

QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE: ESTUDO EM UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE RECREAÇÃO PARA IDOSOS

Aidê Ferreira Ferraz *
Marisa Ribeiro Bastos Peixoto**

FERRAZ, A.F.; PEIXOTO, M.R.B. Qualidade de vida na velhice: estudo em uma instituição pública de recreação para idosos. *Rev. Esc. Enf. USP*. v.31, n.2, p.316-38, ago, 1997.

Estudo realizado por meio de entrevistas com idosos de uma instituição de recreação, com o objetivo de analisar a qualidade de vida dos usuários. Os resultados obtidos sugerem que a maioria dos idosos deste estudo têm uma boa qualidade de vida. Todos os indicadores objetivos e subjetivos considerados foram evidenciados nos relatos de grande parte dos idosos.

UNITERMOS: Geriatria. Qualidade de vida.

1 INTRODUÇÃO

Embora se faça uma associação da velhice com os países desenvolvidos, a partir dos anos 50 constata-se que a maioria dos idosos vive em países do Terceiro Mundo ⁶.

Segundo KALACHE et al. ⁶ em 1960 mais da metade da população do grupo etário 65 anos e mais, vivia nos países do Terceiro Mundo. Há previsões de que dentre os onze países com índices mais elevados de populações idosas, nos próximos 40 anos, oito serão países em desenvolvimento.

Segundo RAMOS et al. ¹², em decorrência da queda acentuada e progressiva das taxas de fecundidade e mortalidade, em geral, a expectativa de vida média tem-se elevado, ocasionando o envelhecimento da população. Estes mesmos autores afirmam que este envelhecimento, no Terceiro Mundo, vem ocorrendo rapidamente, permanecendo as precárias condições de vida dos indivíduos. Este processo também tem sido observado no Brasil, principalmente nas regiões urbanas, especificamente após os anos 50, com o processo de urbanização, que tem acentuado o estado de miséria da população.

* Enfermeira. Professora Assistente. Mestre do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da UFMG. Doutoranda do Programa de Expansão do Doutorado da EEUSP na EEUFMG.

** Enfermeira. Professora Adjunto. Doutora do Departamento de Enfermagem Básica da UFMG

Até 1960, os grupos etários em idade escolar, economicamente ativa e de idosos cresciam de forma semelhante. A partir daí, a população idosa foi a que mais cresceu, encontrando-se a população jovem em processo de desaceleração¹².

Segundo RAMOS et al.¹², a previsão para o ano 2000 é de que o crescimento da população de 60 anos será de 107% e ainda que *“iniciaremos o próximo século com a população idosa crescendo proporcionalmente quase oito vezes mais que a jovem e quase duas vezes mais que a população em geral”*. (p.215)

O processo de envelhecimento da população leva a uma mudança nos padrões de morbidade e mortalidade, visto que um número maior de episódios de doenças crônicas ocorre mais freqüentemente na população idosa. Desta forma, as principais causas de mortalidade no Brasil passam de doenças infecto-contagiosas e parasitárias, para doenças crônico-degenerativas, ocasionando maiores gastos com a saúde¹².

De acordo com VERAS et al.¹⁵,

“Muitas vezes, na velhice, os problemas de saúde causados por patologias múltiplas são agravados pela solidão e a pobreza. A falta de companhia do velho, nos dias atuais, está diretamente ligada às transformações que se operam no interior das famílias.” (p. 228)

A maior facilidade de mobilidade das pequenas famílias, assim como o aumento do número de separações ou divórcios, diminui o suporte familiar do velho. Agrava ainda mais esta situação, principalmente nos países desenvolvidos, o fato de que existe uma tendência, nos dias atuais, de redução dos sistemas informais de apoio ao idoso, tais como parentes, vizinhos ou amigos.¹⁵ Nos países em desenvolvimento, por influências culturais, o vínculo familiar é preservado, pois ainda existe uma extensa rede de parentes, na qual pais, filhos, tios e outros familiares mantêm contatos entre si¹⁰. Entretanto, já se observa uma mudança nesse quadro, principalmente nos grandes centros urbanos.

Na sociedade brasileira, segundo SERRO AZUL et al.¹³, são encontrados diferentes padrões de comportamento familiar, visto que são constituídos de diferentes subculturas. Enquanto nas regiões rurais ainda prevalecem valores culturais relativos à existência de grupos familiares, nas regiões urbano-industrializadas já existe uma tendência ao predomínio da família nuclear.

Embora ciente do processo de envelhecimento demográfico, a sociedade contemporânea tem encarado a questão dos idosos como secundária, assim como enfrenta os problemas relativos às categorias sociais ditas inativas. A exclusão social do idoso deve-se a vários fatores que assumem características peculiares de acordo com os valores culturais de cada país, tendo como pano de fundo o sistema de produção econômica³.

Alguns estudos na área da Sociologia demonstram que a perda de status e prestígio do indivíduo idoso na sociedade contemporânea está relacionada ao

sistema de produção desta sociedade. Nas sociedades industriais, é priorizada a produção de bens, sendo desvalorizadas as atividades humanas não ligadas à produtividade e lucratividade. Desta forma, os segmentos sociais não diretamente relacionados a este sistema são marginalizados socialmente.

Assim, as alterações físicas e psíquicas naturais do idoso, passaram a ser encaradas como uma restrição à sua participação no processo produtivo onde a exigência é o desenvolvimento econômico acelerado. Os idosos passaram, então, a ser estigmatizados com preconceito de que a velhice é uma etapa da vida de “enfermidades, inutilidade, isolamento e segregação” (p.44)³.

Na literatura brasileira existente sobre geriatria observa-se uma tendência à maior preocupação com as conseqüências e o impacto sofrido pela sociedade em geral, advindos das questões relacionadas ao aumento do número de idosos e aos custos que serão também acentuados para a manutenção e tratamento desses indivíduos.

Com isto, vê-se que a grande maioria dos estudos tem como foco central o velho doente ¹, fraco e dependente, que corresponde à visão mais comum que se tem das pessoas idosas. Segundo CAMPEDELLI¹, “raramente os anciãos saudáveis têm sido estudados tão completamente quanto os idosos doentes”.

É importante refletir sobre os impactos sociais ocasionados pela atual mudança no quadro demográfico da população brasileira, a fim de se alertar as autoridades e a sociedade como um todo para a necessidade de preparar o país para o cuidado mais humanizado de seus velhos, proporcionando-lhes um bom nível de qualidade de vida, sem imputar-lhes a expectativa da produtividade. Assim sendo, torna-se imprescindível a realização de estudos que focalizem a qualidade de vida do idoso fora do ambiente hospitalar.

Avaliando o impacto do tratamento médico e do uso de tecnologias no nível de qualidade de vida, NAJMAN; LEVINE ⁸ apresentam uma revisão crítica dos estudos sobre o tema. Segundo os autores, diferentes fatores interferem na qualidade de vida dos indivíduos, classificando-os em indicadores sociais objetivos e subjetivos.

Dentre os indicadores sociais objetivos, são citados condições de saúde, aspectos do ambiente físico, qualidade da habitação, emprego e qualidade do trabalho, lazer, acesso a bens e serviços, segurança, justiça, oportunidades e participações sociais⁸. As diferentes dimensões objetivas do termo qualidade de vida tem gerado estudos inconsistentes que, de acordo com os autores, têm contribuído pouco para a compreensão do termo. Dentre as razões apresentadas pelos autores, são citados: conceito vago do que constitui alto ou baixo nível de qualidade de vida; considerável desacordo quanto à relevância desses indicadores; pequena associação entre condições objetivas de vida e a percepção dessas condições como qualidade de vida, entre outros. Na ótica de NAJMAN;LEVINE⁸, os investigadores que utilizam apenas medidas objetivas de qualidade de vida

estão, simplesmente, projetando seus próprios valores e prioridades, sendo os estudos que analisam as experiências subjetivas de qualidade de vida mais consistentes.

Os indicadores subjetivos de qualidade de vida abrangem diferentes termos, tais como: felicidade, satisfação com a vida, bem-estar geral; que por sua vez estão relacionados a uma descrição positiva do casamento e situação familiar, relacionamento com o outro, amizades, forte crença religiosa, diferença entre as expectativas de vida e as realizações alcançadas, entre outros. NAJMAN; LEVINE⁸ concluem que o principal fator determinante de um alto nível de qualidade de vida parece ser um convívio social positivo, próximo e estável. Da mesma forma, quanto menor a diferença entre os projetos de vida do indivíduo e a realização dos mesmos, maior é a percepção de alto nível de qualidade de vida.

SLIWANY¹⁴, ao estudar o nível de vida de populações, aponta algumas dimensões de qualidade de vida, tais como condições de habitação, alimentação, saúde, educação, recreação, acesso a bens materiais duráveis e previdência social.

Na perspectiva de ZLOTNICK; DECKER¹⁶, a medida de qualidade de vida compreende vários indicadores, tais como condições de saúde, segurança, ansiedade, depressão, dependência de drogas, função intelectual e sexual, satisfação de vida e suporte social. Da mesma forma, diversos autores citados por OLESON⁹ afirmam que as definições de indicadores subjetivos e objetivos de qualidade de vida, têm incluído os fenômenos físicos e psicológicos.

Os indicadores objetivos tais como condições financeiras, de moradia e físicas, são comumente usados como medida de qualidade de vida ainda que estes indicadores não nos digam como os indivíduos percebem e experienciam suas vidas. As avaliações subjetivas definem mais precisamente a experiência de vida dos indivíduos, pois levam em consideração também o significado que este atribui às suas experiências⁹.

KING et al.⁷ afirmam que qualidade de vida é um termo multidimensional, incluindo não só fatores objetivos como também subjetivos e que, tanto o bem-estar físico quanto o psicológico, devem ser considerados numa análise dessa natureza.

Diante do exposto, foi realizado um estudo com idosos com o objetivo de analisar a qualidade de vida dos mesmos, segundo indicadores objetivos e subjetivos de qualidades de vida, abrangendo aspectos bio-psicossociais e espiritual.

2 METODOLOGIA

O estudo foi realizado numa instituição de recreação para idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Optamos por uma instituição de recreação, tendo em vista que os idosos ali reunidos tinham em comum o desenvolvimento

de atividades de lazer e não a doença, aspecto mais freqüentemente estudado. Para a caracterização da instituição foi feita uma entrevista com os coordenadores da mesma. Os dados foram coletados junto aos usuários, por meio de entrevista semi-estruturada (Anexo 1). Esta constou de questões abertas e fechadas que objetivaram caracterizar o perfil dos respondentes e analisar a qualidade de vida dos mesmos.

Os dados foram coletados junto aos usuários dessa instituição, sendo a amostra constituída por 40% daqueles idosos presentes no dia da coleta de dados, que se dispuseram a participar do estudo.

Embora concordando com NAJMAN; LEVINE ⁸ que os indicadores subjetivos são mais fidedignos na análise da qualidade de vida, optamos por adotar também os indicadores de natureza objetiva.

Considerando-se a característica multidimensional do termo “*qualidade de vida*”, englobamos os fatores de natureza objetiva e subjetiva de avaliação, relacionados no Quadro 1. Neste mesmo quadro estão apontadas as questões do instrumento que viabilizaram a análise de cada indicador.

QUADRO 1

Questões do instrumento de coleta de dados utilizadas para análise dos indicadores de qualidade de vida, consideradas no estudo. Belo Horizonte, 1992.

Indicadores de qualidade de vida utilizados	Questões do instrumento
Religião	4
Profissão/Emprego	5
Habitação	6
Sono e repouso	7
Independência	8
Lazer/atividade física, mental e intelectual	9
Saúde e assistência à saúde	10,11
Dependência de drogas, álcool e fumo	12
Sistema de apoio/Convívio social e familiar	13,14,15,16
Descrição positiva do casamento	14-a
Aspiração/realização	17
Percepção de felicidade	18

Cabe ressaltar que no indicador “*independência*”, foram analisados os aspectos financeiros.

Sobre o conceito de lazer, optamos por adotar o proposto por Donfut* (apud QUEIROZ-TRINCA)¹¹ que o considera

“(…) um conjunto de ocupações às quais o indivíduo pode entregar-se de livre vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se ou, ainda, para desenvolver sua informação ou formação desinteressada, sua participação social voluntária ou sua livre capacidade criadora após livrar-se ou desembaraçar-se das obrigações profissionais, familiares e sociais.”(p. 96)

Desta forma, foram considerados como lazer, atividades de natureza recreativa, ocupacional, quem envolvem as atividades física, mental e intelectual

No indicador dependência de drogas estão englobadas as informações quanto ao uso regular ou esporádico de medicamentos pelos idosos entrevistados.

Para a análise da percepção de “*felicidade*”, as justificativas mencionadas foram agrupadas segundo os fatores associados a este indicador apontados na literatura, bem como aqueles citados pelos idosos, ambos apresentados no Quadro 2.

O termo “*sistema de apoio*” foi utilizado de acordo com a conceituação de VERAS et al.¹⁵, que o definem como a rede de parentes, vizinhos e amigos com os quais o idoso pode contar para resolução de problemas, abrangendo também, o conceito de “*convívio social e familiar*” que envolve o relacionamento do idoso com cônjuge, parentes e amigos e o hábito de fazer e receber visitas.

3 RESULTADOS E COMENTÁRIOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ESTUDADA

A instituição de recreação para idosos situa-se no município de Belo Horizonte, Minas Gerais, e foi criada em 1986, como iniciativa de um grupo de pessoas que procurou um órgão público para formalização e busca de apoio institucional.

A formação do grupo começou basicamente pela organização de viagens turísticas e posteriormente foi ampliando as atividades de lazer.

* DONFUT, C.A. Seminário de estudos sobre a terceira idade. Caderno da Terceira Idade, São Paulo, SESC, fev. 1979.

Atualmente a instituição tem estatuto e regimento, contando com associados no interior e na capital.

A estrutura administrativa é formada por presidente, vice-presidente, diretoria executiva, tesoureira e diversas comissões, tais como: de artesanato, coral, jogos e outras, com [postas pelos próprios usuários. As atividades recreativas são desenvolvidas em um salão e as atividades administrativas em uma sala a parte.

Segundo a diretora social da instituição foi constituída uma comissão denominada “*ombro prá chorar*”, cujo objetivo é ouvir e apoiar os usuários, quando sentem necessidade de “*desabafar*” com alguém. Dentre os usuários, há predominância do sexo feminino, pois de acordo com a Diretora, “*os homens penduram as chuteiras muito mais cedo*”.

Foi informado também, pela Diretora Social que não existem profissionais de saúde na instituição :

“O clube é só para lazer, somos auto-suficientes. Aqui não tem doença, só saúde. Aqui não tem solidão; a palavra está na moda, mas aqui ela não existe”.

As atividades organizadas e desenvolvidas pelos os usuários são : teatro, coral, jogos de carta, curso de idiomas, yoga, danças de salão, artesanato e viagens. É importante ressaltar que todas as atividades são custeadas pelos próprios usuários.

As atividades organizadas e desenvolvidas pelos usuários são: teatro, coral, jogos de carta, curso de idiomas, yoga, danças de salão, artesanato e viagens. É importante ressaltar que todas as atividades são custeadas pelos próprios usuários.

A divulgação da instituição é feita pelos próprios associados, sendo que algumas pessoas a procuram por indicação médica.

3.2 PERFIL DOS RESPONDENTES

A amostra é constituída por 18 respondentes, sendo 6 (33,3%) do sexo masculino e 12 (66,7%) do sexo feminino. A faixa etária predominante é de 60 a 79 anos, sendo a maioria dos usuários casada ou viúva.

3.3 QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS

Conforme já apresentado, os indicadores objetivos e subjetivos de qualidade de vida incluíram:

Religião, profissão/emprego, habitação, sono e repouso; independência; lazer/ atividade física, mental e intelectual; saúde e assistência à saúde;

dependência de drogas, álcool e fumo; sistema de apoio/convívio social e familiar; descrição positiva do casamento; aspiração/realização; percepção de felicidade, apresentadas a seguir

Religião

Quanto a esse indicador 14 (77,8%) idosos mencionaram ter uma religião, sendo que 12 (85,7%) informaram ser praticantes. Do total de idosos, 2 (11,1%) indicaram viver orientados por uma filosofia de vida, considerando-a uma religião. Outros 2 (11,1%) caracterizaram-se como “ateus”.

NAJMAN; LEVINE³ comentam que uma forte crença religiosa está associada com sentimentos de maior satisfação geral, bem-estar e estabilidade. Segundo os autores há algumas evidências de que a estabilidade e a resignação podem produzir felicidade e um melhor nível de qualidade de vida.

Alguns idosos expressaram a importância que atribuem à religião :

“Sou espiritualista. qualquer religião é importantíssima. Influencia na aceitação da vida, seja qual for”.

“Frequênto o seicho-no-iê. Recorro e essa filosofia de vida para tudo. Ela me ajuda a ser feliz”.

Em seu estudo, HOGSTEL; KASHKA⁴ constataram que uma forte crença em Deus e uma “vida cristã” são determinantes da longevidade.

Profissão/emprego

Todos os idosos informaram as suas profissões, sendo que 10 (55,6%) deles são aposentados; 2 (11,1%) idosos relataram manter sua atividade profissional (advogados) e 6 (33,3%) deles são pensionistas ou “do lar”. As profissões relatadas foram rádio-operador, estatístico, funcionário público, costureira, cabeleireira, militar reformado e advogado.

Em geral, parece haver uma unanimidade de opiniões entre os autores acerca da importância do trabalho para o homem e da manutenção do idoso em atividade mesmo com a aposentadoria. Sentindo-se ainda útil, o idoso continua motivado, mantendo a auto-estima.

SERRO AZUL et al.¹³ afirmam que vários fatores influenciam no impacto que a aposentadoria pode causar no idoso, tais como: adaptação à inatividade, condições de saúde, recursos financeiros; entre outros. A transição do estado de atividade para a inatividade depende, assim, das condições físicas, financeiras e psicológicas dos indivíduos.

Assim, concordamos com GOMES; FERREIRA ³, quando afirmam que:

“Provavelmente não é a aposentadoria o fator grave que desmoraliza o homem, mas sim, a falta de alternativas adequadas para que ele continue se realizando.”(p. 41)

Habitação

Nenhum dos idosos relatou insatisfação com as suas condições de habitação; a maioria informou que mora em “boas” casas ou apartamentos, confortáveis, com área física de tamanho médio ou grande. A maioria relatou também, morar em casa própria e gostar muito do lugar que mora:

“Graças a Deus quitei o BNH; moro em apartamento próprio, sozinha, graças a Deus.”

“Adoro o lugar que moro...ótimo apartamento”

“Moro com minha esposa: casa própria e grande. Tenho meu escritório”

“Moro com minha esposa. Tenho duas boas residências, uma ca capital e outra no interior. Tenho uma casa confortável, com espaço, ambiente bucólico”

CAMPBELL et al., citados por NAJMAN; LEVINE ⁸, constataram em seu estudo que muitas pessoas de baixa renda expressaram satisfação com sua moradia, embora numa análise objetiva, suas casas não tivessem boas condições.

Embora não tenhamos analisado o aspecto “renda” dos usuários, observamos, que de maneira geral, eles têm um bom padrão econômico de vida, Sendo assim, a percepção da moradia relatada pelos idosos parece consoante com sua realidade objetiva.

Sono e Repouso

Ao se referirem a seus hábitos relacionados ao sono e repouso, 14 (77,8%) usuários informaram que dormem bem à noite, e 4 (22,2%) referiram que não dormem muito bem. Dentre os idosos, 8 (44,4%) relataram que não repousam durante o dia, 5 (27,8%) repousam às vezes e 4 (22,2%) repousam, na maioria das vezes, após as refeições e 1 (5,6%) não respondeu.

A maioria dos idosos justificou o hábito de não repousar durante o dia, devido à vida dinâmica, preenchida por atividades domésticas e de lazer,

principalmente na instituição estudada, como pode ser evidenciado nas falas de alguns deles:

“Durmo muito bem e nunca tomei um remédio para dormir. Não repouso após as refeições, gosto de costurar.”

“Durmo bem e não deito durante o dia: faço caminhadas.”

“Durmo bem. É difícil deitar, minha vida é muito agitada.”

“Durmo bem, de 7 a 8 horas toda noite. Não repouso durante o dia. Estou sempre fora de casa. Tenho que fazer as compras: padaria, sacolão. Ando um pouquinho todo dia para exercitar.”

Constatamos que a maioria dos idosos têm hábitos adequados e relatam boa qualidade de sono noturno. Embora 4 (22,2%) tenham informado não dormir muito bem, em média, 6 horas por noite, o que segundo DU GAS é um padrão aceitável, considerando a redução da necessidade de sono do idoso ².

Independência

Dentre os idosos entrevistados 15 (83,3%) é independente financeiramente e apenas 3 (16,7%) dependem de filhos ou do marido. A maioria deles mora em casa própria o que, algumas vezes, foi relacionado à independência. A independência financeira é um dos fatores essenciais para a autonomia e pode influenciar uma percepção mais positiva da qualidade de vida.

GOMES; FERREIRA³ afirmam que os idosos devem ser conduzidos a uma vida independente “traduzida pela manutenção de sua autonomia e inserção social” (p.32).

Autonomia, segundo HOGSTEL; GAUL⁵, é uma forma de liberdade pessoal, baseada no respeito pelas pessoas, na qual os indivíduos têm o direito de determinar o curso de suas vidas. As autoras afirmam ainda que as pessoas idosas temem a perda da autonomia quando ficam doentes e dependentes.

A importância da independência financeira para os idosos pode ser evidenciada nos relatos que se seguem:

“Graças a Deus não dependo de ninguém. Minha aposentadoria é suficiente, meus filhos são casados, de modo que vivo bem independente.”

“Sou muito feliz com o lugar que eu moro. É meu mesmo; não dependo de ninguém.”

“Sou muito independente; isto é muito importante!”

Embora a literatura relacione a velhice com a pobreza no Brasil, este estudo atingiu uma população idosa com boas condições financeiras. SERRO AZUL et al¹³ relacionam as condições sociais, econômicas e de saúde à longevidade dos indivíduos, destacando que esta depende, em parte dos recursos financeiros disponíveis.

Lazer/atividade física, mental e intelectual.

As três principais atividades de lazer desenvolvidas pelos entrevistados foram viagens, relatadas por 16 (88,9%) idosos; dança, informada por 11 (61,1%) idosos; e jogos, mencionados por 7 (38,9%) idosos.

É importante enfatizar que os idosos aqui estudados têm uma participação efetiva em atividades de lazer, em geral. Constatamos que 9 (50%) deles desenvolvem de duas a três atividades, 8 (44,4%) de quatro a cinco e 1 (5,6%) participa de sete dessas atividades. Cabe ressaltar que todos os idosos desenvolvem pelo menos duas atividades de lazer.

GOMES; FERREIRA³ afirmam que as atividades de lazer, assim como a convivência em grupo, entre outras, são necessárias para a manutenção do equilíbrio bio-psicossocial do idoso, removendo conflitos pessoais e ambientais.

Outras atividades mencionadas referiam-se a funções administrativas no próprio clube: “participação na comissão de ética”, “arrumar cadeiras”, “controle de presença”, “organização de eventos”, “supervisão do som” e “participação em cargos de diretoria”, “caminhar de casa até o clube”, “dançar”, “fazer representação teatral”, “jogar cartas e outros jogos”. Embora estas atividades sejam mais aceitas como ocupação do que como lazer propriamente dito, DONFUT[™], citado por QUEIROZ; TRINCA¹¹ as considera como atividades de lazer, desde que seja uma participação voluntária, objetivando o entretenimento. Da mesma forma, QUEIROZ; TRINCA¹¹ afirmam que é importante que o homem tenha um lazer mais ativo do que passivo, contribuindo para o desenvolvimento pessoal, abrangendo também, atividades física, mental e intelectual.

Saúde e Assistência à Saúde

Quando solicitados a informar sobre suas condições de saúde, 17 (94,4%) dos 18 usuários as classificaram como excelente, ótima, muito boa ou boa. É interessante relatar que embora os idosos tenham classificado assim a sua saúde, 14 (77,8%) deles informaram ser portadores de alterações de saúde, tais como diabetes, hipertensão, artrose, glaucoma, alergias, entre outros.

NAJMAN; LEVINE⁸ afirmam que as condições de saúde não estão intimamente relacionadas ao sentimento de felicidade ou satisfação com a vida. Citando alguns estudos realizados, esses autores demonstram que, embora relatando problemas de saúde, os indivíduos não os relacionam à insatisfação.

** DONFUT, C.A. op. cit., 1979.

Isto pode ter sido evidenciado em decorrência de que, embora a saúde seja considerada um indicador objetivo de qualidade de vida, as pessoas têm uma interpretação subjetiva da própria saúde, desde que os problemas relacionados a esta não representem limitações à sua vida tanto ao nível individual como social. Estas colocações são pertinentes também em relação aos resultados encontrados no presente estudo. Por outro lado, DU GAS² afirma que os indivíduos analisam o seu estado de saúde através de perspectivas pessoais que são influenciadas por fatores sociais, culturais, costumes, tradições e hábitos. Uma das maneiras do indivíduo avaliar o seu estado de saúde é basear-se no seu desempenho próprio, ou seja, na sua capacidade de desenvolver suas atividades cotidianas .

Ainda quanto à percepção da saúde, NAJMAN; LEVINE ⁸ afirmam que uma descrição positiva do casamento e a existência de laços familiares próximos podem mascarar precárias condições de saúde, por mecanismos de compensação ou de redução do nível de expectativas.

No estudo de HOGSTEL; KASHKA⁴, os idosos estudados também informaram ser portadores de patologias, no entanto, a maioria deles afirmou não sentir maiores necessidades de saúde.

Neste trabalho, a percepção positiva da própria saúde em idosos portadores de algumas patologias pode ser evidenciada em alguns relatos, embora não representem limitações de vida e de desempenho:

“Muito boa. Já tive câncer. Hoje estou curada.”

“Muito boa. Tenho artrose. Estou fazendo fisioterapia e caminhadas. Não limita minhas atividades.”

“Maravilhosa. Tenho diabetes mas isso eu tiro de letra. Faço dieta e a glicose não sobe, sempre controlada.”

“Boa. Hipertensa e glaucoma, mas tudo é controlado, isso não me atrapalha viver.”

“Boa. Já tive úlcera gástrica, mas tenho gozado boa saúde de velho: uma azia aqui, uma insônia ali... procuro anualmente o geriatra...”

Quando indagados a respeito dos recursos disponíveis para tratamento de saúde, todos os respondentes afirmaram ter direito à previdência social, convênios e/ou recursos próprios. Além disso, alguns mencionaram ter filhos médicos, o que poderia se constituir num suporte de assistência à saúde.

Dependência de Drogas, Álcool e Fumo

Quando indagados em relação a este indicador, 12 (66,7%) idosos informaram que utilizam medicamentos, sob prescrição médica, tais como

vasodilatadores, hipotensores, antiácidos e complexos vitamínicos. Embora sem considerá-los como “medicamentos”, 3 (16,7%) respondentes mencionaram que usam chás para alguns problemas específicos, independentemente de prescrição. Os demais não relataram o uso de medicamentos.

Todos os idosos informaram que não são fumantes e apenas 8 (44,4%) relataram o uso de bebidas alcoólicas socialmente.

A não-dependência de drogas, álcool e fumo, além de ser preconizada por ZLOTNICK; DECKER¹⁶ como indicador de qualidade de vida, é apontada por HOGSTEL; KASHKA⁴ como um dos fatores determinantes da longevidade.

Alguns idosos assim se expressaram, quando perguntados a respeito deste indicador:

“Álcool nenhum. Socialmente, às vezes, tomo cerveja, no máximo 3 copos... Fumo, detesto. Tomar medicamento é muito raro. Só com prescrição médica.”

“Medicamento nunca tomo, pois nem dor de cabeça tenho.”

“Deixei de fumar há muitos anos. Para gripe tomo mel de abelha, chás, mas remédio, não.”

Sistema de Apoio/convívio social e familiar

Considerando que todos os indivíduos têm necessidade de suporte familiar e social, e que esta necessidade se intensifica na velhice, aos idosos da pesquisa foi indagado se tinham pessoas com quem contavam efetivamente, quando tinham algum problema, e quem eram. Foi constatado que 14 (77,8%) deles podiam contar efetivamente com parentes, principalmente irmãos e filhos; 7 (38,9%) idosos informaram contar com amigos, como pode ser visto em alguns relatos:

“Na hora do aperto? Ah, são os filhos mesmo... Amigos são poucos. Você tem muitos conhecidos, mas poucos amigos.”

“Graças a Deus, nunca precisei, mas posso contar com meus parentes.”

“Tenho muitos amigos. Me dão apoio espiritual... só não dão financeiro, porque não podem.”

“Não tomo decisão sem ouvir meus filhos. Minha idade não permite. Prá saúde, tenho filho médico. Velho precisa de filho, uai! Problema financeiro, não tenho”.

A maioria dos idosos entrevistados mencionou que em geral, mantém um convívio social e familiar efetivo e, solicitados a definir o seu relacionamento

com familiares, 15 (83,3%) deles afirmaram ter um relacionamento de “bom” a “espetacular”, 2 (11,1%) deles disseram ser “não muito bom ou “ruim”, e 1 (5,6%) o caracterizou como “alguns bom, com outros não”.

Com relação à convivência com os amigos, 14 (77,7%) idosos a classificaram de “boa” a “excelente”; 4 (22,2%) a caracterizaram como “superficial” ou “regular”.

Alguns relatos caracterizaram a convivência social e familiar dos idosos:

“Convivo muito com amigos, no clube dos velhos. Mas o convívio numa faixa etária só, fica muito limitado, cheio de manias. É importante conviver com jovens, crianças, netos. Tenho outros amigos fora do clube.

“Meu relacionamento com os parentes é muito bom, excelente, com irmãs, noras, não tenho problema. Com amigos é muito bom, principalmente aqui no clube, pois já entrosei com o pessoal aqui.”

Considerando que o fato de fazer e receber visitas pode servir como um parâmetro para avaliação de uma convivência social efetiva, foi indagado aos idosos sobre estes hábitos. Foi constatado que 17 (94,4%) deles têm o costume de fazer e receber visitas, sendo que destes, 8 (47,1%) especificaram gostar de fazê-lo, como nos exemplos a seguir:

“Gosto muito de visitar amigos e de recebê-los também.”

“Gosto e faço muito, parentes, amigos e colegas de colégio. Convivo muito com amigos e parentes.”

“Gosto e faço com frequência.”

É interessante destacar que, ao analisarmos os relatos dos idosos, identificamos que eles estabelecem uma relação entre “fazer e receber visitas” e o sentimento de “incomodar ou estar sendo incomodado” ao fazê-lo, como pode ser visto nos relatos.

“Gosto de receber, fazer nem tanto. Quero ser muito incomodado mas não gosto de incomodar”.

“Recebo e faço, mas esporadicamente. Telefono primeiro para ver se posso ir, sem atrapalhar. Cidade grande, fica difícil, não tem segurança e pode atrapalhar com horários”.

“Em ocasiões especiais, aniversários, casamento, fora disso não procuro muito, pois acho que posso atrapalhar”.

Em seu trabalho, QUEIROZ; TRINCA ¹¹ identificaram que 90% das pessoas idosas estudadas consideraram que é importante para o velho conviver com

pessoas da mesma faixa etária, o que parece compatível com os resultados que obtivemos.

Neste estudo também identificamos a importância que os idosos atribuem ao convívio social na instituição estudada, para atender à necessidade de companhia, de relacionamento com pessoas da mesma faixa etária, de ocupação e até mesmo para solução de problemas de sua saúde física e mental:

“O convívio com as pessoas da minha idade é bom. Sou muito comunicativa. Todos gostam de mim. A minha madrastra não dialoga comigo. Aqui eu converso com muita gente. Convivo com todas.”

“Não tenho filhos dependentes. Não sei ficar só. Apesar de gostar muito de jovens, tem hora prá tudo... agora tenho que conviver com pessoas da minha idade.”

“Quando fiquei viúva, fiquei deprimida, ficava só vendo TV e meus filhos e amigos me aconselharam a vir para o clube. Estou muito feliz. Foi a melhor coisa que podia acontecer. Conviver com pessoas da mesma idade, mesmo barco, procurando amizade e companheirismo. Estou muito bem!”

Assim sendo, concordamos com GOMES; FERRREIRA³ quando ressaltam a importância do convívio social para o idoso:

“Relacionamentos humanos construtivos e ambientes adequados podem fazer muito para prevenir ou inverter as alterações mentais que diversas vezes se consideram, erroneamente, como senilidade. Existe necessidade de que as cidades tenham e estimulem pontos de encontro e centros de convivência para pessoas idosas facilitando-lhes a aproximação e desenvolvimento socio-educativo”.(p.37)

Cabe ressaltar que, segundo NAJMAN; LEVINE⁸, um convívio social positivo, próximo e estável é o principal determinante de um alto nível de qualidade de vida, numa análise pessoal subjetiva.

Descrição Positiva do Casamento

Dentre os 8 (44,4%) idosos casados, todos se referiram ao relacionamento com o cônjuge como: *“muito bom”, “espetacular”, “ótimo”, “excelente”, “100%”, descrevendo positivamente o casamento:*

"Vivemos juntos há mais de vinte anos. Sou muito feliz ... é ótimo o relacionamento. Minha mulher é muito carinhosa comigo, me apoia em tudo, somos muito felizes!"

"Nosso relacionamento é 1000%! Minha vida conjugal é excelente!"

A descrição positiva do casamento também foi identificada nos relatos de 2, dentre os 7 viúvos:

"Vivi muito bem casada. Fui feliz no casamento."

"Meu casamento foi muito feliz!"

NAJMAN, LEVINE⁸ asseguram que uma percepção positiva do casamento está relacionada à estabilidade e a uma situação de vida mais previsível e que pode mascarar outras condições insatisfatórias, tais como problemas de saúde e sócio-econômicos. Estes autores chegam a afirmar que numerosos estudos têm demonstrado que uma descrição positiva do casamento e a situação familiar são bons, senão os melhores, indicadores de felicidade e satisfação com a vida.

Aspiração/Realização

Em relação a este indicador, 8 (44,4%) respondentes afirmaram ter realizado "tudo" o que haviam planejado para suas vidas; 8 (44,4%), "muito" do que planejaram; 2 (11,1%), "pouco". É importante destacar que a maioria dos idosos, mesmo aqueles que se consideravam totalmente ou muito realizados, afirmou ainda ter alguns planos para o futuro, como pode ser visto nos seguintes depoimentos:

"Sou realizado em tudo . Se ficar viúvo, vou casar de novo. Minha única aspiração é passear bastante."

"Sou realizada 80%. Tenho que estudar mais. Aprender a cantar, aprender teatro e ir para a TV representar..."

"Sou muito realizada, mas ainda quero ir em Portugal."

"Tem muita coisa que ainda quero fazer!"

No presente estudo, ficou evidenciada que a grande maioria dos idosos, 16 (88,9%) considera ter realizado "tudo" ou a maioria de suas aspirações, demonstrando satisfação com a realização pessoal.

Chamou-nos a atenção nos relatos o fato de alguns idosos terem se considerado como pouco ambiciosos, resignados, sendo, a partir da velhice, mais capazes de aceitar os outros, seus erros e limitações:

“Nunca fui muito ambicioso. Sou resignado, me satisfaço com pouca coisa. Não quero pôr os pés onde a mão não alcança”.

“Não sou ambicioso...O que tenho me basta”.

“Valorizo tudo, inclusive pequenas coisas, pequenos momentos, dádivas da vida”.

“...estou na idade de perdoar agora”.

NAJMAN; LEVINE⁸ e OLESON⁹ relatam existirem estudos que evidenciam a íntima relação entre o grau de satisfação e o nível de realizações de uma pessoa, ou seja, o quanto o indivíduo conseguiu realizar, daquilo que aspirava. Além disso, ressaltam que quanto menor a distância entre aspirações e realizações das pessoas, maior é a percepção de boa qualidade de vida.

Percepção de Felicidade

Dentre os entrevistados, todos se consideraram felizes, e apenas um deles não justificou sua resposta. As razões pelas quais assim se consideraram, são apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2 Razões da felicidade mencionadas pelos idosos. Belo Horizonte, 1992

Razões da Felicidade	Frequência
Convívio social e familiar	9
Saúde	8
Condições familiares	7
Independência	6
Aceitação da vida e dos outros	6
Descrição positiva do casamento	6
Paz e tranquilidade	5
Aspirações/realizações	2
Lazer	2
Sistema de Apoio	2
Bem-estar	1
Saber viver	1
Alegria e interior	1
Poder ajudar	1
Ser aceito pelos outros	1
Religião	1
Educação	1
Afetividade	1

As principais razões da própria felicidade, mencionadas pelos idosos, foram: bom convívio social e familiar, ter saúde, boas condições familiares, independência, aceitação da vida e dos outros, descrição positiva do casamento, ter paz e tranquilidade.

Para NAJMAN; LEVINE⁸, as pessoas, ao explicarem o significado de qualidade de vida, mencionam uma variedade de termos, tais como felicidade, satisfação com a vida e bem-estar. Segundo os mesmos autores, a percepção de felicidade está associada à descrição positiva do casamento, boas condições familiares, boa convivência social e familiar e à relação entre as aspirações e realizações. Afirmam ainda que o maior determinante de uma percepção de alta qualidade de vida é um relacionamento social estável, que no nosso estudo foi a razão de felicidade mencionada com maior frequência. Além disso, boas condições familiares e uma descrição positiva do casamento foram também apontadas como razões de felicidade. A relação entre as aspirações e realizações, embora com menor frequência, foi também mencionada.

É interessante observar que, para os idosos entrevistados, ter saúde e independência parecem ser fatores fundamentais para a percepção de felicidade, fatores estes não indicados na literatura como significativos na descrição deste sentimento. Por outro lado, outras razões mencionadas como sistema de apoio, ser aceito pelos outros, afetividade, descrição positiva do casamento e condições familiares reforçam a percepção do convívio social e familiar como a principal razão de felicidade apontada pelos idosos.

4 CONSIDERAÇÕES CONCLUSIVAS

Os resultados obtidos sugerem que a maioria dos usuários da instituição de recreação para idosos deste estudo, têm uma boa qualidade de vida, visto que todos os indicadores objetivos e subjetivos considerados foram evidenciados na análise dos relatos de grande parte dos idosos.

Ao analisarmos os vários indicadores de qualidade de vida, ficou evidente que os idosos associam a boa convivência social, o desenvolvimento de atividades físicas, mentais e intelectuais, lazer e percepção de felicidade ao fato de freqüentarem aquela instituição. Isto pode ser também evidenciado na argumentação de autores como GOMES; FERREIRA⁹ quando apontam a necessidade da existência de centros de convivência para pessoas idosas, com o objetivo de proporcionar ambientes adequados ao desenvolvimento de atividades físicas, mentais, ocupacionais e relacionamentos interpessoais construtivos. Segundo estes mesmos autores, a integração e participação sociais influenciam positivamente o bem-estar psíquico e físico.

QUEIROZ; TRINCA¹¹ sugerem também a organização de centros de lazer em locais de fácil acesso na comunidade, com o objetivo de proporcionar benefícios

de natureza física, espiritual e social. Além disso, torna-se imprescindível a realização de estudos que contribuam para a definição de estratégias que viabilizem aos idosos conviver com a velhice com qualidade de vida satisfatória.

Embora alguns autores como KING et al.⁷ e OLESON⁹ considerem a necessidade de amor e afeto e de sentir-se aceito e amado, como indicadores de qualidade de vida, estes parâmetros não foram analisados, o que pensamos representar uma das limitações deste trabalho.

De acordo com GOMES; FERREIRA³, as necessidades dos idosos são fundamentalmente as mesmas de outros grupos etários, tais como: segurança física, financeira e emocional. O afeto, simpatia, amor e reconhecimento social são básicos para a percepção da auto-estima. Desta forma, a necessidade de amor e afeto deve ser considerada como indicador em estudos que se proponham a analisar qualidade de vida de idosos.

Outro aspecto importante para a qualidade de vida na velhice é que as atividades físicas, mentais e intelectuais, muitas vezes são interrompidas com a aposentadoria. Desta forma, assim como afirmam GOMES; FERREIRA³ é necessário que o homem se organize para os anos da velhice, quando ainda está em plena atividade, a fim de reduzir o impacto causado pela inatividade.

A ociosidade pode ser um determinante de sentimentos de não realização, da falta de perspectivas, de inutilidade, interferindo no auto-conceito e na auto-estima. Isto não foi constatado nos idosos que participaram deste estudo, visto que encontraram na instituição, alternativas de manutenção do convívio social e de envolvimento em atividades físicas, recreativas e ocupacionais, levando-os a ter uma percepção de auto-realização, felicidade e bem-estar, parâmetros mais significativos na avaliação de qualidade de vida.

Um dos aspectos fundamentais para a percepção da felicidade - indicador subjetivo de qualidade de vida - é o convívio social, através da integração do idoso em grupos onde se sinta amado, respeitado, útil e, principalmente, envolvido em atividades físicas, ocupacionais e de recreação, o que encontra respaldo na literatura sobre o tema. Outros indicadores subjetivos de qualidade de vida, também apontados por vários autores, tais como boas condições familiares, independência financeira, sentimento de liberdade e autonomia, descrição positiva do casamento, ser aceito, entre outros, foram aspectos claramente indicados como determinantes da felicidade, satisfação de vida e bem-estar dos usuários, embora não estejam diretamente relacionados ao envolvimento do idoso com as atividades institucionais

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- CAMPEDELLI, M.C. Consulta de enfermagem em geriatria: proposta de modelo. São Paulo, USP, 1989. 92p. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- 2- DU GÁS, B.W. Enfermagem prática. Rio de Janeiro, Interamericana, 1984.
- 3- GOMES, F.A.A.; FERREIRA, P.C.A. Manual de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro, Brasileira de Medicina, 1985.
- 4- HOGSTEL, M.O.; KASHKA, M. Staying Healthy after 85. Geriatr. Nurs. v.10, n. 1, p. 16-8, 1989.
- 5- HOGSTEL, M.O.; GAUL, A.L. Safety or autonomy. J.Gerontol.Nurs., v. 17, n. 3, p. 6-11, 1991.
- 6- KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R. Envelhecimento da população mundial: um desafio novo. Rev. Saúde Públ., v. 21, n. 3, p. 200-10, 1987.
- 7- KING, K.B.; PORTER, L.A.; NORSEN, L.H.; REIS, H.T. Patient perceptions of quality of life after coronary artery surgery: war is worth it? Res.Nurs.Health. v. 15, n. 5, p. 327-34, 1992.
- 8- NAJMAN, J.M. ; LEVINE, S. Evaluating the impact of medical care and technologies on the quality of life: a review and critique. Soc.Sci.Med. v. 15, p. 107-15, 1981.
- 9- OLESON, M. Subjectively perceived quality of life. Image. v. 22, n. 3, p. 187-90, 1990.
- 10- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Aplicación de la epidemiología al estudio de los ancianos: informe de un grupo científico de la OMS. Ginebra, 1984. 90 p. (Série de Informes Técnicos, 706)
- 11- QUEIROZ, J. B.; TRINCA, S.F. Influência do lazer sobre pessoas da terceira idade. Rev. Bras. Enf., v. 36, n. 11, p. 95-106, 1983.
- 12- RAMOS, L.R.; VERAS, R.P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. Rev. Saúde Públ., v. 21, n. 3, p. 211-24, 1987.
- 13- SERRO AZUL, L.G.C.C. de; CARVALHO FILHO, E.T. de; DÉCOURT, L.V. Clínica do indivíduo idoso. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.
- 14- SLIWIANY, R.M. Estatística social. Como medir a qualidade de vida. Curitiba, Araucária Cultural, 1987.
- 15- VERAS, R.P.; RAMOS, R.L.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. Rev.Saúde Públ., v. 21, n.3, p. 225-33, 1987.
- 16- ZLOTNICK, C.; DECKER, R. Home visiting outcomes and quality of life measures. J.Community. Health Nurs. v. 8, n. 4, p. 207-14, 1991.

ANEXO 1

Roteiro para Entrevista/Usuários

1. Sexo:

Masculino

Feminino

2. Faixa etária:

menos de 60

60-69

70-79

80 e mais

3. (a) Estado Civil: _____

4. Religião: _____ Praticante: sim

não

5. Profissão: _____ Aposentado

Em exercício

6. Como são suas condições de habitação?

7. Quais são seus hábitos em relação a sono e repouso?

8. Condições financeiras:

Independente

Dependente

De quem? _____

9. Lazer: atividades físicas, ocupacionais e de recreação que desenvolve:

- () yoga () artesanato () teatro
() dança () estudo de idiomas () viagens
() jogos () coral () outras

10. Como é sua saúde?

11. Você tem recursos para tratamento de saúde?

- () Previdência Social () Convênios () Recursos próprios

12. Você usa:

- () Álcool Quantidade: _____
() Fumo Quantidade: _____
() Medicamentos Quais? _____

Com prescrição médica? () sim () não

13. Com quem você conta efetivamente quando tem algum problema?

- () Parentes () irmãos () Filhos
() Netos () Bisnetos () Amigos
() Outros. Especifique: _____

14. Como você define o seu relacionamento com:

- (a) Cônjuge
(b) Parentes
(c) Amigos

15. Você recebe e faz visitas?

16. Por que você procurou o clube?

17. Você se considera uma pessoa realizada, ou seja, você conseguiu realizar:

Tudo Muito Pouco Nada

do que você planejou para a sua vida?

18. Você se considera uma pessoa feliz?

Sim não Por quê?

FERRAZ, A.F.; PEIXOTO, M.R.B. Life's quality of the old age people: study in a public recreation institution for old age people. *Rev.Esc.Enf.USP*. v.31, n.2, p.316-38, aug. 1997.

The purpose of this study was to analyze quality of life of the users of a recreation institution for old age people. The results led to the conclusion that the majority of the interviewed held a good quality of life, according to the subjective and objective indicators analyzed in this study.

UNITERMS: Geriatric. Quality of life.