

Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares*

Quality of life among elderly people receiving home care services

Evaluación de la calidad de vida de los ancianos que reciben cuidados en el hogar

Josiane de Jesus Martins¹, Dulcinéia Ghizoni Schneider², Francynne Lee Coelho³, Eliane Regina Pereira do Nascimento⁴, Gelson Luiz de Albuquerque⁵, Alacoque Lorenzini Erdmann⁶, Fabiana Oenning da Gama⁷

RESUMO

Objetivo: Avaliar por meio da aplicação do WHOQOL-100, a qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares em saúde. **Métodos:** Estudo transversal com abordagem quantitativa. Foram selecionados aleatoriamente 50 idosos cadastrados no Programa de Saúde da Família de quatro Unidades Locais de Saúde. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação do questionário WHOQOL-100. Os dados foram compilados e analisados com o auxílio do *software* Epiinfo®. As variáveis foram sumarizadas como percentagem ou média, conforme indicado. Os grupos de interesse foram submetidos ao teste do qui-quadrado em um nível de significância estatística de 95% ($p < 0,05$). **Resultados:** Os resultados mostraram idosos com média de idade de 69,84 anos, apresentando dificuldades para exercer atividades diárias, necessidade do uso de medicação contínua, prejuízo na sexualidade, vivendo em ambiente seguro, com alguma dificuldade financeira e bom acesso aos cuidados de saúde. **Conclusão:** Neste estudo, constatou-se que é possível ter boa qualidade de vida mesmo na presença de co-morbidades. **Descritores:** Qualidade de vida; Assistência a idosos; Assistência domiciliar

ABSTRACT

Objective: To assess and describe the quality of life of elderly people receiving home health care services. **Methods:** This was a cross-sectional study. A random sample of 50 elderly people who were registered in the Family Health Program of four Healthcare Units participated in the study. Data were collected with the WHOQOL-100 questionnaire. Data were analyzed with the Epiinfo software and consisted of descriptive statistics such as frequencies, percentages, means, and Chi-square tests using a 95% confidence interval and p level < 0.05 . **Results:** The mean age of participants was 69.84 years. They were having difficulties to perform activities of daily living and needing assistance with medication use, environment safety, and access to healthcare. The participants also had difficulty with their sexuality and financial resources. **Conclusion:** The findings of the study suggest that the sample of elderly people had good quality of life despite of having co-morbidities conditions. **Keywords:** Quality of life; Old age assistance; Home nursing

RESUMEN

Objetivo: Evaluar por medio de la aplicación del WHOQOL-100, la calidad de vida de ancianos que reciben cuidados domiciliarios en salud. **Métodos:** Se trata de un estudio transversal con abordaje cuantitativo. Fueron seleccionados aleatoriamente 50 ancianos registrados en el Programa de Salud de la Familia de cuatro Unidades Locales de Salud. La recolección de los datos fue realizada por medio de la aplicación del cuestionario WHOQOL-100. Los datos fueron compilados y analizados con el auxilio del *software* Epiinfo®. Las variables fueron sumadas como porcentaje o media, conforme indicado. Los grupos de interés fueron sometidos al test del Chi-cuadrado en un nivel de significancia estadística del 95% ($p < 0,05$). **Resultados:** Los resultados mostraron a ancianos con un promedio de edad de 69,84 años, que presentaban dificultades para ejercer actividades diarias, con necesidad del uso de medicamentos continuo, perjuicio en la sexualidad, viviendo en un ambiente seguro, con alguna dificultad financiera y buen acceso a los cuidados de salud. **Conclusión:** En este estudio, se constató que es posible tener buena calidad de vida aun en presencia de co-morbidades. **Descritores:** Calidad de vida; Asistencia a los ancianos; Atención domiciliar de salud

* Estudo desenvolvido no município de São José em Santa Catarina (SC), Brasil.

¹ Doutora em Enfermagem, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL- Santa Catarina (SC), Brasil.

² Pós-graduanda (Doutorado) pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC - Santa Catarina (SC), Brasil. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL - Santa Catarina (SC), Brasil.

³ Bolsista do Programa UNISUL de Iniciação Científica (PUIC), Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UNISUL – Santa Catarina (SC), Brasil.

⁴ Doutora em Enfermagem, Professor Adjunto e Sub-Chefe do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC – Santa Catarina (SC), Brasil.

⁵ Doutor em Enfermagem, Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC – Santa Catarina (SC), Brasil.

⁶ Doutora em Filosofia da Enfermagem, Professora Titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC – Santa Catarina (SC), Brasil.

⁷ Mestre em Psicopedagogia e Processos de Aprendizagem, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL – Santa Catarina (SC), Brasil.

Autor Correspondente: Josiane de Jesus Martins

R. Sagrado Coração de Jesus, 104 - Morro das Pedras - Florianópolis - SC

CEP. 88066-070 E-mail: josiane.jesus@gmail.com

Artigo recebido em 06/05/2008 e aprovado em 14/10/2008

INTRODUÇÃO

Em quase todos os países do mundo, a estimativa do tempo de duração da vida aumentou, ocasionando uma significativa elevação na proporção de idosos na sociedade, e, conseqüentemente, importante mudança social⁽¹⁾. No Brasil, a expectativa de vida passou de 66 anos em 1991 para 68,6 em 2000, representando um aumento de 2,6 anos nesse período⁽²⁾.

A velhice dada como um fenômeno natural, conquistada por alguns, é hoje um fenômeno social, cultural, econômico, denominado envelhecimento populacional. Os desdobramentos e conseqüências desse fenômeno são ainda desconhecidos. Os estudos retratam perspectivas da velhice e apontam para o aumento rápido dessa escala^(1,3-4).

Na velhice, ter uma vida saudável significa manter ou restaurar a autonomia e a independência. Define-se a primeira como a capacidade de decisão, e a segunda como a capacidade de realizar algo por meios próprios. Portanto, quantificar o grau de autonomia do idoso, bem como o grau de independência em desempenhar as atividades do dia-a-dia, é uma forma de avaliar a sua saúde e a qualidade de vida⁽⁵⁾.

Muitas limitações decorrentes do envelhecimento são alterações orgânicas e funcionais que podem ser perfeitamente superadas ou adaptadas ao estilo de vida de cada pessoa. "Ou seja, a pessoa não necessita da totalidade de sua reserva funcional para viver bem e com qualidade"⁽⁶⁾.

A promoção do envelhecimento saudável é tarefa que envolve a conquista de qualidade de vida e o amplo acesso a serviços que possibilitem o enfrentamento das questões do envelhecimento, com base no conhecimento disponível. É vital, também, ampliar a consciência sobre a saúde e o processo de envelhecimento, ao mesmo tempo fortalecendo e instrumentalizando a população idosa em suas lutas por cidadania e justiça social. Saúde e envelhecimento são indicativos de qualidade de vida.

O conceito de qualidade de vida é orientado por elementos muito subjetivos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) compreende qualidade de vida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações"⁽⁷⁾. Qualidade de vida na terceira idade pode ser compreendida como a manutenção da saúde em todos os aspectos da vida humana: físico, social, psíquico e espiritual. A multidimensionalidade da pessoa nem sempre apresenta o equilíbrio ideal e precisa ser percebido de acordo com as possibilidades reais de cada sujeito. O significado dos processos de saúde e doença difere entre as pessoas.

A avaliação da qualidade de vida do idoso implica a adoção de múltiplos critérios de natureza biológica,

psicológica, cultural, espiritual, de formas de enfrentamento, e socioestrutural, pois vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores do bem-estar na velhice: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, *status* social, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos⁽⁸⁾.

Alguns critérios atualmente em voga para a avaliação da qualidade de vida na velhice fazem parte da agenda de várias disciplinas científicas. Na Gerontologia Social, predominam as associações entre qualidade de vida na velhice, satisfação e atividade. Na Psicologia, os mais comumente investigados são autocrências de controle, auto-eficácia e significado, bem como competência social e cognitiva e bem-estar subjetivo. Na Medicina, os critérios principais são longevidade, saúde e capacidade funcional. Na Bioética, predominam avaliações sobre as possibilidades de autonomia, de respeito à dignidade oferecida aos idosos pelo sistema social e seus microssistemas⁽³⁾.

Os profissionais da saúde, geralmente, focam suas ações de cuidado ao idoso no controle da morbidade e mortalidade. Recentemente, observa-se uma mudança de paradigma, com a tentativa de direcionar o foco da atuação na avaliação do impacto da doença e seu comprometimento na qualidade de vida do idoso⁽⁹⁾.

Ao envelhecer, provavelmente poderemos desenvolver doenças crônicas degenerativas. Tal condição pode influenciar nossa qualidade de vida, uma vez que, com essas morbidades, podemos necessitar de cuidados em saúde, principalmente cuidados domiciliares.

Com o aumento da sobrevida, é imprescindível repensar medidas que garantam aos idosos não somente viver mais ou postergar a longevidade, mas, como viver com qualidade, com satisfação e felizes⁽¹⁰⁾. Sabe-se que a forma como avaliamos nosso modo de viver e a nossa satisfação com a vida está relacionada a questões subjetivas, a critérios definidos individualmente, que se entrelaçam com as condições existentes (moradia, saúde, relações) e as expectativas individuais.

Nesse sentido, o estudo teve como objetivo avaliar, por meio da aplicação do WHOQOL-100, a qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares.

MÉTODOS

O método deste estudo é o transversal com abordagem quantitativa. Nesse tipo de estudo, é somente a análise dos dados que permite identificar os grupos de interesse, os expostos, os não-expostos, os portadores de doenças e os sadios.

A amostra foi selecionada após levantamento, em quatro Unidades Locais de Saúde (ULS), de um

município da Grande Florianópolis, de idosos que necessitavam de cuidados domiciliares. Nas ULSs, atuam dez Equipes de Saúde da Família. De acordo com os dados fornecidos por estas, 80 idosos estavam cadastrados como apresentando alguma necessidade de cuidado domiciliar. De posse dessa relação, foi realizado contato com as famílias e selecionados aleatoriamente 50 idosos para aplicar o instrumento de pesquisa. Os critérios de exclusão adotados foram o preenchimento incompleto do instrumento de coleta de dados e a recusa em participar do estudo. Essa amostra foi considerada satisfatória para detectar uma ocorrência do evento estudado – boa ou má qualidade de vida, estimada em 50% com um erro amostral de $\pm 10\%$, no nível de confiança estatística de 95% ($p < 0.05$).

A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação do questionário WHOQOL-100⁽¹¹⁾, validado pela OMS, que fornece informações para o dimensionamento da qualidade de vida do indivíduo. Esse instrumento de avaliação da qualidade de vida é composto de 100 questões que abrangem seis domínios: físico, independência, psicológico, social, ambiental e espiritual. Para que os dados possam ser representativos e as ações direcionadas, é necessário o preenchimento de todas as questões. São perguntas simples, diretas e auto-explicativas que se referem aos últimos quinze dias de vida. As perguntas são respondidas através de quatro tipos de escalas, que variam de acordo com seu conteúdo: intensidade, capacidade, frequência e avaliação⁽⁹⁾. Foram utilizadas para este artigo as 39 primeiras questões do questionário WHOQOL-100. Os dados foram compilados e analisados com o auxílio do *software* Epiinfo[®] e as variáveis sumarizadas como percentagem ou média, conforme indicado, e os grupos de interesse submetidos ao teste do qui-quadrado em um nível de significância estatística de 95% ($p < 0,05$).

A pesquisa seguiu a Resolução n.º 196/96, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina e recebeu parecer de aprovação n.º 06.155.4.04 III. Todos os participantes foram informados sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Foram avaliados, 50 idosos cadastrados em quatro ULS de um município da Grande Florianópolis. Um participante foi excluído do estudo por preenchimento incompleto do instrumento de coleta de dados, ficando a amostra constituída por 49 indivíduos.

A média da idade dos participantes foi de 69,84 anos (DP \pm 7,5), variando de 60 a 91 anos, sendo 28 (57,1%) do sexo feminino e 21 (42,9%) do sexo masculino. Quanto

ao estado civil, 31 (63,3%) eram casados, 12 (24,5%) eram viúvos, 4 (8,2%) eram solteiros e 2 (4%) indivíduos eram separados.

Quando questionados sobre em que medida apresentava dificuldade para exercer suas atividades do cotidiano, a maioria dos participantes, 17(34,7%), respondeu que mais ou menos, 12(24,5%), responderam que apresentavam bastante dificuldade, 10(20,4%), muito pouca dificuldade, 7(14,3%), responderam não ter dificuldade para exercer suas atividades diárias e 3(6,1%) referiram extrema dificuldade.

Quanto a sentirem-se incomodados pela dificuldade para exercer as atividades do dia-a-dia, 21 (42,9%) indivíduos afirmaram que se sentiam bastante incomodados, 14(28,6%) referiram mais ou menos incomodados, 6(12,2%), muito pouco, 5 (10,2%), extremamente incomodados, e 3 (6,1%) não referiram incômodo algum.

A grande maioria dos participantes referiu que necessitava de medicação pra levar a sua vida no dia a dia, quantificando como bastante em 22(44,9%) e extremamente em 9(18,4%) dos casos. Somente 4 indivíduos (8,2%) afirmaram não precisar de nenhum tratamento médico para levar a sua vida diária. 14 (28,5) afirmaram fazer uso de medicamentos esporadicamente.

Quando perguntados sobre em que medida a sua qualidade de vida dependia do uso de medicamentos ou de ajuda médica, 22(44,9%) participantes responderam que bastante, 10(20,4%) mais ou menos, 8(16,3%) extremamente, 5(10,2%) muito pouco, e 4(8,2%) afirmaram que sua qualidade de vida não dependia do uso de medicamentos ou de ajuda médica.

Quanto à questão de se sentirem sozinhos na vida, 20 (40,8%) informaram que mais ou menos. 15 (30,6%) muito pouco; 9 (18,4%) bastante, 3 (6,1%) não atribuíram importância a esta questão e 2 (4,1%) são extremamente preocupados com a solidão. A totalidade das respostas é demonstrada na Tabela 1.

Tabela 1 – Idosos participantes segundo a resposta à questão “Quão sozinho você se sente em sua vida”. São José/SC, 2007

| Resposta | Nº | % |
|---------------|-----------|------------|
| Mais ou menos | 20 | 40,8 |
| Muito pouco | 15 | 30,6 |
| Bastante | 9 | 18,4 |
| Nada | 3 | 6,1 |
| Extremamente | 2 | 4,1 |
| Total | 49 | 100 |

Quando questionados sobre o quão difícil era lidar com alguma dor ou desconforto, 23 (46,9%) relataram que bastante.

A maioria dos participantes, 25 (51%), relatou que a

dor física os impedia de fazer o que precisavam. E 24 (49%) informaram que a dor é suportável não os impedindo de realizar atividades. Quarenta indivíduos (81,6%) relataram que se preocupavam bastante ou extremamente com sua dor ou desconforto físico. 9 (18,4%) idosos afirmam se preocuparem muito pouco com a dor.

Com relação às necessidades sexuais, 16(32,7%) dos participantes responderam que as suas necessidades estão mais ou menos satisfeitas, 15(30,6) responderam muito pouco, 14(28,6%) nada, e somente 4(8,2%) relataram estar bastante satisfeitos.

Quando perguntados sobre quão seguros sentiam-se em sua vida diária, 21 (42,9%) indivíduos afirmaram que bastante, 19 (38,8%), mais ou menos, 5 (10,2%), extremamente, e 4 (8,2%) disseram sentir-se muito pouco seguros. Sobre a segurança do ambiente onde viviam, 23 (46,9%) achavam o ambiente mais ou menos seguro, 20 (40,8%), bastante seguro, 4 (8,2%), seguro 2 (4,1%) julgaram muito pouco seguro.

A grande maioria dos participantes, 30 (61,2%), demonstrou preocupação com a sua segurança, 16 (32,7%) sentem-se mais ou menos preocupados, 2 (4,1%) extremamente preocupados, 1 (2,0%) muito pouco preocupado. Conforme demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2 – Idosos participantes segundo a resposta à questão “O quanto você se preocupa com a sua segurança”. São José/SC, 2007

| Resposta | Nº | % |
|---------------|-----------|------------|
| Bastante | 30 | 61,2 |
| Mais ou menos | 16 | 32,7 |
| Extremamente | 2 | 4,1 |
| Muito pouco | 1 | 2,0 |
| Total | 49 | 100 |

Em relação ao local de moradia, 27 idosos (55,1%) consideraram o lugar onde moram bastante confortável, 21 (42,9%) idosos acham seu local de moradia mais ou menos confortável, sendo que somente um deles (2%) o considerou como muito pouco confortável. Ao serem questionados sobre o quanto gostavam de onde moravam, 28 (57,1%) afirmaram que bastante, 11(22,4%), mais ou menos, e 10 (20,4%) disseram que extremamente.

No que diz respeito às dificuldades financeiras, 28 (57,1%) disseram ter mais ou menos, 13 (26,5%), bastante, e 8 (16,3%) relataram muito pouco ou nada.

Quando questionados sobre o quanto se preocupavam com dinheiro, 18 (36,7%) responderam que bastante, 17 (34,7%), mais ou menos, 8 (16,3%), extremamente, 4 (8,2%), nada e 2 (4,1%), muito pouco.

A avaliação dos pesquisados sobre a facilidade e o acesso ao bom cuidado médico foi de quase 50% positiva, com 24 (49%) deles aprovando esse aspecto, 17 (34,7%)

consideraram o acesso mais ou menos satisfatório, 5 (10,2%) extremamente satisfatório, 2 (4,1%) muito pouco e 1 (2,0%) nada satisfatório. O detalhamento encontra-se demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3 – Idosos participantes segundo a resposta à questão “Quão facilmente você tem acesso a bons cuidados médicos”. São José/SC, 2007

| Resposta | Nº | % |
|---------------|-----------|------------|
| Bastante | 24 | 49,0 |
| Mais ou menos | 17 | 34,7 |
| Extremamente | 5 | 10,2 |
| Muito pouco | 2 | 4,1 |
| Nada | 1 | 2,0 |
| Total | 49 | 100 |

Quando perguntados sobre o quanto aproveitavam o seu tempo livre, 22 (44,9%) disseram que mais ou menos e 18 (36,7%), bastante, 5 (10,2%), muito pouco, 3 (6,1%), extremamente, e 1 (2%) participante afirmou que não aproveitava o seu tempo livre.

A maioria dos indivíduos, 28(57,1%) idosos, considerou o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição e atrativos) bastante saudável. 21 (42,9%) idosos consideraram seu ambiente físico mais ou menos satisfatório.

Com relação à pergunta “Quão facilmente você fica cansado(a)”, 22 (44,9%) indivíduos relataram que bastante, 17 (34,7%), mais ou menos, 6 (12,2%), muito pouco, e 4 (8,2%), extremamente.

Quando questionados sobre em que medida tinham problemas com transporte, 19 (38,8%) indivíduos referiram mais ou menos, 13 (26,5%), muito pouco, 12 (24,5%), bastante, 3 (6,1%), nada e 2 (4,1%), extremamente. As dificuldades de transporte foram relatadas como atrapalhando bastante a vida, por apenas 15 (30,6%) idosos, sendo que 34 (69,4%) idosos afirmam que o transporte interfere muito pouco na sua vida.

Alguma dificuldade para dormir foi relatada como mais ou menos por 21 (42,9%) indivíduos, muito pouca por 11 (22,4%), bastante por 7 (14,3%), igual número, 5 (10,2%), referiu extrema e 5 (10,2%) nenhuma dificuldade e respectivamente.

Quando indagados sobre o quanto aproveitavam a vida, 23 (46,9%) disseram que mais ou menos, 19 (38,8%), bastante, 4(8,2%), muito pouco, 2 (4,1%), nada, e 1 (2%), extremamente.

Vinte e um (42,9%) entrevistados diziam-se bastante ou extremamente otimistas em relação ao futuro. A mesma proporção de idosos (42,9%) referiu experimentar bastantes sentimentos positivos em sua vida. Sete idosos (14,2%) apenas afirmaram terem certa insegurança quanto ao futuro.

A capacidade de concentração foi referida como mais

ou menos pela maioria dos sujeitos, 22 (44,9%), bastante por 11 (22,4%), muito pouca por 13 (26,5%) e extrema por 3 (6,1%). Quando questionados sobre o quanto se valorizavam, 17 (34,7%) responderam que mais ou menos, 16 (32,7%), bastante, 13 (26,5%), muito pouco e 3 (6,1%), extremamente. Bastante confiança em si mesmo foi relatada por 21 (42,9%) indivíduos e pouca confiança em si por 28 (57,1%) dos idosos.

No que se refere ao sentimento de inibição por sua aparência, a maioria, 22 (44,9%), referiu que mais ou menos, 13 (26,5%), bastante, 11 (22,4%), muito pouco, 2 (4,1%), nada e 1 (2%), extremamente. Respostas com os mesmos percentuais foram obtidas quando questionados se havia alguma coisa em sua aparência que os fazia não se sentir bem.

Algum sentimento de tristeza ou depressão, foi relatado como bastante ou extremo inclusive interferindo no seu dia-a-dia, por 24 (49%) dos idosos, e como muito pouco por 25 (51%) dos idosos. Não houve diferença estatisticamente significativa nas repostas obtidas quando estratificadas por sexo, idade ou estado civil ($p>0,05$).

DISCUSSÃO

Em relação à idade dos participantes, o estudo evidenciou idosos no final da sexta década de vida e muitos em idade longa, o que pode intensificar a necessidade de cuidado domiciliar, pelo agravamento da sua condição de saúde ou pelo surgimento de alterações patológicas.

Quanto ao sexo, predominou o feminino, o que pode ser relacionado com a maior expectativa de vida das mulheres. Ressalta-se, ainda, que, no Brasil, o número absoluto de mulheres idosas tem sido superior, quando confrontado com o de homens de 65 anos ou mais. "Isso pode acontecer pela existência da mortalidade diferencial de gênero, que prevalece há longas datas na população brasileira"⁽¹²⁾.

Devido ao número mais expressivo de mulheres idosas na população, alguma ação deve ser implementada para favorecer a saúde com qualidade de vida para elas, que têm uma expectativa de vida mais elevada que os homens⁽¹³⁾. No Brasil, como na maioria dos países, o aumento na expectativa de vida ao nascer tem sido mais significativo no sexo feminino, o que explica o elevado índice de idosas, principalmente as com idade muito avançada e que, por conseguinte, estão expostas a comorbidades crônico-degenerativas que resultam em internação hospitalar ou na necessidade de cuidados domiciliares contínuos.

O estado civil dos idosos estudados não reflete os achados demográficos do Brasil e das Américas, nos quais a idade reflete seu estado civil, ou seja, a viuvez. Neste estudo, apenas 24,5% dos idosos são viúvos e a

grande maioria, 63,3%, encontra-se casada. Somente 8,2% são solteiros, condição que pode contribuir para a chegada na velhice sem apoio de marido, esposa, filhos, caso venham a desenvolver algum tipo de dependência⁽¹⁴⁾.

Ao serem avaliados aspectos referentes à execução de atividades da vida diária, 42,9% afirmam incomodar-se com o fato de não conseguirem fazer coisas simples. Tal situação pode ter relação direta com a necessidade evidenciada do uso de medicações continuadas para tratamento de doenças crônicas e ao fato de que a dor física é obstáculo constante para o desempenho de algumas atividades.

Esses achados reforçam que os idosos freqüentemente são portadores de doenças crônicas não-transmissíveis que podem acarretar complicações, gerando hospitalização, cuidados domiciliares contínuos e justificando a multiplicidade dos diagnósticos.

Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames complementares, laboratoriais ou de diagnóstico por imagens⁽¹⁴⁾. Associado às alterações decorrentes do envelhecimento, é freqüente o uso de múltiplos medicamentos que influenciam na ingestão de alimentos, na digestão, na absorção e na utilização de diversos nutrientes, o que pode comprometer ainda mais o estado de saúde e a necessidade nutricional do idoso⁽¹⁴⁾.

A presença de co-morbidades nos idosos é muito comum. Proporcionalmente, o idoso tende a apresentar mais episódios de doenças, em geral crônicas, levando ao aumento nos gastos com a saúde, já que o custo com o idoso tende a ser maior do que com as pessoas de outras faixas etárias. Em idosos, são predominantes as doenças crônicas e suas complicações, que implicam em décadas de utilização dos serviços de saúde⁽¹⁵⁾. A incidência de tais doenças, além de gerar gastos para sua prevenção, tratamento e recuperação, também traz a conotação da invalidez. Com isso, conseqüentemente, ser possuidor de uma doença crônica pode ser motivo, também, de isolamento e/ou afastamento do convívio social⁽⁴⁾.

A solidão, manifestada por muitos idosos, pode estar associada à presença de limitações físicas geradas pela doença, a dificuldade de realizar atividades da vida diária, como o caminhar. Ressalta-se que alguns fatores podem contribuir para o afastamento social do idoso e conseqüente sentimento de solidão, já que o indivíduo torna-se recluso em seu domicílio. O acesso ao transporte e a preocupação com sua segurança pessoal podem ser citados como exemplos de barreiras arquitetônicas e sociais enfrentados pelo idoso que podem acentuar a sua solidão. Essas mudanças ocasionam efetivas reduções na capacidade funcional e podem agravar-se mediante condições ambientais e sociais inadequadas.

Sobre a sexualidade, há que se levar em consideração o tempo de resolução sexual, que no idoso aumenta consideravelmente. É importante salientar que, se a saúde do idoso estiver em boas condições, nada impedirá que ele seja ativo. As limitações decorrentes de processos de adoecimento podem desencadear novo aprendizado sobre a carícia, a cumplicidade, a sexualidade.

A sexualidade na terceira idade, assim como nas demais faixas etárias, não se refere somente ao ato sexual em si, mas à troca do afeto, carinho, companheirismo, vaidade e ao cuidado corporal. Ela pode ser percebida e vivenciada pelos indivíduos de diversas formas, tais como: momento de expressão da afetividade; afirmação do corpo com sua funcionalidade; percepção de si e de sua identidade; proteção da intimidade contra a ansiedade e confirmação da identidade; manifestação do prazer através do contato físico⁽¹²⁾.

Em estudo, cujo foco foi a sexualidade na terceira idade, evidenciou-se que 70% dos idosos acreditavam que o casal pode viver sem sexo; 100% acreditavam na existência de outras formas de expressar carinho que não sejam sexuais, podendo ser formas de demonstrar sentimentos, entre eles a sexualidade; 80% mantinham relação sexual com seu parceiro e este mesmo percentual revela que, ao envelhecer, o desejo apenas se modifica, não acaba, e que ainda há desejos sentimentais, emocionais e sexuais pela companheiro(a)⁽¹²⁾.

Nada há para justificar a crença de que a velhice embote a capacidade e/ou a presença do desejo pelo outro, pois os sentimentos não envelhecem. O importante é que tanto o homem quanto a mulher conheça o que pode mudar na resposta sexual. O que acontece é que, em função dos preconceitos e condicionamentos culturais, a mulher acaba reprimindo sua sexualidade⁽¹³⁾. Vale lembrar que a inibição pela aparência física é alta, pois, se somadas as respostas mais ou menos e bastante, ela chega a 71,4% dos casos.

A aceitação do corpo é um processo interno, pessoal, e devem ser descartados os estereótipos vinculados à mídia. Portanto, todo ser humano em idade madura ou já envelhecido precisa desenvolver expressões da sua sexualidade, pois esta é uma necessidade humana básica e pode ser sentida/vivida/satisfeita por todos.

A longevidade, cada vez mais presente no ciclo de vida humano, acarreta uma situação ambígua, ou seja, o desejo de viver cada vez mais, e, ao mesmo tempo, o temor de viver com incapacidades e dependência. De fato, o avanço da idade aumenta a chance de ocorrências de doenças e de prejuízos à funcionalidade física, psíquica e social. Mais anos vividos podem ser anos marcados por doenças com seqüelas, declínio funcional, aumento da dependência, perda da autonomia, isolamento social e depressão. Acrescem-se a esses fatores, as dificuldades financeiras manifestadas pelos idosos do estudo, pois, na maioria das vezes, é o obstáculo

maior, um “divisor de águas” que tem significativa relação com condições de vida e saúde.

Destaca-se que a grande maioria dos idosos refere ter acesso a serviços de saúde e que estes são de qualidade, fato que influencia diretamente na qualidade de vida, principalmente de idosos portadores de doenças.

Quando os indivíduos envelhecem com autonomia e independência, com boa saúde física, desempenhando papéis sociais, permanecendo ativos e desfrutando de senso de significado pessoal, a qualidade de vida destas pessoas pode ser muito boa ou, pelo menos, preservada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aplicação do instrumento WHOQOL-100 e a análise destes dados possibilitaram-nos avaliar a qualidade de vida dos idosos que recebem cuidados de saúde no domicílio. Apesar das limitações e das dificuldades identificadas pelos sujeitos da pesquisa, de algum modo, a satisfação com o processo de viver do idoso está preservada nesta comunidade. Conhecer a qualidade de vida destes indivíduos poderá propiciar a abordagem diferenciada e adequada no cuidado domiciliar. Dentre as questões que merecem atenção especial estão a medicalização, a segurança física, a limitação para desempenhar atividades no dia-a-dia e uma demanda reprimida quanto ao atendimento psicológico para as questões de auto-estima e sexualidade.

A Estratégia de Saúde da Família ocupa papel de destaque nesse contexto, principalmente ao desenvolver atividades assistenciais, educativas e de promoção e recuperação da saúde. A partir do momento em que a qualidade de vida do idoso for desvelada, proporcionará subsídios para (re) pensar a assistência/cuidado que está sendo realizado para esta clientela. Convém salientar que a amostra revelou maioria de casais e isso duplica os desafios, além de apontar a questão de gênero como diferenciador na abordagem à saúde.

Outro fator, que merece ser destacado, é que a aplicação deste instrumento possibilita avaliar o cuidado em saúde, como também os serviços de atenção à saúde. Assim, os resultados podem auxiliar, tanto os profissionais de saúde como os gestores, na avaliação dos serviços e repensar estratégias de saúde voltadas para os idosos, principalmente os que necessitam de cuidado domiciliar.

O grande desafio dos profissionais da saúde é cuidar do ser humano na sua totalidade, exercendo uma ação preferencial em relação a sua dor e seu sofrimento, nas dimensões física, psíquica, social e espiritual, com competência tecno-científica e humana.

Acredita-se que, quando o idoso percebe que é respeitado e compreendido, quando é acolhido de forma humanizada, quando todas as informações pertinentes ao

seu estado de saúde-doença lhe são fornecidas, propicia-se uma relação de confiança, estabelece-se a receptividade e

contribui-se para o cuidado em saúde necessário imbuído da preocupação com a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- Mendizábal MRL, Cabornero JAC. Grupo de debate para idosos: guia prático para coordenadores de encontros. São Paulo: Edições Loyola; 2004.
- Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2000. [citado 2007 Mar 21]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo/>
- Neri AL. Palavras-chave em gerontologia. Campinas: Alínea; 2001.
- Alvarez AM. Tendo que cuidar: a vivência do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar. Florianópolis: Editora Universitária/UFSC; 2001.
- Nakatani AYK, Costa EFA, Teles SA, Silva LB, Rêgo MAB, Silva e Souza AC, et al. Perfil sócio-demográfico e avaliação funcional de idosos atendidos por uma equipe de saúde da família na periferia de Goiânia, Goiás. Rev Soc Bras Clin Méd. 2003;1(5):131-6.
- Martins JJ, Albuquerque GL, Nascimento ERP, Barra DCC, Souza WGA, Pacheco WNS. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. Texto & Contexto Enferm [Internet]. 2007 Jun [citado 2007 Out 2]; 16(2):254-62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200007&lng=pt&nrm=iso
- The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p 41-60.
- Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MERM. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. Rev Latinoam Enferm. 2002;10(6):757-64.
- Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. Ciênc Saúde Coletiva. 2000;5(1):33-8.
- Joaia LC, Ruiz T, Donalísio MR. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. Rev Saúde Pública = J Public Health. 2007;41(1):131-8.
- WHOQOL-100 1998 – Instrumentos de medida de qualidade de vida/desenvolvimento do WHOQOL-100 [Internet]. [citado 2006 Mai 3]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/Psiq/whoqol1.html>
- Davim RMB, Torres GV, Dantas SMM, Lima VM. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. Rev Latinoam Enferm. 2004;12(3):518-24.
- Abdala GA. Estudantes do Curso técnico em enfermagem e saúde do idoso. Nursing (São Paulo). 2000;3(29):31-4.
- Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. Cad Saúde Pública = Rep Public Health. 2003;19(3):705-15.
- Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev Saúde Pública = J Public Health. 1997;31(2):184-200.