

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E BEM ESTAR DE IDOSOS QUE FREQUENTAM REGULARMENTE O CDI – CENTRO DIA DO IDOSO

QUALITY OF LIFE EVALUATION FROM ELDERLY WHO REGULARLY GO TO ED – ELDERLY DAYCARE

Alan de Jesus Bombardin¹
Celso Junior Silveira Bernardinelli²
Silvéria Maria Peixoto Larêdo³

RESUMO

Diante da transformação demográfica que o Brasil apresenta através da queda de natalidade e o aumento da expectativa de vida, o país segue para a consolidação majoritariamente idosa. Para a área da saúde, isso indica necessidade de maior organização e preparo na estrutura e cuidado, aumentando cuidadores autônomos, ILPI – Instituições de Longa Permanência para Idosos e CDI – Centro Dia do Idoso. O presente trabalho resulta em uma avaliação da qualidade de vida e bem estar dos idosos que frequentam regularmente o CDI dos municípios de Bebedouro e Guaíra, por meio dos instrumentos, WHOQOL – bref e o WHOQOL – old, questionários desenvolvidos nos EUA, traduzidos e validados no Brasil, e um questionário de perfil sócio – epidemiológico. Entre os principais resultados dos 19 idosos entrevistados, constata-se que 21,1% avaliaram sua qualidade de vida como muito boa, 31,5% avaliaram como boa, 42,1% avaliaram como nem ruim e nem boa, e 5,3% avaliaram sua qualidade de vida como ruim. Considera-se que mais da metade dos entrevistados tem uma boa qualidade de vida, relacionando bem estar, autonomia, relação social, psicológico, meio ambiente e os cuidados que recebem no CDI.

Palavra-chave: Qualidade de vida. Idoso. Centro Dia do Idoso.

¹ Graduado em Enfermagem no Centro Universitário UNIFAFIBE de Bebedouro, SP. E-mail: alan_bombardin@hotmail.com.

² Graduado em Enfermagem no Centro Universitário UNIFAFIBE de Bebedouro, SP. E-mail: celso_bernardinelli02@hotmail.com.

³ Professora Mestre no Centro Universitário UNIFAFIBE de Bebedouro, SP. E-mail: silveria@unifafibe.com.br.

ABSTRACT

In light of the demographic transformation Brazil suffers due to the low of birth rate and the increase of life expectation, the country goes towards to the elderly consolidation. To the healthcare it means the necessity of more organization and improvements in the facilities and caring, the increasing of home health aides, , ILPI – Instituições de Longa Permanência para Idosos e CDI – Centro Dia do Idoso. This research results in the quality of life and well-being evaluation from elderly who regularly attend to the CDI in the cities of Bebeduro and Guaíra through the instruments WHOQOL – brief e o WHOQOL – old, assessments developed in the U.S.A. that were translated to Portuguese and validated in Brazil and also a socio-epidemiological profile. Among the 19 elderly interviewed, the mainly results shown that 21.1% evaluated their quality of life as very good, 31.5% evaluated it as good, 42.1% neither evaluated as good nor bad, and 5.3% evaluated it as bad. In essence more than half of the interviewed has a good quality of life relating well-being, autonomy, social relation, psychological, environment and the cares received in CDI.

Keywords: Quality of life. Elderly. Elderly Daycare.

1 INTRODUÇÃO

Diante das projeções populacionais de acordo Brasil (2000), segundo o IBGE a evolução dos grupos etários de idosos com 65 anos ou mais no ano de 2000 foi de 5,61%, enquanto de 2016 foi de 8,17% com uma previsão para 2030 de 13,44%. O relatório mundial de envelhecimento e saúde da Organização Mundial da Saúde afirma um rápido crescimento da população idosa em todo o mundo, respectivamente cresce a necessidade de estudo e formulação na adequação de políticas de saúde para o serviço de qualidade para esta população que está envelhecendo, definido como um fenômeno natural em um contexto social, cultural e individual (OMS, 2015).

Para Papaléo Netto (2002), o processo de envelhecimento conforme a história tem apresentado grandes avanços nos estudos, formando o conceito para os cuidados específicos para esse público em especial, ocorrendo assim alterações estruturais e funcionais, mesmo diversificando de um indivíduo para outro.

Embora o desenvolvimento humano tenda a regredir conforme as patologias surgidas com a idade, a enfermagem deve exigir sobre o idoso o estímulo do auto cuidado em relação à saúde e bem-estar, segundo estudo de Wanda Horta (1979). Caracterizamos o cuidado com o idoso em manter um nível de capacidade funcional que possuam ou apresentem alto risco de perdas significativas da capacidade, bem como garantir que esse cuidado seja consistente com seus direitos básicos e dignidade humana.

Existem diversos conceitos na área da qualidade de vida, devido a esse crescimento do número de idosos e da expansão da longevidade, afetando os campos da economia, psicologia social, sociologia e na política, havendo uma maior sensibilidade dos pesquisadores para o estudo científico no assunto, que reflete no aumento de publicações (NERI, 2000).

Dentro do âmbito qualidade de vida, Rufino Netto (1994) refere considerar como boa ou excelente no momento em que são oferecidas condições mínimas para que o indivíduo possa desenvolver suas potencialidades no viver, sentir, amar, trabalhar e expressar.

Conforme a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idoso, na Portaria Ministerial nº2.528/06 determina os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionado ao tema, promover e planejar atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nelas estabelecidas, dentro da problemática do idoso com sua perda da capacidade funcional, nas habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária. As diretrizes definem um amplo conjunto de ações, compartilhando a responsabilidade com outros setores, tais como no Sistema Único de Assistência Social, a implantação e implementação de Centros de Convivência e Centro – Dia, conforme previsto no Decreto nº1948/96.

O envelhecimento pode ser definido como um conjunto de modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, psicológicas, sociais e ambientais que determinam a perda gradativa da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, sendo considerado um processo dinâmico e progressivo, conforme a história tem apresentado grandes avanços nos estudos, formando o conceito para os cuidados específicos para o público idoso, ocorrendo alterações estruturais e funcionais, mesmo diversificando de um indivíduo para o outro (PAPALÉO NETTO,

3

1996).

A independência funcional pode ser definida como manutenção de realizar atividade básica e instrumental da vida diária necessária para manter a vida independente e autônoma. Está ligada a mobilidade e a capacidade funcional, nas quais o indivíduo supõe ter condições motora e cognitiva satisfatórias para o desempenho dessas tarefas mantendo-o participativo na gestão e nos cuidados com a própria saúde, respectivamente proporcional a sua expectativa de vida (OLIVEIRA; MENEZES, 2011).

A expectativa de vida da população está relacionada à oferta de melhores condições de vida, acesso aos tratamentos e ações que suprem o saneamento básico. Com o aumento da expectativa de vida de uma população também altera a prevalência de algumas doenças, assim como o hábito das pessoas (MEIRELES, 2007).

Ramos (1995) define qualidade de vida como subjetivo para o indivíduo, entendendo como um conjunto harmonioso e equilibrado de realizações em todos os níveis, como: saúde, trabalho, lazer, sexo, família e desenvolvimento espiritual.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a qualidade de vida de um grupo de idosos em sua multidimensionalidade referenciada a critérios sócio – normativos e intrapessoais.

2.2 Objetivos Específicos

Conhecer o perfil sócio epidemiológico de um grupo de idosos institucionalizados; e

Avaliar os domínios dentro da capacidade física, bem estar, psicológico, relações sociais e contexto ambiental.

3 METODOLOGIA

Para Gil (2007), a pesquisa de campo possui mais aprofundamento nas questões propostas pela investigação, dando embasamento no objetivo mediante seu desenvolvimento. Para fim desta pesquisa, trata-se de uma abordagem quantitativa, com a investigação da história e perspectiva de vida conforme as interpretações dos idosos a respeito de suas vivências e qualidade de vida.

O estudo foi realizado no CDI – Centro Dia do Idoso em Bebedouro, SP e no CDI – Centro de Ação Social Nossa Senhora Aparecida em Guáira, SP. Os dados foram coletados no período de julho de 2017, por amostras constituídas pelos idosos iguais ou mais de 60anos que frequentam regularmente no mínimo seis meses no CDI, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário UNIFAFIBE, de Bebedouro/SP, protocolo nº 0681/2017. A coleta dos dados somente ocorreu após autorização dos coordenadores do CDI e assinatura do TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo idoso ou seu responsável.

Como critério de exclusão do estudo, idosos com ingresso ao CDI menor que seis meses, aqueles com comprometimento cognitivo que o impossibilitou responder a pesquisa, os que se recusaram a participar da pesquisa e ainda aqueles que recusaram a assinar o TCLE.

Para a coleta dos dados foi utilizado três instrumentos: questionário sobre o perfil sócio epidemiológico da amostra, caracterizando a amostra quanto ao sexo, idade, ocupação, estado civil, condições de moradia, convivência, renda e escolaridade, oWHOQOL – OLD e WHOQOL – BREF, sendo instrumentos desenvolvidos pelo grupo chamado World Health Organization Quality of Life, traduzido e validado para o Brasil por um grupo de pesquisadores na Universidade Federal do Rio Grande do Sul e com o objetivo de avaliar a qualidade de vida geral das pessoas em diferentes culturas, utilizado em especial destaque na área da saúde de grupo e sociedades, apresentando vantagens de permitir a comparação de seus resultados dentro de uma rede de interligações, segundo Dantas, Sawada e Malerbo (2003).

Os instrumentos aplicados foram em forma de entrevista, dada à dificuldade de leitura, os problemas visuais e o analfabetismo, comuns na amostra estudada. Para

5

minimizar os desconfortos causados pela pesquisa, a entrevista realizada foi em um local calmo, silencioso, de acesso restrito, livre de trânsito de pessoas, com boa iluminação e com uma boa mesa para apoio, além disso, prevê pausas, quando se percebeu cansaço do entrevistado.

Os dados coletados foram quantificados em forma de tabulação, lançados no Programa Excel da Microsoft® Office, permitindo a geração de tabelas e gráficos de fácil visualização, projeções. Levantamento de hipóteses, índices comparativos e garantindo precisão nos resultados conforme o objetivo da pesquisa.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1 Discussão relacionado sobre o Perfil Epidemiológico

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), a pesquisa descritiva melhor adequa ao estudo com fenômenos naturais, nele descrevem as relações existentes entre as variáveis, sem a interferência nas causas. Os resultados do presente trabalho abordaram 19 entrevistados e 3 exclusões, sendo trabalhado neste estudo algumas facetas relevantes para discussão.

VARIÁVEIS	N	%	Gráfico1 sobre Escolaridade
Analfabeto	6	31,5	
Sabe ler e escrever	4	21	
Fundamental	5	26,3	
Médio	4	21	

Tabela 1 e Gráfico 1: Produção dos pesquisadores

Com relação ao questionário do perfil epidemiológico dentro da escolaridade, foram observados 31,5% de analfabetos, 21% sabiam ler e escrever, 26,5% possuía fundamental e 21% possuíam ensino médio. Percebeu-se que a maioria dos entrevistados são analfabetos ou apenas sabiam ler e escrever, mas possuíam o ensino fundamental incompleto. Segundo Lima (2006), os pais de antigamente

queriam ver os filhos trabalhando ainda crianças e os estudos ficavam em segundo plano, além disso, residiam em localidades afastadas e rurais, onde dificultava os estudos.

Muitos citaram a necessidade de ler e escrever na época para serem reconhecidos como cidadãos, ocorrendo o Movimento Brasileiro de Alfabetização (Mobral) referente à Lei n. 5692, de 1971, das Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Saviani (1987).

VARIÁVEIS	N	%	Gráfico2 sobre definição da saúde
Muito boa	4	21	
Boa	6	31,5	
Regular	8	42,1	
Ruim	1	5,2	

Tabela 2 e Gráfico 2: Produção dos pesquisadores

Na classificação da auto avaliação da saúde teve a relação de 21% definiram a saúde como muito boa, 31,5% responderam como boa, 42,3% responderam como regular e 5,2% definiu sua saúde como ruim.

Segundo Alves; Rodrigues (2005), pesquisadores afirmam que vários fatores influenciam na percepção de saúde. Um deles é a idade, onde pessoas idosas acima de 85 anos avaliam a sua saúde melhor do que as pessoas idosas entre 65 à 74 anos. Outro fator é o gênero onde as mulheres avaliam sua saúde pouco menos positiva que os homens. Um fator que influencia na percepção de saúde é o contexto familiar onde o idoso que vive sozinho tem uma tendência a experimentar piores condições de saúde, pois normalmente o suporte familiar ocasiona nas pessoas idosas uma sensação de cuidado e respeito, mas nem sempre os idosos recebem apoio que necessitam.

VARIÁVEIS	N	%	Gráfico3 sobre doenças crônicas
HAS	12	63,1	
Diabetes	6	31,5	
Coração	1	5,2	
Osteoporose	1	5,2	
Outros	5	26,3	

Tabela 3 e Gráfico 3: Produção dos pesquisadores

De acordo com a classificação sobre doenças crônicas não transmissíveis, obtivemos o resultado de 63,1% de hipertenso arterial sistêmico, 31,5% diabéticos, 5,2% têm alguma patologia cardiovascular, 5,2% possuem osteoporose e 26,3% referem outro tipo de doença não listada.

Segundo Alves, et. al., (2007), apesar do processo de envelhecimento não estar, necessariamente, relacionado a doenças e incapacidades, as doenças crônico-degenerativas são frequentemente encontradas entre os idosos. Assim, a tendência atual é termos um número crescente de indivíduos idosos que, apesar de viverem mais, apresentam maiores condições crônicas. E o número de doenças crônicas está diretamente relacionado com maior incapacidade funcional, mesmo assim, o que mais os acometia era a hipertensão arterial. De acordo com Carvalho (2004), a prevalência da hipertensão aumentou, sobretudo entre mulheres, negros e idosos. Constatou-se que mais de 50% das pessoas entre 60 a 69 anos e aproximadamente três quartos da população acima de 70 anos são afetados.

Os idosos constituem a população mais acometida pelas doenças crônicas, pois essas patologias elevam-se genéticos predisponentes, alterações fisiológicas do envelhecimento e fatores de risco modificáveis como tabagismo, ingestão alcoólica excessiva, sedentarismo, consumo de alimentos não saudáveis e obesidade. (CARVALHO, 2004).

4.2 Discussão relacionado sobre o Whoqol – Old

WHOQOL – OLD permite a avaliação do impacto da prestação do serviço e de diferentes estruturas de atendimento social e de saúde sobre a qualidade de vida de

idosos, especialmente na identificação das possíveis consequências das políticas em uma compreensão mais clara das áreas de investimento para se obter melhores ganhos na qualidade de vida. O questionário WHOQOL – OLD é composto por 24 itens, usado para produzir um escore geral da qualidade de vida em adultos idosos. A pontuação do módulo pode consistir em um conjunto de perfil de seis escores de facetas, ou, conforme sustentado pela existência de um fator de ordem mais elevada nas análises fatoriais, pode haver um único escore total baseado na soma de todos os 24 itens do módulo. Basicamente, escores altos representam uma alta qualidade de vida e escores baixos representam uma baixa qualidade de vida. Na discussão levantamos os resultados de maior relevância para o estudo.

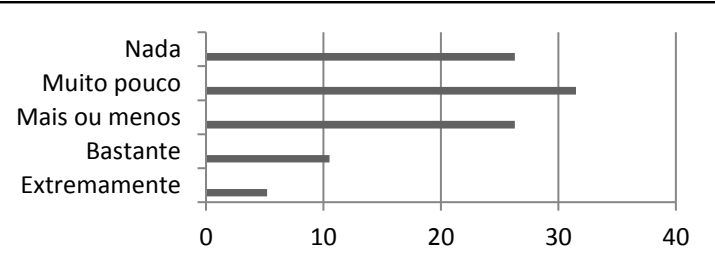
Questão 3: Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?			
Escala	Freq.	%	Gráfico4
Nada	5	26,3	
Muito pouco	6	31,5	
Mais ou menos	5	26,3	
Bastante	2	10,5	
Extremamente	1	5,2	

Tabela 4 e Gráfico 4: Produção dos pesquisadores

Dentre os idosos entrevistados respectivos as liberdades de tomada das próprias decisões obtêm 57,8% responderam nada e muito pouco, enquanto 26,3% afirmaram mais ou menos. 10,5% como bastante e 5,4% extremamente.

De acordo com HOGSTEL e GAUL (1991), autonomia caracteriza como uma forma de liberdade pessoal, baseada no respeito pelas pessoas, na qual os indivíduos têm o direito de determinar o curso de suas vidas. As autoras ainda afirmam que as pessoas idosas temem a perda da autonomia quando ficam doentes e dependentes, confirmadas em nossa pesquisa onde mais da metade possuem pouca liberdade na tomada das próprias decisões.

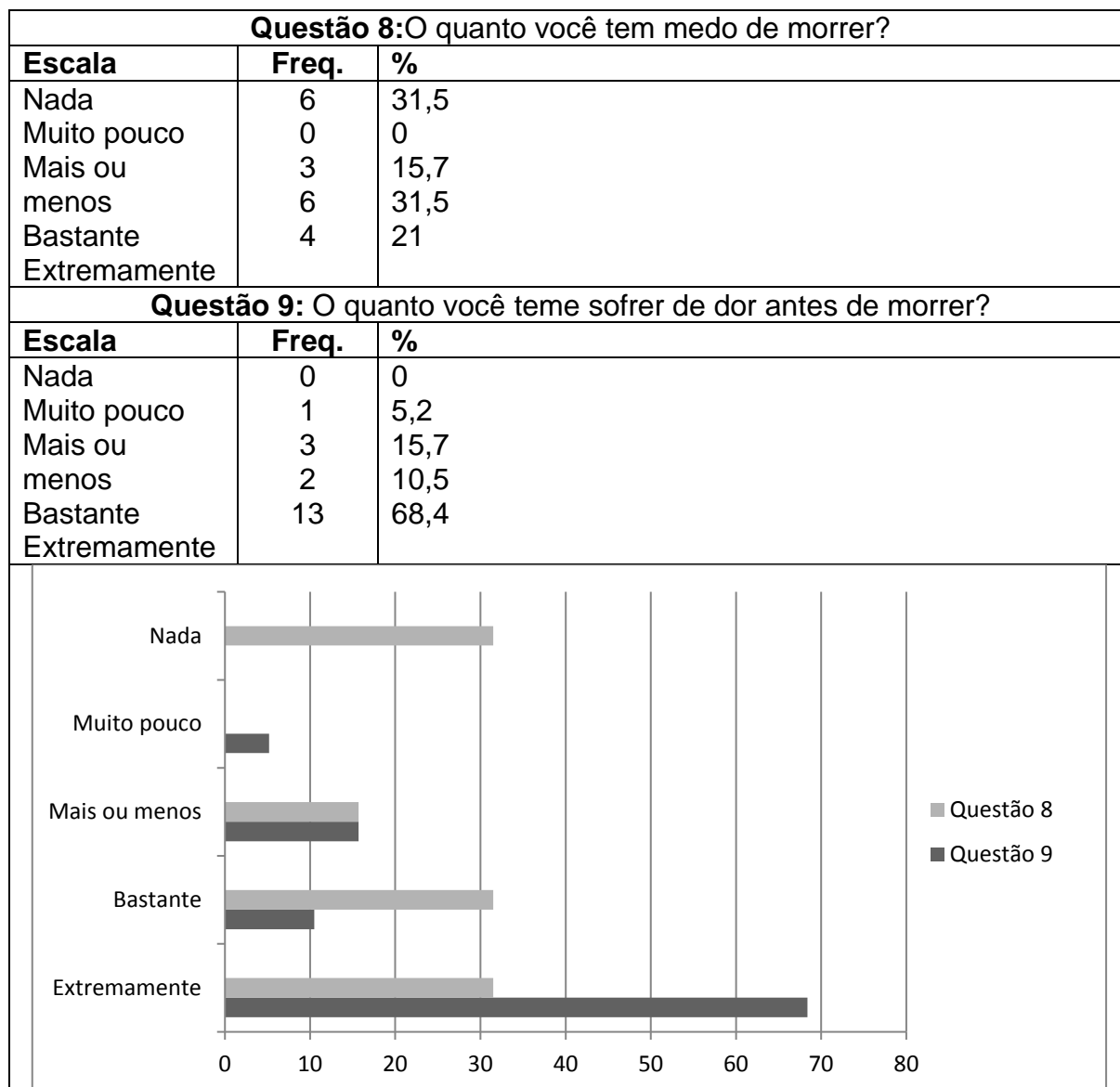


Tabela 5 e Gráficos 5: Produção dos pesquisadores

Em relação ao medo de morrer houve pouca divergência, em que 31,5% responderam nada, 16% mais ou menos, 31,5% bastante e 21% extremamente. Diferente da questão referente o medo de sofrer dor antes de morrer, de forma que 5,2% responderam muito pouco, 15,9% mais ou menos, 10,5% bastante e 68,4% extremamente. Concluindo que apesar de não pensarem na relação da morte, eles sentem muito medo de sentirem dor nesse momento.

4.3 Discussão relacionado sobre o Whoqol – Bref

O módulo WHOQOL-BREF é constituído de 26 perguntas (sendo a pergunta número 1 e 2 sobre a qualidade de vida geral), as respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida). Fora essas duas questões (1 e 2), o instrumento tem 24 facetas as quais compõem 4 domínios que são: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, sendo que cada domínio tem por objetivo analisar, respectivamente: a capacidade física, o bem-estar psicológico, as relações sociais e o meio-ambiente onde o indivíduo está inserido.

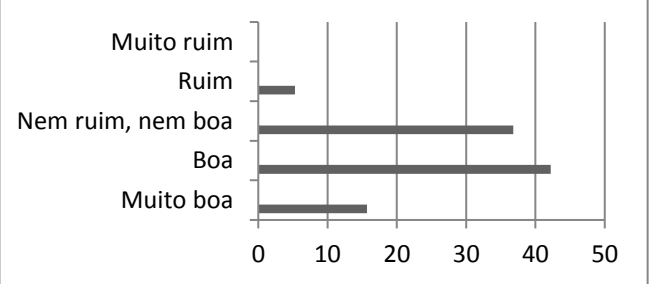
Questão 1: Como você avaliaria sua qualidade de vida?			
Escala	Freq.	%	Gráfico 6
Muito ruim	0	0	
Ruim	1	5,3	
Nem ruim, nem boa	7	36,8	
Boa	8	42,2	
Muito boa	3	15,7	

Tabela 6 e Gráfico 6: Produção dos pesquisadores

Verificamos que em relação à auto avaliação na qualidade de vida, revelam um grande número na percepção positiva, pois atingiram 42,2% dos entrevistados um resultado como uma qualidade de vida boa.

No estudo de Andujar (2006), onde foram entrevistados 138 aposentados, nota-se resultados diferentes aos obtidos nesta avaliação, onde 36 aposentados disseram ter sua qualidade de vida muito boa, 90 disseram ser boa e 12 nem boa, nem ruim.

Na pesquisa de Gutierrez et al. (2011), vimos que 35 dos idosos entrevistados consideram sua qualidade de vida muito boa, 92 avaliaram como boa, diferentemente em nossa pesquisa que dentre os resultados predominam o estado da qualidade de vida como boa.

Questão 2: Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?			
Escala	Freq	%	Gráfico 7
Muito insatisfeito	0	0	
Insatisfeito	2	10,5	
Nem satisfeito, nem insatisfeito	5	26,3	
Satisfeito	8	42,2	
Muito satisfeito	4	21	

Tabela 7 e Gráfico 7: Produção dos pesquisadores

Quanto a satisfação com a saúde 42,2% mostraram estar satisfeitos, 26,3% nem satisfeito, nem insatisfeito, 21% muito satisfeito e 10,5% apresentam estar insatisfeito, notamos assim que embora tenha um percentual considerável no quesito nem satisfeito, nem insatisfeito, prevalece o percentual maior na satisfação com saúde mesmo que a maioria dos entrevistados necessitam de tratamento médico para levar a sua vida diária.

Dias et al., (2013), que as pesquisas comprovam que pensando em saúde e conseqüentemente na qualidade de vida, ultrapassam os sentidos de ausência da doença.

Questão 18: Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?			
Escala	Freq.	%	Gráfico 8
Muito insatisfeito	3	15,9	
Insatisfeito	11	57,9	
Nem satisfeito, nem insatisfeito	4	21	
Satisfeito	0	0	
Muito satisfeito	1	5,2	

Tabela 8 e Gráfico 8: Produção dos pesquisadores

A capacidade para o trabalho as respostas apresentam-se pouco divididas sendo que 57,9% satisfeito, 21% nem satisfeito, nem insatisfeito, 15,9% muito insatisfeito e 5,2% muito satisfeito. Pois a maioria relatou que não consegue exercer alguma função sem o auxílio de outra pessoa.

Tendo em vista os resultados apresentados na própria percepção dos idosos, grande parte acredita ter uma boa qualidade de vida, porém, as questões relacionadas com o tratamento médico diário e capacidade para o trabalho não foram muito conclusivas se considerarmos todo o contexto da pesquisa.

Para Pereira et al. (2006) a influência do domínio físico na qualidade de vida do idoso considera a importância da capacidade funcional muito importante no fator de impacto na qualidade de vida.

No estudo de Silva et al. (2011) afirma que a preservação da independência da capacidade funcional em expressão máxima pode significar a sobrevivência sem ajuda para suas atividades de vida diária e de autocuidado.

Questão 19: Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?			
Escala	Freq.	%	Gráfico 9
Muito insatisfeito	0	0	
Insatisfeito	1	5,2	
Nem satisfeito, nem insatisfeito	6	31,7	
Satisfeito	11	57,9	
Muito satisfeito	1	5,2	

Tabela 9 e Gráfico 9: Produção dos pesquisadores

Nos resultados da auto estima podemos observar que 57,9% mostram satisfeito, 31,7% nem satisfeito, nem insatisfeito, 5,2% insatisfeito e 5,2% muito satisfeito. É notório que a auto estima foi satisfatória entre os entrevistados.

Já no estudo de Andujar (2006), mostra que 42 dos aposentados estão muito satisfeito, 87 satisfeito, 6 insatisfeito e 3 muito insatisfeito.

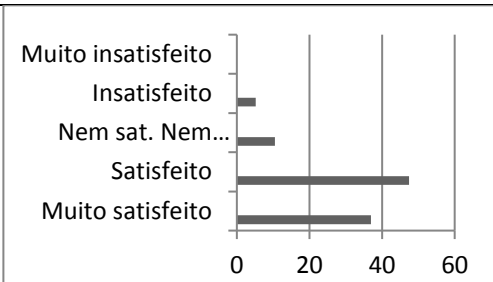
Questão 22: Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?			
Escala	Freq.	%	Gráfico 10
Muito insatisfeito	0	0	
Insatisfeito	1	5,2	
Nem satisfeito, nem insatisfeito	2	10,5	
Satisfeito	9	47,4	
Satisfeito	7	36,9	
Muito satisfeito			

Tabela 10 e Gráfico 10: Produção dos pesquisadores

Quanto ao suporte (apoio) social demonstram o resultado satisfatório, sendo 47,4% satisfeito e 36,9% muito satisfeito com o apoio que recebem dos seus amigos.

Vitorino et al. (2012) acreditam que as relações sociais estão relacionadas nos desenvolvimentos de comportamentos biológicos e psicológicos adaptando-se à situação estressoras na vida dos idosos da sociedade e das instituições.

No estudo de Farenzema (2007) o domínio social apresenta satisfação em relações interpessoais e consigo mesmo.

No presente estudo revela que houve satisfação dos idosos na questão 20 e 22 o que significa uma boa qualidade de vida, porém na questão 21 em relação a vida sexual, eles não apresentam ter uma qualidade de vida.

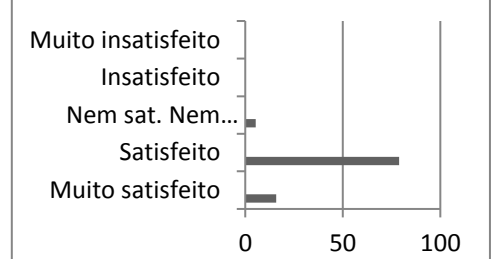
Questão 25: Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?			
Escala	Freq.	%	Gráfico 11
Muito insatisfeito	0	0	
Insatisfeito	0	0	
Nem satisfeito, nem insatisfeito	1	5,3	
Satisfeito	15	78,9	
Satisfeito	3	15,8	
Muito satisfeito			

Tabela 11 e Gráfico 11: Produção dos pesquisadores

A figura acima que trata do transporte afirma que estão satisfeitos 78,9% e 15,8% muito satisfeito quanto ao meio de transporte.

Farenzema (2007) refere o domínio ambiental em relação ao acesso de serviço de saúde, moradia e meio de transporte apresentaram satisfação entre os idosos.

Para Floriano et al. (2007), apresenta um número insatisfatório em relação ao domínio ambiental, onde este estudo teve uma relação negativa com o ambiente físico menos saudáveis, financeiramente, menos acesso a informação e lazer, insatisfação com a moradia, serviço de saúde e meio de transporte.

Em nosso estudo vimos que os entrevistados apresentam uma boa qualidade de vida em relação ao transporte, pois apresentam resultados positivos, diferente da citação de Floriano et al. (2007) acima.

Questão 26: Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?			
Escala	Freq.	%	Gráfico 12
Nunca	6	31,7	
Algumas vezes	7	36,9	
Frequentemente	3	15,7	
Muito frequentemente	3	15,7	
Sempre	0	0	

Tabela 12 e Gráfico 12: Produção dos pesquisadores

Tratando-se de sentimentos negativos, pode-se observar um percentual satisfatório dos idosos têm um estilo de vida com o qual não dão importância para pensamentos não evolutivos e que procuram focar-se em positividade dando prioridades para o lazer, amizades e as atividades realizadas no CDI, pois 31,7% responderam nunca terem, e 36,9% algumas vezes.

Embora os resultados da questão acima tenham mostrados que a maioria tem sentimentos negativos, o percentual entre ele e a opção algumas vezes é muito pequena perto do grau de relevância da questão.

Segundo Pereira et al. (2006), em seu estudo afirma que o domínio psicológico tem menor contribuição na qualidade de vida dos idosos.

Para Floriano et al. (2007), afirma que o domínio psicológico está relacionado com a baixa renda desses idosos, onde proporcionam a dificuldade para aproveitar a vida, com isso apresentam desespero, ansiedade, depressão e mal humor.

Em nosso estudo, acreditamos que o domínio psicológico contribui significativamente para ter uma boa qualidade de vida ao contrário dos citados acima.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esperávamos encontrar uma quantidade considerável de idosos no Centro Dia do Idoso de Guaíra e Bebedouro devido ao dimensionamento populacional que as cidades possuem, porém ao chegar às instituições foi decepcionante se deparar com a pequena quantidade de idosos encontrados, pois indica pouco uso do recurso oferecido.

Com o resultado final, podemos avaliar positivamente a população onde a qualidade de vida é mais satisfatória, mesmo na presença de doenças crônicas.

Os instrumentos WHOQOL-Old e WHOQOL-Bref foram instrumentos de fácil aplicação e mostraram ser adequado para a avaliação da qualidade de vida e bem estar dos idosos entrevistados. Possibilitou ter uma visão mais clara sobre a auto percepção dos idosos quanto à satisfação e a insatisfação em determinados aspectos de suas vidas o que facilitou identificar aspectos positivos e negativos no contexto de vida dos indivíduos e análise dos dados coletados.

A pesquisa de campo foi muito importante para o processo de construção desse trabalho tendo em vista a proximidade com a realidade daquela população e o vínculo criado com esses idosos durante as entrevistas nos permitiu conhecer o in loco, a realidade deles, suas opiniões, receios com casualidade da vida bem como suas alegrias e pensamentos positivos para o futuro.

Essa pesquisa embasou ainda mais o interesse dos autores pela área da geriatria tendo em vista a aproximação com os idosos e a realidade deles.

Foi identificado que existe uma relação direta entre a satisfação e a qualidade de vida através da análise, porém essa questão é multifatorial uma vez que os aspectos de saúde, aparência física, concentração, atividades de lazer, sentimentos de humor e capacidades para envolver atividades diárias seja de acordo com o contexto de vida de cada indivíduo.

Existe diferenças peculiares entre os idosos que participam de programas voltados para a terceira idade e os que não participam, no que se refere a aceitação

da fase da vida em que está e a convivência com outros idosos. Os que participam desses programas acreditam que envelhecer deixa de ser um fardo e o foco passa a ser a valorização e a melhora da perspectiva de vida. Claro que nem todas as mudanças são positivas, mas o idoso pode lidar com a velhice, suas experiências e gratificações bem como seus desafios, se estiverem bem preparados para enfrentá-los.

As amostras dos resultados desse trabalho são fundamentadas numa amostragem relativamente pequena, mas já se identifica que cabe aos profissionais da Enfermagem e toda a equipe multiprofissional criarem estratégias que mobilizem os idosos de modo que estes enfrentem os problemas e sintam motivados tornando-se mais ativos e posteriormente consigam ter um desempenho melhor em suas atividades diárias. Cuidar do idoso é uma tarefa árdua, pois sofre varias mudanças biopsicossociais com o tempo e a Enfermagem está preparada pra atuar nessa área, pois são constituídas inteiramente com amor, dedicação e respeito pela vida.

A partir da análise dos dados verificou-se que o centro dia do idoso vem proporcionando para eles momentos de distrações positivas, interação social, enfrentamento ao estresse, trabalhos para a redução de depressão e solidão própria, além de os manterem ativos. Tudo isso é extremamente relevante para a qualidade de vida desta população, possibilitando somente benefícios.

Este trabalho nos trouxe enriquecimento pessoal, porque através da pesquisa de campo, ampliaram-se os conhecimentos teóricos e empíricos através da convivência, tendo em vista uma melhor qualidade de vida. Através deste estudo pôde-se verificar a importância da convivência dos idosos, como facilitadores de melhoria na qualidade de vida, com o objetivo de proporcionar mais disposição física para executar atividades do dia-a-dia e vê em sua prática aumentar o vínculo de amizade com outras pessoas.

Esperamos que esse trabalho possa contribuir de forma ascendente para a reflexão e debates relacionados à promoção da melhoria da qualidade de vida e bem estar dos idosos.

REFERÊNCIAS

- ALVES, L. C. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos no Município de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p 1924-2930, ago., 2007.
- ALVES, L. C. RODRIGUES, R. N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**, Washington, EUA, v. 17, n. 5, p. 333-34, mio/jun., 2005.
- ANDAJUR, A. M. **Modelos de Qualidade de Vida dentro dos Domínios Biopsicossocial para Aposentados**. Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis – SC. 2006.
- CARVALHO, M. H. C. Hipertensão. **Sociedade Brasileira de Hipertensão**. São Paulo, v. 7, n. 3, 2004.
- DANTAS, R.A.S; SAWADA, N.O.; MALERBO, M.B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do estado de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.4, p.532-8, 2003.
- DIAS, D. S. G.; CARVALHO, C. S.; ARAÚJO, C. V. **Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados**. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia – São José dos Campos – SP. 2013.
- FARENZENA, W. P. et. al. **Qualidade de vida em um grupo de idosos de Veranópolis**. Revista Kairós – São Paulo. 2007.
- FLORIANO, P, J; DALGALARRONDO, P. **Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família**. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2007.
- GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- GUTIERREZ, B. A. O. et.al. **Mensuração da qualidade de vida dos idosos em centros de convivência**. São Paulo – SP. 2011.
- HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.
- HOSGTEL, M. O.; GAUL, A. L. Segurança e Autonomia. *Enfermagem em Grontologia*, v. 17, n. 3, p. 6-11, 1991.
- BRASIL.MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.**Projeções e**

Estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação no período de 2000 a 2030. Disponível em:

<<https://ww2.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acessado em 15 de setembro de 2016.

MEIRELES, V. C.; et al. Características dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. **Saúde sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 1, 2007.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria N°2.528/06.

NERI, A.L. **Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário.** In Duarte, YAO. E Diogo, MJD. (orgs) Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Editora Atheneu. 2000

OLIVEIRA L. P. B. A.; MENEZES, M. P. Representações de fragilidade para idosos no contexto da estratégia saúde da família. Texto Contexto Enfermagem, 2011. OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Resumo. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde.** Genebra – Suíça. 2015.

PAPALÉO NETTO, Matheus & Ponte. Envelhecimento: desafio na transição do século. Gerontologia. 1. Ed. São Paulo: Atheneu, 1996.

PAPALÉO NETTO, S. M. P., **Qualidade de vida no Idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião.** São Paulo. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2002.

PEREIRA, R. J. et.al. **Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos.** Ver Psiquiatr-RS.Abr.2006.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RAMOS, L. M. A. O papel da Psicologia na promoção do desenvolvimento humano. In Viva a ciência '94'. Viseu: Departamento do I. S. P. V., p. 253-256.

Rufino Netto A. Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia,pp.11-18.In MFL Lima e Costa & RP Sousa (orgs.). Qualidade de Vida: Compromisso Histórico da Epidemiologia.Coopmed/ Abrasco,Belo Horizonte. 1994.

SAVIANI, D.. Política e educação no Brasil: o papel do Congresso Nacional na legislação do ensino. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1987.

SILVA, H. O.; CARVALHO, M. J. A. D.; LIMA, F. E. L.; RODRIGUES, L. V. **Perfil epidemiológico de idosos frequentadores de grupos de convivência no**

município de Iguatu, Ceará. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia – Rio de Janeiro – RJ. 2011.

VITORINO, L.M.; VIANNA, L.A.C.; PASKULIN, L.M.G. **Qualidade de vida dos idosos em instituição de longa permanência.** Ver. Latino Am. Enfermagem. Dez.2012.