

FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS NO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES M.G.

Sara Dâmaris Gomes de Andrade¹
Jardelly Rosa Teixeira²
Carlos Alberto Dias³
Suely Maria Rodrigues⁴
Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE)

Resumo

Este estudo teve objetivo identificar a Qualidade de Vida (QV) de idosos e fatores associados a ela. Participaram 163 idosos, de ambos os sexos, independentes funcionalmente e com função cognitiva preservada para responder ao inventário sociodemográfico e ao questionário WHOQOL-OLD. Os resultados demonstram idade média de 69 anos (\pm 6.1) e maioria mulheres (68,7%). Quanto à saúde 61,3% possuem pelo menos uma doença sistêmica referida; a maioria (63,8%) consome até três medicamentos diários. O valor médio de QV obtido foi de 80,6. Conclui-se que essa amostra possui boa qualidade de vida, apesar de sua condição sócio demográfica e de saúde.

Palavra chaves: Qualidade de vida, idosos, WHOQOL-OLD, saúde.

Área Temática

4 – Políticas Públicas

¹ Bolsista de Iniciação Científica PIBIC FAPEMIG- Fundo de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais. Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE)

² Bolsista de Iniciação Científica PIBIC FAPEMIG- Fundo de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais. Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE)

³ Professor adjunto do curso de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (FHS) da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE). Doutor em Psicologia Social.

⁴ Professora adjunta do curso de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde (FACS) da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE). Doutora em Saúde Coletiva.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), o Brasil será o sexto país com maior número de pessoas idosas até 2025, o que torna urgente a necessidade de investigações que contribuam para melhoria e/ou manutenção da saúde e qualidade de vida nessa faixa etária. Este crescimento provoca mudanças na pirâmide etária, que avança em uma proporção geométrica, ao passo que a preparação para esta metamorfose ocorre em proporções aritméticas.

No país, considera-se idoso aquele indivíduo que tenha atingido a idade de 60 anos, existindo uma legislação específica do Ministério da Previdência e Assistência Social (Lei nº 8842, de 04/01/1994 e Decreto nº1948, de 03/06/1996). É esta legislação que regulamenta a Política Nacional do Idoso e prevê a formação do Conselho Nacional do Idoso. Nesta política está contemplada a questão da saúde e assistência social, à qual todo idoso tem direito (BRASIL, 1998).

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD, 2003), a população a partir de 60 anos ou mais representa 9,6% da população total. O aumento no número de idosos na população brasileira é algo presente nas projeções demográficas, isto devido, sobretudo, aos avanços sócio-sanitários e ao aumento da longevidade.

O crescimento da população idosa brasileira, tanto em termos absolutos como relativos, tem provocado alterações profundas na sociedade. Este impacto é sentido na economia, no mercado de trabalho, nas relações familiares e no sistema de saúde. E, na medida em que o país continua na sua transição demográfica, o impacto deverá ser ainda maior no futuro (LIMA-COSTA et al., 2003).

Uma das áreas de maior preocupação é a da saúde, sobretudo como os vários mecanismos de atendimento estão reagindo a este emergente perfil demográfico. Às necessidades de saúde do idoso pode se contrapor o desenvolvimento do sistema de atendimento de saúde no Brasil, tipicamente voltado às populações mais jovens, especialmente crianças. Mesmo que esta ênfase tenha justificativas históricas e se possam observar sucessos com esta perspectiva – por exemplo, na redução da mortalidade infantil e da incidência de várias doenças infectocontagiosas – nota-se que a área de saúde está despreparada para o novo perfil demográfico e epidemiológico (PAHO, 1998; COELHO FILHO, 2000; GARRIDO E MENEZES, 2002).

A investigação sobre as condições que permitam uma boa qualidade de vida em idosos possui importância científica e social. Tenta responder a associação entre bem-estar e velhice, contribuindo para a compreensão do envelhecimento e dos limites do desenvolvimento humano (FLECK, CHACHAMOVICK E TRENTINI, 2003).

Neste estudo, objetivou-se identificar a Qualidade de Vida (QV) e fatores associados a ela em idosos residentes no município de Governador Valadares/MG.

O Idoso no Brasil

Na perspectiva cronológica da velhice, identificam-se estudos que exploram as classificações existentes dentro da própria categoria idosa, tendo em vista as mudanças significativas na capacidade de autonomia do indivíduo nessa etapa de vida, além das transformações biológicas, as mudanças psicossociais se dão de modo particular na velhice (PASKULIN, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1983) classifica a população da terceira idade de acordo com o desenvolvimento do país, no qual o indivíduo está inserido. Em países

desenvolvidos, são aqueles indivíduos com idade de 65 anos ou mais, e em países em desenvolvimento, indivíduos com 60 anos ou mais.

Baseado no conceito de autonomia ou habilidade/capacidade funcional, a OMS (1983) classificou os pacientes idosos em 3 grupos: funcionalmente independente (vivem sem necessitar de ajuda); parcialmente independente (indivíduos incapazes de manter independência total sem uma assistência continuada); totalmente dependente (estão impossibilitadas de viver com independência e geralmente estão institucionalizadas, recebendo ajuda permanente).

Estes conceitos são úteis ao contexto do envelhecimento, pois estão ligados à manutenção da autonomia dos idosos, ou seja, ao grau de independência com que desempenham as funções no dia-a-dia dentro de seu contexto sócio-econômico e cultural. Do ponto de vista prático, estas funções podem ser medidas através do desempenho das atividades diárias, como por exemplo, a capacidade de cuidado pessoal (higiene), preparo das refeições, manutenção básica da casa. A operacionalização deste conceito é difícil, mas seus resultados são mais detalhados do que os obtidos apenas com utilização do conceito de envelhecimento cronológico (WHO, 2002).

O aumento no número de idosos é decorrência de um processo de transição demográfica e epidemiológica que o Brasil vem mostrando de forma heterogênea, associado, em grande parte, às dificuldades sociais. A população idosa constitui-se como um grupo bastante diferenciado entre si. Surge, assim, uma preocupação maior com essa camada da população, pois os custos econômicos e sociais decorrentes dela vêm transcendendo as projeções consideradas para esse grupo, numa situação vigente de um sistema de Saúde Pública espoliado ao extremo (Simões, 2002).

No dizer de Beauvoir (1990), o envelhecimento "tem, sobretudo uma dimensão existencial e como todas as situações humanas, modifica a relação do homem com o tempo, com o mundo e com a sua própria história revestindo-se não só de características biopsíquicas, como também, sociais e culturais". Assim, o envelhecimento não somente representa ação ou efeito biopsicológico, como também uma característica sócio - cultural.

Ocorrendo ajustes relacionados ao papel do indivíduo no seu contexto e ao apoio social, além de ajustes psicológicos (mentais e afetivos). Os primeiros referem-se às possibilidades de mudança dos papéis desempenhados na família (perda do conjuge, o idoso passa a ter o status de filho dos filhos), no trabalho (aposentar-se) e na sexualidade (vivenciar mudanças na forma de relacionamento). O impacto dessas mudanças é ainda mais acentuado em países em desenvolvimento, em razão das dificuldades econômicas enfrentadas por parcela significativa da população idosa (PASKULIN, 2006).

Os idosos, nas diferentes camadas, segmentos ou classes sociais, vivem a velhice de forma diversificada, como se o fim da vida reproduzisse e ampliasse as desigualdades sociais. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), verifica-se que, além da desigualdade socioeconômica, destaca-se a sociabilidade do idoso como um fator importante, pois inclui as relações de convivência familiar, o estabelecimento do vínculo social com a comunidade e a possibilidade real de qualidade de vida e, conseqüentemente, a sua sobrevivência.

O nível educacional do idoso brasileiro é considerado baixo, apresentando uma média de 2,6 anos de estudo, isto possivelmente, devido ao acesso restrito à educação nas décadas de 30 e 40. Quanto ao mercado de trabalho, 77% são aposentados ou pensionistas, sendo esta a principal fonte de renda da população idosa (MELLO JORGE ET AL., 2001).

Observa-se no Brasil a exclusão social do idoso, que apresenta baixo poder aquisitivo em função das aposentadorias irrisórias, da dificuldade de acesso a bens culturais e de saúde, das perdas de papéis sociais. O discurso da improdutividade ainda é comum na atualidade,

organizando-se como um estereótipo que acaba por estigmatizar e até excluir o idoso de seu meio familiar e social (SILVA, 2002).

O processo de envelhecimento gera expectativa de demanda de serviços de saúde e coloca os profissionais desta área frente a um desafio e uma oportunidade. O desafio refere-se à enorme tarefa de levar atenção de saúde a este contingente populacional em rápido crescimento e a oportunidade refere-se à possibilidade de planejar durante os próximos 20 anos em que esta população dobrará em números, ações que possam responder as demandas deste grupo etário. Programas próprios para os idosos, formação profissional e a criação de espaços específicos de atenção ao idoso e de estudos e pesquisas sobre o envelhecimento e sua repercussão na saúde são exemplos de ações que responderiam a esta demanda (PRADO E SAYD, 2007).

Qualidade de vida

Entende-se por qualidade de vida (QV), a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais se insere e, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um amplo conceito de classificação, afetado de modo complexo pela saúde física do indivíduo, estado psicológico, relações sociais, nível de independência e pelas suas relações com as características mais relevantes do seu meio ambiente (WHOQOL, 1994). Nesta definição fica implícito que o conceito de qualidade de vida é subjetivo, multidimensional e que inclui peculiaridades nesta faixa etária.

Houve na década de 1990 uma proliferação de instrumentos de avaliação de qualidade de vida e afins, a maioria desenvolvida nos Estados Unidos com um crescente interesse em traduzi-los para aplicação em outras culturas. A busca de um instrumento que avaliasse *qualidade de vida* dentro de uma perspectiva genuinamente internacional fez com que a Organização Mundial da Saúde (OMS) organizasse um projeto colaborativo multicêntrico. O resultado deste projeto foi a elaboração do WHOQOL-100, um instrumento de avaliação de qualidade de vida composto por 100 itens (WHOQOL, 1995).

A necessidade de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão específica e abreviada do WHOQOL-100 para idosos, o WHOQOL-OLD – Instrumento de avaliação da qualidade de vida em idosos – (WHOQOL, 1998).

O projeto WHOQOL-OLD pretendeu desenvolver e testar a avaliação da qualidade de vida para pessoas idosas. Teve início em 1999, como uma cooperação científica de diversos centros.

No âmbito da saúde coletiva e das políticas públicas é possível identificar interesse crescente pela avaliação da QV. Pois, as informações encontradas têm sido incluídas tanto como indicadores para avaliação da eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos e grupos, quanto na comparação entre procedimentos para o controle de problemas de saúde. Outro interesse está diretamente ligado às práticas assistenciais cotidianas dos serviços de saúde, e refere-se à QV como um indicador nos julgamentos clínicos de doenças específicas. Trata-se da avaliação do impacto físico e psicossocial que as enfermidades, disfunções ou incapacidades podem acarretar para as pessoas acometidas, permitindo um melhor conhecimento do paciente e de sua adaptação à condição (KAPLAN, 1995).

Na área da saúde, o interesse pelo conceito QV é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas. Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são

multifatoriais e complexos. Assim, saúde e doença configuram processos compreendidos como um *continuum*, relacionados aos aspectos econômicos, sócio-culturais, à experiência pessoal e estilos de vida (SEIDL E ZANNON, 2004).

O objetivo do projeto foi desenvolver e testar uma medida genérica da qualidade de vida em idosos para utilização internacional/transcultural. O módulo WHOQOL-OLD pode ser usado numa variedade de estudos incluindo investigações transculturais, epidemiologia populacional, monitoramento de saúde, desenvolvimento de serviços e estudos de intervenção clínica em que questões sobre a qualidade de vida sejam importantes. Permite a avaliação do impacto da prestação do serviço e de diferentes estruturas de atendimento social e de saúde sobre a qualidade de vida em idosos e uma compreensão mais clara das áreas de investimento para se obter melhores ganhos na qualidade de vida (The WHOQOL-OLD Group, 2005).

Envelhecimento e Qualidade de Vida

A qualidade de vida na velhice pode ser definida como a manutenção da saúde, em seu maior nível possível, em todos os aspectos da vida humana: físico, social, psíquico e espiritual (OMS,1991).

Lawton (1983) construiu um modelo de qualidade de vida na velhice em que a multiplicidade de aspectos e influências inerentes ao fenômeno é representada em quatro dimensões. A primeira, condições ambientais, diz respeito ao contexto físico, ecológico e ao construído pelo homem, que influi na competência adaptativa (emocional cognitiva e comportamental). O ambiente deve oferecer condições adequadas à vida das pessoas. A segunda, competência comportamental, traduz o desempenho dos indivíduos frente às diferentes situações de sua vida. Dependendo do potencial de cada um, de suas experiências e condições de vida, dos valores agregados durante o curso da vida e do desenvolvimento pessoal, que, por sua vez, é influenciado pelo contexto histórico-cultural. A terceira, qualidade de vida percebida, reflete a avaliação da própria vida, influenciada pelos valores que o indivíduo foi agregando e pelas expectativas pessoais e sociais. A quarta, bem-estar e satisfação específica em relação a determinados aspectos da vida; reflete as relações entre condições objetivas (ambientais), competência adaptativa e percepção da própria qualidade de vida, as três dimensões precedentes.

Qualidade de vida pode ser definida como avaliação multidimensional referenciada a critérios socionormativos e intrapessoais, a respeito das relações atuais, passadas e prospectivas entre o indivíduo maduro ou idoso e o seu ambiente (LAWTON, 1983).

Muitas pessoas mantêm-se saudáveis e ativas até idades avançadas. É para elas que as políticas de manutenção de saúde e qualidade de vida devem estar voltadas, como forma de evitar o surgimento de doenças e a conseqüente perda da qualidade de vida. Observando-se a tendência para uma longevidade maior, considera-se que as instituições de saúde não estão equipadas para um aumento da demanda. (GROSSMAN, 1972).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal, que utilizou uma abordagem quantitativa. O Universo de estudo foi o município de Governador Valadares/Minas Gerais, que possui 261.261 habitantes, sendo 21.428 idosos, representando 8,3% da população. Neste município há 48 Unidades Básicas de Saúde (UBS) sendo que 35 possuem equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) (DATASUS, 2007).

A zona urbana é dividida em 19 regiões. Somente em 02 regiões não há UBS, sendo os indivíduos residentes nestes locais encaminhados para uma unidade de saúde mais próxima. O número total de idosos cadastrados nas UBS da zona urbana é de 13.659 idosos (DATASUS, 2007).

A amostra foi constituída por idosos, de ambos os sexos, funcionalmente independentes ou parcialmente dependentes, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), residentes na zona urbana do município de Governador Valadares – MG. Para definição do tamanho da amostra foi realizado um cálculo amostral, baseado no método de estimativa para proporção (Levy e Lemeshow, 1991), com nível de confiança de 95% e precisão requerida de 5%. Como o município não possui levantamento epidemiológico sobre qualidade de vida, o valor do padrão (p) utilizado foi de 50%. Para o resultado final foi incluído 10% referente a uma possível perda.

Os indivíduos participantes desse estudo foram selecionados por amostragem aleatória a partir das UBS (tanto da zona urbana quanto da rural), em proporções semelhantes em cada unidade. A partir do total de idosos cadastrados em cada UBS, buscou obter a proporcionalidade da amostra, por região. Este procedimento foi realizado considerando-se que cada UBS representa uma região geográfica do município. Desse modo, a chance de participação dos idosos, de todas as localidades, ficou garantida.

Foram incluídos na amostra indivíduos fisicamente independentes e que com função cognitiva preservada para responder ao inventário sociodemográfico e ao questionário WHOQOL-OLD utilizados na pesquisa. Estas condições foram avaliadas a partir dos prontuários arquivados nas UBS e com auxílio dos profissionais de saúde que atuam nas mesmas (médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde). A presença de doenças crônicas não foi considerada, uma vez que idosos podem adaptar-se as mesmas e ter uma vida autônoma e independente. Os idosos doentes e/ou aqueles que, devido à agressividade ou alterações de comportamento que não contribuíram para o preenchimento do questionário foram excluídos do estudo.

Para a coleta dos dados em todas as UBS, a pesquisadora inicialmente reuniu com o responsável da Unidade, detalhando os objetivos da pesquisa e a metodologia utilizada no desenvolvimento do estudo. Após autorização, agendou o dia e horário adequado para realização da coleta, levando em consideração que a pesquisa não deveria interferir no funcionamento dos procedimentos programados pela equipe de saúde.

Na data estabelecida, a pesquisadora reuniu com os idosos presentes para o atendimento na UBS, explicou os objetivos do trabalho, os procedimentos aos quais serão submetidos, assegurando o caráter confidencial de suas respostas e seu direito de não identificação. Reforçou que a pesquisa possui caráter voluntário e que os todos participantes necessitarão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esclareceu ainda sobre o direito de não aceitar, sem prejuízo para seu atendimento.

Para caracterização da amostra, foi utilizado um inventário sociodemográfico, baseado no estudo de Fleck et al. (2008), com objetivo de conhecer os indicadores de saúde e a utilização dos serviços de saúde. As variáveis incluídas são: idade, sexo, situação conjugal, renda mensal individual e familiar, escolaridade, vivência familiar, número de consultas médicas realizadas na UBS (nos últimos 6 meses), número de doenças referidas (nos últimos 6 meses), número de medicamentos utilizados diariamente (nos últimos 6 meses) e modelo de trabalho presente na UBS frequentada.

Para avaliação da qualidade de vida foi utilizado o módulo para idosos, do questionário WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life – old*). Sua utilização é justificada por ser um instrumento desenvolvido especialmente para indivíduos idosos e possuir versão validada no Brasil (Fleck et al., 2006). Consiste de 24 questões, agrupadas em

seis dimensões: Funcionamento dos sentidos; Autonomia; Atividades passadas, presentes e futuras; Participação social; Morte e Intimidade (Quadro 1).

Quadro 1 – Dimensões e respectivas questões do questionário WHOQOL-OLD (The WHOQOL-OLD Group, 2005).

| DIMENSÕES | ABREV. | CONCEITO/CONTEÚDO | PERGUNTAS |
|---|---------------|--|-----------------------|
| <i>Funcionamento dos sentidos</i> | <i>FS</i> | <i>Impacto da perda do funcionamento dos sentidos na QV.</i> | <i>01- 02- 10- 20</i> |
| <i>Autonomia</i> | <i>AUT</i> | <i>Independência do idoso, ser capaz de livre para viver de modo autônomo e de tomar as próprias decisões.</i> | <i>12- 13- 15- 19</i> |
| <i>Atividades passadas, presentes e futuras</i> | <i>PPF</i> | <i>Satisfação com realizações na vida e com objetivos a serem alcançados.</i> | <i>03- 04- 05- 11</i> |
| <i>Participação social</i> | <i>PSO</i> | <i>Participação em atividades da vida diária, especialmente na comunidade.</i> | <i>14- 16- 17- 18</i> |
| <i>Morte e morrer</i> | <i>MEM</i> | <i>Preocupações e medos acerca da morte e morrer.</i> | <i>06- 07- 08- 09</i> |
| <i>Intimidade</i> | <i>INT</i> | <i>Ser capaz de ter relacionamentos íntimos e pessoais.</i> | <i>21- 22- 23- 24</i> |

Cada questão possui cinco opções de resposta (modelo Lickert) que são pontuadas com valores de 01 a 05. Deste modo, o escore total pode oscilar de 24 a 120 para cada idoso. As dimensões podem ser trabalhadas separadamente –individual- ou em conjunto dando um valor total para a qualidade de vida. Escores altos representam uma alta qualidade de vida, escores baixos representam uma baixa qualidade de vida. Não há um ponto de corte previsto que determine um escore abaixo ou acima, no qual se possa qualificar a qualidade de vida.

A coleta de dados foi realizada em uma sala de consulta da Unidade Básica de Saúde. Cada indivíduo participante da pesquisa foi encaminhado para o local da coleta de dados com o auxílio de um membro da equipe de saúde da UBS. Proporcionando assim, um ambiente reservado evitando causar medo ou “stress”.

O inventário sócio demográfico e o WHOQOL-OLD foram aplicados na forma de entrevista direta, considerando características comuns aos idosos: dificuldade de leitura (acuidade visual e alfabetização), ou mesmo de assinalar as respostas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo contou com a participação de 163 idosos na faixa etária de 60 a 87 anos. Quanto ao sexo a maioria (68,7%) foi de mulheres. A maior participação de mulheres encontrada neste estudo provavelmente esta relacionada à maior atenção e cuidado dado ao aparecimento de problemas de saúde, com conseqüente aumento pela procura e utilização de atendimento médico/odontológico. Apesar dos homens apresentarem maiores necessidades de cuidado, os mesmos demonstram acomodação e aceitação diante do processo de envelhecimento e dos problemas de saúde. Já as mulheres apresentam maior flexibilidade e dinamismo em relação ao envelhecimento, buscando sempre que possível sanar as demandas cotidianas de saúde.

A maior parte desses indivíduos declarou possuir de um a quatro anos de estudo (53,4%). Ao considerar-se o fato dos participantes possuírem, em sua maioria, pequeno ou

nenhum nível de escolaridade, é possível que esse resultado seja decorrente da falta de oportunidade de acesso ao ensino, ou seja, da exclusão desses indivíduos do sistema educacional quando em idade escolar.

Todas as características sócio-demográficas e de saúde estão referenciadas na tabela 1.

Tabela 1- Características sócio-demográficas e de saúde dos idosos usuários do SUS de um município de médio porte. Brasil. 2008 (n=163).

| Características | | Frequência n (%) |
|---|--------------|-------------------------|
| Idade (anos) | 60-68 | 85 (52,1) |
| | 69-87 | 78 (47,9) |
| Sexo | Feminino | 112 (68,7) |
| | Masculino | 51 (31,3) |
| Escolaridade (anos) | 0 | 62 (38,0) |
| | 1-4 | 87 (53,4) |
| | ≥ 5 | 14(8,6) |
| Condição econômica individual | Com renda | 142 (87,1) |
| | Sem renda | 21 (12,9) |
| Renda familiar* | Até 1 SM* | 128 (78,5) |
| | 1.01- 6.3 SM | 35 (21,5) |
| Situação conjugal | Com parceiro | 77 (47,2) |
| | Sem parceiro | 86 (52,8) |
| Vivência familiar | Sozinho | 31 (19,0) |
| | Acompanhado | 132 (81,0) |
| Nº doenças relatadas (últimos 6 meses) | ≤ 1 | 100 (61, 3) |
| | ≥ 2 | 63 (38,7) |
| Nº medicamentos utilizados diariamente (últimos 6 meses) | Nenhum | 14 (8,6) |
| | 1-3 | 104 (63,8) |
| | ≥4 | 45 (27,6) |
| Modelo de trabalho da UBS freqüentada | Tradicional | 44 (27,1) |
| | ESF | 119 (72,9) |

* SM: Salário Mínimo (415,00 reais)

Um alto percentual de participantes relatou possuir algum tipo de renda mensal (87,1%), sendo esse rendimento proveniente, em grande parte, da aposentadoria (54,0%). Ao considerar-se a renda familiar, 78,5% dos idosos afirmaram viver com um rendimento mensal de até um salário mínimo. O dado em questão pode ser resultado da ampliação da cobertura da previdência e da legislação da assistência social estabelecida pela Constituição de 1988, que garante aos idosos carentes maiores de 65 anos um salário mínimo mensal. Uma boa situação socioeconômica mostra-se associada à melhor qualidade de vida. Problemas

financeiros podem reduzir o bem-estar em idosos, atuando como fator de risco à saúde. Quanto menor o poder aquisitivo, menor é o acesso aos serviços de saúde e à informação.

Quanto à convivência, 82,2 dos idosos vivem com cônjuge ou outros familiares. De acordo com Neri (2000), a vivência com algum parente pode interferir, frequentemente, na aproximação dos componentes da vida, eleva o interesse pela sobrevivência e seus valores. As pessoas solitárias têm de três a cinco vezes mais riscos de ter uma doença grave.

Quanto à situação de saúde, 38,7% relataram possuir 2 doenças ou mais nos últimos seis meses e cerca de 90,0% dos idosos estudados consome pelo menos um medicamento/dia. Em consulta ao Sistema de Informação do SUS (SIASUS), do município estudado, as consultas médicas para idosos representam quase 20,0% das consultas individuais para a população em geral. Essa realidade pode estar associada ao uso do serviço de saúde em busca de medicamento.

Os idosos utilizam com frequência regular o serviço de saúde. Este dado pode ser devido ao fato da organização do serviço e a distribuição das UBS estarem na proximidade da moradia do usuário, facilitando a efetiva utilização, sendo este local o primeiro acesso ao sistema de saúde.

As desigualdades socioeconômicas indicam diferentes tempos e formas de adoecer, diferentes necessidades e capacidades de procurar e usar serviços de saúde. A capacidade de acesso aos serviços identifica o movimento da busca, da capacidade do idoso acessar e usar os serviços de saúde conforme sua disponibilidade e necessidade. A utilização dos serviços demonstra sua acessibilidade e, indiretamente, indica a equidade de um sistema de saúde. Essa capacidade está diretamente relacionada, além da renda e escolaridade, à disponibilidade da oferta da rede pública e privada. Mas, a maior utilização não está necessariamente relacionada a uma melhor atenção à saúde do idoso (Louvison et al., 2008).

O valor médio de qualidade de vida obtido por meio do questionário WHOQOL-OLD foi de 80,6. Isto indica que essa população considera que possui uma boa qualidade de vida. Esse instrumento segundo Fleck, Chachamovich e Trentini (2006) busca avaliar habilidades sensoriais, atividades presentes/passadas e futuras, autonomia, morte e morrer, participação social e intimidade. Tenta responder às aparentes contradições entre velhice e bem-estar e à associação entre velhice e doença. Privilegia a opinião do idoso, ou seja, valoriza sua percepção a respeito do que considera importante para a qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Envelhecer em um país como o Brasil, com tantos problemas sociais, econômicos e estruturais a resolver, constitui-se em grande desafio para os indivíduos, sociedade e governo, no sentido de oferecer condições qualificadas para o prolongamento da vida. A vida do indivíduo ganha rumos diversos e as mudanças e adaptações vão acontecendo a cada dia, em virtude dos acontecimentos e relações estabelecidas, sobretudo com o que está próximo.

Os sentimentos mudam a percepção da vida, das pessoas, dos valores e a importância atribuída a cada um. A compreensão de qualidade de vida na velhice, na maioria das vezes, está relacionada ao significado de velhice dado pelos idosos, inseridos nesse contexto às referências das mudanças do corpo e às imagens desse corpo, ao estilo de vida, aos contrastes sociais e culturais que se caracterizam ao longo de suas vidas.

Constatou-se que os idosos consideraram boa sua qualidade de vida, pois o valor médio obtido na pontuação do questionário WHOQOL-OLD se aproximou de 120. Apesar do inventário sócio demográfico e de saúde indicarem algumas condições insatisfatórias, esses dados demonstraram pouca ou nenhuma influência no índice geral de QV.

O módulo WHOQOL-OLD pode ser usado numa variedade de estudos incluindo investigações transculturais, epidemiologia populacional, monitoramento de saúde, desenvolvimento de serviços e estudos de intervenção clínica em que questões sobre a qualidade de vida sejam importantes. Permite a avaliação do impacto da prestação do serviço e de diferentes estruturas de atendimento social e de saúde sobre a qualidade de vida em idosos e uma compreensão mais clara das áreas de investimento para se obter melhores ganhos na qualidade de vida (The WHOQOL-OLD Group, 2005).

REFERÊNCIAS

BARDIN L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Editora Setenta Limitada, 1997, p.229.

BEAUVOIR S. **A velhice**. Trad. De Maria Helena Franco Martins. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. **Levantamento Epidemiológico em Saúde bucal: 1a etapa - cárie dental - projeto**. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Lei nº 8842, de 04/01/1994 e Decreto nº1948, de 03/06/1996. **Política Nacional do Idoso**. 2. ed., Brasília, 1998. 32p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF**, Brasília, 2000. 65p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil – 2003: condição de saúde bucal da população brasileira 2002-2003; resultados parciais**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Disponível em: www.saude.org.br. Acesso em 10 de setembro de 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: Comunicação visual/Instruções Básicas**. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1991. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/pdf/abcdosus.pdf> Acesso em 5 de junho de 2006.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais; 1997.

BULGARELLI AF, MANÇO ARX. Idoso vivendo na comunidade e a satisfação com a própria saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008;13:1165-74.

CARNEIRO RMV. **Saúde bucal em idosos institucionalizados na Cidade de São Paulo: estudo epidemiológico e de autopercepção** [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2001.

COELHO FILHO JM. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. **Cad Saúde Pública**. 2000;34:666-71.

COLUSSI CF, Freitas SFT. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2002; 18: 1313-20.

FLECK MPA, CHACHAMOVICH E, TRENTINI CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Cad Saúde Pública**. 2003;37(6):793-99.

FLECK MPA, CHACHAMOVICH E, TRENTINI C. Development and validation of the Portuguese version of WHOQOL-Old. *Journal of Public Health* 2006; 40 (5):785-791.

_____. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Cad Saúde Pública**. 2006;40(5):937-41.

FERREIRA AAA, Piuvezam G, WERNER CWA, ALVES MSCF. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2006; 11 (1): 211-218.

FREEMAN R. Social exclusion, barriers and accessing dental care: thoughts on planning responsive dental services. *Braz J Oral Sci* 2002;1:34-9.

GARRIDO R, Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev Bras Psiquiatr**. 2002; 24 (Supl 1): 45-52.

GUIMARÃES, Rosa Maia. **O envelhecimento: um processo pessoal?**. Tratado de geriatria e gerontologia. R.J.; Guanabara Koogan; 2ª Ed.; Capítulo 9; 2006; página 83-87.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de Indicadores Sociais: 1999/IBGE, Departamento de População e Indicadores Sociais**. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2000.

_____. **Censo Demográfico 2000**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acessado em 20/03/2008.

JITOMIRSKI F. Atenção a idosos. In: Pinto VG. **Saúde bucal coletiva**. São Paulo: Editora Santos, 2000, p. 120-7.

KAPLAN RM. Quality of life, resource allocation, and the U.S. Health - care crisis. In: Dimsdale JE, Baum A, editors. **Quality of life in behavioral medicine research**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1995. p. 3-30.

LEVY PS, Lemeshow S. **Sampling of populations: methods and applications**. New York, 1991.

LIMA-COSTA MF, BARRETO SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos na população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Coletiva**, 2003;19:735-743.

LOUVISON MCP et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde. *Rev Saúde Pública* 2008;42:733-40.

MELLO JORGE MHP, Gotlieb SLD, Laurentie R. **A saúde bucal no Brasil: Análise do período de 1996 a 1999**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2001. 244p.

MENDONÇA TC. Mutilação dentária: concepções de trabalhadores rurais sobre a responsabilidade pela perda dentária. **Cad Saúde Pública**. 2001;17 (6):1545-1547.

MINAYO MCS. **Fase de trabalho de campo. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5 ed., Hutech/Abrasco, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal – Brasil, zona urbana, 1986**. Brasília, 1988.

NARVAI PC; ANTUNES JLF. Saúde bucal: a autopercepção da mutilação e das incapacidades. In: Lebrão ML, Duarte TAO. **SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – o projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: OPAS, 2003, p.120-40.

NERI, A. L. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In: DUARTE, A. O. D. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Editora Atheneu, p.33-47, 2000.

NETO NNS, Luft LR, Trentin MS. Condições de saúde bucal do idoso: revisão de literatura. **RBCEH**, 2007; 4 (1): 48-56.

OLIVEIRA JLC; SALIBA NA. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. **Ciênc. saúde coletiva**. 2005; 10 (supl.0).

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Grupo científico sobre la Epidemiología del Envajamiento**. Genebra: Informe, 1983.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Levantamentos Básicos em Saúde Bucal**. 4 ed. São Paulo: Santos Livraria, 1999. 66p.

_____. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2005.

Pan American Health Organization (PAHO). **Health in the Americas 1998**. Washington (DC); 1998.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. **Qualidade de vida na velhice**. Tratado de geriatria e gerontologia. R.J.; Guanabara Koogan; 2ª Ed.; Capítulo 14; 2006; página 147-153.

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS – **PNAD**. Rio de Janeiro, 2003.

RAMMOS LR, ROSA TEC, OLIVEIRA ZM, MEDINA MCG, SSANTOS FR. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev Saúde Pública**. 1993; 27:87-94.

ROCHA ES, MATTAR DDS, MARTINS CR. Lesões de mucosa bucal em idosos. **Rev CROMG**. 2002,8 (2):134-143.

ROSA AGF et al. Saúde bucal na terceira idade: um diagnóstico epidemiológico. **RGO**, 1993;41(2):97-102.

SANTOS SR. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica. **Jornal de Pediatria**, 75 (6):401-406, 1999.

SEIDL EMF, ZANNON CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2):580-588,2004.

SHINKAI RSA, BEL-CURY AAD. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuição para atenção integral ao idoso. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 2000, 16 (4):1099-1109.

SIASUS – Coordenação de Sistemas de Informação Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Disponível em <http://www.datasus.gov.br> [acessado em 03/2012].

SIMÕES CCS. **Perfis de saúde e da mortalidade no Brasil: uma análise dos condicionantes em grupos populacionais específicos**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 141p.

SILVA TMN. A construção de uma pedagogia do idoso. **A terceira idade**, São Paulo, v.13, n25, p.62-75, 2002.

SILVA DD, Souza MLR, Wada RS. Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2004; 20: 626-31.

TOMITA NE et al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cad. Saúde Pública**. 2005, 21 (6): 225-31.

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**. 1994. p 41-60.

_____. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**, 1995; 41:1403-10.

_____. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Soc Sci Med**. 1998; 46:1569-85.

_____. Development of the WHOQOL-OLD module. **Qual Life Res**, 2005;14:2197-214.
Unfer B et al. Avaliação da saúde bucal geriátrica. **Revista Dentística on line**, 2001;4:6-11.

_____. Autopercepção da perda de dentes em idosos. **Interface**, 2006, 10 (19): 58-67.

WATANABE I. The dental situation in Japan's aging society. **Dent**. Japan 1994;32:161-164.

WERNER CW. *et al.* Odontologia Geriátrica. **RFO,L** 1998; 11(1):62-69.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Active ageing: a policy framework. **Ageing and life course**. Geneva, 2002, p.5-58.