

O envelhecimento e a qualidade de vida: a influência das experiências individuais

Aging and quality of life: the influence of individual experiences

El envejecimiento y la calidad de vida: la influencia de las experiencias individuales

Maria Jaqueline Lopes
Janieiry Lima de Araújo
Ellany Gurgel Cosme do Nascimento

RESUMO: O objetivo do estudo foi compreender o significado do envelhecimento com qualidade de vida (QV), a partir das vivências e experiências de idosos. Trata-se de um estudo exploratório, quanti-qualitativo, que permitiu compreender o significado do envelhecimento e da QV dos idosos. Foram aplicados 173 questionários com idosos que recebem visitas domiciliares dos líderes da Pastoral da Pessoa Idosa, sendo 79% do sexo feminino (n=138). O estudo evidenciou o envelhecimento e a qualidade de vida como algo subjetivo, o modo de andar a vida que determina as experiências individuais de cada ser, para um viver saudável. Cabe à sociedade valorizar o idoso e incentivar a sua participação social, uma vez que, quando o idoso é ativo e co-partícipe do seu processo saúde/doença, ele é visto como um idoso sábio, um exemplo para a sociedade.

Palavras-chave: Idoso; Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso; Qualidade de Vida.

ABSTRACT: *The objective of the study was to understand the meaning of aging with quality of life (QOL), from the experiences and experiences of older people. This is an exploratory study, quantitative and qualitative that allows us to understand the meaning of aging and QOL of the elderly. 173 questionnaires were administered to elderly people receiving home visits from leaders of the Pastoral Care of the Elderly, 79% female (n = 138). The study showed the aging and quality of life as something subjective, the way of living life that determines the individual experiences of each being for a healthy living. It is up to society to value the aged and to promote their social participation, since, when the elderly are active and co-sharer of your health / disease process, it is seen as a wise old, an example for society.*

Keywords: *Elderly; Comprehensive Care Program for Elderly; Quality of life.*

RESUMEN: *El objetivo del estudio fue comprender el significado de envejecimiento con calidad de vida (QOL), a partir de las vivencias y experiencias de las personas mayores. Se trata de un estudio exploratorio, cuantitativo y cualitativo, que nos permite entender el significado de la vejez y la calidad de vida de las personas mayores. 173 cuestionarios fueron administrados a las personas mayores que reciben visitas a domicilio de los líderes de la Pastoral de las Personas de Edad, 79% mujeres (n = 138). El estudio mostró que el envejecimiento y la calidad de vida como algo subjetivo, la manera de vivir la vida que determina las experiencias individuales de cada ser para una vida saludable. Corresponde a la sociedad a valorar la edad y promover su participación social, ya que, cuando los mayores son activos y co-partícipe de su proceso de salud / enfermedad, que es visto como un viejo sabio, un ejemplo para la sociedad.*

Palabras clave: *Edad avanzada; Programa de Atención Integral a Personas Mayores; Calidad de vida.*

Introdução

A Organização Mundial de Saúde, OMS, classifica, cronologicamente, como idosos as pessoas com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e, com mais de 60 anos de idade, em países em desenvolvimento.

Assim, o processo de envelhecer, considerado a instância fisiológica da natureza humana, para ser saudável e com bem-estar, exige que se consiga agregar qualidade de vida aos anos vividos (Lima-Costa, & Veras, 2003; Kalache, Veras, & Ramos, 1987).

O envelhecimento pode ser classificado em três grupos: idosos jovens, idosos velhos e idosos mais velhos, em que o termo “idosos jovens” está relacionado a pessoas de 60 a 74 anos, ainda ativas, vigorosas, cheias de vida. Os “idosos velhos”, de 75 a 84 anos, e os “idosos mais velhos”, de 85 anos ou mais, são os que apresentam maior tendência para a fraqueza e para a enfermidade e podem ter dificuldade para desempenhar algumas atividades da vida diária (Papalia, Olds, & Feldman, 2006).

A velhice é uma etapa da vida inevitável; logo, faz parte de um processo natural, contínuo, irreversível, lento e gradual, inerente à condição humana, envolvendo vários aspectos como os biopsicossociais (Lorda, & Sanchez, 2001).

Segundo Dantas (2011, s/p.), “Envelhecer implica ter passado pelas diversas etapas, acumulando experiências, anseios e realizações no caminho que se trilha na estrada do viver”, sendo, dessa forma, de fundamental importância na transmissão de saberes e conhecimentos aos mais jovens.

O termo envelhecer se refere a tornar-se velho, com um longo tempo de existência, e tributário a transformações sociais e demográficas. O principal problema de saúde que pode afetar o idoso é a perda da sua capacidade funcional, das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades básicas e instrumentais da vida diária. Associada a isso, tem-se a perda gradativa da qualidade de vida como fator agravante para a saúde dos idosos (Menezes, & Vicente, 2007).

A qualidade de vida, QV, é um conceito de caráter subjetivo, com definição diversamente explicitada pelos indivíduos, o que acarreta, desse modo, ainda não se ter uma conceituação definitiva ou mais precisa a respeito desse termo. A literatura científica ressalta que se trata de um conceito complexo, que admite vários significados, com variadas abordagens teóricas e inúmeros métodos para seu tratamento (Kimura, & Silva, 2009).

De acordo com Neri (2008, p. 82), “a principal característica do envelhecimento saudável é a capacidade de aceitação das mudanças fisiológicas decorrentes da idade”. Assim, o envelhecimento deve ser compreendido na sua totalidade e nas suas diversas dimensões, pois essas transformações afetam direta ou indiretamente as inter-relações do sujeito com o seu contexto social, comprometendo a qualidade de vida, ou seja, seu bem-estar biopsicossocial, interferindo no envelhecimento saudável.

Especificamente, sobre este fenômeno no Brasil, no estudo sobre “Envelhecimento Populacional: uma realidade brasileira” os autores concluem que, no ano de 2025, a população acima de 60 anos representará cerca de 34 milhões de pessoas, estas nascidas na metade do século XX (entre os anos de 1955 e 1960) (Veras, Ramos, & Kalache, 1987).

Destarte, entender como ocorre o envelhecimento é de fundamental importância para uma terceira idade saudável e autônoma, conferindo qualidade de vida aos anos vividos.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório, quantitativo, em que tal aspecto quantitativo do estudo foi o momento de contrapor os dados e as análises, quantificando-os, propiciando assim, juntamente a um olhar qualitativo, outra percepção acerca dos relatos dos participantes sobre o objeto de estudo (Minayo, 2010).

O cenário do estudo foi à cidade de Pau dos Ferros, RN, que fica distante cerca de 410 km da capital Natal. O município conta com 27.747 habitantes; destes 25.551 residem na zona urbana e 2.194, na zona rural. Em relação ao número de pessoas com mais de 60 anos, tem-se uma população estimada de 1462 (5,26%) homens e 1800 (6,48%) mulheres.⁴

Os participantes da pesquisa foram os idosos acompanhados pela Pastoral da Pessoa Idosa daquela cidade. Os critérios de inclusão foram: ter idade mínima de 60 anos; receber visita do líder da Pastoral da Pessoa Idosa de Pau dos Ferros, RN; e como critérios de exclusão, participantes que apresentem dificuldade de comunicação verbal; participantes visitados por líder com formação em saúde ou por líder que seja profissional da saúde; participantes cujo cuidador ou familiar não lhe permita ficar somente na companhia do pesquisador para realizar a entrevista. Para a coleta de dados, foi aplicado o WHOQOL ABREVIADO, criado pela Organização Mundial de Saúde, para avaliação de qualidade de vida (OMS, 1998).

O quantitativo de questionários aplicados buscou atingir a amostragem mínima populacional, com uma confiabilidade de 94% (tolerância de erro de 6%), considerando o $n=448$, totalizando ao final, uma amostra significativa de 173 participantes. Esse número foi alcançado seguindo a seguinte fórmula: $n = N \times n_o/N + n_o$,

onde:

n = Tamanho mínimo de amostragem

N = Tamanho da população (448 idosos)

n_0 = Primeira aproximação do tamanho da amostra calculado pela seguinte fórmula: $n_0 = 1/(E_0)^2$, onde o (E_0) representa o erro amostral tolerável de 5,95%, com confiança de 94,05% e *p-value* de $p < 0,05$.

Assim, $n_0 = 1/(E_0)^2$. Substituindo os valores temos:

$$n_0 = 1/(0,0595)^2 = 282$$

Substituindo “ n_0 ” na fórmula ($n = N \times n_0/N + n_0$) teremos: $n = 448 \times 282/448 + 282 = 173,06301$. (173 arredondando).

Assim, ao final da coleta de dados, obtivemos **173 questionários** respondidos, num período de coleta que se estendeu no dia 23 de março de 2014 ao dia 14 de julho de 2014.

Os dados foram analisados por Estatística Descritiva com o auxílio do Programa SPSS versão 2.0. O projeto de pesquisa foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (CEP/UERN). O parecer consubstanciado foi emitido em 12 de agosto de 2013, sob o CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética) n.º 16751513.0.0000.5294. Portanto, o estudo está em conformidade com a Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Para tanto, foi garantido o direito à privacidade, ao sigilo e confidencialidade.

Resultados

Foram aplicados 173 questionários com idosos que recebem visitas domiciliares dos líderes da Pastoral da Pessoa Idosa de Pau dos Ferros, RN, que estavam em acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Em relação ao sexo dos participantes, 79% deles são do sexo feminino ($n=138$).

As Tabelas 01, 02, 03 e 04 que se seguem apresentam a avaliação sobre a qualidade de vida, o quanto anda sua autoestima, relações pessoais e familiares, energia e concentração, padrão de sono, necessidades de saúde, sobre suas participações em atividades de lazer, recreação e trabalho, como também, a avaliação da sua satisfação com o lar, sentimentos, serviços de saúde e transporte.

Tabela 01-Avaliação da qualidade de vida (QV) de idosos que recebem visitas domiciliares dos líderes da pastoral, segundo o WHOQOL abreviado, Pau dos Ferros/RN, 2014

Como você avalia a qualidade de vida?	N	%
Muito Ruim	3	1,7
Ruim	14	8,1
Nem ruim nem boa	50	28,9
Boa	80	46,2
Muito boa	26	15,0
Quão satisfeito você está com sua saúde?		
Muito satisfeito	1	0,6
Insatisfeito	14	8,1
Nem satisfeito nem insatisfeito	18	10,4
Satisfeito	128	74,0
Muito satisfeito	12	6,9
Sua dor física impede você de fazer o que precisa?		
Nada	96	55,5
Muito pouco	15	8,7
Mais ou menos	26	15,0
Bastante	19	11,0
Extremamente	17	9,8
Precisa de algum tratamento médico?		
Nada	32	18,5
Muito pouco	22	12,7
Mais ou menos	36	20,8
Bastante	72	41,6
Extremamente	11	6,4
O quanto você aproveita a vida?		
Nada	44	25,4
Muito pouco	11	6,4
Mais ou menos	39	22,5
Bastante	75	43,4
Extremamente	4	2,3
Quão disponíveis para você estão às informações que precisam no dia a dia?		
Nada	15	8,7
Muito pouco	13	7,5
Médio	34	19,7
Muito	104	60,1
Completamente	7	4,0

Tabela 02 – Caracterização dos idosos (PPI) segundo a sua autoestima. Pau dos Ferros, RN, Brasil, 2014

Você é capaz de aceitar sua aparência física?	<i>N</i>	%
Nada	4	2,3
Muito pouco	2	1,2
Médio	15	8,7
Muito	148	85,4
Completamente	4	2,3

Em que medida você acha que sua vida tem sentido?		
Nada	6	3,5
Muito pouco	1	0,6
Mais ou menos	16	9,2
Bastante	140	80,9
Extremamente	10	5,8

Você tem energia para seu dia a dia?		
Nada	9	5,2
Muito pouco	11	6,4
Médio	34	19,7
Muito	109	63,0
Completamente	10	5,8

O quanto você consegue se concentrar?		
Nada	9	5,2
Muito pouco	5	2,9
Mais ou menos	28	16,2
Bastante	127	73,4
Extremamente	4	2,3

Quão seguro você se sente em sua vida diária?		
Nada	12	6,9
Muito pouco	4	2,3
Mais ou menos	31	17,9
Bastante	126	72,8
Extremamente	0	0

Quão saudável é o seu ambiente físico?		
Nada	3	1,7
Muito pouco	1	0,6
Mais ou menos	4	2,3
Bastante	155	89,6
Extremamente	10	5,8
Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?		
Nada	14	8,1
Muito pouco	6	3,5
Médio	68	39,3
Muito	84	48,6
Completamente	1	0,6
Quão bem você é capaz de se locomover?		
Muito ruim	17	9,8
Ruim	29	16,8
Nem ruim nem bom	11	6,4
Bom	94	54,3
Muito bom	22	12,7
Quão satisfeito está consigo mesmo?		
Muito insatisfeito	1	6
Insatisfeito	1	6
Nem satisfeito nem insatisfeito	4	2,3
Satisfeito	156	90,2
Muito satisfeito	11	6,4
Quão satisfeito está com o apoio que recebe dos amigos?		
Insatisfeito	1	0,6
Nem satisfeito nem insatisfeito	3	1,7
Satisfeito	158	91,3
Muito satisfeito	88	6,4
Quão satisfeito está com suas relações pessoais?		
Muito insatisfeito	1	6
Insatisfeito	1	6
Nem satisfeito nem insatisfeito	150	86,7
Satisfeito	21	12,1

Quão satisfeito está com sua vida sexual?		
Muito insatisfeito	4	2,3
Insatisfeito	7	4,0
Nem satisfeito nem insatisfeito	7	4,0
Satisfeito	153	88,4
Muito satisfeito	2	1,2
Quão satisfeito está com a capacidade de desempenhar as atividades diárias?		
Muito Insatisfeito	4	2,3
Insatisfeito	11	6,4
Nem satisfeito nem Insatisfeito	9	5,2
Satisfeito	142	82,1
Muito Satisfeito	7	4,0
Quão satisfeito está com a capacidade para o trabalho?		
Muito insatisfeito	5	2,9
Insatisfeito	14	8,1
Nem satisfeito nem insatisfeito	6	3,5
Satisfeito	141	81,5
Muito satisfeito	7	4,0

Tabela 04 – Caracterização dos idosos (PPI) segundo a avaliação da sua satisfação com o lar, sentimentos, serviços de saúde e transporte. Pau dos Ferros, RN, Brasil, 2014

Quão satisfeito está com as condições do local onde mora?	N	%
Muito insatisfeito	2	1,2
Insatisfeito	6	3,5
Nem satisfeito nem insatisfeito	2	1,2
Satisfeito	133	76,9
Muito satisfeito	30	17,3
Com que frequência tem sentimentos negativos?	N	%
Nunca	103	59,5
Algumas vezes	45	26,0
Frequentemente	14	8,1
Muito frequentemente	8	4,6
Sempre	3	1,7

Quão satisfeito estão com o acesso aos serviços de saúde?		
Muito insatisfeito	14	8,1
Insatisfeito	18	10,4
Nem satisfeito nem insatisfeito	22	12,7
Satisfeito	116	67,1
Muito satisfeito	3	1,7
Quão satisfeito está com o meio de transporte?		
Muito insatisfeito	6	3,5
Insatisfeito	5	2,9
Nem satisfeito nem insatisfeito	4	2,3
Satisfeito	152	87,9
Muito satisfeito	6	3,5

Discussão dos resultados do WHOQOL ABREVIADO

A saúde e a qualidade de vida dos idosos, mais que em outros grupos etários, sofrem a influência de diversos fatores, sendo estes, físicos, psicológicos, sociais e culturais. Assim sendo, avaliar e promover a saúde do idoso significa considerar transformações de distintos campos do saber, numa atuação interdisciplinar e multidimensional (Anderson, *et al.*, 1998).

Desse modo, os resultados apontados neste estudo, mediante a aplicação do WHOQOL ABREVIADO, versam sobre como os idosos se sentem a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Em relação ao escore qualidade de vida, esta é uma escala positiva, ou seja, quanto maior o escore, melhor a qualidade de vida. Não existem pontos de corte que definam um escore abaixo ou acima do qual se possa avaliar a qualidade de vida como “ruim” ou “boa” (Lima, 2001).

A QV no idoso pode ser compreendida como boa ou ruim, de acordo com a forma com que cada indivíduo vivencia sua velhice, podendo variar entre os dois extremos (muito bom e péssimo). Nessa conjuntura, depende, então, da interpretação emocional que cada indivíduo faz dos fatos e eventos, e está intimamente relacionada à percepção subjetiva dos acontecimentos e condições de vida (Pereira, *et al.*, 2006).

Em relação à satisfação com a saúde, os dados elencados são maiores do que no estudo de Gutierrez, Auricchio e Medina (2011), que entrevistaram 166 pessoas, no qual apontaram que 42,1% (70) estavam satisfeitos com a saúde. Desse modo, deve-se levar em consideração o momento em que o usuário se encontra, uma vez que isso se faz de crucial importância para a resposta do usuário; assim sendo, os profissionais devem voltar-se para o cuidado integral do indivíduo.

No estudo de Ryff (1989), os idosos avaliaram a saúde como o componente mais importante para a qualidade de vida e sua falta como maior motivo de infelicidade. Associaram a manutenção da funcionalidade e a aceitação das alterações, às mudanças positivas relacionadas ao envelhecimento e aos significados de bem-estar.

Estudos como o de Pereira, *et al.* (2006), e Santos, *et al.* (2002) trazem que a capacidade funcional é fator de impacto na qualidade de vida em idosos, resultando em maior influência do domínio físico. Entretanto, os resultados apontados na análise apresentaram uma boa média em relação à capacidade física o que pode ser verificado também no estudo de Braga, Casella, Campos, & Paiva (2011), o qual apresentou uma boa média e nível de satisfação.

A prevenção de doenças na terceira idade se faz salutar, haja vista que este é um dos principais objetivos nessa faixa etária, no sentido de se evitar o adoecimento, em sua forma múltipla e de longa duração, a qual irá demandar maiores recursos para tratamento. Portanto, a prevenção deve ser estimulada, objetivando melhorar a saúde e a qualidade de vida dos idosos para que eles tenham suas atividades menos afetadas por doenças crônicas (Veras, *et al.*, 1995).

Em estudo realizado por Santos, *et al.* (2002), em João Pessoa, PB, Brasil, a satisfação com a vida variou de pouco a moderada; assim, a região nordeste apresenta maior concentração de idosos insatisfeitos, possivelmente decorrente da desigualdade social e da falta de um padrão de vida com mais conforto (Bercovich, 1993); porém, ao questionar os nossos participantes em que medida a vida lhes fazia sentido, obtivemos um bom percentual de satisfação, o que vai ao encontro com os resultados da pesquisa realizada por Santos, *et al.* (2002).

Durante a aplicação do WHOQOL ABREVIADO, foi indagado aos participantes o quanto eles aproveitam a vida, ao que estes responderam que aproveitam bastante a vida, uma vez que procuram se manter ativos.

De fato, a falta de atividades e trabalhos que gerem responsabilidade são fatores estressores que acarretam sentimentos de desvalorização e inutilidade diante de uma sociedade competitiva que valoriza a produção.

Martins, *et al.* (2009) trazem que o acesso ao transporte e a preocupação com a segurança pessoal podem ser citados como exemplos de barreiras arquitetônicas e sociais enfrentadas pelos idosos que podem acentuar a sua solidão, ocasionando redução na capacidade funcional que pode agravar-se mediante condições ambientais e sociais inadequadas.

De acordo com a OMS, o ambiente no qual o idoso está inserido pode determinar a dependência de um sujeito. Idosos que vivem em ambientes inseguros são menos predispostos a saírem sozinhos e, estão mais suscetíveis ao isolamento e à depressão, bem como a ter mais problemas de mobilidade e pior estado físico, fatores que, na verdade, influenciam negativamente a qualidade de vida (Pereira, *et al.*, 2006).

Ressalta-se que a moradia e o ambiente físico, se adequados, têm influência positiva na qualidade de vida do idoso. Quanto mais ativo o idoso, maior será sua satisfação com a vida e, portanto, melhor sua QV (O'Shea, 2003). Assim, em relação à energia diária para realizar as atividades a maioria dos idosos responderam que tinham muita energia para realizar suas atividades cotidianas, corroborando com o estudo de Joia, Ruiz, & Donalísio (2007), em que cerca de 70% dos idosos estavam satisfeitos com suas atividades de vida diária.

Quanto à aparência física, alguns idosos responderam que aceitam muito a sua aparência. Weyne (1983) defende que os benefícios oferecidos pelo somatório de experiências do indivíduo na terceira idade superam os problemas de declínio orgânico, pois permitem uma visão mais aberta e descomprometida dos fatos.

Apesar das aposentadorias baixas, os idosos estão tornando-se excelentes consumidores, pois muitas vezes não possuem tantas responsabilidades com dívidas e com família, podendo investir mais em si mesmos (Santos, & Vaz, 2008). Destarte, ao serem questionados sobre a satisfação das suas necessidades, se o dinheiro disponível seria suficiente, grande parte respondeu afirmativamente.

Na pesquisa realizada por Albuquerque (1994), os resultados revelaram não apenas o lazer e o descanso como atividades relevantes à sua vida: a preocupação com o corpo e a necessidade de contato tiveram um peso significativo, demonstrando carência afetiva.

Já Peixoto (1995) refere que o cuidado com a aparência vai além da saúde e tem a função de disfarçar a idade e seduzir uma companhia.

Braga, *et al.* (2011) consideraram essencial incentivar e promover atividades de lazer, por estas proporcionarem a redução do isolamento e aumentarem a inserção do idoso no meio-social, refletindo na ampliação da autoestima e da condição de saúde. Foi visto que, quanto à oportunidade de lazer, a maioria não tinha atividades dessa natureza, corroborando com Braga, *et al.* (2011), em seu estudo, em que 98 idosos responderam “nada” ou “muito pouco” e apenas 13 idosos, “muito” e “completamente”.

É necessário que os idosos sejam estimulados a terem maior autonomia e independência, por meio de educação continuada, crescimento, atualização e realização pessoal, para que estes possam ser ativos e construtores do seu próprio “eu” e da sociedade. Define-se a primeira como a capacidade de decisão, e a segunda como a capacidade de realizar algo por meios próprios. Desse modo, quantificar o grau de autonomia do idoso e de independência em desempenhar as atividades do dia a dia é uma forma de avaliar a sua saúde e a qualidade de vida (Nakatani, 2003).

As atividades de vida diária (AVD) estão relacionadas à capacidade ou não para o autocuidado, ou seja, refletem o grau de autonomia e independência do idoso para a execução de atividades básicas, fundamentais no suprimento de suas necessidades (Anderson, 1998).

Assim, o resultado desta pesquisa discorda do estudo de Anderson (1998), em que 71% (66) alcançaram o nível 5, que representa independência total para execução das AVD, quando, no presente estudo, apenas a minoria 4% alcança este nível; em relação ao nível 4, o estudo de Anderson traz 10,8% enquanto este trabalho traz 82,1%.

Na sociedade atual, o fato de se aposentar acarreta aos idosos um certo tédio e o sentimento de desvalorização, devido muitas vezes à falta de atividades sociais e laborais. Por outro lado, estar em um ambiente de trabalho proporciona ao indivíduo o convívio social, mas que, ao ser perdido, deixa em seu lugar um grande vazio. A aposentadoria, segundo Wagner (1984), atribui um elemento social de prestígio aos serviços prestados por um indivíduo idoso; porém, ao mesmo tempo, retira sua base de relacionamento social e psicológico, além de lhe atribuir um *status* de desempregado.

Já o trabalho, segundo Charam (1987), é um esforço despendido física e mentalmente e os riscos que podem ser causados quando ocorre a inatividade que está sendo embutida aos sujeitos de terceira idade no momento em que são aposentados e impedidos de retomarem outras funções, devido, hoje, ao inchaço do mercado de empregos.

Simone de Beauvoir (1990) considerou que, para se defender de uma inércia em todos os sentidos, é indispensável que o velho conserve suas atividades, seja qual for a natureza delas, pois trazem indistintamente uma melhoria ao conjunto de suas funções.

Em relação ao domínio psicológico, ou seja, saber quão satisfeito o idoso está consigo mesmo, os sujeitos desta pesquisa mostraram-se satisfeitos. Em relação à frequência de sentimentos negativos, a maioria relatou que nunca experimentou sentimentos negativos, enquanto no estudo de Joia, *et al.* (2007) realizado com 364 idosos, 253 destes afirmaram que sentem solidão, mesmo estando acompanhados.

No estudo de Novaes (1995), a partir de vivências pessoais e experiências profissionais, foi verificado que a terceira idade se revela como a época em que as pessoas se redescobriram, encontraram velhos interesses e motivações, estabeleceram novos relacionamentos e projetos.

A família institui importante fonte de apoio em todas as circunstâncias da vida, em relação ao bem-estar de um idoso. Sentimentos de frustração e a história de cada sujeito marcada por perdas progressivas como a do companheiro, dos laços afetivos, de trabalho, do abandono, do isolamento social e da aposentadoria, são fatores que comprometem a qualidade de vida de um idoso (Pacheco, 2002).

No tocante à satisfação com suas relações pessoais, em sua grande maioria os sujeitos desta pesquisa afirmaram que não estavam nem satisfeitos, nem insatisfeitos. A terceira idade é marcada por vários estereótipos, entre eles, o do isolamento social que é um dos que mais afeta o bem-estar do indivíduo e contradiz a sua necessidade de socialização e convivência intergeracional (Santos, 2008).

Algumas pessoas atingem um grau de autonomia e de plenitude que dispensam um contato social mais intenso. Contudo, outras são levadas à situação de solidão por afastamento do ambiente de trabalho, do local de residência e também pela morte dos parentes e amigos.

Perez (1994) traz que a sexualidade é presente e importante na boa qualidade de vida dos idosos e que não há uma idade específica para que ela termine.

No estudo de Anderson, *et al.*, (1998), estes pesquisadores revelam que a prática de atividade sexual foi mencionada por cerca de 25% de seus entrevistados, com a grande maioria dos idosos respondendo que não mantêm vida sexual ativa, contrapondo-se ao que foi verificado na presente pesquisa, cuja maior parte dos idosos mostram-se satisfeitos com a vida sexual.

O medo de perder a capacidade sexual é muito comum em homens idosos; já as mulheres expressam o desejo sexual de modo mais imperceptível, talvez pelo fato de não ter, ou de não despertar, desejo no parceiro, ou por não terem parceiro.

Em relação ao apoio que recebem dos amigos e com a satisfação relativa ao local onde moram, foi verificado que quanto mais tempo de moradia, maiores são os laços de amizade, contribuindo, assim, para uma maior satisfação. Faquinello e Marcon (2011) comprovaram em seu estudo que, para adultos mais velhos que moram no mesmo local há muitos anos, a proximidade e o contato com os vizinhos são fatores benéficos e importantes, haja vista que podem contar com eles em qualquer necessidade que, por ventura, possa surgir. De tal modo, as amizades fazem parte da rede do indivíduo, e isso é de suma importância para o bem-estar emocional, afetivo e psicológico do ser humano.

Ao abordar sobre a satisfação com o acesso aos serviços de saúde do qual são usuários, estes responderam que estavam satisfeitos; apesar de as respostas em sua maioria terem sido satisfeitas, muitos idosos, durante a entrevista, quando se manifestavam sobre a satisfação com o acesso aos serviços de saúde, os resultados se mostraram diferentes, pois, na expressão *“tô satisfeita, é o jeito, neh?, não vou dizer que tá ruim, não”*, pode-se perceber uma dualidade de expressão por parte da participante.

Na análise das falas dava para sentir certo tipo de medo de realmente falar a verdade, sobre o que eles pensam sobre a assistência à saúde que lhes é ofertada. Tavares e Dias (2011) ressaltam que o idoso com dificuldade de ter as suas necessidades atendidas nos serviços de saúde poderá, muito provavelmente, ter comprometimentos em sua saúde e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida.

Considerações Finais

O estudo evidenciou o envelhecimento e a qualidade de vida como algo de caráter subjetivo, o que vai ao encontro da forma com que cada indivíduo vivencia essa etapa da vida, de acordo com suas condições sociais, econômicas e culturais.

É o modo de andar a vida que determina as experiências individuais de cada ser humano, de modo a contribuir positivamente, para um viver saudável, com alegrias e esperanças, ou negativamente, para um viver de adoecimento, com tristezas e medos em relação à vida e à finitude.

Ressalta-se o advento da transição epidemiológica mundial e o aumento da expectativa de vida das pessoas como determinantes diretos de uma maior incidência de pessoas alcançando a terceira idade (pessoas com mais de 60 anos de idade); entretanto, o avançar da idade não significa, necessariamente, ser esta pessoa “velha”. Como o envelhecimento é uma condição natural da vida humana, o atingir a terceira idade, quer dizer, para muitos, não envelhecer; ao contrário, significa crescimento e experiência da vida para aqueles e aquelas que já viveram e adquiriram, ao longo da jornada, experiências positivas e negativas, as quais podem ser repassadas, por meio da tradição, do ensinar, para os mais novos sobre o quão é prazeroso, e a um só tempo árduo, o viver e o envelhecer.

Os participantes deste estudo veem o envelhecimento como ganho de liberdade, sentindo-se livres para fazerem e agirem de acordo com seu desejo ou interesse, haja vista que as experiências lhes ensinaram que pouco ou nada se deve quanto a satisfações sobre sua vida. O idoso como qualquer outro ser humano tem a necessidade de se relacionar com o outro e este convívio com outras pessoas, em um meio social, é o que lhe move para caminhar em direção ao futuro.

São imprescindíveis ações em que haja o envolvimento de diversos membros da família e a participação de jovens em diferentes etapas para falar sobre o envelhecimento, tratar do convívio e respeito ao idoso.

É necessário o preparo dos profissionais sobre o processo morte e o morrer, haja vista que os familiares nunca estão preparados psicologicamente para esse fato.

Faz-se salutar a efetivação das políticas públicas voltadas para o idoso, uma vez que, o envelhecimento traz naturalmente uma fragilidade que necessita de cuidados especiais. Bem como é fundamental a inserção dos idosos em grupos e espaços de convivência na comunidade que valorizem sua opinião, suas vivências e experiências de vida. Cabe à sociedade a missão de valorizar o idoso, incentivar sua participação social, favorecer eventos para possibilitar a relação intergeracional, uma vez que, quando o idoso é ativo e co-partícipe do seu processo saúde/doença, ele é visto como um idoso sábio, um exemplo para a sociedade.

Referências

Albuquerque, S. (1994). Viabilidade de um Centro para Terceira Idade. *Rev. Psicologia Argumento*, 12(14), 83-100.

Anderson, M. I. P., Assis, M. de, Pacheco, L. C., Silva, E. A. da, Menezes, I. S., Duarte, T., Storino, F., & e Motta, L. (1998). Saúde e Qualidade de Vida na Terceira Idade. Rio de Janeiro, RJ: *Rev. Textos Envelhecimento*, 1, 01-44. Recuperado em 09 setembro, 2014, de: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151759281998000100003&lng=pt.

Beauvoir, S. de. (1990). *A Velhice*. Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira.

Bercovich, A. M. (1993). Características regionais da população idosa no Brasil. *Rev. Bras. Estud Popul*, 10(1/2), 125-144. Recuperado em 01 julho, 2015, de: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol10_n1e2_1993/vol10_n1e2_1993_10artigo_125_143.pdf

Braga, M. C. P., Casella, M. A., Campos, M. L. N., & Paiva, S. P. (2011). Qualidade de vida medida pelo Whoqol-Bref: Estudo com idosos residentes em Juiz de Fora/MG. *Rev. APS*, 14(1), 93-100. Recuperado em 01 julho, 2015, de: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/965/450>.

Charam, I. (1987). Aspectos Psiquiátricos e Sexuais do Envelhecimento. *In: Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 36(1), 17-28.

Dantas, J. (2011). *Envelhecer*. Recuperado em 09 setembro, 2014, de: <http://www.pastoraldapessoaidosa.org.br/index.php/banco-de-artigos/159-envelhecer>.

Faquinello, P., & Marcon, S. S. (2011). *Amigos e vizinhos: uma rede social ativa para adultos e idosos hipertensos*. *Rev Esc Enferm USP*, 45(6), 1345-1352, www.ee.usp.br/reeusp/. Recuperado em 01 maio, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a10.pdf>.

Gutierrez, B. A. O., Auricchio, A. M., & Medina, N. V. J. (2011). Mensuração da Qualidade de Vida de Idosos em Centros de Convivência. *Rev. J Health Sci Inst.*, 29(3), 186-190. Recuperado em 01 julho, 2015, de: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=606337&indexSearch=ID>.

Joia, L. C., Ruiz, T., & Donalisio, M. R. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Rev. Saúde Pública*, 41(1), 131-138. Recuperado em 01 maio, 2015, de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000100018&script=sci_abstract&tlng=pt.

Kalache, A., Veras, R. P., & Ramos, L. R. (1987). O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev. Saúde Pública*, 21, 200-210. Recuperado em 08 julho, 2013, de: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v21n3/05.pdf>.

Kimura, M., & Silva, J. V. (2010). Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers. *Rev. Esc Enferm USP*, 43(Esp), 1098-1104. Recuperado em 01 julho, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a14v43ns.pdf>.

Lima, M. A. (2001). *A gestão da experiência de envelhecer em um programa para a terceira idade: a Unati/UERJ*. Rio de Janeiro, RJ: UERJ, UNATI. Recuperado em 01 julho, 2015, de: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000168461>.

Lima-Costa, M. F., & Veras, R. (2003). Saúde pública e envelhecimento. Rio de Janeiro, RJ: *Cad. Saúde Pública*, 19(3). Recuperado em 08 julho, 2013, de: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000300001&lng=en&nrm=iso.

Lorda, C., & Sanchez, C. D. (2001). *Recreação na 3ª idade*. (3ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Sprint.

- Martins, J. de J., Schneider, D. G., Coelho, F. L., Nascimento, E. R. P. do, Albuquerque, G. L. de, Erdmann, A. L., & Gama, F. O. da. (2009). Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(3). Recuperado em 01 maio, 2015, doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000300005>.
- Menezes, L. N., & Vicente, L. C. C. (2005). Envelhecimento vocal em idosos institucionalizados. *Rev. Acta Paulista de Enfermagem*, 18(4). Recuperado em 01 julho, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v9n1/v9n1a10>.
- Minayo, M. C. S. (Org.). (2010). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Nakatani, A. Y. K., et al. (2003). Perfil sociodemográfico e avaliação funcional de idosos atendidos por uma equipe de saúde da família na periferia de Goiânia, Goiás. *Rev. Soc. Bras. Clin. Méd.*, 1(5), 131-136.
- Neri, A. L. (2008). Qualidade madura no atendimento domiciliário. In: Duarte, Y. A. O., & Diogo, M. J. D. (Orgs.). *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*, 33-47. São Paulo, SP: Atheneu.
- Novaes, M. H. (s/d). O idoso olhando para o futuro. In: Novais, M. H. *Conquistas possíveis e rupturas necessárias*, 28-31. Rio de Janeiro, RJ: Grypho Edições e Publicações Ltda.
- O'Shea, E. (2003). *La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes*. (Boletín sobre el Envejecimiento: Perfiles y Tendencias.). Council of Europe on publication in English and French. Recuperado em 01 maio, 2015, de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oshea-mejora-01.pdf>.
- OMS. (1998). *Divisão de saúde mental grupo Whoqol versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (Whoqol)*. Recuperado em 13 março, 2014, de: <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol1.html#3>.
- Pacheco, J. L. (2002). *Educação, trabalho e envelhecimento: estudo das histórias de vida de trabalhadores assalariados e suas relações com a escola, como trabalho e com os sintomas depressivos, após a aposentadoria*. Tese de doutorado. Campinas, SP: Unicamp.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Peixoto, C. (1995). A Sociabilidade dos Idosos Cariocas e Parisienses. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 27(10), 138-149.
- Pereira, R. J., Cotta, R. M. M., Franceschini, S. do C. C., Ribeiro, R. de C. L., Sampaio, R. F., Priore, S. E., & Cecon, P. R. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev. Psiquiatr.*, 1(28), 27-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v28n1/v28n1a05.pdf>. Acesso em 09 de set de 2014. (doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082006000100005>).
- Perez, E. A. (1994). Sexualidad en los ancianos. In: Pérez, E. A., et al. (Orgs.). *La atención de los ancianos: um desafío para los años noventa*. Washington, EUA: OPS.
- Ryff, C. D. (1989). In the eye of the beholder: views of psychological well-being among middle aged and older adults. *Psychol Aging*, 4(2), 195-210. Recuperado em 01 julho, 2015, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2789747>.

Santos, S. R., Santos, I. B. C., Fernandes, M. G. M., & Henriques, R. E. M. M. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. *Rev. Lat Am Enferm.*, 10(6), 757-764. Recuperado em 01 julho, 2015, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000600002.

Santos, G. A., & Vaz, C. E. (2008). Grupos da terceira idade, interação e participação social. In: Zanella, A. V., et al., (Orgs.). *Psicologia e práticas sociais* [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008, 333-346. ISBN: 978-85-99662-87-8. Available from SciELO Books. Recuperado em 01 maio, 2015, de: <http://books.scielo.org/id/886qz/pdf/zanella-9788599662878-31.pdf>.

Tavares, D. M. S., & Dias, F. A. (2011). Distribuição Espacial de Idosos de acordo com Menores Escores de Qualidade de Vida. Florianópolis, SC: *Rev. Texto Contexto Enferm.*, 20(Esp), 205-213. Recuperado em 01 julho, 2015, de: <http://www.redalyc.org/pdf/714/71421163026.pdf>.

Veras R. P., Ramos, L. R., & Kalache, A. (1987). Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. *Rev. Saúde Pública*, 21, 225-233. Recuperado em 01 julho, 2015 (doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101987000300007>).

Veras, R. P., et al. (1995). *Terceira Idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. Rio de Janeiro, RJ: Relume-Dumará. (cap. 1: *Idoso e universidade: parceria para a qualidade de vida*), 11-27.

Wagner, E. (1984). Aposentado! *Psicologia Atual*, 41, 08-40.

Weyne, V. (1983). *O que você vai ser quando envelhecer?* *Psicologia Atual*, 35, 34-35.

Recebido em 25/01/2016

Aceito em 20/06/2016

Maria Jaqueline Lopes - Enfermeira Graduada pelo Campus Avançado Maria Elisa de Albuquerque Maia, CAMEAM, da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, UERN. E-mail: jaqueline_13@hotmail.com

Janieiry Lima de Araújo - Enfermeira, Docente no Campus Avançado Maria Elisa de Albuquerque Maia, CAMEAM da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, UERN. E-mail: janieiry@hotmail.com

Ellany Gurgel Cosme do Nascimento - Enfermeira, Docente no Campus Avançado Maria Elisa de Albuquerque Maia, CAMEAM, da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, UERN. E-mail: ellanygurgel@hotmail.com