

Envelhecimento e qualidade de vida de idosos da Atenção Básica de Saúde

Aging and quality of life of older people basic health care

Larissa Narriê Franco Ferreira

Enfermeira pela Faculdade Santa Maria, Cajazeiras-PB, Brasil, larissanarrie@hotmail.com

Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa

Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC – FMABC. Docente da Faculdade Santa Maria Cajazeiras-PB, Brasil, ankilmar@hotmail.com

Macerlane de Lira Silva

Enfermeiro e Docente da Faculdade Santa Maria Cajazeiras-PB, Brasil, macerlanesilva@hotmail.com

Meire Franco Ferreira

Enfermeira pela Faculdade Santa Maria, Cajazeiras-PB, Brasil, meirefranco@hotmail.com

Wilkslam Alves de Araújo

Enfermeiro pela Faculdade Santa Maria, Cajazeiras-PB, Brasil, wilkslam@hotmail.com

Miguel Aquila Toledo

Médico. Docente no Curso de Medicina das Faculdades Integradas de Patos, Patos-PB, Brasil, migueltoledo@fiponline.edu.br

Renata Lívia Silva Fonseca Moreira de Medeiros

Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa casa de São Paulo.

Milena Nunes Alves de Sousa

Enfermeira. Doutora e Pós-Doutorado em Promoção de Saúde. Pós-Doutoranda em Sistemas Agroindustriais pela Universidade Federal de Campina Grande, Pombal, Paraíba, Brasil, minualsa@hotmail.com

Resumo: Buscou-se avaliar o envelhecimento e qualidade de vida de idosos da atenção básica de saúde. Para tanto, pesquisa de campo, exploratória-descritiva, com abordagem quantitativa, comparativo, realizada após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Santa Maria, sob nº 1.589.310. A população foi constituída por 118 idosos cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde, tendo como amostra 100 idosos. Dos entrevistados, 68% são do sexo feminino, 49% com ensino fundamental incompleto e com média da idade de 74,22 anos. Verificou-se melhor qualidade de vida psicológica e social (média=66,83 e 66,25), correlação positiva significativa entre os domínios e negativa entre a idade. Concluiu-se que a qualidade de vida apresentou-se associada a um conjunto de fatores, como exemplo da idade e nível de escolaridade. O estudo ainda demonstra a possibilidade de apresentar qualidade de vida apesar do processo de envelhecimento.

Palavras Chaves: Envelhecimento Populacional; Idoso; Qualidade de Vida.

Abstract: We sought to evaluate the aging and quality of life of older people basic health care. To this end, field research, exploratory-descriptive, quantitative, comparative approach, carried out after approval by the ethics and Research Committee of the School Santa Maria, under paragraph 1,589,310. The population was made up of 118 elderly registered in a Basic Health Unit, with 100 sample. Of those surveyed, 68 percent are female, 49% with incomplete basic education and with the average age of 74.22 years. It was found best psychological and social quality of life (mean = 66.83 and 66.25), significant positive correlation between the areas and negative between the age. It was concluded that the quality of life appeared linked to a set of factors, for example the age and level of education. The study still demonstrates the possibility to present quality of life in spite of the aging process.

Key Words: Population Aging; Elderly; Quality of life

Recebido em 03/03/2018

Aprovado em: 20/03/2018



INTRODUÇÃO

Decorrente do acentuado declínio na taxa de fertilidade e aumento da expectativa de vida, o envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que vem evoluindo a passos largos, a partir de meados do século XX. Este se caracteriza como um grande desafio à Saúde Pública, tendo em vista a necessidade em aperfeiçoar o serviço para atender com eficácia a demanda (BRITO et al., 2013).

De acordo com o Censo Demográfico 2010, a população brasileira possuía 190.775.199 milhões de pessoas. Destes, segundo a Política Nacional do Idoso e Estatuto do Idoso, 20.590.599 milhões, ou seja, aproximadamente 10,8% da população possuíam 60 anos ou mais. Estimativas apontam que em 2020, a população idosa brasileira será de 30,9 milhões de idosos, totalizando 14% da população total (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS – IBGE, 2011; KUCHEMANN, 2012).

A Política Nacional de Saúde do Idoso foi estabelecida em 1999, com o propósito de elaborar e adequar os planos, projetos e ações direcionados à população idosa. A mesma afirma que o principal problema que afeta o idoso é a perda funcional, devido à evolução dos casos crônicos de enfermidades e estilo de vida adotado, prejudicando as atividades rotineiras e habilidades físicas e mentais do idoso (BRASIL, 1999).

Apesar do processo sociovitral e multifacetado do envelhecimento não ser considerado uma doença, apresentar inatividade e/ou dificuldades ao desenvolvimento do indivíduo, a maioria dos idosos geralmente manifestam níveis elevados de comprometimento funcional, solidão e dependência ao realizar atividades simples e rotineiras (DAWALIBI et al., 2013).

Devido à longevidade e às possíveis mudanças sócio psicológicas, fisiológicas, entre outras, torna-se extremamente fundamental garantir qualidade de vida (QV) a população idosa, sendo esta uma combinação de indicadores subjetivos, demonstrados por meio de sensações de relações afetivas como felicidade e satisfação, saúde percebida, estresse, autocontrole e cuidado e competência social (SPOSITO et al., 2013).

A qualidade de vida está relacionada à autoestima e bem estar pessoal, depende do nível sociocultural, idade, abrangendo aspectos como: capacidade funcional, nível socioeconômico, emocional, social, intelectual, autocuidado, apoio familiar, estado de saúde do indivíduo, valores culturais, éticos, religiosos, estilo de vida, satisfação com as atividades exercidas, ambiente em que está inserido, entre outros (DAWALIBI et al., 2013).

Apesar de ser um termo antigo, a Qualidade de vida tem sido um tema bastante discutido devido à importância por ela apresentada. Segundo a Organização Mundial de Saúde, seu conceito está relacionado à percepção em sua posição de vida dentro do contexto cultural e valores vivenciados, relacionados aos objetivos de vida, expectativas, padrões e preocupações. A Qualidade de vida não é apenas ausência da doença, mas também presença do bem estar físico, mental e social (TAVARES; DIAS, 2012).

Dentre as razões para avaliar a qualidade de vida, encontram-se a importância em medir o impacto das doenças crônicas nos indivíduos; a necessidade da criação de critérios mais subjetivos para verificar a diferença de resultados entre os pacientes clínicos graves; monitorar o atendimento à saúde, diagnosticar a gravidade e prognóstico das doenças, avaliando os efeitos do tratamento e das políticas sociais e de saúde e dispor de recursos conforme a necessidade apresentada (SILVA et al., 2012).

Sabendo-se que o processo de envelhecimento caracteriza-se geralmente pelo acometimento de doenças crônicas, sedentarismo, questiona-se: é possível ter qualidade de vida apesar do processo de envelhecimento?

Diante do exposto, a realização deste estudo transcorre o fato de que o reconhecimento da realidade possibilitará a produção de novas pesquisas científicas, atualmente escassas no local de estudo. Além de instigar aos idosos e gestores quanto à importância da qualidade de vida durante o processo de envelhecimento. Tendo como objetivo primordial, avaliar o processo de envelhecimento e qualidade de vida dos idosos.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de campo, do método comparativo, do tipo exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa, realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de São João do Rio do Peixe, alto sertão paraibano.

A população da pesquisa foi composta pelos 118 (cento e dezoito) idosos cadastrados na Unidade de Saúde. Por sua vez, a amostra foi de 100 (cem) idosos que se encaixaram dentre os critérios de inclusão e aceitaram contribuir com a pesquisa.

Como critérios de inclusão, foram selecionados idosos cadastrados na Unidade, com 60 anos de idade ou mais, conscientes e não acamados. Como critérios de exclusão: pacientes não cadastrados, dependentes, inconscientes, acamados, abaixo de 60 anos e que não estavam presentes no momento da coleta.

O instrumento de coleta utilizado foi o *WHOQOL-BREF*, o qual aborda questões sobre domínio físico – dor, desconforto, energia, fadiga, sono, repouso, atividades da vida cotidiana, mobilidade, dependência medicamentosa, capacidade de trabalho; domínio psicológico – sentimentos positivos e negativos, pensamentos, aprendizagem, memória, concentração, autoestima, imagem corporal, aparência, espiritualidade, religião, crenças; relações sociais – pessoais, o apoio social, atividade sexual e por fim o domínio do ambiente – segurança física, proteção, ambiente, recursos financeiros, cuidados sociais e à saúde, qualidade, habilidades, transporte e lazer (GOMES; HAMANN; GUTIERREZ, 2014).

O *WHOQOL-bref*, versão abreviada do *WHOQOL-100*, avalia o indivíduo nas últimas duas semanas, através das 26 questões. Sendo as duas primeiras acerca da qualidade de vida e as demais representam as 24 facetas do instrumento original, sendo cada domínio avaliado por uma pergunta (FLECK et al., 2010).

A pontuação de cada quesito é do tipo Likert (1 a 5), de modo que os valores maiores estão relacionados a uma melhor qualidade de vida, exceto os itens: q3 relacionado à dor física, q4 ao tratamento médico necessário e q26 aos sentimentos negativos. Sendo que estes apresentam pontuação inversa, onde quanto maior o valor, menor a qualidade de vida do indivíduo (CASTRO; HOERBERG; PASSOS, 2013).

A coleta de dados foi realizada nos meses de julho e agosto de 2016, na Unidade Básica de Saúde, como também, por meio de visitas domiciliares acompanhadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde. Os dados foram coletados, após apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, sob parecer nº 1.589.310/2016, de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. Os sujeitos demonstraram aceitação e interesse em participar da pesquisa, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para análise dos dados foi utilizado o *software* SPSS (versão 21). Além de estatísticas descritivas de frequências relativas, absolutas, médias e desvios padrões,

utilizaram-se os seguintes testes inferenciais: teste t de Student, one way ANOVA para medidas dentro e entre participantes, com teste de Post Hoc de bonferroni e correlação de Pearson. Como critério de significância estatística adotou-se um $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

Após análise dos dados, verificou-se que a idade dos entrevistados foi de 60 a 99 anos, sendo a média encontrada de 74,22 anos e desvio-padrão (DP = 8,79 anos). Conforme Tabela 1 é possível analisar, em relação a variável sexo que 68% correspondem ao feminino. A maioria dos idosos entrevistados possuía o estado civil como sendo casado (52%), de raça parda (46%), com renda de um salário mínimo (59%), ensino fundamental incompleto (49%) e boas condições de moradia (69%).

A tabela 2 mostra a descrição e comparação das médias de qualidade de vida. Verificou-se que, entre as facetas, a Qualidade de Vida física e ambiental apresentaram médias menores que as facetas psicológica e social, inclusive com diferenças estatisticamente significativas. ($p < 0,05$).

Tabela 1- Descrição dos dados demográficos

VARIÁVEIS	n	%
SEXO		
<i>Feminino</i>	68	68,0
Masculino	32	32,0
ESTADO CIVIL		
Solteiro (a)	12	12,0
<i>Casado (a)</i>	52	52,0
Viúvo (a)	31	31,0
Divorciado (a)	5	5,0
RAÇA		
Branco (a)	13	13,0
<i>Pardo (a)</i>	46	46,0
Negro (a)	41	41,0
RENDA		
<i>01 salário mínimo</i>	59	59,0
02 salários mínimos	26	26,0
Mais de 02 salários mínimos	10	10,0
Menos de 01 salário mínimo	5	5,0
NÍVEL DE ESCOLARIDADE		
Analfabeto	37	37,0
<i>Ensino Fundamental Incompleto</i>	49	49,0
Ensino Fundamental Completo	6	6,0
Ensino Médio Completo	1	1,0
Ensino Superior Completo	7	7,0
CONDIÇÃO DE MORADIA		
Ótima	20	20,0
<i>Boa</i>	69	69,0
Regular	11	11,0

Tabela 2 – Descrição e comparação das médias de QV

Qualidade de Vida/Domínios	Físico	Psicológico	Social	Ambiental	Geral
Físico					
Psicológico	<i>0,67**</i>				
Social	<i>0,64**</i>	<i>0,73**</i>			
Ambiental	<i>0,61**</i>	<i>0,79**</i>	<i>0,66**</i>		
Geral	<i>0,71**</i>	<i>0,61**</i>	<i>0,59**</i>	<i>0,61**</i>	
Idade	<i>-0,49**</i>	<i>-0,49**</i>	<i>-0,48**</i>	<i>-0,37**</i>	<i>-0,31**</i>
Escolaridade	<i>0,21*</i>	<i>0,22*</i>	0,01	<i>0,33**</i>	0,18
Renda	0,01	-0,07	-0,15	0,13	-0,11

Wilks' lambda ($p < 0,01$)

Obs.: letras diferentes representam diferenças estatisticamente significativas.

A tabela 3 mostra que as facetas de qualidade de vida se correlacionaram de forma positiva e significativa entre si. Todos os domínios de qualidade de vida se correlacionaram com significância estatística e negativamente com relação à idade. Ou seja, com o aumento da idade existe a tendência de redução da qualidade de vida.

Por sua vez, a escolaridade apresentou correlação estatisticamente significativa e positiva com os domínios físico, psicológico e ambiental, ou seja, quanto maior o nível de escolaridade maior tende a ser a qualidade de vida apresentada pelo idoso.

Tabela 3 – Correlação entre QV, idade, escolaridade e renda.

Qualidade de Vida/Domínios	Físico	Psicológico	Social	Ambiental	Geral
Físico					
Psicológico	0,67**				
Social	0,64**	0,73**			
Ambiental	0,61**	0,79**	0,66**		
Geral	0,71**	0,61**	0,59**	0,61**	
Idade	-0,49**	-0,49**	-0,48**	-0,37**	-0,31**
Escolaridade	0,21*	0,22*	0,01	0,33**	0,18
Renda	0,01	-0,07	-0,15	0,13	-0,11

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

DISCUSSÃO

Nos resultados percebeu-se predominância de mulheres em relação ao sexo masculino, o que poderia ser justificado pelo aumento da expectativa de vida da população feminina. Estudos apontam que as mulheres vivem em torno de oito anos a mais do que os homens, devido o processo de feminização da velhice, evidenciado pela baixa procura do homem aos serviços de saúde (ANDRADE et al., 2012; MARCHIORI; DIAS; TAVARES, 2013).

A predominância do estado civil casado (52%) corrobora com os dados do Censo do IBGE, como também com outro estudo onde avaliou que 49,8% dos idosos entrevistados também morava com o(a) esposo(a) ou companheiro (BRASIL, 1999; IBGE, 2011; KUCHEMANN, 2012; TAVARES; DIAS, 2012; DAWALIBI et al., 2013; SPOSITO et al., 2013).

De acordo com o Censo 2010, o número de pessoas que se autodeclararam pardos tem crescido gradativamente, sendo mais comum na região Nordeste e Norte, acontecimento este que pode explicar o motivo da predominância da raça parda entre os entrevistados (IBGE, 2011).

No tocante à renda ocorreu predomínio de idosos com apenas 01 salário mínimo (59%), fato semelhante a outro estudo, onde foi observada a qualidade de vida de idosos com e sem companheiro, porém divergente a análise de um estudo da qualidade de vida de idosos ativos de uma Unidade de Saúde da Família, onde a média da renda foi de 1,60 salários mínimos (MARCHIORI; DIAS; TAVARES, 2013; SOUZA et al., 2016).

Ressalta-se que no estudo, predominou idosos com ensino fundamental incompleto (49%), resultado este confirmado por outro estudo onde os idosos entrevistados possuem menos de quatro anos de estudo (TAVARES; DIAS, 2012).

Em relação à moradia, a maioria dos entrevistados (69%) apresentou boas condições de moradias, residindo em locais com condições adequadas, água encanada, saneamento básico e uso de energia elétrica (SOUZA et al., 2016).

Na tabela 2, que descreve e compara as médias da qualidade de vida, observou-se semelhança estatisticamente significativa entre os domínios qualidade de vida física e ambiental, fato que pode ser caracterizado pelo ambiente onde os idosos vivem, ocasionando dificuldades no estado físico, por estarem mais susceptíveis ao isolamento e depressão, comprometendo assim sua qualidade de vida (DAWALIBI; GOULART; PREARO, 2014).

Coincidindo com outro estudo realizado com idosas de um programa de atividade física em bairros de baixa renda na cidade de Curitiba, observou que as piores condições socioeconômicas, como dependência econômica, instabilidade financeira ou má qualidade da habitação contribuem para uma qualidade de vida negativa aos idosos, tornando-se necessárias ações que estimulam a prática de atividade física e relacionamentos sociais, como também a promoção do ambiente com melhores condições estruturais, alimentação saudável e boas condições de higiene (VAGETTI et al., 2013).

Além disso, a idade, sendo caracterizada pela qualidade de vida física, pode ser um fator que associado às condições do ambiente influenciem na qualidade de vida do indivíduo (AZEVEDO et al., 2013).

De acordo com os resultados identificados na tabela 3, pode-se verificar que quanto maior a idade, menor a qualidade de vida apresentada pelo idoso. O que pode ser explicado pelo processo de envelhecimento, caracterizado por modificações sociais, físicas, surgimento de alguns problemas de saúde frequentes (SOUZA et al., 2016).

Além do período de envelhecimento ser marcado pela perda gradativa das funções sensoriais, motoras que deixam o indivíduo vulnerável a doenças, prejudicando

em muitos casos, a funcionalidade, mobilidade e dependência dos idosos (LOBO; SANTOS; GOMES, 2014).

No estudo, a renda apresentou diferença significativa à qualidade de vida, divergindo de um estudo realizado com motoristas de transporte coletivo urbano no município de Jataí, Goiás, onde a renda correlacionou-se significativamente em todos os domínios da qualidade de vida, desse modo, quanto maior a renda maior seria a qualidade de vida do idoso (SOUZA et al., 2016).

Essa diferença significativa encontrada entre a variável renda e qualidade de vida pode ser explicada pela maioria dos idosos receberem praticamente o mesmo valor (um salário mínimo), não sendo possível neste caso, avaliar se a renda influencia positiva ou negativamente a qualidade de vida do idoso. Fato ainda que possa ser justificado pelo acometimento de doenças durante o envelhecimento, período este em que, geralmente os custos com medicamentos e consultas aumentam, privando de certo modo o idoso de atividades de lazer, culturais, entre outras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que o processo de envelhecimento por si só, geralmente acaba debilitando diversos idosos, devido ao processo biológico natural, que acarreta o acometimento de doenças crônicas, fragilidades, sedentarismo e doenças de bases já apresentadas anteriormente. Esse conjunto de fatores acomete a qualidade de vida do idoso.

O objetivo do trabalho foi contemplado, visto ser possível avaliar o processo de envelhecimento e qualidade de vida dos idosos, bem como a importância de sua aplicabilidade a população idosa. Sendo, desse modo, cada vez mais necessária, a realização de estudos que contribuam para novas pesquisas quanto ao envelhecimento humano e ações a serem realizadas com o intuito de garantir a qualidade de vida à população idosa.

Além da atuação dos profissionais de saúde diretamente aos idosos da comunidade, de forma holística e humanizada, quebrando paradigmas existentes, assistindo o idoso de modo integral, garantindo a qualidade de vida durante todo o processo. Ademais, é preciso que os idosos apresentem também saúde e bem-estar, a fim de usufruírem de uma velhice saudável, sendo de grande importância a valorização de políticas direcionadas a qualidade de vida do idoso.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. N. et al. Análise do conceito fragilidade em idosos. **Texto contexto – enferm.**, v. 21, n. 4, p. 748-56, 2012.

AZEVEDO, A. L. S. et al. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 9, 1774-82, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999**. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF. 1999 dez. 15.

Rev. Bra. Edu. Saúde, v. 8, n. 1, p. 9-14, jan-mar. 2018.

BRITO, M. C. C. et al. Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção. **Rev Kairós**, v. 16, n. 2, p. 161-78, 2013.

CASTRO, M. M. L. D.; HOERBERG, Y. H. M.; PASSOS, S. R. L. Validade dimensional do instrumento de qualidade de vida WHOQOL-BREF aplicado a trabalhadores de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 7, p. 1357-69, 2013.

DAWALIBI, N. W. et al. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. **Estud. Psicol.**, v. 30, n. 3, p. 393-403, 2013.

_____; GOULART, R. M. M.; PREARO, L. C. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3505-12, 2014.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-83, 2010.

GOMES, J. R. A. A.; HAMANN, E. M.; GUTIERREZ, M. M. U. Aplicação do WHOQOL-BREF em segmento da comunidade como subsídio para ações de promoção da saúde. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 17, n. 2, p. 495-516, 2014

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS (IBGE). **Censo 2010**: IBGE; 2011.

KUCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Sociedade e Estado**, v. 27, n. 1, p. 165-80, 2012.

LOBO, A. J. S.; SANTOS, L.; GOMES, S. Nível de dependência e qualidade de vida da população idosa. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 67, n. 6, p. 913-19, 2014.

MARCHIORI, G. F.; DIAS, F. A.; TAVARES, D. M. S. Qualidade de vida entre idosos com e sem companheiro. **Rev. enferm. UFPE online**, v. 7, n. 4, p. 1098-106, 2013.

SILVA L. M. et al. Representações sociais sobre qualidade de vida para idosos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 33, n. 1, p. 109-15, 2012.

SOUZA, W. B. A. et al. Qualidade de vida entre idosos ativos de uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Interdisciplinar em Saúde**, v. 3, n. 2, p. 275-90, 2016.

SPOSITO, L. A. C. et al. Experiência de treinamento com Nintendo Wii sobre a funcionalidade, equilíbrio e qualidade de vida de idosos. **Motriz: rev. Educ. fis.**, v. 19, n. 2, p. 532-40, 2013.

TAVARES, D. M. S.; DIAS, F. A. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. **Texto contexto – enferm.**, v. 21, n. 1, p. 112-20, 2012.

VAGETTI, G. C. et al. Domínios da qualidade de vida associados à percepção de saúde: um estudo com idosas de um programa de atividade física em bairros de baixa renda de Curitiba, Paraná, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3483-93, 2013.