

QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES IDOSAS USUÁRIAS DE UMA ESF DA CIDADE DE CRUZ ALTA-RS

GARCES, Solange Beatriz Billig¹; BIANCHI, Patrícia Dall' Agnol²; BRUNELLI, Angela Vieira²;
HANSEN, Dinara²; KRUG, Marília de Rosso²; ROSA, Carolina Böettge²; BERTOTTI, Cristiane
Maciel³

Palavras-Chave: Qualidade de Vida. Mulheres. Idoso.

Introdução

O envelhecimento humano é um processo em constante crescimento no mundo e especialmente entre os países em desenvolvimento, como o caso do Brasil. Vários aspectos contribuíram para esse fato, dentre eles o próprio processo civilizatório que determinou a melhoria das condições de saúde colaborando para uma infância mais saudável e conseqüentemente a diminuição da mortalidade infantil e com isso o aumento da expectativa de vida (LIMA-COSTA; CAMARANO, 2008).

Esses fatores geraram uma modificação na pirâmide etária brasileira, com um aumento da população de mais de sessenta anos de idade e com um considerável número de mulheres idosas, dados esses constatados pelo último censo realizado no Brasil. A população idosa atual consta de 20.590.599 pessoas com mais de 60 anos de idade, sendo que destes 9.156.112 são homens e 11.434.487 são mulheres. Esses dados demonstram a grande prevalência de mulheres idosas no país. Se referirmos a população do município de Cruz Alta os dados constam que temos atualmente 9.001 idosos no município, sendo 3.689 homens e 5.312 mulheres (IBGE, 2010), constatando-se que 59% da população idosa cruz-altense é feminina. Camarano, Kanso e Mello (2004) já constatavam em seus estudos que o envelhecimento também é uma questão de gênero, ao considerar que 55% da população idosa brasileira é formada por mulheres. Também constataram que a proporção do contingente feminino é mais expressiva quanto maior idade tiver o segmento idoso (no Brasil hoje temos 16.989 mulheres com mais de 100 anos contra 7.247 homens (IBGE, 2010)), além de constatar que há uma prevalência de mulheres vivendo em zonas urbanas. Esses dados, portanto

¹ Professora Adjunta do Centro de Ciências da Saúde da UNICRUZ. Licenciada em Educação Física (UNICRUZ); Especialista em Educação (UFSM); Mestre em Ciência do Movimento Humano (UDESC) e Doutoranda em Ciências Sociais com ênfase em Políticas e Práticas Sociais (UNSINOS). Líder e Pesquisadora do GIEEH – Grupo Interdisciplinar de Estudos do Envelhecimento Humano da UNICRUZ. sbgarces@hotmail.com

² Professoras Adjuntas do Centro de Ciências da Saúde da UNICRUZ. Pesquisadoras do GIEEH.

³ Professora do Centro de Ciências da Saúde da UNICRUZ; Graduada em Enfermagem (UNICRUZ); Especialista em Programa Interdisciplinar em Saúde: ênfase em Prevenção e Reabilitação (UNICRUZ). Pesquisadora do GIEEH. c_bertotti@hotmail.com

requerem uma preocupação em relação a questão de como essa extensão dos anos a partir dos sessenta está sendo vivida. Não basta apenas acrescentar anos à vida, é preciso que esses sejam vividos com dignidade e qualidade.

A qualidade de vida envolve múltiplas dimensões como a física, a psicológica, a social, a espiritual entre outras (PASCHOAL, 2002). Portanto, qualidade de vida pode ser definida como “a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e sistema de valor com os quais convive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”(PASCHOAL, 2002; WHOQOL Group, 1995). Assim, entende-se que pesquisar as condições de qualidade de vida de mulheres da cidade de Cruz Alta é de extrema relevância para que a partir dos dados levantados os gestores do município possam oferecer atividades preventivas e de reabilitação a esse segmento idoso, visando garantir uma boa qualidade de vida.

Metodologia

Realizou-se uma pesquisa do tipo observacional descritiva, cuja população constituiu-se de mulheres com mais de sessenta anos que utilizam as nove ESF – Estratégias de Saúde da Família da cidade de Cruz Alta, onde para essa amostra escolheu-se apenas uma ESF, totalizando assim trinta e um sujeitos. Os dados foram coletados através de um questionário para analisar os dados socioeconômicos e o Whoqol Old (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006) para análise da qualidade de vida. Esse instrumento é constituído de 24 itens do tipo escala de Likert atribuídos a seis facetas: Funcionamento do Sensório (FS), Autonomia (AUT), Atividades Passadas, Presentes e Futuras (PPF), Participação Social (PSO), Morte e Morrer (MEM) e Intimidade (INT). Cada uma das facetas possui 4 itens com pontuação de 1 a 5; portanto, para todas as facetas o escore dos valores possíveis pode oscilar de 4 a 20, desde que todos os itens de uma faceta tenham sido preenchidos. Os escores dos 24 itens combinados produzem um escore geral para a qualidade de vida (QV) em idosos, que pode oscilar de 24 a 120. Os dados foram analisados através de estatística descritiva no programa SPSS versão 17.0. Quanto maior o valor do escore total, melhor a QV. Neste estudo foi considerado como ponto de corte para boa QV o escore total igual ou acima de 80.

Resultados e Discussão

Em relação ao perfil sociodemográfico do grupo de mulheres investigadas a faixa etária prevalente foi de 60 a 64 anos (22%) e de 70 a 74 (22%), seguido de 75 a 79 (16,1%), 65 a 69 (12,9%), 80 a 84 (9,7%), 85 a 89 (9,7%) e 90 anos e mais com 6,5%. Sendo que 38,7% eram

viúvas, 32,3% casadas, 16,1% solteiras, 9,7% separadas e, 3,2% relataram ter outro estado civil. 71% das mulheres entrevistadas relataram estar aposentadas e 29,0% não. Quanto a profissão que exerciam, 64,5% nunca trabalharam fora de casa e portanto, considera-se do lar; 16,1% tinham profissão de doméstica; 6,5% costureiras; 3,2% comerciante; 3,2% diarista; 3,2% professora e 3,2% auxiliar de enfermagem. Destas idosas, 90,3% não exerce mais a profissão e 9,7% continuam a exercer. Quanto a escolaridade 74,2% têm ensino fundamental incompleto; 12,9% são analfabetas; 9,7% têm ensino fundamental completo e 3,2% ensino superior incompleto. 80,6% têm renda mensal de um salário mínimo, 12,9% de dois a quatro salários mínimos e 6,5% não têm renda mensal. Em relação a moradia, 61,3% tem casa própria; 6,5% vivem em casa alugada e 32,3% relatou ser outra situação. Observou-se que essas idosas são as que vivem em ILPIs (Instituições de Longa Permanência para Idosos) e que são usuárias da ESF, pois quando se questionou com quem vivem 25,8% delas relataram viver na ILPI do município; 41,9% vivem com familiares, 19,4% com o cônjuge e 12,9% sozinhas. Quanto ao número de filhos 22,6% têm dois filhos; 16,1% não têm filhos; 12,9% têm quatro; 9,7% têm um; 9,7% têm três; 6,5% seis; 6,5% sete; 6,5% oito; 3,2% cinco; 3,2% onze e 3,2% doze filhos. 74,25 das idosas relataram que têm convivência semanal com os familiares enquanto que 25,8% não têm. Também questionou-se se as idosas apresentam convênios de saúde e constatou-se que 96,8% dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) pois não tem condições de pagar convênio e apenas 3,2% têm convênio particular de saúde. Em relação a qualidade de vida das idosas os resultados aparecem na Tabela 1:

Tabela 1 – Média da qualidade de vida por facetas

Facetas	QV	DP
FS	65,72	±19,2
AUT	57,05	±17,7
PPF	59,47	±14,3
PSO	59,87	±12,4
MEM	72,37	±27,5
INT	57,86	±19,6

Observa-se que a média mais alta ficou para a faceta morte e morrer, onde as idosas avaliaram seus medos e temores em relação a morte e a média mais baixa foi em relação a autonomia. Isso significa que as idosas não se sentem com boa qualidade de vida nesse aspecto. Quanto a média da qualidade de vida geral das idosas essa foi avaliada em 62,06 ($\pm 12,77$), o que significa que está muito baixa, pois o ideal para uma boa qualidade de vida é no mínimo 80.

Conclusão

Observa-se que as idosas que freqüentam a ESF – Estratégia de Saúde da Família avaliada estão com uma qualidade de vida bastante baixa e o principal aspecto que contribui para esse fato é a questão da autonomia, onde as mesmas avaliaram como o aspecto com a pior qualidade de vida. Talvez o que tenha contribuído para esse resultado foi o número de idosas que vivem em ILPIs e que são usuárias dessa ESF e que foram avaliadas também. Além disso, a maioria delas são viúvas, com baixa escolaridade e baixa renda, aspectos que também contribuem para a baixa qualidade de vida. Entretanto sugere-se aprofundar esses estudos separando usuárias que vivem em ILPIs das que não vivem, para identificar mais especificamente quais são as facetas que requerem maior cuidado para que se possa reverter esses resultados, pois a extensão dos anos de vida precisa ser vivida com dignidade e qualidade de vida, independente do contexto onde essas vivam.

Referências

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; MELLO, Juliana Leitão e. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, Ana Amélia(Org.) **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.p. 25-73.

FLECK, M.P.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro,v.40, n.5, p. 785-791, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo de 2010: síntese estatística**. Disponível em:
<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=0>. Acessado em 27 ago. 2011.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; CAMARANO, Ana Amélia. Demografia e epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: MORAES, Edgar Nunes de. **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia**. Belo Horizonte: COOPMED, 2008. p.3-19.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, Elizabete Viana de. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.Cap. 8. p. 79-84.The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health organization. **Social Science & Medicine**, Elsevier, n.10, v.41, p. 1403-1409, 1995.