

# ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS RESIDENTES NUM DISTRITO DA REGIÃO NOROESTE DO PARANÁ POR MEIO DO INSTRUMENTO QUASI – PERFIL DE QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE IDOSOS INDEPENDENTES

ANALYSIS OF THE QUALITY OF LIFE OF ELDERLY RESIDENTS IN A DISTRICT IN  
NORTHWESTERN PARANÁ THROUGH THE INSTRUMENT QUASI PROFILE - QUALITY  
OF LIFE RELATED TO HEALTH FOR INDEPENDENT SENIORS

JÉSSICA DOS SANTOS BARBOZA<sup>1</sup>, LILIANA YUKIE HAYAKAWA<sup>2</sup>

1. Aluna do Curso de Especialização em UTI, da UNINGÁ; 2. Professora Ms. do Curso de Graduação de Enfermagem da UNINGÁ.

\* Rua Pirapo S/N, Tupinambá distrito de Astorga, Paraná, Brasil. CEP: 86746-000. [jessicavida28@hotmail.com](mailto:jessicavida28@hotmail.com)

Recebido em 08/12/2014. Aceito para publicação em 06/02/2014

## RESUMO

Com o objetivo de avaliar a qualidade de vida dos idosos independentes, realizou-se esta pesquisa exploratório-descritiva, junto a 140 idosos independentes moradores no distrito de um município da região Noroeste do Paraná, nos meses de junho a agosto de 2012. Para tanto, utilizou-se o instrumento QUASI – Perfil de Qualidade de Vida relacionada à saúde dos Idosos Independentes, que abrange informações tais como: percepção de saúde, sintomas - mas frequentes apresentados nos últimos 30 dias, função física, função psicológica e função social. Observou-se que, de modo geral, 47,9% dos sujeitos classificaram a sua saúde como regular e que 52,2% disseram não ter havido diferença de seu estado de saúde atual com o do ano anterior. Evidenciou-se que a dor nas pernas foi a queixa física mais presente. Com relação a função física, 75% andam de condução sozinhos, realizam atividades do cotidiano, como dirigir e utilizar-se dos diversos meios sem nenhum tipo de auxílio dos demais membros da família, 55,7% disseram não se cansar facilmente durante as atividades estes continuam desenvolvendo suas atividades cotidianas sem limitações. Quanto à socialização, 73,6% realizam atividades de lazer, como o plantio e o artesanato, em relação a participarem de encontros sociais como festas e passeios apenas 33,6% participam, porém entre os idosos entrevistados, foi muito frequente o relato de participarem da igreja. Embora o instrumento seja viável para se avaliar a qualidade de vida de idosos, observou-se a necessidade de adaptar o instrumento a realidade da população local estudada.

**PALAVRAS-CHAVE:** Qualidade de vida, idoso, QUASI.

## ABSTRACT

This descriptive exploratory research was carried out with the aim of evaluating the quality of life of 140 independent elderly, living in a town district in the northeast of Paraná, from June to August of 2012. For that, the tool QUASE – Quality of Life Profile related to the independent elderly health was used to comprehend information such as: health perception, the most frequent symptoms reported in the past 30 days, physical, psychological and social performance. It was observed that, across-the-board, 47,9% of the subject rated their health as being regular and 52,2% said they had not noticed any difference from their current health condition to the year before. It was noticeable that the pain in the legs was the most reported physical claim. Relating to physical performance, 75% reported taking transportation by their own, doing everyday activities like driving a car and using varied means without any sort of assistance from their family members, 55,7% reported they did not get tired easily while doing their activities and that they could continue developing their activities with no limitations. For socializing, 73,6% reported doing leisure activities such as gardening and crafts and only 33,6% reported joining the social gatherings, like parties and promenade, however, among the elderly, it was often reported their participation in churches. Although the tool is viable to evaluate the elderly quality of life, it was observed the need of adapting the tool to the local population studied.

**KEYWORDS:** Quality of life, elderly, QUASI.

## 1. INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida é um fenômeno que está ocorrendo em vários países, inclusive, em nosso país. Com os avanços na área da saúde a expectativa de

vida ao nascer que era de 45,5 anos em 1940, passou em 2008 para 72,7 anos, e de acordo com as projeções do IBGE (2008), o país continuará aumentando a expectativa de vida e em 2050 chegará em 81,29 anos, semelhante a países como o Japão (82,60), China (82,20) e Islândia (81,80).

Grande parte dos indivíduos deseja viver cada vez mais, porém experiências ruins com relação ao envelhecimento estão trazendo medos e decepções que estão relacionados na maioria das vezes a problemas de saúde (CARNEIRO, 2006).

No Brasil, o envelhecimento populacional ocorre num contexto de desigualdades sociais, com recursos financeiros reduzidos, economia frágil e, acesso aos serviços públicos de saúde precário, levando-nos ao interesse em investigar as condições de bem-estar na senescência e fatores associados a qualidade de vida de idosos, com a finalidade de criar alternativas de intervenção e propor ações para prevenir e recuperar a saúde do idoso. (PEREIRA *et al.*, 2006).

O aumento na expectativa de vida, de acordo com Carvalho e Papaléo (2000), está ocorrendo devido a diminuição da mortalidade e morbidade infantil, pois quanto mais velhos, aumenta a propensão de desenvolver doenças incuráveis como câncer e doenças cardiovasculares, embora os cuidados paliativos possam prolongar a vida e diminuir o sofrimento, no entanto quanto mais idoso menor o impacto das ações de saúde para se prolongar a vida. Para prolongar a vida na terceira idade é necessário desenvolver técnicas que impeçam o declínio dos sistemas, no entanto as ações de prevenção aumentam a qualidade de vida na velhice.

Nos últimos anos, com o aumento dos custos relacionados à saúde, a medição da qualidade de vida, tem sido utilizada tanto por profissionais da área da saúde quanto por gestores do setor, para se conhecer o estado de saúde da população e assim definir as intervenções necessárias (LIMA & PORTELA, 2010).

Segundo Paskulin *et al.* (2010), a qualidade de vida na velhice, é uma área que vem sendo bastante pesquisada por equipes multidisciplinares, e de modo especial por enfermeiros para avaliação da assistência prestada, verifica-se também a utilização para intervenções em saúde, e como avaliação de políticas públicas de saúde.

Paschoal (2000) complementa afirmando que tal estudo da qualidade de vida dos idosos, não se trata apenas de se fazer um retrato da velhice, mas sim de analisar o impacto dos tratamentos, planejarem os serviços, alocar os recursos necessários e avaliar as condutas políticas, e assim buscar proporcionar uma melhor qualidade de vida aos idosos, com idosos mais independentes e ativos.

Neste sentido, concorda-se que vários elementos são indicados como determinantes para um envelhecer com qualidade, mas, ainda não é possível indicar o grau de

importância de cada fator. Um envelhecer saudável não depende só do indivíduo, mas também do ambiente onde está inserido, quanto mais independente o idoso é o processo de envelhecimento se torna mais tranquilo. (NE-RI, 1993)

De acordo com Santos *et al.* (2002), a percepção sobre qualidade de vida varia de acordo com os conceitos preexistentes de cada indivíduo, a uma busca por uma vida saudável em todas as faixas etárias, mas na velhice as preocupações aumentam, algumas pessoas associam o bem-estar a fatores como: lazer, moradia digna, trabalho, liberdade, interações sociais, ligações afetivas, porém o fator mais citado é a saúde.

O estilo de vida mais ativo resulta em um envelhecimento como menos alterações de saúde, com a terceira idade vão surgindo limitações naturais do processo de envelhecer, o desafio é fazer com que os idosos possam viver com o máximo de qualidade possível, redescobrimo maneira de superar as dificuldades que surgem com a idade (BRASIL, 2006).

Com o envelhecimento natural do idoso, eles começam a apresentar dificuldades em realizar atividades da vida cotidiana e alterações funcionais, atividades básicas como comer, realizar higiene pessoal, andar, tomar medicamentos, começa em muitos casos ser realizadas com dificuldades, em alguns casos geralmente associados a uma patologia o idoso torna-se incapaz de realizar estas atividades (ROSA, 2003).

O envelhecer com qualidade de vida, segundo Underwood e Underwood (1992), faz-se necessário para se tornar-se um idoso independente, conhecer os fatores de risco para a saúde, e ajustar-se o estilo de vida de maneira que previna os riscos à saúde é essencial, a seguir fatores de prevenção: mudança de hábitos alimentares, atividade física, lazer, controle do stress, medidas de segurança em casa, boa relação social e religiosa, bom relacionamento com a família, manter-se ativo

Alves & Rodrigues (2005), afirmam que mensurar a percepção de saúde do idoso é complicado por englobar vários aspectos do estado de saúde. Alguns idosos ao responder a estudos podem superestimar sua condição de saúde para se mostrar independente, ou por alterações de memória podem não relatar adequadamente questões importantes sobre a saúde. Estudos mostram que à medida que o grau de dependência do idoso se torna maior a possibilidade do idoso julgar sua saúde como ruim aumenta consequentemente.

Alterações psicológicas podem ocorrer em decorrência de diversas patologias, a um aumento da incidência deste distúrbio na velhice. Além disso, podem ocorrer quadros de ansiedade associado a angústia por uma doença, falta de recursos, ou dificuldades no relacionamento com a família (CHEIK, *et al.*, 2003).

Resende (2006), referiu em seu estudo que é de fundamental importância para os idosos os relacionamentos

sociais, estes interferem no bem-estar e na saúde global do idoso. Os idosos que participam de atividades na comunidade melhoram a qualidade de vida, e o convívio social fortalece a satisfação de vida, reduz o isolamento do idoso

Então, neste sentido, realizou-se o presente estudo como objetivo de avaliar a qualidade de vida de idosos independentes.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, realizada junto aos idosos independentes do distrito de um município localizado na região noroeste do Paraná, com população estimada de 1.746 habitantes. Destes, de acordo com dados da Equipe de Saúde da Família da área, contava com 179 idosos.

No decorrer da coleta de dados, dos 179 sujeitos iniciais, foram acrescidas 22 pessoas, uma vez que os próprios entrevistados indicavam outros vizinhos ou amigos que também tinham 60 anos ou mais, perfazendo uma amostra de 201 pessoas.

Entretanto, ao final, finalizamos a pesquisa com 184 visitas e 140 sujeitos entrevistados. Dos 61 sujeitos que não foram colhidos os dados, várias foram as justificativas, a seguir: falecidos (5), prisão (1), não encontrados (20), receio de assinar o termo de consentimento (13), idade menor que 60 anos (5) e 17 idosos não foram visitados por morarem em fazendas ou sítios distantes do distrito.

Para a coleta de dados utilizou-se instrumento QUA-SI – Perfil de qualidade de vida relacionada à saúde de idosos independentes, que tinha como norte, informações como: percepção de saúde, sintomas - mas frequentes apresentados nos últimos 30 dias, função física, função psicológica e função social.

Inicialmente, foram explanados os objetivos da pesquisa e antes da coleta dos dados, os sujeitos assinaram um termo de consentimento informado livre e esclarecido.

Os dados coletados foram compilados e tratados em planilhas eletrônicas do programa *Microsoft Office Excel*<sup>®</sup> e a apresentação dos resultados ocorrerá sob a forma de tabelas, com discussão pertinente ao assunto e comparação a outras pesquisas que abordam esta mesma temática.

Salienta-se que a coleta de dados teve a autorização da Secretaria de saúde do Município, e posteriormente aprovada pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (COPEP) da Uningá sob protocolo n° 1582/2012.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas foram realizadas 90% nas residências dos sujeitos, 10% em outros lugares, a seguir outros lo-

cais onde foram realizadas entrevistas: na rua (3), ou na casa de amigos (1), no mercadinho (2), na roça cuidando do sítio (4), cortando trato para as vacas (4), todos esses sujeitos foram consultados se queriam que a entrevista fosse realizada outro dia, e preferiram realizar no momento que foram abordados pois estão sempre trabalhando ou é difícil encontrá-los em casa.

Durante este levantamento de dados sobre qualidade de vida dos idosos residentes no distrito de Tupinambá, foram entrevistados 140 idosos com mais de 60 anos. Destes, 51,4% eram do sexo feminina e 48,6% masculino.

Não houve diferença significativa entre os sexos, a princípio esperava-se encontrar um número de mulheres relativamente maior pois elas se cuidam mais, procuram mais assistência médica, mas não houve uma grande diferença neste estudo. Foram encontrados, mas idosos do que o número esperado caracterizando a necessidade de mais profissionais para cadastrar e acompanhar a população idosa, pois esse estudo evidenciou que existem idosos que não são acompanhados.

Embora o sexo feminino tenha sido de maior proporção neste estudo, a diferença foi pequena, acredita-se que a menor mortalidade masculina na população estudada está associada a vida calma levada neste distrito, o número de óbitos por acidentes de trânsito, armas branca e fogo são mínimos.

Quanto ao estado conjugal 56,4% dos idosos entrevistados eram casados, entretanto, um fato interessante foi que destes casados, já foram viúvos e se casaram novamente, 33,6% viúvos, 4,3% solteiros, divorciados 5,7%.

Comparativamente, este estudo difere com o de Santos *et al.* (2002), onde constatou o predomínio dos viúvos com 41,4%, seguidos pelos casados 39,8%, solteiros 12,5%, separados somam 6,3%. Provavelmente tal diferença, deve-se ao fato do idosos viúvos que se casaram de novamente, se consideraram casados durante as entrevistas.

Evidenciou-se que 93,6% moram com familiares marido, filhos, com a mãe e 6,4% moram sozinhos, entretanto, em dois casos, um dos netos a neta/neto passam as noites acompanhando-os, e em um caso, a entrevistada morava sozinha, mas dormia na casa da filha, que morava próximo. Nestas três situações, os idosos eram são acompanhados durante a noite por precauções de familiares do que por necessidade, pois as três pessoas citadas cuidavam dos afazeres domésticos e sociais sem auxílio, sendo consideradas independentes.

Com relação à ocupação, 79,3% eram aposentados. Entre os entrevistados 12,9% se declararam aposentados e ativos estes continuam a trabalhar mesmo já sendo aposentados para complementar a renda, 5% ativos não se aposentaram ainda e desempenham ati-

vidades laborais ou no lar, pensionista 2.8%. Destes, 76,4% exerciam atividades laborais como: criar bicho da seda, pecuária, agricultores, avicultura, do lar, doméstica, no comércio, cozinheira, auxiliar de serviços gerais, além da criação de animais no próprio quintal (galinhas e porcos caipiras), para consumo da família.

Alguns idosos entrevistados demonstraram receio em se declarar ativo por medo de interferir na aposentadoria de alguma forma, durante as entrevistas foi observado que grande parte dos idosos são ativos vários foram encontrados trabalhando na roça ou até mesmo limpando a casa.

Segundo ALVARENGA *et al.*, (2009), a aposentadoria pode representar a perda da identidade profissional, um período de transição entre a atividade laboral e a fase de descanso, lazer, pode também ser compreendido pelo idoso como um desligamento do mundo externo causando medos e frustrações, diminuição do poder aquisitivo, redução do vínculo social.

No presente estudo notou-se que 76.4% dos idosos residente na localidade estudada, continuam desempenhando atividades laborais, ou cuidando sozinho do lar, mantendo-se ativos e ao mesmo tempo contribuem para uma renda extra, os idosos ativos apresentam uma melhor perspectiva quando avaliam sua própria qualidade de vida.

Quanto a escolaridade observou-se que apenas 0,7% tem ensino superior, 0,7% tem magistério, 1,4% tem ensino médio, 59.3% classificaram como fundamental incompleto, 5% outros tais como: professor particular (1), mobral (2), ginásio (2), superior incompleto (1), médio incompleto (1), 32,9% se declararam sem escolaridade. Alguns idosos durante a entrevistas relataram vontade de voltar a estudar, porém não há um ensino para pessoas que não tem idade para escola normal na localidade de estudo.

Portanto, inferiu-se que os motivos para o baixo nível de escolaridade foram os mais diversos: falta de condições financeiras para pagar escolas particulares, falta de escolas públicas perto de casa, distância até a escola fazia que muitos desistissem de estudar, pois tinham que começar a trabalhar com pouca idade além de alguns pais não permitirem que as filhas estudassem por preconceito ou por julgar que elas poderiam ir à escola somente para escrever carta para namorados.

Conforme citado por (PEREIRA *et al.*, 2006) em seu estudo os idosos em sua maioria têm baixa escolaridade, 71.1% tem menos de quatro anos de estudo, sendo considerados pelo IBGE como analfabetos funcionais.

Foram encontrados dados semelhantes neste estudo, onde 59.3% classificaram-se como fundamental incompleto, uma grande proporção destes não souberam quantificar os anos de estudo mais a grande maioria não passou de 4 anos, 32,9% declararam não ter esco-

laridade. Estes dados demonstram as dificuldades encontradas pelos idosos para estudar quando crianças, demonstrando que o acesso à educação era restrito, situação que permanece no local de estudo onde não se tem EJA e idosos que tem vontade de estudar não tem acesso à escola.

Duas pessoas mencionaram que a idade nos documentos é uma e a que tem de verdade é outra, devido a demora que existia antigamente para registrar. Porém ambas optaram por colocar a idade dos documentos. Ocorreu uma predominância de idosos na faixa etária de 60 a 64 anos, sendo os acima de 90 anos, apenas constituído por 3 sujeitos, conforme descrito na tabela a seguir.

**Tabela 1.** Tabela segundo idades dos idosos entrevistados.

Idade	nº	%
60-64	37	26.4
65-69	26	18.6
70-74	28	20.0
75-79	22	15.7
80-84	15	10.7
85-89	9	6.4
90 ou +	3	2.2
Total	140	100

Com relação a percepção de saúde de maneira geral, 47.9% classificou a saúde como regular, 37.8% como boa, somente 14.3% julgaram a saúde como ruim.

**Tabela 2.** Sintomas que trouxeram incomodo para os idosos nos últimos 30 dias.

Sintomas	Nenhum	Pouco	Muito	Total
Problema de visão	63.6%	18.6%	17.8%	100%
Problema de audição	76.4%	17.2%	6.4%	100%
Tosse	52.8%	30%	17.2%	100%
Respiração	79.3%	13.5%	7.2%	100%
Sono	54.3%	28.5%	17.2%	100%
Apetite	71.5%	20.7%	7.8%	100%
Urina	77.8%	10%	12.2%	100%
Pele	79.3%	12.2%	8.5%	100%
Boca Amarga/Seca	57.8%	22.9%	19.3%	100%
Dor no peito	77.2%	19.3%	3.5%	100%
Dor nas pernas	41.5%	32.8%	25.7%	100%
Dor nas costas	50.7%	30%	19.3%	100%
Vertigem/Tontura	68.6%	21.4%	10%	100%
Diminuição da Memória	45.7%	41.5%	12.8%	100%
Sentimento de tristeza	48.6%	41.4%	10%	100%
Nervoso	42.8%	35.7%	21.5%	100%

Quando compararam a saúde geral de hoje com a de um ano atrás, 52.2% referiram que a saúde está igual, 26.4% mencionaram piora, 21.4% qualificaram a saúde como melhor.

Questionados sobre a saúde de outras pessoas de igual idade, 55.7% consideraram melhor saúde do que a de amigos e parentes, 33.6% avaliaram sua saúde como igual as demais, 10.7% consideravam a saúde como pior. Os que analisaram sua saúde melhor que a dos demais.

(...) minha saúde está melhor pois posso andar, trabalhar tem muitos por ai, que não podem fazer mais nada. (DEPOIMENTO 103)

Analisando a vida em geral, 80% dos entrevistados declararam estar satisfeito, 17.2% estão pouco satisfeitos, apenas 2.8% estão insatisfeitos.

Foram analisados na Tabela 2, os sintomas que mais incomodaram os idosos entrevistados foi a dor nas pernas com 25.7%, seguido respectivamente nervoso 21.5%, dor nas costas 19.3%, boca amarga ou seca 19.3%. Quanto aos sintomas que causam menos incomodo verificou-se que são respiração 79.3%, Pele 79.3%, urina 77,8%, dor no peito 77.2%. Entre os sintomas que causam pouco incomodo estão diminuição da memória 41.5%, sentimento de tristeza 41.4%, nervoso 35.7%, dor nas pernas 32.8%.

Entre os incômodos mais citados estão, pernas: coceira, platina, cãibra, varizes, fraqueza ou cansaço nas pernas, sono: uso de medicação para dormir, insônia, alterações no sono por causa da gripe, visão: vista fraca, coceira no olho, visão turva, ouvido: necessita de utilizar aparelho, zumbido no ouvido, ouve pouco, urina: diurese em excesso, pouca diurese, pele: coceira, hematomas a qualquer pequena batida.

Entre os idosos entrevistados percebe-se que muitos relataram que a qualquer batida leve aparece manchas avermelhadas na pele. De acordo com Carvalho e Papaléo (2000), com o envelhecimento a epiderme fica mais fina, podendo provocar aos menores traumas equimoses com machas avermelhadas ou púrpuras.

O padrão normal do sono varia de pessoa para pessoa, na terceira idade o sono tende a sofrer um encurtamento durante o período noturno e surgirem períodos de sonolência durante o dia, a diminuição das atividades na velhice favorece a sonolência diurna, o distúrbio do sono pode ser causado por depressão, ansiedade, preocupação com a economia, dor, falta de ar, doenças em outros sistemas que fazem a pessoa acordarem várias vezes ao dia. (CARVALHO & PAPALÉO, 2000)

Com o envelhecimento ocorre várias mudanças nos sistemas do corpo, o sistema urinário se torna mais lento para eliminar as substancias do organismo, a absorção de nutrientes torna-se mais lenta, ocorrerá um declínio na massa e força muscular, há uma diminuição na absorção do oxigênio, os pulmões perdem elasticidade e no coração acontecerá o endurecimento e estreitamento das ar-

térias dificultando o bombeamento do sangue, enfim com a envelhecimento ocasionara um processo gradual de deterioração do organismo inevitável, porém estas alterações podem ser encaradas com qualidade de vida, deste que leve uma vida saudável (STUART-HAMILTON, 2002).

A prevalência da dor crônica na coluna lombar foi de (44,4%), nas regiões das pernas de (40,7%), provavelmente, devido ao fato de que a atividade laboral na agricultura exigisse esforço físico deve ser levado em consideração ao se avaliar a dor. A dor está associada a limitação de idosos a desenvolverem as atividades diárias, causando impacto negativo na qualidade de vida. (Celich & Galon, 2009), estes dados foram divergentes dos encontrados neste estudo onde a dor nas pernas teve maior índice do que a nas costas.

**Tabela 3.** Avaliação da função física do idoso.

Função Física	Às			Total
	Sim	Veze	Não	
Subir e descer escadas	70%	13.6%	16.4%	100%
Andar sozinho de condução	75%	5%	20%	100%
Sair a pé para distâncias curtas	87.2%	7.8%	5%	100%
Manter-se de pé por pouco tempo	94.3%	3.5%	2.2%	100%
Curvar-se	67.8%	24.3%	7.9%	100%
Vestir-se ou banhar-se	94.3%	2.8%	2.9%	100%
Deitar-se	97.8%	2.2%	0.0%	100%

De acordo com Franchi *et al.* (2005) quanto mais ativo um idoso é, menos limitações físicas eles apresentaram, a atividade física tem impacto na proteção da capacidade funcional, principalmente no idoso. O idoso deve manter suas atividades cotidianas em quando conseguirem realiza-las, poderá causar malefícios a capacidade funcional.

Avaliando o cansaço facilmente durante as atividades, 55.7% disseram não se cansar facilmente, 22.2% as vezes, 22.1% se cansam facilmente quando desempenham alguma atividade ou não fazem mais nada e, quanto à disposição 69.3% afirmaram terem disposição para realizar as atividades, 18.5% as vezes tem disposição porem tem dias que estão indispostos, 12.2% não tem disposição.

Na análise da função psicológica, 85.7% se declaram ser uma pessoa agradável “Se eu não gostar de mim quem vai gostar? ” (DEPOIMENTOS 1,4, 8, 12, 40, 45, 56, 84, 103, 129.), “não estou gostando muito de mim pois estou doente” (DEPOIMENTO 44), 13.6% em parte agradável, somente 0,7% não se considera agradável. Quanto aos idosos gostarem da sua própria pessoa 94.3% gostam da própria pessoa, 5% gostam em partes, e apenas 0.7% não gosta de si próprio.

Entre os entrevistados 90% se consideram capaz e útil, 5% em partes, 5% não se consideram capazes e uteis. Referiram sentir esperança em relação ao futuro

67.8% “tenho esperança sim de melhora em minha saúde, de ver meus filhos estabilizados na vida e com saúde” (DEPOIMENTO 69), 17.9% em partes, 14.3% não tem esperança em relação ao futuro “nessa idade não se faz mais planos para o futuro o que tinha de acontecer já aconteceu” “futuro ta na mão de Deus” (DEPOIMENTOS 40, 87). Em relação ao relacionamento familiar 94.3% se declaram felizes com a família, 4.3% em partes, 1.4% não estão felizes com alguns familiares netos, filhos ou irmãos.

Dos 140 sujeitos entrevistados, 85% tomavam decisões sem dificuldade, 7.2% as vezes, 7.8% tem dificuldades para adotarem decisões sozinhos. Destes 86,4% fazem planos para o dia a dia, 5% as vezes, 8.6% não fazem planos deixam o dia acontecer. “Não faço planos pois não faço mais nada, estou doente” (DEPOIMENTO 42).

Entre os idosos avaliados 83.6% declaram se concentrar com facilidade, 10.7% as vezes, 5.7% apresentam alterações para se concentrarem. Com relação a apreenderem coisas novas sem dificuldade, 59.3% disseram que não tem dificuldade, 22.2% referiram apresentar dificuldade as vezes dependendo do que for aprender, 18.5% referiram terem dificuldade para apreender coisas novas.

Grande parte dos idosos se considera orientado quanto ao lugar e espaço 95.7%, entre os entrevistados 2.2% contaram as vezes ter dificuldade, 2.1% tem Alzheimer por isso foram classificados desorientados pois notou-se durante a entrevistas se perdiam perguntando por várias vezes o que estava respondendo, ou dando sinais que mesmo conversando normal não sabiam onde estavam, fizeram muitas referências ao passado esquecendo o presente o que estavam respondendo naquele momento.

**Tabela 4.** Avaliação da função social do idoso, foram questionados sobre atividades praticadas.

Função Social	Sim	Às		Total
		Vezes	Não	
Arrumar e manter a casa em ordem	80.7%	6.5%	12.8%	100%
Participar de encontros sociais (festas, passeios)	33.6%	25.7%	40.7%	100%
Fazer atividades de lazer (artesanato, plantas)	73%	2.8%	23.6%	100%
Sair para visitar parentes ou amigos	68.6%	15%	16.4%	100%
Receber visita de parentes ou amigos	95.7%	4.3%	0.0%	100%
Acompanhar notícias pela televisão ou jornais	72.8%	7.2%	20%	100%

A doença de *Alzheimer* é incomum antes dos 50 anos, porém a partir desta idade as chances aumentam, os pacientes que apresentam esta patologia geralmente só descobrem a doença em fase avançada, quando já apresentam perda de memória acentuada. Por exemplo: esquecer onde colocar os objetos de uso corriqueiro, se perder em ambientes conhecidos, alterações na lingua-

gem, diminuição da memória remota, não se conhece ainda a causa desta doença, a descoberta da causa poderia indicar a cura ou até mesmo tratamentos profiláticos, porém existem tratamentos que em alguns causam podem controlar a doença (STUART-HAMILTON, 2002).

A questão religiosa foi muito forte, pois muitos não passeiam para fora do distrito, mas vão à igreja e desenvolviam atividades correlatas. Participando assim em comunidade com as demais pessoas. Realizam atividades de lazer (artesanato, plantas) 73%. a seguir atividades mais desenvolvidas: caminhada, plantar roça, flores, verduras, mexer no quintal com porcos e galinhas caipira, jogar truco, jogar no bicho, vale sorte, as atividades de artesanato é preferida entre as mulheres tais como: crochê, tricô, costurar, pintar.

#### 4. CONCLUSÃO

Percebe-se que os idosos que desempenham alguma atividade durante o dia classificação a sua qualidade de vida como melhor, pois segundo eles aquilo que não se usa atrofia, atenta-se para necessidade de um local onde os idosos possam realizar exercícios uma academia da terceira idade por extenso por exemplo.

Tendo em vista que alguns idosos demonstraram a vontade de voltarem estudar, se faz necessários projetos neste sentido, a implantação do EJA no distrito poderia resolver o problema dos idosos que querem estudar, e ainda contemplar outra parte da população que necessita estudar.

A sociedade como um todo se faz de suma importância na qualidade de vida do idoso, os amigos, os vizinhos e principalmente a família, o convívio com outras pessoas ajudam os idosos a se manterem ativos, e a desempenharem diversas atividades cotidianas.

Durante a aplicação deste estudo, evidenciou-se a necessidade de se adaptar o instrumento utilizado para realidade local.

#### REFERÊNCIAS

- [1] ALVES, L. C.; RODRIGUES, R. N. Determinantes da auto percepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, São Paulo. v.17, N. 5-6, 2005.
- [2] ALVARENGA, L. N. et.al. Repercussões da aposentadoria na qualidade de vida do idoso. **Rev Esc Enfer**. p. 796-802, 2009.
- [3] BRASIL. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Caderno de atenção básica. n.19. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2006.
- [4] CARVALHO, E. T. de F.; PAPALÉO, M. N. Geriatria: Fundamentos, Clínicos e Terapêuticos. 2. ed. São Paulo: Editora **Atheneu**, 2000.
- [5] CARNEIRO, R. S. A. Relação entre habilidades sociais e qualidade de vida na terceira idade. **Rev Bras de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro. v.2, n.1, 2006.
- [6] CELICH, K. L. S.; GALON, C. Dor crônica em idosos e

- sua influência nas atividades de vida diária e convivência social. **Rev Bras Geriatri Gerontol**, p. 345-359, 2009.
- [7] CHEIK, N. C. *et.al.* Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. **Rev. Bras. Cien Mov**, Brasília. v.11, n.3, p.45-52. Jul/set. 2003.
- [8] FRANCHI, K. M. B.; MONTENEGRO, R. M. Junior. Atividade física uma necessidade para a boa saúde na terceira idade. **Rev Bras em Promoção em Saúde**, v. 18, n. 003, p. 152-156, 2005.
- [9] IBGE. Disponível em: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1272](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1272). Acesso em 16 de fevereiro de 2012.
- [10]LIMA, J. B. de; PORTELA, M. C. Elaboração e avaliação da confiabilidade de um instrumento para medição da qualidade de vida relacionada à saúde de idosos independentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, v.26, n.8, 2010.
- [11]NERI, A. L. Qualidade de vida e idade madura. 7. Ed. São Paulo: **Papirus**, 1993.
- [12]PASKULIN, L. M. G. *et.al.* Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo. v.23, n.1, 2010.
- [13]PASCHAL, Sergio Márcio Pacheco. Qualidade de vida do idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. **Dissertação** (Mestrado em medicina) – Faculdade de medicina da universidade de São Paulo. São Paulo, 2000.
- [14]Prefeitura Municipal de Astorga. Disponível em: <http://www.astorga.pr.gov.br/historia.php>. Acesso em 8 de fevereiro de 2012.
- [15]PEREIRA, R. J. *et.al.* Contribuição dos domínios físicos, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev. Psiquiatria. Rio. Gd. Sul**, Porto Alegre. v.28, n.1, jan./abr, 2006.
- [16]Rosa, T. E. da. C. *et.al.* Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, p. 40-48, 2003.
- [17]RESENDE, M. C. de. Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. **Psicol. Am. Lat.** n.5, 2006.
- [18]SANTOS, S. R. DOS. *et.al.* Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de flanagan. **Rev Latino-am Enfermagem**, nov-dez, 10(6):757-6, 2002.
- [19]Stuart-Hamilton. A psicologia do envelhecimento. 3. ed. Porto Alegre: Artmed. 2002.
- [20]UNDERWOOD, R.; UNDERWOOD, B. Saudável depois dos 55. 2. ed. São Paulo: **Maltese-Editorial Noma**, 1992.