABELA 16 – Correlação entre idade, renda familiar e os domínios da qualidade de vida para os idosos estudados em Rio Verde – GO. (n=390)

	Idade	Renda familiar
Domínio 1 (Físico)	r = -0,25(**) p = 0,000	r = 0,34(**) p = 0,000
Domínio 2 (Psicológico)	r = -0,16(**) p = 0,000	r = 0,28(**) p = 0,000
Domínio 3 (Relações sociais)	r = 0,00 p = 0,998	r = 0,20(**) p = 0,000
Domínio 4 (Meio-ambiente)	r = -0,07 p = 0,180	r = 0,37(**) p = 0,00
Domínio global	r = -0,14(**) p = 0,008	r = 0,35(**) p = 0,000

** Correlação significativa ao nível de 0,01.

A comparação entre os domínios de qualidade de vida em relação à religião foi verificada utilizando-se o teste estatístico ANOVA. Na Tabela 17, pode-se observar que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as religiões quanto à qualidade de vida.

TABELA 17 – Média, desvio padrão e ANOVA dos domínios de qualidade de vida e religião dos idosos estudados em Rio – Verde GO (n=390)

	Religião	n	Média	Dp	F	p
Domínio 1 (Físico)	Nenhuma	28	12,00	3,63	0,615	0,652
	Católica	258	12,42	3,09		
	Espírita	20	12,37	3,65		
	Seicho-no-ie	3	11,80	4,13		
	Protestante	81	11,83	3,01		
	Total	390	12,26	3,15		
Domínio 2 (Psicológico)	Nenhuma	28	13,64	3,24	0,165	0,956
	Católica	258	13,30	2,50		
	Espírita	20	13,36	3,46		
	Seicho-no-ie	3	14,00	3,52		
	Protestante	81	13,25	2,75		
	Total	390	13,32	2,66		
Domínio 3 (Relações sociais)	Nenhuma	28	14,52	2,33	1,004	0,405
	Católica	258	14,54	2,54		
	Espírita	20	15,46	1,85		
	Seicho-no-ie	3	15,11	2,03		
	Protestante	81	14,25	2,46		
	Total	390	14,53	2,48		
Domínio 4 (Meio-ambiente)	Nenhuma	28	10,91	2,60	1,872	0,115
	Católica	258	11,58	2,10		
	Espírita	20	12,30	2,81		
	Seicho-no-ie	3	13,16	2,84		
	Protestante	81	11,31	1,99		
	Total	390	11,52	2,17		
Domínio global	Nenhuma	28	12,35	4,18	0,110	0,979
	Católica	258	12,44	3,51		
	Espírita	20	12,00	4,63		
	Seicho-no-ie	3	12,00	3,46		
	Protestante	81	12,24	3,83		
	Total	390	12,37	3,67		

4.9 Domínios de Qualidade de Vida e Núcleo Familiar

Pode-se verificar que o fato do idoso ter ou não ter filhos não influenciou nos domínios de qualidade de vida (Tabela 18).

TABELA 18 – Comparação entre idosos em Rio Verde – GO com e sem filhos e os domínios de qualidade de vida (n=390)

	Não tem filhos (n = 15) Média (Dp)	Tem filhos (n= 275) Média (Dp)	T	p
Domínio 1 (Físico)	11,96 (2,93)	12,27 (3,16)	-0,376	0,707
Domínio 2 (Psicológico)	12,88 (1,73)	13,34 (2,69)	-0,648	0,517
Domínio 3 (Relações sociais)	13,77 (2,88)	14,56 (2,46)	-1,208	0,228
Domínio 4 (Meio-ambiente)	11,66 (2,30)	11,52 (2,17)	0,251	0,802
Domínio global	11,33 (3,26)	12,41 (3,69)	-1,118	0,264

Na Tabela 19 os dados também sugerem que ter netos ou não ter netos também não afetou de forma significativa os domínios de qualidade de vida.

TABELA 19 – Comparação entre idosos em Rio Verde - GO que tem netos e os que não tem netos em relação aos domínios de qualidade de vida (n=390)

	Não têm netos (n = 28) Média (Dp)	Tem netos (n = 262) Média (Dp)	T	p
Domínio 1 (Físico)	12,67 (3,047)	12,23 (3,16)	0,716	0,474
Domínio 2 (Psicológico)	13,66 (2,53)	13,30 (2,67)	0,701	0,484
Domínio 3 (Relações sociais)	14,42 (2,66)	14,54 (2,47)	-0,239	0,811
Domínio 4 (Meio-ambiente)	11,62 (2,19)	11,52 (2,17)	0,244	0,807
Domínio global	12,85 (3,66)	12,33 (3,68)	0,721	0,472

4.10 Domínios de Qualidade de Vida e Tipo de Residência, Locomoção e Acomodação

Verificou-se que o tipo de moradia influenciou de forma significativa a percepção de qualidade de vida no domínio físico. A casa própria traz melhor qualidade de vida do que a casa alugada, e esta melhor do que a casa cedida (Tabela 20).

TABELA 20 – Comparação entre os domínios de qualidade de vida e tipo de moradia dos idosos em Rio Verde – GO (n=390)

		M	Dp	F	p
Domínio 1 (Físico)	Alugada	12,85	3,29	2,869	0,036*
	Cedida	11,36	3,20		
	Própria	12,30	3,08		
	Outro	14,43	3,04		
Domínio 2 (Psicológico)	Alugada	13,44	2,85	1,246	0,293
	Cedida	12,98	2,48		
	Própria	13,34	2,66		
	Outro	15,50	2,52		
Domínio 3 (Relações sociais)	Alugada	14,42	2,36	0,820	0,483
	Cedida	14,83	2,43		
	Própria	14,48	2,50		
	Outro	16,00	3,61		
Domínio 4 (Meio-ambiente)	Alugada	11,69	2,14	1,065	0,364
	Cedida	11,36	2,41		
	Própria	11,51	2,13		
	Outro	13,25	2,40		
Domínio global	Alugada	12,63	3,80	0,476	0,699
	Cedida	12,07	3,78		
	Própria	12,36	3,62		
	Outro	14,00	5,16		

* Diferença Significativa ao nível de 0,05

Foram observadas diferenças nos domínios de qualidade de vida quanto à forma de locomoção (Tabela 21). Em todos os domínios, sair de carro apresentou diferenças estatisticamente significativas em relação a todos os outros meios, enquanto não sair de casa apresentou o pior escore em relação à qualidade de vida. Como já mencionado, a questão da locomoção está relacionada também com a idade e a mobilidade do indivíduo.

TABELA 21 – Comparação entre meio de locomoção em relação aos domínios da qualidade de vida dos idosos em Rio Verde – GO (n=390)

		M	Dp	F	p
Domínio 1 (Físico)	Não sai de casa	9,63	2,91	14,363	0,000*
	A pé	12,44	3,03		
	Bicicleta	13,71	1,86		
	Moto	12,31	3,36		
	Coletivo	11,89	2,75		
	Carro	15,33	2,16		
	Carro com outra pessoa dirigindo	11,76	2,91		
Domínio 2 (Psicológico)	Não sai de casa	12,10	2,52	5,511	0,000*
	A pé	13,37	2,62		
	Bicicleta	13,46	2,05		
	Moto	12,77	3,39		
	Coletivo	13,20	2,67		
	Carro	15,35	1,60		
	Carro com outra pessoa dirigindo	13,17	2,71		
Domínio 3 (Relações sociais)	Não sai de casa	13,60	2,98	4,780	0,000*
	A pé	14,43	2,50		
	Bicicleta	14,46	2,60		
	Moto	14,66	2,41		
	Coletivo	13,74	2,49		
	Carro	15,92	1,96		
	Carro com outra pessoa dirigindo	15,21	1,76		
Domínio 4 (Meio-ambiente)	Não sai de casa	9,88	2,15	8,877	0,000*
	A pé	11,40	2,01		
	Bicicleta	11,57	1,74		
	Moto	11,63	2,92		
	Coletivo	11,40	2,06		
	Carro	12,84	1,64		
	Carro com outra pessoa dirigindo	12,30	2,07		
Domínio global	Não sai de casa	10,66	3,97	7,161	0,000*
	A pé	12,02	3,50		
	Bicicleta	13,60	2,64		
	Moto	12,77	4,00		
	Coletivo	11,68	4,13		
	Carro	15,37	2,41		
	Carro com outra pessoa dirigindo	12,78	3,30		

* Diferença significativa ao nível de 0,05

A Tabela 22 apresenta os resultados relacionados ao fato de ter ou não quarto próprio e o quanto isto influencia na qualidade de vida. Não foi observada diferença significativa para nenhum dos domínios.

TABELA 22 – Comparação entre os domínios de qualidade de vida e tipo de quarto dos idosos estudados em Rio Verde – GO (N=390)

	Tem quarto próprio?	M	Dp	T	p
Domínio 1 (Físico)	Sim	12,25	3,17	-0,330	0,742
	Não	12,57	2,57		
Domínio 2 (Psicológico)	Sim	13,30	2,67	-1,234	0,218
	Não	14,30	2,18		
Domínio 3 (Relações sociais)	Sim	14,51	2,49	-1,162	0,246
	Não	15,39	1,92		
Domínio 4 (Meio-ambiente)	Sim	11,51	2,18	-1,082	0,280
	Não	12,23	1,89		
Domínio global	Sim	12,32	3,70	-1,657	0,098
	Não	14,18	2,44		

4.11 Domínios de Qualidade de Vida e Relações Sociais e Engajamento em Atividades e Autonomia

Na tabela 23, o fato de receber visita de filhos e netos influencia significativamente a qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, relações sociais e global, apenas no domínio do meio ambiente esta não apresentou relevância.

TABELA 23 - Comparação entre os domínios de qualidade de vida e recebimento de visitas de filhos e netos pelos idosos estudados em Rio Verde – GO (n=390)

	Filhos e netos te visitam?	M	Dp	t	p
Domínio 1 (Físico)	Sim	12,69	3,07	2,621	0,009**
	Não	11,04	3,89		
Domínio 2 (Psicológico)	Sim	13,61	2,60	3,032	0,003**
	Não	12,00	3,27		
Domínio 3 (Relações sociais)	Sim	14,94	2,27	3,945	0,000**
	Não	13,05	3,45		
Domínio 4 (Meio-ambiente)	Sim	11,72	2,16	1,473	0,142
	Não	11,07	2,60		

Domínio global	Sim	12,74	3,51	3,077	0,002**
	Não	10,50	4,80		

**Diferença significativa ao nível de 0,01.

Quanto à análise da variável amizade, verificou-se que existe diferença estatisticamente significativa quando se compara ter muitos amigos e não ter ou ter poucos em relação a todos os domínios de qualidade de vida (Tabela 24, Figura 2).

TABELA 24 – Comparação entre quantidade de amigos em relação aos domínios de qualidade de vida dos idosos estudados em Rio Verde- GO (n=390)

	Não tem amigos ou têm poucos (n = 125)	Tem muitos amigos (n = 252)	t	P
	Média (Dp)	Média (Dp)		
Domínio 1 (Físico)	11,13 (3,18)	12,79 (2,99)	-5,017	0,000**
Domínio 2 (Psicológico)	12,20 (2,86)	13,85 (2,39)	-5,941	0,000**
Domínio 3 (Relações sociais)	13,20 (2,81)	15,16 (2,03)	-7,817	0,000**
Domínio 4 (Meio-ambiente)	10,59 (2,15)	11,96 (2,04)	-6,104	0,000**
Domínio global	11,37 (3,85)	12,84 (3,50)	-3,743	0,000**

** Diferença significativa ao nível de 0,01.

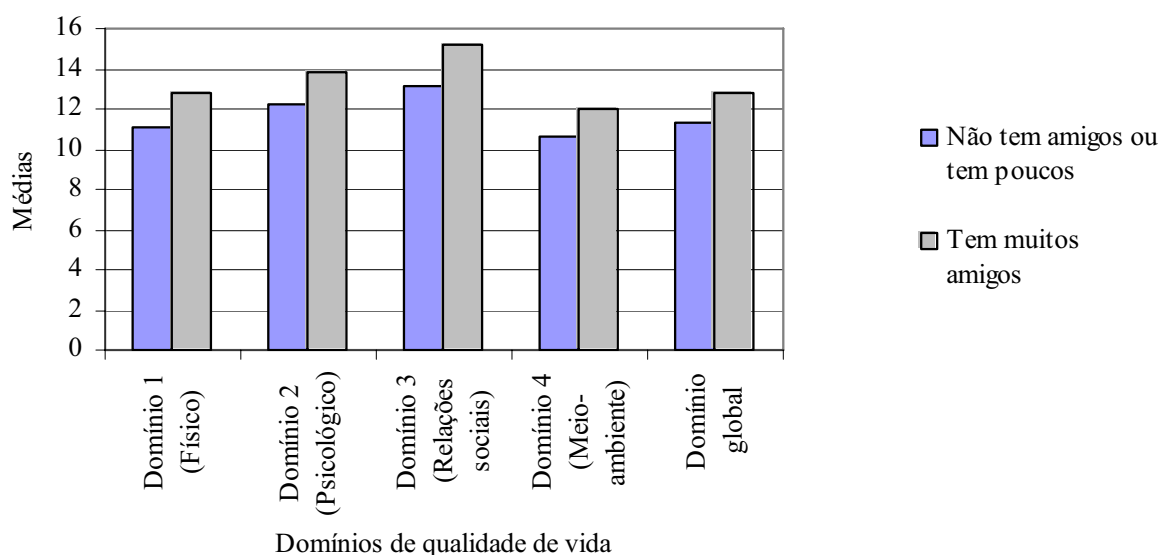


FIGURA 2 – Médias dos domínios de qualidade de vida percebida pelos idosos de Rio Verde (n=390) em relação à variável a ter amigos.

A grande maioria dos idosos pesquisados não frequenta grupos de terceira idade 357 (91,5%). Na tabela 25, pode-se observar que existe uma diferença

estatisticamente significativa em relação aos domínios de qualidade de vida físico, psicológico e de meio-ambiente para os freqüentadores de grupos da terceira idade. No entanto, freqüentar grupos de terceira idade ou não freqüentar não influenciou os domínios de qualidade de vida de relações sociais e global, 33 (8,5%) de idosos freqüentavam grupos de terceira idade.

TABELA 25 – Comparação entre os idosos estudados em Rio Verde GO quanto à freqüência a grupos de terceira idade em relação aos domínios de qualidade de vida (n=390)

	Freqüenta grupos de 3ª idade (n = 33)	Não freqüenta grupos de 3ª idade (n = 357)	t	P
	Média (Dp)	Média (Dp)		
Domínio 1 (Físico)	13,62 (2,80)	12,13 (3,15)	2,622	0,009**
Domínio 2 (Psicológico)	14,32 (2,41)	13,23 (2,66)	2,259	0,024*
Domínio 3 (Relações sociais)	14,82 (2,15)	14,50 (2,51)	0,705	0,481
Domínio 4 (Meio-ambiente)	12,42 (2,29)	11,44 (2,14)	2,490	0,013*
Domínio global	13,15 (3,42)	12,30 (3,69)	1,270	0,205

* Diferença significativa ao nível de 0.05

** Diferença significativa ao nível de 0.01

Na Tabela 26, os dados de autonomia e independência apresentaram uma diferença estatisticamente significativa quando se comparou sair sozinho e não sair sozinho com os domínios físico, psicológico, meio-ambiente e global.

TABELA 26 – Comparação entre idosos em Rio Verde - GO quanto à autonomia para sair de casa sozinho em relação aos domínios de qualidade de vida (n=390)

	Sai sozinho(a)	Não sai sozinho(a)	t	p
	Média (Dp)	Média (Dp)		
Domínio 1 (Físico)	13,17 (2,85)	11,12 (3,14)	6,723	0,000**
Domínio 2 (Psicológico)	13,95 (2,43)	12,54 (2,73)	5,391	0,000**
Domínio 3 (Relações sociais)	14,65 (2,53)	14,39 (2,41)	1,042	0,298
Domínio 4 (Meio-ambiente)	11,94 (2,13)	11,01 (2,11)	4,280	0,000**
Domínio global	13,01 (3,60)	11,57 (3,62)	3,925	0,000**

** Diferença significativa ao nível de 0.01

Nas relações sociais observou-se que existe diferença estatisticamente significativa ao se comparar o idoso que diz sair de casa com freqüência com os idosos que diz em não sair de casa com freqüência, em relação a todos os domínios de qualidade de vida (Tabela 27).

TABELA 27 – Comparação entre idosos em Rio Verde - GO quanto à frequência de sair de casa em relação aos domínios de qualidade de vida (n =390)

	Sai de casa com frequência? (n = 119) Média (Dp)	Não sai de casa com frequência? (n = 271) Média (Dp)	t	p
Domínio 1 (Físico)	14,17 (2,60)	11,42 (3,00)	8,670	0,000**
Domínio 2 (Psicológico)	14,90 (2,11)	12,63 (2,58)	8,404	0,000**
Domínio 3 (Relações sociais)	15,10 (2,42)	14,28 (2,47)	3,020	0,003**
Domínio 4 (Meio-ambiente)	12,47 (2,13)	11,11 (2,06)	5,970	0,000**
Domínio global	14,45 (3,04)	11,46 (3,56)	7,972	0,000**

** Diferença significativa ao nível de 0.01

Os resultados apontaram diferenças estatisticamente significativas entre os idosos que administram suas casas e os que não administram, nos domínios físico, psicológico e global. Os demais domínios (relações sociais e meio ambiente) não foram afetados por este aspecto (Tabela 28).

TABELA 28 – Comparação entre os idosos em Rio Verde –GO quanto à administração da casa em relação aos domínios de qualidade de vida (n=390)

	Administra a casa (n = 308) Média (Dp)	Não administra a casa (n =82) Média (Dp)	t	p
Domínio 1 (Físico)	12,49 (3,10)	11,37 (3,18)	2,881	0,004**
Domínio 2 (Psicológico)	13,55 (2,48)	12,50 (3,12)	3,183	0,002**
Domínio 3 (Relações sociais)	14,61 (2,55)	14,27 (2,18)	1,069	0,286
Domínio 4 (Meio-ambiente)	11,58 (2,11)	11,32 (2,40)	0,960	0,337
Domínio global	12,57 (3,62)	11,63 (3,79)	2,059	0,040*

* Diferença significativa ao nível de 0,05,

** Diferença significativa ao nível de 0,01.

A Tabela 29 apresenta diferenças estatisticamente significativas em todos os domínios de qualidade de vida quando se compara movimentar conta bancária com não movimentar por parte do idoso.

TABELA 29 – Comparação entre idosos em Rio Verde- GO quanto à movimentação de conta bancária em relação aos domínios de qualidade de vida (n = 390)

	Movimenta conta bancária (n = 55)	Não movimenta conta bancária (n = 335)	t	p
	Média (Dp)	Média (Dp)		
Domínio 1 (Físico)	14,80 (2,57)	11,84(3,04)	6,826	0,000**
Domínio 2 (Psicológico)	15,07 (2,17)	13,03 (2,63)	5,455	0,000**
Domínio 3 (Relações sociais)	15,63 (1,94)	14,35 (2,51)	3,599	0,000**
Domínio 4 (Meio-ambiente)	13,46 (1,90)	11,21 (2,04)	7,626	0,000**
Domínio global	15,09 (3,16)	11,92 (3,56)	6,187	0,000**

** Diferença significativa ao nível de 0,01.

O fato de o idoso trabalhar ou não influencia significativamente em todos os domínios de qualidade de vida, como apresentado na Tabela 30.

TABELA 30 – Comparação entre os idosos em Rio Verde – GO quanto ao exercício do trabalho em relação aos domínios de qualidade de vida (n = 390)

	Trabalham (n = 108)	Não trabalham (n = 282)	t	p
	Media (Dp)	Media (Dp)		
Domínio 1 (Físico)	14,26 (2,55)	11,49 (3,02)	8,438	0,000**
Domínio 2 (Psicológico)	14,33 (2,32)	12,94 (2,69)	4,746	0,000**
Domínio 3 (Relações sociais)	15,06 (2,54)	14,33 (2,43)	2,604	0,010**
Domínio 4 (Meio-ambiente)	12,04 (2,16)	11,32 (2,14)	2,940	0,003**
Domínio global	13,74 (3,23)	11,85 (3,70)	4,660	0,000**

** Diferença significativa ao nível de 0.01.

4.12 Domínios de Qualidade de Vida e Rede de Apoio

Os dados da Tabela 31 mostram que existem diferenças significativas em relação a todos os domínios de qualidade de vida e com quem pode contar, exceto no domínio do meio ambiente.

TABELA 31 – Comparação entre os domínios de qualidade de vida e com quem os idosos de Rio Verde podem contar (n=390)

		M	Dp	F	p
Domínio 1 (Físico)	Filhos	12,15	3,16	3,121	0,005**
	Deus	11,44	2,93		
	Esposo(a)	12,86	3,16		
	Amigos	13,25	2,97		
	Família	13,20	2,55		
	Ninguém	10,29	3,81		
	Outros	11,89	3,41		
Domínio 2 (Psicológico)	Filhos	13,36	2,60	3,313	0,003**
	Deus	12,65	3,05		
	Esposo(a)	14,30	2,31		
	Amigos	14,04	2,69		
	Família	13,67	2,06		
	Ninguém	11,57	3,20		
	Outros	12,70	2,74		
Domínio 3 (Relações sociais)	Filhos	14,74	2,23	3,095	0,006**
	Deus	13,36	2,93		
	Esposo(a)	15,04	2,40		
	Amigos	14,87	1,57		
	Família	14,97	2,37		
	Ninguém	14,00	3,04		
	Outros	13,92	3,11		
Domínio 4 (Meio-ambiente)	Filhos	11,62	2,27	1,909	0,078
	Deus	10,69	2,16		
	Esposo(a)	11,43	2,08		
	Amigos	12,11	2,05		
	Família	11,89	2,06		
	Ninguém	11,43	2,14		
	Outros	11,28	1,94		
Domínio global	Filhos	12,54	3,55	3,108	0,006**
	Deus	11,64	3,89		
	Esposo(a)	13,06	3,15		
	Amigos	12,67	3,66		
	Família	13,38	3,28		
	Ninguém	9,57	4,38		
	Outros	11,41	4,03		

** Diferença significativa ao nível de 0,01

* Diferença significativa ao nível de 0,05

4.13 Domínios de Qualidade de Vida e Saúde

Os idosos com limitações físicas apresentaram pior qualidade de vida em relação aos idosos que não apresentaram limitações. Este aspecto influencia de forma significativa todos os domínios de qualidade de vida.(Tabela 32).

TABELA 32 – Comparação entre os idosos em Rio Verde - GO quanto à limitações físicas em relação aos domínios de qualidade de vida (n = 390)

	Com limitação (n = 257) Média (Dp)	Sem limitação (n = 133) Média (Dp)	t	p
Domínio 1 (Físico)	10,50 (3,02)	12,92 (2,94)	-7,166	0,000**
Domínio 2 (Psicológico)	12,60 (2,62)	13,59 (2,63)	-3,315	0,001**
Domínio 3 (Relações sociais)	13,58 (2,66)	14,89 (2,31)	-4,753	0,000**
Domínio 4 (Meio-ambiente)	10,65 (2,22)	11,85 (2,06)	-5,015	0,000**
Domínio global	11,39 (3,73)	12,73 (3,59)	-3,248	0,001**

** Diferença significativa ao nível de 0.01.

Diferenças estatisticamente significativas também foram observadas em relação a todos os domínios de qualidade de vida quando se comparou a saúde dos idosos (Tabela 33).

TABELA 33 – Comparação entre os idosos em Rio Verde - GO quanto à existência de problemas de saúde em relação aos domínios da qualidade de vida (n = 390)

	Com problemas de saúde (n = 257) Média (Dp)	Sem problemas de saúde (n = 133) Média (Dp)	t	P
Domínio 1 (Físico)	11,03 (2,85)	14,63 (2,18)	-12,741	0,000**
Domínio 2 (Psicológico)	12,68 (2,72)	14,57 (2,03)	-7,042	0,000**
Domínio 3 (Relações sociais)	14,14 (2,53)	15,28 (2,19)	-4,401	0,000**
Domínio 4 (Meio-ambiente)	11,12 (2,09)	12,31 (2,12)	-5,349	0,000**
Domínio global	11,21 (3,48)	14,61 (2,94)	-9,628	0,000**

** Diferença significativa ao nível de 0.01.

4.14 Domínios de Qualidade de Vida e Regiões Censitárias da Cidade de Rio Verde - Goiás

A Tabela 34 apresenta diferenças estatisticamente significativas nos domínios físico, meio ambiente e global em relação às regiões da cidade. As maiores médias foram obtidas pela região oeste no domínio físico, a região leste no domínio do meio ambiente e novamente região oeste no domínio global.

TABELA 34 – Comparação da qualidade de vida percebida pelos idosos de regiões censitárias de Rio Verde-GO (n=390)

		M	Dp	F	p
Domínio 1 (Físico)	Norte	11,84	3,25	7,017	0,000**
	Sul	10,65	2,94		
	Leste	12,72	3,43		
	Oeste	13,73	2,41		
	Noroeste	12,02	2,56		
	Central	13,19	3,23		
Domínio 2 (Psicológico)	Norte	12,75	2,61	2,117	0,063
	Sul	12,90	2,53		
	Leste	13,94	2,66		
	Oeste	13,98	2,26		
	Noroeste	13,42	2,52		
	Central	13,54	2,95		
Domínio 3 (Relações sociais)	Norte	14,43	2,74	1,753	0,122
	Sul	14,16	2,56		
	Leste	15,51	2,03		
	Oeste	14,44	1,79		
	Noroeste	14,45	2,42		
	Central	14,49	2,58		
Domínio 4 (Meio-ambiente)	Norte	11,35	2,00	5,224	0,000**
	Sul	10,45	2,22		
	Leste	12,15	2,54		
	Oeste	11,80	1,60		
	Noroeste	11,43	1,95		
	Central	12,07	2,22		
Domínio global	Norte	11,67	3,63	5,546	0,000**
	Sul	11,10	3,91		
	Leste	13,00	3,47		
	Oeste	14,40	2,37		
	Noroeste	11,98	3,58		
	Central	13,22	3,67		

** Diferença significativa ao nível de 0.01.

4.15 Resumo dos Resultados das Análises

Serão apresentadas a seguir tabelas com resumos dos principais resultados obtidos no presente estudo.

TABELA 35 – Relação entre os domínios de qualidade de vida, dados socio-demográficos e núcleo familiar para os idosos estudados em Rio Verde – GO (n = 390)

	Domínio 1 (Físico)	Domínio 2 (Psicológico)	Domínio 3 (Relações sociais)	Domínio 4 (Meio-ambiente)	Domínio global
Sexo	n.s.	p < 0,01	n.s.	n.s.	p < 0,05
Idade	p < 0,01	p < 0,01	n.s.	n.s.	p < 0,01
Renda familiar	p < 0,01	p < 0,01	p < 0,01	p < 0,01	p < 0,01
Escolaridade	p < 0,01	p < 0,01	n.s.	p < 0,01	p < 0,01
Religião	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Ter filhos	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Ter netos	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

TABELA 36 – Relação entre os domínios de qualidade de vida e relações sociais para os idosos estudados em Rio Verde – GO (n = 390)

	Domínio 1 (Físico)	Domínio 2 (Psicológico)	Domínio 3 (Relações sociais)	Domínio 4 (Meio-ambiente)	Domínio global
Trabalhar	p < 0,01	p < 0,01	p < 0,05	p < 0,01	p < 0,01
Sai sozinho(a)	p < 0,01	p < 0,01	n.s.	p < 0,01	p < 0,01
Movimenta conta bancária	p < 0,01	p < 0,01	p < 0,01	p < 0,01	p < 0,01
Administrar a casa	p < 0,01	p < 0,01	p < 0,01	p < 0,01	p < 0,01
Sai de casa com frequência	p < 0,01	p < 0,01	p < 0,01	p < 0,01	p < 0,01
Frequêntar grupos de 3ª idade	p < 0,01	p < 0,01	n.s.	p < 0,05	n.s.
Filhos e netos visitam	p < 0,01	p < 0,01	p < 0,01	n.s.	p < 0,01

TABELA 37 – Relação entre os domínios de qualidade de vida e saúde para os idosos estudados em Rio Verde – GO (n = 390)

	Domínio 1 (Físico)	Domínio 2 (Psicológico)	Domínio 3 (Relações sociais)	Domínio 4 (Meio-ambiente)	Domínio global
Problemas de saúde	p < 0,01	p < 0,01	p < 0,01	p < 0,01	p < 0,01
Limitação física	p < 0,01	p < 0,01	p < 0,01	p < 0,01	p < 0,01

4.16 Domínios de Qualidade de Vida e Domínio Global

Para verificar uma possível associação entre os domínios de qualidade de vida entre si e entre estes e o domínio global da qualidade de vida foi utilizado o teste de correlação de Pearson. Observou-se que os domínios se correlacionaram positivamente e significativamente entre si e com o domínio global (Tabela 38). O domínio físico obteve a mais alta correlação seguida do domínio psicológico para a qualidade de vida do domínio global.

TABELA 38 – Coeficientes de correlação de Pearson entre os domínios de qualidade de vida para idosos de Rio Verde (n=390)

	Domínio 2 (Psicológico)	Domínio 3 (Relações sociais)	Domínio 4 (Meio- ambiente)	Domínio global
Domínio 1 (Físico)	r = 0,62 (**) p = 0,000	r = 0,37 (**) p = 0,000	R = 0,53 (**) p = 0,000	r = 0,68 (**) p = 0,000
Domínio 2 (Psicológico)	1	r = 0,39 (**) p = 0,000	R = 0,60 (**) p = 0,000	r = 0,59 (**) p = 0,000
Domínio 3 (Relações sociais)		1	R = 0,44 (**) p = 0,000	r = 0,36 (**) p = 0,000
Domínio 4 (Meio-ambiente)			1	r = 0,53 (**) p = 0,000

** Correlação significativa ao nível de 0.01.

Considerando os resultados anteriormente apresentados, verificou-se que as variáveis (renda familiar, trabalho, movimentação de conta bancária, saúde, limitação física, sair de casa e amizade) influenciaram a percepção da qualidade de vida, mensurada por meio do instrumento sociodemográfico desenvolvido pela pesquisadora (KHOURY, 2005), buscou-se investigar através de uma análise de regressão se elas seriam preditoras para a qualidade de vida dos idosos estudados.

Inicialmente realizaram-se análises dos domínios de qualidade de vida com as variáveis sociodemográficas, e as outras variáveis investigadas separadamente. Assim, procedeu-se à análise de regressão múltipla linear (método *enter*) entre o

domínio de qualidade de vida global como variável dependente e as variáveis: renda familiar, ainda trabalhar, movimentar conta bancária, problemas de saúde, limitação física, sair de casa com frequência, ter amigos, e os domínios do WHOQOL-Bref como variáveis independentes para testar o modelo. As variáveis que entraram na análise de regressão foram as que individualmente mostraram interferências significativas no domínio global.

Os resultados da regressão (Tabela 39) apontaram um modelo significativamente diferente de zero, $F(11/378) = 43.988$; $p = 0,000$. Com o coeficiente de regressão (R) de 0,75, as variáveis independentes explicam 56% ou (55 % ajustado) da variância dos escores da qualidade de vida global (variável dependente). A análise de regressão mostra que o modelo é significativo, embora nem todas as variáveis independentes entrem na equação como preditoras considerando-se um limite de 95% de confiabilidade.

Dentre os domínios, o físico foi o que mais contribuiu como preditor de qualidade de vida, seguido do domínio psicológico e do meio-ambiente. O domínio relações sociais não apresentou contribuição significativa. Quanto às outras variáveis, a saúde foi a variável mais importante seguida de limitação física e da renda familiar. Outras variáveis que isoladamente tinham interferência na qualidade de vida, quando analisada dentro do modelo, não se mostraram significativas tais como: movimentar conta bancária, ter amigos, sair de casa com frequência, e trabalhar.

TABELA 39 – Coeficientes da regressão linear da qualidade de vida global

Variáveis	Beta	t	p
Domínio 1 (Físico)	0,427	7,938	0,000**
Domínio 2 (Psicológico)	0,164	3,349	0,001**
Domínio 3 (Relações sociais)	0,070	1,722	0,086
Domínio 4 (Meio-ambiente)	0,137	2,881	0,004**
Movimenta conta bancária?	0,008	0,179	0,858
Tem amigos?	-0,046	-1,219	0,224
Sai de casa com frequência?	-0,070	-1,773	0,077
Renda familiar	0,095	2,246	0,025*
Ainda trabalha?	0,060	1,565	0,118
Você tem problemas de saúde?	0,127	3,027	0,003**
Tem alguma limitação física?	-0,098	-2,543	0,011*

* Significativo ao nível de 0.05

** Significativo ao nível de 0.01

DISCUSSÃO

5.1 Dados Sócio-demográficos

5.1.1 Gênero / Qualidade de vida

Do total de idosos estudados 53,6% eram do sexo feminino e 46,4% eram do sexo masculino. A idade média foi de 69,98 para os homens e 69,63 para as mulheres. O maior contingente de mulheres idosas em detrimento do número de homens é denominado por Paschoal (2002a) de aspecto de feminilização da velhice.

Segundo este autor, a velhice está tomando um aspecto de feminilização, em que se observa muito mais mulher idosa do que homens, a maioria delas viúvas, com pequena experiência de trabalho no mercado formal e com menor nível educacional.

Este fenômeno de que as mulheres estão morrendo mais tardiamente do que os homens pode ser explicado pelo fato das mulheres apresentarem condutas menos agressivas, menor exposição aos riscos no trabalho, maior atenção ao aparecimento de problemas de saúde, maior conhecimento destes e maior utilização dos serviços de saúde (BERQUÓ,1998). Esses dados são confirmados pela grande maioria das pesquisas com idosos. Em estudo realizado por Santos *et al.* (2002) verificou-se que nos grupos de idosos a participação masculina raramente ultrapassa 20%, de forma que se imagina ser a velhice no Brasil, uma experiência essencialmente feminina.

Quando se comparou a percepção de qualidade de vida em relação ao gênero com a aplicação da escala WHOQOL - Abreviado, o sexo masculino apresentou médias maiores do que as mulheres nos domínios de qualidade de vida psicológico e global, o que sugere uma melhor qualidade de vida do sexo masculino nesses domínios.

Em estudo realizado por Pereira *et al.* (2006) os homens também apresentaram escores mais altos de qualidade de vida nos domínios físico,

psicológico e ambiental. De acordo com Del Pino (2003), o envelhecimento feminino é percebido de modo muito mais negativo do que o envelhecimento masculino. Também nos estudos de Avis *et al.* (2004), as mulheres sentem mais o envelhecer, principalmente por se apresentarem menos atraentes e isso pode possivelmente afetar a percepção da qualidade de vida.

Em relação aos escores de qualidade de vida do WHOQOL - Abreviado, quanto maior o escore, melhor a qualidade de vida e quanto mais baixo o escore, pior é a qualidade de vida, mas não se tem um ponto de corte definido que determina que abaixo ou acima deste, deva se considerar a qualidade de vida como boa ou ruim.

5.1.2 Faixa Etária da Amostra / Qualidade de Vida

A amostra pesquisada apresenta um número maior de mulheres em quase todas as faixas etárias que vai de 60 a 98 anos, exceto na faixa de 75 a 79 anos onde apresenta uma diferença em favor dos homens, 12,4% de mulheres e 17,7% de homens. No presente estudo, foi encontrada uma correlação inversa entre idade e domínios de qualidade de vida, o que significa que quanto mais idade menor a qualidade de vida. O inverso também se aplica, quanto mais novo o idoso melhor é a sua qualidade de vida, o que não foi evidenciado no estudo de Pereira *et al.* (2006), no município de Teixeira - Minas Gerais. Verificou-se que o fator de ter mais idade não influenciou para a piora da qualidade de vida dos idosos estudados, em razão do baixo número de idosos (7,6%) com mais de 85 anos ou ainda porque os idosos de Teixeira preservam uma atividade física regular, associada ao trabalho agrícola. Esses resultados evidenciam a heterogeneidade da população idosa, bem como as diferenças individuais, ambientais, culturais e a própria faixa etária que são fatores importantes ao se estudar a qualidade de vida nessa faixa do desenvolvimento.

5.1.3 Escolaridade da Amostra / Qualidade de Vida

A escolaridade dos idosos da cidade de Rio Verde foi de 40,8% de analfabetismo sendo que deste total, 57,2% são de mulheres e 42,8% são de homens, 71% dos homens tem curso superior enquanto apenas 28,6 % das mulheres se encaixam nessa categoria.

Os analfabetos funcionais (até 4 anos de estudos) são 43,6 % da amostra, o que representa um percentual menor, embora alto, em relação à pesquisa realizada por Pereira *et al.* (2006), no Município de Teixeira, na Região sudeste do Brasil utilizando o mesmo instrumento WHOQOL Bref, que constatou 71,1 % dos idosos eram analfabetos funcionais.

Estudo realizado por Veras, Curioni e Pereira (2002) no município do Rio de Janeiro apresentou um percentual de homens e mulheres analfabetos menor que a média nacional, 9,2%, sendo que as mulheres apresentaram maiores índices de analfabetismo. Os resultados obtidos no presente estudo são semelhantes aos obtidos por esses autores em relação à escolaridade das mulheres, uma vez que apresentam índices de analfabetismo bem maior do que o verificado para os homens.

Em outro estudo realizado por Pacheco e Santos (2004) em três Unidades de Saúde da Família dos Municípios de Alagoinha, Ipojuca e Bonito em Pernambuco, também é evidenciada a condição de maior índice de analfabetismo entre idosos, o que os autores consideram como resultado de dificuldades em décadas anteriores de acesso à educação, principalmente pela mulher. Dados do IBGE (2001) apontam que o contingente de idosos analfabetos é expressivo, representando 5,1 milhões de pessoas no Brasil.

Neste estudo, a escolaridade quando comparada com os domínios de qualidade de vida não se apresenta como forte indicador de uma melhor qualidade de vida, contudo, observou-se que ser analfabeto e ter apenas o primário contribui para uma pior qualidade de vida se comparado a ter o primeiro, segundo e terceiro graus. No domínio global de qualidade de vida, ter feito o segundo grau contribui para uma melhor qualidade de vida. No entanto, para os idosos pesquisados, ter cursado o terceiro grau e pós-graduação não é indicativo de melhor qualidade de vida para esse grupo pesquisado.

Pode-se dizer que o analfabetismo traz inúmeras dificuldades concretas ao idoso, uma vez que isso concorre para a sua dependência, impõe constrangimentos e restringe o acesso a uma série de oportunidades ao longo da vida. Assim há uma diferença significativa em ser analfabeto e ter algum grau de escolaridade, principalmente ter cursado o primeiro e o segundo graus podem contribuir para uma maior qualidade de vida. Um maior nível de escolaridade no caso, o terceiro grau não contribui para uma melhor qualidade de vida entre os idosos estudados em Rio

Verde-GO, mas o número de idosos com o terceiro grau foi de apenas 7 idosos .

Diferentemente do que foi verificado, em estudo realizado em Botucatu-SP por Jóia, Ruiz e Donalísio (2007), o grau de escolaridade foi associado ao grau de satisfação com a vida.

5.1.4 Estado Civil / Qualidade de vida

Neste estudo, a situação conjugal dos idosos se apresenta com o maior percentual de idosos casados 47,9%, e 32,6% de viúvos, enquanto entre os casados, a maioria é de homens 59,4%, e mulheres 40,6% da amostra. Na condição de viúvo, foi encontrado 22% de homens e 78% de mulheres, o que corrobora os estudos de Pacheco e Santos (2004), que também encontraram um maior índice de viuvez entre as mulheres. Veras (1994), sugere que a longevidade das mulheres decorre dos seguintes motivos: as mulheres se expõem menos a riscos ocupacionais, homicídios e suicídios, consomem menos álcool e fumo, procuram mais os serviços de saúde.

Quando comparados os domínios de qualidade de vida com o estado civil, percebeu-se que os amasiados - no domínio físico - e solteiros - no domínio psicológico -, apresentam maiores médias de qualidade de vida, enquanto que os outros escores não apresentaram diferenças estatisticamente significativas. Os resultados do presente estudo corroboram os obtidos por Pereira *et al.* (2006), onde a situação conjugal não teve influencia na qualidade de vida global dos idosos pesquisados no município de Teixeira - MG .

5.1.5 Renda / Qualidade de vida

Neste estudo, a renda de 35,6% dos idosos é de até R\$ 600,00, 22,6% recebem até R\$ 300,00, enquanto apenas 1,5% dos idosos alcançam renda de R\$ 6.000,00 e 3,6% tem renda de até R\$ 150,00 mensais. Dentre a amostra 56,2% dos idosos são aposentados, destes 59,6% são homens e 40,4% são mulheres.

Foi observado também que do total de idosos 72,3% não trabalham enquanto 27,7% continuam a exercer algum tipo de atividade para complementar o orçamento doméstico. Já em estudos de Santos *et al.* (2002), que foi desenvolvido com cinco grupos de idosos das comunidades de Cruz das Armas no município de

João Pessoa – Paraíba verificou-se que 41,4% dos idosos exercem atividades domésticas para complementação de renda e que 75,8% dos idosos tem renda de 1 até 3 salários mínimos e 12,5% tem renda inferior a 1 salário mínimo.

Enquanto 3,6% de idosos na cidade de Rio Verde - Goiás tem renda de até R\$ 150,00, no Município de Cruz das Armas, 12,5% de idosos tem renda inferior a 1 salário mínimo o que pode ser atribuído a condições econômicas gerais distintas entre os dois municípios.

Quando comparados os domínios de qualidade de vida em função da renda dos idosos, para todos eles foram encontradas correlações significativas positivas, indicando que quanto maior a renda, melhor a qualidade de vida. Esse resultado também foi evidenciado em pesquisa realizada em Botucatu São Paulo, por Jóia, Ruiz e Donalísio (2007), em que a satisfação com a vida estava associada ao conforto domiciliar, o que indiretamente é proporcionado de acordo com a renda do indivíduo.

Em estudo desenvolvido por Xavier *et al.* (2003), em Veranópolis, Sul do Brasil, um dos fatores determinantes da boa qualidade de vida foi a situação financeira do idoso, o que foi também observado neste estudo.

Já no estudo desenvolvido por Pereira *et al.*, (2006), no Município de Teixeira – MG que também utilizou a escala de qualidade de vida WHOQOL – Abreviado, não foi verificada a influência significativa da variável renda em nenhum dos domínios de qualidade de vida, diferentemente do estudo realizado em Rio Verde –Goiás, onde a renda foi significativa para o percepção de boa qualidade de vida. Isto pode ser atribuído possivelmente, às diferenças entre o município de Rio Verde - Goiás e o município de Teixeira. Enquanto Teixeira tem 11.149 habitantes, é uma cidade de pequeno porte, com baixo custo de vida, Rio Verde é uma cidade de médio porte com quase 150.000 habitantes, uma região em franca expansão agro-industrial e que apresenta um custo de vida mais elevado.

5.1.6 Religião / Qualidade de vida

Dentre os idosos entrevistados, a maioria se diz católica (66,2%), seguida pelo protestantismo como as religiões mais praticadas, e 7,2 % disseram não praticar nenhuma religião. No entanto, crença religiosa neste estudo não aparece como variável importante na percepção da qualidade de vida do idoso da cidade de

Rio Verde-GO. Em nenhum dos domínios de qualidade de vida foi significativo ter uma opção religiosa. Ao mesmo tempo, ir à igreja é a primeira opção do idoso quando perguntado para onde costuma ir. A igreja pode ser para o idoso um compromisso obrigatório no final de sua vida, mas nem por isso o comparecimento freqüente à mesma determina melhor qualidade de vida. Resultado semelhante foi observado por Silva & Günther (2000), em estudo realizado em um assentamento de famílias de baixa renda do Distrito Federal, no qual a atividade predominante entre os idosos era a prática religiosa, realizada em maior proporção por mulheres do que por homens.

Em estudo realizado por Santos *et al.* (2002), em cinco grupos de idosos em diferentes comunidades da cidade de João Pessoa - Paraíba, a religião teve grande influência nesta fase da vida, onde 100% do grupo de idosos pesquisados demonstraram afinidade com alguma prática religiosa. No presente estudo desenvolvido na cidade de Rio Verde – Goiás a grande maioria dos idosos, 92.8% diz ter alguma religião.

Marrano, Moreira e Simões (2006), em estudo realizado com imigrantes italianos idosos em Piracicaba - São Paulo, observaram que foi importante para este grupo ter e praticar uma religião, que era preciso vivenciá-la para se ter qualidade de vida.

Segundo Goldstein & Néri (1993), resultados de pesquisas sobre religiosidade e qualidade de vida têm sido contraditórios, em consequência dos instrumentos utilizados para coleta de dados. Ainda segundo pesquisas das mesmas autoras, as atitudes e atividades religiosas podem vir a ser percebidas como ocupando um lugar importante na vida de idosos, em substituição a outras atividades diminuídas pela aposentadoria, ou pela viuvez ou ainda pelo término de papéis relacionados à família.

5.1.7 Profissões Exercidas / Qualidade de Vida

Dos 390 idosos pesquisados, 56,2% são aposentados e 72,3% não trabalham enquanto 27,7% ainda exercem algum tipo de atividade. Destes, que ainda exercem alguma atividade a maioria 57,4% são homens e as profissões exercidas são as de vigilantes (10 idosos) empregos em fazendas (9 idosos) e outros serviços de natureza informal. Em relação às mulheres, a maioria 78% não

trabalha e das que exercem alguma atividade 69,6% trabalham em casa e o restante 30,4% em outras profissões tais como: costureira, doméstica, manicure, professora e outros.

Resultados de estudo desenvolvidos por Joia, Ruiz e Donalísio (2007), indicaram um número maior de idosos aposentados 61,9%.

Em relação a trabalhar depois dos 60 anos, seja em qualquer tipo de profissão, aposentado ou não, na amostra pesquisada, fica clara a condição de que o trabalho é realizado para fins de complementação da renda do idoso. Resultados deste estudo indicam que o fato de trabalhar proporciona melhor qualidade de vida ao idoso, pois o trabalho se mostrou significativo em todos os domínios de qualidade de vida.

5.2 Núcleo Familiar/ Qualidade de Vida

5.2.1 Número de Filhos e Netos

A média de filhos encontrada neste estudo foi de 5,28, o que retrata a taxa de fecundidade de décadas passadas, pois estas, segundo IBGE (2000), caiu mais de 50% entre 1970 e 1991 (de 5,8 para 2,7 filhos por mulher). Neste estudo, a prole dos idosos investigados se apresenta de acordo com os dados censitários. Já a média do número de netos dos idosos pesquisados, foi de 9,44 netos e um idoso relatou possuir 100 netos.

O estudo mostra que ter ou não filhos ou netos não faz diferença com relação à qualidade de vida do idoso em nenhum dos domínios de qualidade de vida. Contudo, foi observado também que a visita de filhos e netos se mostrou bastante significativa para a qualidade de vida dos idosos em 4 dos cinco domínios de qualidade de vida. Outro aspecto importante percebido pelos pesquisadores nas entrevistas com os idosos, é que o fato de ter filhos ou netos muitas vezes torna suas vidas mais difíceis, pois a grande maioria desses idosos se vê na obrigação de ajudá-los financeiramente, lidar com problemas familiares, às vezes são maltratados por estes e outras situações que o fato de serem pais e avós os fazem enfrentar. Por outro lado, o sentimento de serem pais e avós, faz com que eles valorizem as visitas destes, aspectos muito importantes o seu bem estar. Esse dado, porém, não foi sistematizado.

5.3 Tipo de Residência, Acomodação e Locomoção/ Qualidade de Vida

A maioria dos idosos possui casa própria 70,5 % enquanto 13,8 % moram em casas alugadas e 14,6 % residem em casas cedidas e 1% moram em casa de parentes. Ao se comparar a qualidade de vida do idoso em relação a ter ou não casa própria, o fato dele ter a casa própria afetou apenas o domínio físico de qualidade de vida. Também na pesquisa de Santos *et al.* (2002), a maioria dos idosos 82 % possui casa própria, o que sugere que a grande maioria conseguiu acumular algum patrimônio ao longo de suas vidas.

Em relação a ter o próprio quarto, a grande maioria também tem o seu aposento, mas esse fato não se apresenta como significativo para a melhor qualidade de vida do idoso. Ter o quarto próprio pode significar para o idoso ficar sozinho durante a noite e isso muitas vezes, gera insegurança nos idosos.

Ao se analisar o meio de locomoção dos idosos, 11,5% não saem de casa razão pela qual não foi indicado o meio de locomoção para essa parcela de idosos. Este grupo é o que apresenta pior qualidade de vida, o que também se correlaciona com a idade, quanto mais velho, menor o comportamento de sair de casa.

O meio como os idosos se locomovem, é bastante significativo em todos os domínios. O meio que trás melhor qualidade de vida para a amostra pesquisada é o automóvel, seguido de moto e a pé. O carro é o meio de transporte que melhor atende às necessidades dos idosos.

5.4 Relações Sociais, Engajamento em Atividades e Autonomia/ Qualidade de Vida

As relações sociais, o engajamento em atividades e a autonomia, neste estudo foram verificados por meio de variáveis do instrumento como: visitas de filhos e netos, ter amigos, freqüentar grupos de terceira idade, sair sozinho, sair de casa com freqüência, administrar a própria casa, movimentar conta bancária e trabalhar.

A visitas dos filhos e netos neste estudo influenciou significativamente em quase todos os domínios, exceto no domínio das relações sociais, pois o que pode ser observado é que apesar das relações sociais serem importantes para a qualidade de vida, estas relações principalmente com os filhos e netos muitas vezes

são bastante conflituosas. Santos *et al.* (2002), em seu estudo observou que as relações familiares foram verificadas como dimensão importante na vida dos participantes da pesquisa.

Neste estudo, em relação a ter amigos, pode-se observar que é muito importante a relação de amizade na velhice para uma melhor qualidade de vida em todos os domínios. Estes resultados corroboram com o estudo desenvolvido por Lee e Ishi-Kunts (1998), que comparou os efeitos da interação de idosos com parentes (especialmente filhos e netos) com resultados da interação de idosos com amigos, em relação ao estado de espírito ou bem-estar emocional. Os resultados demonstraram que o estado de espírito melhora na interação com amigos, em menor extensão com vizinhos e que a interação com filhos e netos não teve efeito positivo em relação ao estado de espírito dos idosos.

Segundo Deps (1993), estado de espírito e satisfação também podem ser referenciados como bem-estar emocional ou qualidade de vida na velhice.

Khoury (2005), em seu estudo sugere que a geração que hoje se encontra idosa no Brasil viveu uma época em que os pais não faziam confidências ou falavam de certas coisas com os filhos. Assim, a intimidade, muito provavelmente, ficava reservada aos amigos e cônjuges. Já em estudo realizado em Piracicaba com imigrantes italianos idosos, foi constatado que a amizade não é um item tão significativo para os idosos daquela comunidade, dado que não era esperado pelos pesquisadores (MARRANO; MOREIRA; SIMÕES, 2006).

Freqüentar grupos de terceira idade neste estudo também é importante para a qualidade de vida dos idosos, nos domínios físico, psicológico e meio ambiente. No entanto, freqüentar esses grupos não afetou a percepção da qualidade de vida nos domínios de relações sociais e domínio global, pois, apenas 8,5% dos entrevistados freqüentam grupos de terceira idade.

Sair com freqüência de casa também se mostrou bastante significativo para a qualidade de vida dos idosos em todos os domínios, evidenciando também a importância da participação e interação com outras pessoas, proporcionada na medida em que o idoso sai de seu ambiente.

Sair sozinho de casa foi um elemento significativo para a qualidade de vida do idoso, o que demonstra a importância da autonomia preservada. Todavia, no domínio das relações sociais esse elemento não foi significativo, o que sugere que mesmo que o idoso não tenha relações sociais com muitas pessoas, o fato de sair

sozinho de casa demonstra de forma positiva a sua autonomia, o seu bem-estar e sua independência para realizar atividades fora de casa.

Administrar a casa foi outra variável que apresentou importância na qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e global de qualidade de vida, confirmando a relevância da preservação da autonomia na velhice.

Movimentar conta bancária, administrar a casa e trabalhar foram extremamente significativos em todos os domínios de qualidade de vida. Os três itens sugerem a importância da autonomia para a qualidade de vida na fase avançada.

Trabalhar apresentou neste estudo relevância em todos os domínios de qualidade de vida, o que pode significar que o trabalho também é fato gerador de boa qualidade de vida, porém, segundo Taig, Padgett e Baldwin citado por Coury (1993), a correlação entre qualidade de vida e satisfação no trabalho tem sido objeto de muitas investigações, embora o assunto permaneça controverso para as diferentes áreas que estudam essa relação.

Todas essas variáveis relacionadas às relações sociais, engajamento em atividades e autonomia são de fundamental importância para a qualidade de vida dos idosos, uma vez que os estudos sobre integração social e bem estar na velhice, apontam para a manutenção de relações sociais com o cônjuge, com os familiares e, principalmente, com amigos da mesma geração, para favorecer o bem estar psicológico e social. A qualidade dos relacionamentos é mais importante na determinação da satisfação com a vida, com as relações, e com a saúde física e mental do que a quantidade dos relacionamentos (GOLDSTEIN, 1998).

Em relação aos locais que costumam ir, a maioria dos idosos respondeu que não sai de casa 18,2%, enquanto 9,5% costuma ir à igreja, apenas 1% dos idosos se referiram a fazer caminhada. Enquanto a maioria não sai de casa, os que mais saem, vão à igreja. Esse resultado mostra a falta de participação ativa do idoso na comunidade, o que possivelmente fortalece os estereótipos da velhice.

De acordo com Lima-Costa e Veras (2003), é preciso encontrar meios para a integração do idoso em nossa sociedade, mudar conceitos enraizados e utilizar novas tecnologias a fim de se alcançar de forma justa e democrática tudo que a sociedade pode oferecer a essa população que tanto cresce em todo o mundo.

5.5 Rede de Apoio/ Qualidade de Vida

A rede de apoio dos idosos indica que eles em sua maioria (44,4%) contam mais com os filhos quando precisam de alguém. Enquanto mais mulheres contam com os filhos, mais homens contam com Deus, esposas e amigos. Em pesquisa realizada por Silva & Gunther (2000), foi observado que mais da metade dos sujeitos entrevistados informaram contar com a família, em primeiro lugar, com os filhos.

Em pesquisa realizada por Pacheco e Santos (2004), as respostas dos idosos em relação com quem podem contar foram predominantemente relacionadas aos filhos e esposos (as), o que também foi observado neste estudo. Por outro lado, em pesquisa realizada em Recife por Santos (1997), foi observado que idosos adoentados contam mais com vizinhos do que com os próprios familiares. O autor infere que esse apoio maior de familiares aos idosos, seja característica de cidades menores.

5.6 Saúde/ Qualidade de Vida

No presente estudo, a maioria dos idosos disse não apresentar nenhuma limitação física, e os que disseram ter limitações físicas também apresentaram uma pior qualidade de vida em todos os domínios. Isto reitera a noção que a limitação física diminui a qualidade de vida do idoso.

Em relação à saúde, esta foi uma variável importante para todos os domínios de qualidade de vida. As médias apresentadas por idosos com problemas de saúde foram mais baixas do que as dos idosos sem problemas de saúde. Assim, pode-se concluir que ter saúde é percebido como fator gerador de boa qualidade de vida para o idoso.

Em estudos realizados por Ryff (1989), citado por Jóia, Ruiz e Donalísio (2007), os idosos consideraram a saúde como elemento mais importante para a qualidade de vida e a sua falta como motivo de infelicidade. Em outro estudo realizado por Souza *et al.* (1997), sobre a qualidade de vida em diabéticos, 66,6% dos idosos estavam satisfeitos com a vida e essa satisfação se relacionava principalmente com o bem estar físico, emocional e espiritual. Segundo os últimos autores, enfermidades específicas - quando controladas e cuidadas -, não afetam a qualidade de vida do indivíduo.

No estudo com imigrantes italianos idosos, o termo saúde, esteve associado diretamente à qualidade de vida e a uma vida saudável (MARRANO; MOREIRA; SIMÕES, 2006). Jóia, Ruiz e Donalísio (2007), também observaram que ter saúde tem grande importância para uma boa qualidade de vida. Assim, a saúde novamente aparece como indicador de qualidade de vida para os idosos.

Neste estudo, assim como no de Veras (1994), as mulheres foram maioria em relação às queixas de problemas de saúde. Entretanto, em pesquisa realizada por Silva e Günther (2000), a maioria dos respondentes que se referiu a problemas de saúde foi do sexo masculino.

De modo geral, a maioria expressiva dos estudos tem apontado a saúde como elemento principal para a percepção de boa qualidade de vida na velhice.

5.7 Regiões / Qualidade de Vida

Neste Estudo em Rio Verde – GO, as regiões onde se notou as maiores médias de escores de qualidade de vida foram a região oeste no domínio físico, a região leste no domínio do meio ambiente e novamente, a região oeste no domínio de qualidade de vida global

5.8 Domínios de Qualidade de Vida e Domínio Global

A percepção da qualidade de vida dos idosos da cidade de Rio Verde no domínio físico foi considerada boa apresentando uma média de 12,26 em uma escala que vai de 4 a 20. No domínio psicológico essa percepção é ainda melhor, apresentando uma média de 13,33 nessa mesma escala. No domínio das relações sociais a média é a mais alta 14,54. No domínio do meio ambiente, cai um pouco chegando a 11,53 de média e no domínio global, a média é de 12,37 também podendo ser considerada uma percepção de boa qualidade de vida.

Tendo em vista as médias apresentadas em cada domínio de qualidade de vida pode-se dizer que a percepção da qualidade de vida do idoso da cidade de Rio Verde é relativamente boa, considerando-se a escala acima mencionada.

Ao se analisar a contribuição do domínio físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente na composição do domínio de qualidade de vida global, pode-se notar que o domínio físico foi o que mais contribuiu, para a percepção da qualidade

de vida dos idosos, seguido do psicológico e do meio ambiente. O domínio das relações sociais foi o que menos contribuiu para a qualidade de vida global do grupo estudado, o que parece incoerente com os valores médios alcançados pelos participantes. Isso indica o domínio das relações sociais como o maior, possivelmente porque o grupo não associa as relações sociais com qualidade de vida e satisfação com a saúde, os dois aspectos abordados nas perguntas do domínio global.

Esses resultados corroboram os de Pereira *et al.* (2006), que também encontrou o domínio físico como o mais significativo para o domínio global, seguido do ambiental e psicológico. O domínio das relações sociais não teve contribuição estatisticamente significativa para a percepção da qualidade de vida.

Dessa forma, explica Pereira *et al.* (2006), que os domínios explicam limitadamente a qualidade de vida global, mas alterações em um ou mais domínios podem implicar em alterações na qualidade de vida global.

Na amostra estudada, o domínio físico parece ter tido maior influência, o que revela a questão da importância da capacidade funcional, da autonomia e independência para a boa qualidade de vida do idoso. O domínio psicológico também contribuiu muito, evidenciando que alterações psicológicas podem interferir de forma bastante significativa na qualidade de vida global do idoso.

O meio ambiente é outro fator importante para a qualidade de vida dos idosos, uma vez que este ambiente seja adequado, saudável, seguro, isso pode lhe proporcionar mais satisfação em sua vida e conseqüentemente, melhor qualidade de vida.

As relações sociais também determinam boa qualidade de vida, e de acordo com a perspectiva life-span, que considera o desenvolvimento humano ao longo de toda a vida, a proporcionalidade entre ganhos e perdas no desenvolvimento, sofre alterações ao longo da vida. Na infância se tem mais ganhos e na velhice, mais perdas. Neste estudo, as relações sociais como em todos os outros aspectos têm mais perdas do que ganhos, mas, essas relações, têm mais qualidade e menos quantidade.

Também como preconiza a perspectiva life-span, a variabilidade intra-individual, responde por comportamentos variados entre idosos em relação a potencialidades, limites e comportamentos, observados nos idosos entrevistados para este estudo.

CONCLUSÕES

Ter qualidade de vida na velhice implica em variados aspectos situacionais, sociais, culturais, históricos, individuais e uma verdadeira gama de variáveis que vão compor a percepção que o indivíduo nessa fase do ciclo de vida tem acerca de sua situação. Assim, avaliar todos os aspectos que contribuem para a qualidade de vida dos idosos, requer esforços compartilhados por várias áreas de investigação. Neste estudo foram analisados alguns desses aspectos que compõem a qualidade de vida dos idosos da cidade de Rio Verde –GO.

Pode-se concluir que a percepção do grupo de idosos rio-verdenses pesquisados de modo geral, é boa em termos de qualidade de vida. As mulheres apresentaram menores médias em todos os domínios de qualidade de vida em relação aos homens. Nos domínios de qualidade de vida psicológico e global, essa diferença foi significativa em relação aos homens, o que sugere que as mulheres apresentaram uma pior qualidade de vida do ponto de vista psicológico e global.

O lugar do homem no mundo, o espaço que ele conquistou ao longo de sua vida, foi motivo de orgulho e com isto conta com o respeito dos outros. Para o idoso, ter a sua casa própria é muito significativo para a sua qualidade de vida. Este estudo evidenciou a importância da propriedade da casa e do carro como meio de transporte mais adequado para a percepção de boa qualidade de vida pelos idosos estudados, enquanto que ter quarto próprio não foi significativo para a qualidade de vida, uma vez que para os mesmos é importante ter a companhia de alguém quando dorme, caso necessite de auxílio.

O homem é um ser de relações, e como tal, o idoso, também deseja o seu espaço de relações com o outro, valoriza a autonomia como forma de dignidade humana e tenta se engajar em atividades para não viver à margem da sociedade. Apesar do forte preconceito das atuais sociedades em relação ao idoso, fatores como: receber visitas de filhos e netos, ter amizades, sair de casa com frequência, sair sozinho, administrar a própria casa, movimentar conta bancária, também foram apontados como significativos para uma melhor qualidade de vida dos idosos pesquisados.

O trabalho também surgiu como uma atividade gratificante que traz melhor qualidade de vida. Em contrapartida, a maioria dos idosos que trabalham, fazem isto por necessidade de sobrevivência.

A rede de apoio dos idosos moradores da cidade de Rio Verde é composta pelos seus filhos, como observado na maioria das pesquisas realizadas no Brasil. Em contrapartida, os idosos são fonte de apoio financeiro para os filhos.

As limitações físicas e os problemas de saúde também foram aspectos percebidos como muito importantes para a boa qualidade de vida do idoso. Embora as limitações físicas e determinados tipos de problemas de saúde possam ser bem controlados, e os idosos possam manter a boa qualidade de vida, a maioria absoluta deles percebeu a saúde física como fundamental para uma boa qualidade de vida na velhice e reclamou da dificuldade em conseguir comprar medicamentos.

Neste estudo foi observado ainda que uma quantidade maior de mulheres apresenta algum tipo de problema de saúde, quando comparada aos homens, ainda que elas tenham sido as que mais procuraram os serviços de saúde, são elas também as que vivem por mais tempo.

A influência das questões relacionadas à saúde física dos idosos estudados, para a qualidade de vida, também ficou evidente quando se comparou o domínio de qualidade de vida físico, psicológico, das relações sociais e do meio ambiente com o domínio global de qualidade de vida. O domínio físico foi o mais significativo para a qualidade de vida global, o que reitera a importância da saúde para a qualidade de vida dos idosos.

O estudo mostrou uma realidade do envelhecimento comumente observada no Brasil, guardando poucas diferenças em relação aos outros estudos realizados em outros estados, onde de modo geral a qualidade de vida dos idosos estudados pode ser considerada boa.

Durante a realização das entrevistas, os idosos contavam casos de sua vida, faziam pedidos, como por exemplo, ajuda para compra de alguma coisa, ou pedido de ajuda para conseguir a aposentadoria e vários outros.

Um aspecto curioso é que em muitas das casas dos idosos que participaram do estudo, pode-se perceber que eles eram observados por um familiar ao responder as questões. Os pesquisadores também enfrentaram uma certa desconfiança por parte dos idosos e suas famílias quanto aos objetivos da pesquisa. Eles perguntavam se não o estudo não dizia respeito a algo que pudesse interferir em sua aposentadoria, ou em alguns benefícios sociais da família.

Durante a realização das entrevistas, foi percebido que muitas vezes o idoso parecia responder à entrevista diferentemente do que realmente sentia, caso da

pergunta sobre a sua qualidade de vida, que foi em sua grande maioria respondida como boa. Após a aplicação dos instrumentos, em conversas informais, muitos idosos deixavam transparecer que ansiavam por uma vida melhor, mas conformavam-se com a sua situação por achar que tinham muito se comparado a outros de sua idade, ou que a qualidade de vida que possuem faz parte de seu destino.

Apesar de existir nos dias de hoje uma idéia de que os idosos estão conquistando mais espaços, respeito e direitos sociais, eles continuam sendo extremamente excluídos da sociedade. É comum, eles mesmos terem uma representação social da velhice tal qual a sociedade, daí terem preconceitos em relação a si próprios, não se permitem viver plenamente, se auto-excluem e tentarem amenizar sua situação difícil, para não aparecer mais inconveniente do que a sociedade os trata.

Quando se fala em qualidade de vida, parece incoerente nesse país indivíduos que recebem R\$ 600,00 mensais considerarem-se satisfeitos, quando ainda ajudam financeiramente a família. Uma leitura possível desse quadro é que parece que o idoso não quer assumir a sua condição desfavorável ou reivindicar além daquilo que está posto pela sociedade pelas políticas sociais. É como se apresentassem acostumados e conformados com a sua parca condição de vida. O conhecimento de tais aspectos é fundamental para que possa se trabalhar no sentido de resgatar a auto-imagem dos idosos, fornecer uma melhor qualidade de vida a esse segmento da população, a partir de ações públicas, efetivas que resultem em melhorias na sua condição de vida.

Por fim, espera-se que o presente estudo possa contribuir para a ampliação do conhecimento da realidade da qualidade de vida do idoso da cidade de Rio Verde –GO no sentido de oferecer subsídios para futuras investigações, práticas profissionais relacionadas ao idoso e possivelmente, possa contribuir para políticas sociais e educacionais voltadas à questão do envelhecimento,

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALGADO FERRER, M. T. **Envejecimiento y sociedad**. Uma sociologia de la vejez. Alicante: Instituto de Cultura Juan Gi-Albert. Diputación Provincial de Alicante. 1997.

ALMEIDA, A. M. A trama da vida; maturidade e gênero. **Humanidade**, n.48, 1999.

AVIS, N.E.; ASSMANN S.F.; KRAVITZ H. M.; GANZ P. A. ORLY, M. Quality of life in diverse groups of midlife women: assessing the influence of menopause, health status and psychosocial and demographic factors. **Qual. Life Res.** 2004.

BALTES, P. B. Prefácio In: NERI, A. L. (org). **Psicologia do envelhecimento**: uma área emergente. Campinas SP: Papyrus, 1995.

BALLONE, G. J. Transtornos emocionais do envelhecimento. In. **Psiquweb**, Internet, disponível em <www.psiqweb.med.br>. Acesso em: 20 novembro 2006.

BEE, H. L.; MITCHEL, S. K. **A pessoa em desenvolvimento**. São Paulo: Harbra, 1984.

BERQUÓ, E. **Pirâmide da solidão**. In: Anais do quinto encontro nacional de estudos populacionais. Águas de São Pedro: ABEP. 1998.

BRASIL, **Portaria do gabinete do Ministro de Estado da Saúde** de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Diário Oficial da União, Brasília DF, nº 237-E, p.21, 13 de dezembro, Seção 1, 1999.

CASTRO, M. R. de; VARGAS, L. A. A interação/ atuação da equipe do programa de saúde da família do Canal do Anil com a população idosa adstrita. Rio de Janeiro. **Physis.**, Rio de Janeiro: v.15, n.2, 2005.

COURY, H. e Jane C. G. Satisfação no trabalho e satisfação na vida: questões teóricas e metodológicas. In: NERI, A. L. (org). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papyrus, 1993.

COUTO, A. L. A. COUTINHO, M. L. R. **Gerontologia: ciencia nova?** Reflexões acerca do discurso científico sobre o envelhecer. 2006. Obtida em 28-08-06 a partir de <http://www.sbggrj.org.br/artigos/scienza.htm>.

DEL PINO, A.C.S. Calidad de vida em la atención al mayor. **Rev. Mult. Gerontol.** v.13, n.3, 2003.

DEPS, V. L. Atividade e bem estar psicológico. In: NERI, A. L. **Qualidade de vida e idade madura.** Campinas: Papyrus, 1993.

FARINATTI, P. de T. V. Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. **Rev. Brasileira Med Esporte.** Niterói: v.08, n. 4, 2002.

FLECK, M. P. A. Aplicação da versão em português do instrumento da avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde. **Revista de Saúde Pública,** v. 33, n. 2, 1999.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Rev. Saúde Pública,** Dez. 2003, n.6, v.37, ISSN 0034-8910.

FLECK, M.P.A.; LOUZADA, S. XAVIER M.; CHACHAMOVITCH E.; VIEIRA G.; SANTOS L. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL – Bref". **Revista Saúde Pública.** v.34, n.2 2000.

FONTE, I. B. da. Diretrizes internacionais para o envelhecimento e suas conseqüências no conceito de velhice. Trabalho apresentado no **XII Encontro** da Associação Brasileira de Estudos Populacionais em Ouro Preto, Minas Gerais Brasil de 4 a 8 de Novembro de 2002.

FORATTINI, O. P. Qualidade de vida e meio urbano: a cidade de São Paulo. Brasil. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo: v. 25, n.2, 1991.

FRANÇA, L. H.; STEPANSKY, D.V. **Educação permanente para trabalhadores idosos - o retorno à rede social.** Boletim técnico do SENAC. Rio de Janeiro. v.31, n.2 Maio/Ago 2005.

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

GOLDSTEIN, L. L. Bem estar subjetivo no idoso. **Núcleo de estudo** avançado em psicologia do envelhecimento. UNICAMP - Campinas SP. 1998

GUSMÃO, N. M. M. de. A maturidade e a velhice: um olhar antropológico. In: NERI, A. L. (org). **Desenvolvimento e envelhecimento**: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. 2 ed. Campinas SP: Papyrus, 2001.

IBGE – **INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA**. Censo demográfico 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso dia: 15/10/2005.

IBGE – **INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA**. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD). Rio de Janeiro: 2001.

JECKEL-NETO, E. A.; CUNHA, G.L.da. Teorias biológicas do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. de. *et al.* (Orgs.) **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara - Koogan, 2002.

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

KHOURY, H. T. T. **Controle primário e controle secundário**: relação com indicadores de envelhecimento bem-sucedido. (Tese) Doutor em Psicologia. Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília. Brasília: 2005.

LEE, G.R.; ISHI-KUNTS M. Atividade e bem-estar psicológico na maturidade. In: Néri, A. L. (Org.). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papyrus. 1998.

LIMA-COSTA, M. F. e VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v.19, n.3, 2003.

MARRANO, M. N. de O.; MOREIRA, W.; SIMÕES, R. **Qualidade de vida para idosos imigrantes italianos**: o caso da comunidade trentini de Piracicaba/ SP. Núcleo de Pesquisa em Corporeidade e Pedagogia do Movimento – NUCORPO - Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade Metodista de Piracicaba. São Paulo: 2006.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Conselho Nacional de Saúde. **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP**. Brasília (DF); Ministério da Saúde. 1999.

MOREIRA, M. M. da S. **Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento**. [Mestrado] Fundação Osvaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública; 2000. 100p.

MORIN, E. **Cultura de massas no século XX**. Rio de Janeiro: Forense - Universitária, 2000.

MOSER, A. **O enigma da esfinge: a sexualidade**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2001

MOTA, A. P.; FIGUEIREDO P. A.; DUARTE, J. A. Teoria biológicas do envelhecimento. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**. Portugal: v.4, n. 1, 2004.

NERI, A. L. Teorias psicológicas. In: FREITAS, E. V. de. *et al.* (orgs.) **Tratado de Geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara - Koogan, 2002.

NERI, A. L.; FREIRE, S. A. (orgs.). **E por falar em boa velhice**. 2ed. Campinas, SP: Papyrus. 2000.

NERI, A.L. (org.). **Maturidade e velhice**; trajetórias individuais e socioculturais. Campinas, SP: Papyrus, 2001a. (Coleção Vivacidade).

NERI, A.L. (org.). **Desenvolvimento e envelhecimento**; perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas, SP: Papyrus, 2001b. (Coleção Vivacidade).

NERI, A.L. **Qualidade de vida e idade madura**. 5ed. Campinas, SP: Papyrus, 1993. (Coleção Vivacidade).

NERI, A.L.; YASSUDA, M. S. (orgs.). **Velhice bem sucedida**; aspectos afetivos e cognitivos. Campinas, SP: Papyrus, 2004. (Coleção Vivacidade).

OLIVEIRA, R. de C. da S. **Terceira idade**: do repensar dos limites aos sonhos possíveis. São Paulo: Paulinas, 1999. Coleção Terceira Idade.

OMS – Organização Mundial de Saúde. 2005. Obtida em 15/10/2005, a partir de <<http://www.who.int>>.

ONU - **Organização das Nações Unidas**. 2005. Disponível em: <<http://www.onu-brasil.org>>. Acesso em: 15/08/2005.

ONU – **Organização das Nações Unidas** – Assembléia Mundial sobre Envelhecimento. Viena: 1982. Disponível em: <<http://www.onu-brasil.org>>. Acesso em: 20/08/2005.

ONU – Organização das Nações Unidas. 2002. Disponível em: <<http://www.onu-brasil.org/documentos-estudos.php>>. Acesso em: 10/08/2005.

PACHECO, R. O.; SANTOS, S. S. C. **Avaliação global de idosos em unidades de PSF**. Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento da UnATI. Rio de Janeiro: v7, n2, 2004. Disponível em: <<http://www.unati.uerj.br/programas.asp>>.

PAPALÉO NETO, M.; BORGONOV, N. Biologia e teorias do envelhecimento. In: PAPALÉO NETO, M. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002.

PAPALÉO NETTO, M.; PONTE, J. R. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002.

PASCHOAL, S. M. P. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002a.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, E. V. de. *et al.* (orgs.) **Tratado de Geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara - Koogan,

2002b.

PEIXOTO, C. A. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade. In: LINS de Barros M.M. (org). **Velhice ou terceira idade?** Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro: 1998.

PEREIRA, D. E. C. **Qualidade de vida na terceira idade e sua relação com o trabalho.** 2002. 150 folhas. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis: 2002.

PEREIRA, R. J.;COTTA, R. M.M.;FRANCESCHINI, S.do C. C.; RIBEIRO,R. deC. L.; SAMPAIO, R. F.; PRIORE, S. E. e CECON, P. R. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev. Psiquiatria.** Rio Grande do Sul, Porto Alegre: v.28, n 1, 2006.

RAMOS, M. P. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias.** Porto Alegre: n.7, 2002.

ROLIM, F.S.; FORTI, V.A.M. Envelhecimento e atividade física: auxiliando na melhoria e manutenção da qualidade de vida. In: DIOGO, M. J. D.; NERI, A.L.; CACHIONE. **Saúde e qualidade de vida na velhice.** Campinas SP: Alínea, 2004.

SÁ, J. L.M. A formação de recursos em Gerontologia: fundamentos epistemológicos e conceituais. In: FREITAS, E.V. *et al.* (orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara - Koogan, 2002.

SANTOS, S. R. dos; SANTOS I.B.C.; FERNANDES M.C.M. e HENRIQUES M.E.R.M. Calidad de vida del anciano en la comunidad: aplicación de la Escala de Flanagan. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, 2002.

SANTOS, S. S. **Aspectos bio-psico-sócio-econômicos de idosos internados em hospitais públicos de Recife- PE.** In: Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: 1997.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. da C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública,** mar/abr. 2004, v.20, n 2, ISSN 0102-311x

SILVA, I. R.; GÜNTHER, I. de A. Papéis sociais e envelhecimento em uma

perspectiva de curso de vida. **Psi. Teor e Pesq.** Brasília: v.16, n.1, 2000.

SIQUEIRA, M. E. C. Teorias sociológicas do envelhecimento. In: NERI, A. L. (org). **Desenvolvimento e envelhecimento**; perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. 2 ed.Campinas SP: Papyrus, 2001.

SIQUEIRA, R. L.; BOTELHO, M. I. V.; COELHO, F. M. G. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Rev. Cienc. Saúde coletiva.** Rio de Janeiro: v.7, n.4, 2002.

SIVIERO, I. M. P. S. **Saúde mental e qualidade de vida de enfartados.** 2003. 111 folhas. Tese [doutorado] Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto: 2003.

SOMCHINDA, A.; FERNANDES, F. C. **Qualidade de vida na percepção dos idosos institucionalizados.** 2003. Dissertação [Mestrado]. UNB. Brasília: 2003.

SOUZA, T.T.; SANTINI, I.; WADA, S. A.; VASCO, C. F. KIMURA, M. Qualidade de vida da pessoa diabética. **Rev. Esc. Enferm.** USP. 1997.

STOPPE JÚNIOR, A.; LOUZÃ NETO, M. R. **Depressão na terceira idade**; apresentação clínica, abordagem terapêutica. 2ed. São Paulo: Lemos Editorial, 1999.

TEIXEIRA, M. B. **Emponderamento de idosos em grupos direcionados à promoção de saúde.** 2002. Dissertação. 105 folhas, [mestrado], Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.

TEIXEIRA, P. **Envelhecendo passo a passo.** In: Portal dos Psicólogos. Internet, disponível em: <www.psicologia.com.pt>. 2006

THE WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci Med**, v.41, n.10, 1995

VERAS R. P. **País jovem com cabelos brancos**: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumara/ UERJ. 1994.

VERAS, R.; CURIONI, C.C.; PEREIRA, R. S. **Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro: 2002**

XAVIER F.M.F.; FERRAZ, M.P.T.; MARC, N.; ESCOSTEGUY, N.U. Moriguchi EH. Elderly people's definition of quality of life. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v.25, n. 1, 2003.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice: aspectos biopsicossociais.** Porto Alegre: Artmed, 2000.

ANEXOS

ANEXO 1

**UNIVERSIDADE DE RIO VERDE**

CREDENCIADA PELO DECRETO Nº 5.971 DE 02 DE JULHO DE 2004

Fazenda Fontes do Saber
Campus Universitário
Rio Verde - GoiásCx. Postal 104 - CEP 75901-970
CNPJ 01.815.216/0001-78
I.E. 10.210.819-6 / I.M. 021.407Fone (64) 3620-22
e-mail fesurv@fesurv
www.fesurv

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE – FESURV
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FESURV
Avenida Presidente Vargas nº 2342, Jardim Goiás, Rio Verde-Go – CEP 75.903-290.

PARECER Nº 008/2006

Título do Projeto de Pesquisa: “Qualidade de vida dos idosos da cidade de Rio Verde-
GO”.

Registro no CEP/FESURV: nº 002/2006

Nome do pesquisador responsável: Telma Pereira Vieira Silva

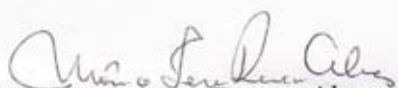
Instituição responsável: Universidade de Rio Verde – FESURV
Grupo III/Ciências da Saúde/Saúde Coletiva.

**Ao proceder a análise do projeto de pesquisa em questão, em resposta ao parecer
CEP/FESURV nº: 002/2006, cabem as seguintes considerações:**

As pendências foram acatadas, e, diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Rio Verde - CEP/FESURV, de acordo com as atribuições definidas na resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

Rio Verde, 13 de setembro de 2006.


Mônica Teresa Ruocco Alcauza
Coordenadora do CEP/FESURV

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____ idade _____ anos
 Sexo _____ Residente à _____
 _____ estado civil _____

Aceito participar da pesquisa que tem como objetivo descrever a percepção dos idosos com relação à qualidade de vida em seus aspectos sociais, econômicos, familiares de saúde e bem estar em geral.

Foi dito que a entrevista será feita individualmente, que não terá tempo pré-determinado para responder e que terei liberdade de interromper ou desistir da entrevista a qualquer momento sem nenhum prejuízo. Os pesquisadores estarão à disposição para tirar quaisquer tipos de dúvidas relacionadas às perguntas e métodos utilizados antes, durante e depois da entrevista. Foi dito também que terei o mínimo de desconforto e risco ao responder as perguntas do questionário. Fui informado que os resultados desta pesquisa, poderão ser publicados, respeitando o sigilo absoluto do meu nome e minha privacidade. Qualquer dano que possa vir causar à minha imagem moral, os pesquisadores ficarão responsáveis. Quanto aos resultados da pesquisa poderei entrar em contato com os pesquisadores no final da pesquisa para obtenção dos resultados.

Certo da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido em (02) duas vias (via entrevistador e via entrevistado) e da proposta da pesquisa a mim apresentada, declaro autorizado aos pesquisadores a entrevista para uso da pesquisa. Foi dito também que em caso de não poder assinar (não saber escrever) posso fazer a assinatura digital acompanhado da assinatura de alguém de minha confiança.

Rio Verde ___ / ___ / ___

 Assinatura do Voluntário

Título do projeto: Qualidade de vida dos idosos da cidade de Rio Verde-GO
 Pesquisadora responsável: Telma Pereira Vieira Silva

Função: Professora da Faculdade de Psicologia da Universidade de Rio Verde. Endereço: Rua Agenor Diamantino nº 143 – Vila Amália – Rio Verde – GO
 Telefone-(064) 36131101 ou pela Universidade de Rio Verde –Faculdade de Psicologia no Telefone (064) 36202288.

ANEXO 3



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
 PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
 GENEBRA
 GRUPO WHOQOL

VERSÃO EM PORTUGUÊS DOS
 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE
 QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL) 1998

WHOQOL - ABREVIADO

A pontuação dos escores deverá ser realizada utilizando o programa estatístico SPSS, com a sintaxe do WHOQOL-bref

Instruções					
<p>Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.</p> <p>Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:</p>					
	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

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

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

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

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

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

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

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

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico	1	2	3	4	5

	para levar sua vida diária?					
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

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

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus	1	2	3	4	5

	amigos?					
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

		nunc a	Algum as vezes	freqüentem ente	muito freqüen temente	sempr e
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO 4

FESURV - Universidade de Rio Verde
Faculdade de Psicologia
QUESTIONÁRIO PARA DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

- 1- Endereço _____
- 2- Idade _____
- 3- Sexo _____
- 4- Nível Educacional _____
- 5- Profissão _____
- 6- Aposentado () Sim () Não Pensionista ()
- 7- Ainda Trabalha () Sim () Não
- 8- Em que Trabalha _____
- 9- Empregado () Por conta própria ()
- 10- Qual a renda familiar (mensal) _____
- 11- Tem companheiro () nunca teve () viúvo () separado ()
- 12- Quantos filhos () netos ()
- 13- Eles te visitam () Sim () Não () as vezes
- 14- Tem amigos () não tem () muitos () poucos ()
- 15- Frequenta grupos de terceira idade () sim () não
- 16- Sai de casa com frequência () sim () não
- 17- Sai sozinho () sim () não
- 18- Onde costuma ir _____
- 19- Anda de ônibus () carro () Carro com alguém dirigindo ()
- 20- Se precisar com quem pode contar _____
- 21- Qual sua religião _____ praticante () não praticante ()
- 22- Moradia própria () alugada () cedida () financiada ()
- 23- Tem um quarto próprio () sim () não
- 24- Tem alguma limitação física () sim () não
- 25- Tem problemas de saúde () sim () não
- 26- Administra sua casa () sim () não
- 27- Movimenta conta bancária () sim () não

Obrigada pela sua colaboração! Parte do questionário da Pesquisadora Khoury (2005)
 Pesquisadora: Telma Pereira Vieira Silva