

VIVER EM FAMÍLIA E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS DA UNIVERSIDADE ABERTA DA TERCEIRA IDADE

LIVING WITH THE FAMILY AND THE ELDERLY'S QUALITY OF LIFE AT THE SENIOR CITIZENS' OPEN UNIVERSITY

VIVIR EN FAMILIA Y CALIDAD DE VIDA DE ANCIANOS DE LA UNIVERSIDAD ABIERTA DE LA TERCERA EDAD

Aline Cardoso Machado Moliterno^I
Jossiana Wilke Faller^{II}
Ana Carla Borghi^{III}
Sonia Silva Marcon^{IV}
Ligia Carreira^V

RESUMO: O estudo objetivou avaliar a qualidade de vida de idosos participantes de uma Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI), bem como verificar se a composição familiar interfere na qualidade de vida. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, realizado com alunos da UnATI na Universidade Estadual de Maringá, em Maringá – Paraná, em 2010. Foram entrevistados 67 idosos, utilizando-se os instrumentos *World Health Organization Quality of Life - Old* (WHOQOL-OLD) e *World Health Organization Quality of Life - Bref* (WHOQOL-BREF). Os dados foram analisados por meio do Programa *Statistical Package for the Social Sciences*. Os resultados mostraram que a participação social surge como fator contribuinte para o alcance da qualidade de vida e os domínios referentes à independência na velhice e satisfação sobre conquistas na vida diminuem quando o idoso reside somente com seu cônjuge, no entanto, residir com filhos, ser viúvo ou morar sozinho tem relação positiva com a qualidade de vida.

Palavras-chave: Enfermagem; qualidade de vida; família; idoso.

ABSTRACT: This study aimed at evaluating the quality of life of the elderly attending the Senior Citizens' Open University (UnATI), as well as investigating if the family composition interferes in their quality of life. It is a descriptive-exploratory study conducted in 2010 with UnATI's students in the State University of Maringá, Paraná, Brazil. Sixty-seven elderly were interviewed on the basis of the *World Health Organization Quality of Life - Old* (WHOQOL-OLD) and *World Health Organization Quality of Life - Bref* (WHOQOL-BREF). Data were analyzed with the *Statistical Package for the Social Sciences*. Results show that social participation emerges as a factor contributing to attaining both higher quality of life and independence at old age and that self-fulfillment about personal achievements decreases when the elderly resides only with his/her spouse. However, living with children, being a widow/er or living alone has a positive relation with quality of life.

Keywords: Nursing; quality of life; family; aged.

RESUMEN: El estudio tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida de ancianos participantes de una Universidad Abierta de la Tercera Edad (UnATI), así como comprobar si la composición de la familia interfiere en la calidad de vida. Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio realizado con estudiantes de la UnATI de la Universidad Estatal de Maringá, en Maringá – Paraná-Brasil, en 2010. Fueron entrevistados 67 ancianos con los instrumentos *World Health Organization Quality of Life - Old* (WHOQOL-OLD) e *World Health Organization Quality of Life - Bref* (WHOQOL-BREF). Los datos fueron analizados utilizando el Programa *Statistical Package for the Social Sciences*. Los resultados mostraron que la participación social surge como un factor contribuyente para el alcance de la calidad de vida y los dominios concernientes a la independencia en la vejez y satisfacción acerca de las conquistas en la vida disminuyen cuando el anciano reside solamente con su cónyuge, pero, residir con hijos, ser viudo o vivir solo tiene relación positiva con la calidad de vida.

Palabras clave: Enfermería; calidad de vida; familia; anciano.

INTRODUÇÃO

A velhice, considerada como uma etapa do ciclo da vida, hoje é alcançada e desfrutada por uma parcela crescente da população brasileira, pois o acréscimo significati-

vo do número de idosos, nos últimos anos, é fruto do aumento da expectativa de vida e do acelerado envelhecimento populacional do país nas últimas décadas¹.

^IEnfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: aline.machado@gmail.com.

^{II}Enfermeira. Docente na Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Departamento de Enfermagem. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: jofaller@hotmail.com.

^{III}Enfermeira. Aluna não regular do mestrado em enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: anacarla_borghi@hotmail.com.

^{IV}Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem na Universidade Estadual de Maringá. Departamento de Enfermagem. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: soniasilva.marcon@gmail.com.

^VEnfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental. Docente da Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá. Departamento de Enfermagem. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: ligiacarreira@hotmail.com.

Esse crescente número de idosos reforça a criação de políticas dirigidas especificamente para esse segmento etário, que devem ser elaboradas e implementadas com urgência, caso se queira evitar uma catástrofe anunciada. Modelos inovadores de atenção, como os centros de convivência, têm se revelado alternativas com elevada relação custo/benefício e resultados encorajadores².

Outra iniciativa que demonstra bons resultados, desde a sua implantação, são as Universidades da Terceira Idade, as quais oferecem um campo de experimentação e assistência integralmente voltado para os desafios da terceira idade. Perante esse cenário de envolvimento social, a família se apresenta como ponto de referência em diversas situações e em todos os períodos da vida. Portanto, o viver bem, como significado de qualidade de vida, permite olhar a velhice sob a perspectiva de receber e de promover o próprio bem-estar³.

Diante do exposto, o objetivo do estudo foi avaliar a qualidade de vida de idosos participantes de uma Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI) e verificar se a composição familiar interfere na qualidade de vida.

REFERENCIAL TEÓRICO

As alterações observadas no processo de envelhecimento da vida constituem fatores de vulnerabilidade para processos patológicos⁴. Observa-se, portanto, um organismo fragilizado pelo processo de envelhecimento e ocorrência frequente de doenças crônicas, no entanto, a qualidade de vida do idoso é determinada principalmente pela garantia de autonomia e decisão sobre si e sua vida⁵. Acredita-se, assim, que para o cuidado ao idoso é necessário revelar e interpretar fatores ambientais, sociais e econômicos, e por meio dessas interfaces viabilizar um cuidado integral a essa clientela⁶.

Nesse sentido, o conceito para qualidade de vida (QV) se torna subjetivo, multidimensional e influenciado, de acordo com o significado de cada uma dessas dimensões para o sujeito⁷.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio do grupo de estudiosos em QV, a *World Health Organization Quality* (WHOQOL-Group), define QV como: “[...] a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”^{8:234}.

A inclusão social tem se mostrado uma estratégia eficiente para a melhoria das condições de vida dos idosos, na garantia da autonomia e da QV desses indivíduos⁹. No Brasil, o Serviço Social do Comércio (SESC) e a Legião Brasileira de Assistência (LBA) foram os pioneiros em implantar programas para ido-

sos não institucionalizados, a partir dos anos 60, na busca de contornar a ausência de papéis e a solidão dos idosos na sociedade, consideradas como alguns dos problemas de quem envelhece. Outra experiência foi a criação da UnATI. Vale ressaltar que a primeira UnATI foi criada em 1973, na cidade de Toulouse, na França¹⁰. No Brasil, deu-se início, em 1983, na Universidade Federal de Santa Catarina, e, em 1990, na Pontifícia Universidade Católica (PUC) de Campinas. A partir da década de 1990, multiplicaram-se os programas voltados para os idosos nas universidades brasileiras².

Na Universidade Estadual de Maringá (UEM), a UnATI/UEM iniciou suas atividades em março de 2010, embora já houvesse anteriormente um movimento pró-criação, com cursos na área de educação para a saúde, de arte e cultura, de conhecimentos sobre a terceira idade, de línguas estrangeiras, de informática e atividades físicas.

O ambiente acadêmico, tido tradicionalmente como um espaço para jovens, gerador de novos conhecimentos, novidades e juventude, mantém-se com essa proposta nas UnATIs, de modo a promover a autonomia dos idosos nas perspectivas de trocas intergeracionais ao integrá-los ao ambiente acadêmico¹⁰.

Contudo, uma relação direta, estreita e duradoura com a família é ponto primordial que favorece o êxito da participação social, pois a família é considerada como principal fonte de suporte, especialmente nos domicílios multigeracionais. Por isso, a qualidade das relações familiares se encontra associada à qualidade do cuidado e das condições de vida dos indivíduos¹¹.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem quantitativa, realizado no município de Maringá, no Noroeste do Paraná. Segundo dados do último censo, o município de Maringá possui 349.860 habitantes, em que aproximadamente 10,45% da população se encontra acima dos 60 anos, ou seja, 36.560 indivíduos¹².

Para a definição do tamanho amostral, considerou-se o número de alunos matriculados na UnATI (325 alunos), adotando 90% de confiança e erro de estimativa de 10%, acrescidos de 20% para possíveis perdas, obtendo-se uma amostra de 67 idosos. Os critérios de inclusão adotados foram: idade igual ou superior a 60 anos, estar matriculado e frequentar regularmente as atividades da UnATI e aceitar participar da pesquisa.

Os dados foram coletados no período de abril a setembro de 2010, no *campus* da UEM, por meio de três instrumentos: um questionário sociodemográfico e outros dois instrumentos para avaliar a percepção do indivíduo sobre qualidade de vida, o *World Health*

Organization Quality of Life - Old (WHOQOL-OLD) e *World Health Organization Quality of Life - Bref* (WHOQOL-BREF), ambos propostos pela OMS e validados no Brasil^{7,13}.

O instrumento WHOQOL-OLD é constituído de 24 itens, os quais englobam seis facetas: *funcionamento do sensorio* (FS), *autonomia* (AUT), *atividades passadas, presentes e futuras* (PPF), *participação social* (PS), *morte e morrer* (MM) e *intimidade* (INT). As respostas são apresentadas em escala de *Likert* com cinco pontos. Os escores dessas seis facetas ou os valores dos 24 itens do módulo são combinados para produzir um escore geral (*global*) para a qualidade de vida em adultos idosos. O WHOQOL-BREF é composto por quatro domínios: *físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente*, representados por 26 questões, também em escala de *Likert*^{7,13}.

O tratamento estatístico dos dados se deu pela utilização do *Programa Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 18.0. A análise foi descritiva e frequencial, com os testes de *Gamma* e *Spearman rho* para correlação entre as variáveis. Considerou-se associação significativa entre variáveis quando $p < 0,05$.

O desenho do estudo obedeceu aos preceitos éticos disciplinados pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e obteve parecer favorável junto ao Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UEM (Parecer nº 139/2010). Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, em duas vias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria dos idosos em estudo é do sexo feminino (63,3%), casada (61,2%) e está na faixa etária entre 60 e 69 anos (82,1%), conforme mostra a Tabela 1. A feminização do envelhecimento foi confirmada no estudo, o que provavelmente está relacionado à maior longevidade observada nas mulheres e também à sua maior disposição para envolvimento em atividades sociais⁹.

Essa predominância da mulher em idades mais avançadas tem sido atribuída à menor exposição a determinados fatores de risco, notadamente no trabalho; à menor prevalência de tabagismo e álcool; ao comportamento diferenciado quando comparada ao homem, em relação a doenças e incapacidades e, por último, a uma maior cobertura de assistência gineco-obstétrica¹¹.

A maior ocorrência de idosos jovens também tem sido revelado com alunos de UnATIs em outras localidades brasileiras¹³. Fato bem diferente do que acontece nos países desenvolvidos, onde a concentração nas Universidades da Terceira Idade ocorre no grupo de 80 anos ou mais¹⁴.

TABELA 1: Caracterização dos idosos em estudo, segundo variáveis demográficas. Maringá – PR, 2010 (N=67).

Variáveis	f	%	Variáveis	f	%
Sexo			Atividade extra remunerada		
Masculino	25	37	Não	46	69
Feminino	42	63	Sim	20	30
			Não respondeu	1	1,5
Faixa etária			Renda familiar		
60 a 69 anos	55	82	1 a 3 salários	22	33
70 a 79 anos	9	13	> 3 e ≤ 5 salários	20	30
80 a 89 anos	3	4,5	> 5 e ≤ 7 salários	8	12
			> 7 salários	17	25
Estado Civil			Escolaridade		
Solteiro	11	16	Somente alfabetizado	1	1,5
Casado	41	61	Elementar incompleto	7	10
Separado	1	1,5	Elementar completo	6	9
Viúvo	14	21	Médio 1º ciclo	4	6
Aposentado			Médio 2º ciclo	29	43
Não	8	12	Superior	20	30
Sim	57	88			

Embora apenas três indivíduos sejam octogenários, a participação deles indica que esse grupo também pode ser ativo e participar em diversas atividades culturais e educacionais. Nessa faixa etária, sintomas relacionados à depressão são mais frequentes⁵, por isso a participação de idosos mais longevos nas UnATIs constitui um fator positivo, à medida que favorece a manutenção do convívio social, e consequentemente, melhora na QV.

A alta escolaridade identificada nessa amostra contrasta com a vagarosa redução nas proporções de analfabetismo, observada nos últimos anos, e com a escassez de idosos no Brasil que possuam escolaridade mais alta¹⁰. Em aspectos gerais, escolaridade e qualidade de vida têm relação positiva. Acredita-se que isso se deva ao melhor acesso a serviços de saúde, a estímulos cognitivos e mentais, à melhor participação e adaptação social e ao desenvolvimento intelectual^{1,9,15}.

Entre os idosos pesquisados, identificou-se discreta predominância de renda familiar de um a três salários mínimos em 22 (32,8%) idosos, no entanto, ao analisar o percentual cumulativo de famílias com renda superior a cinco salários mínimos, obteve-se 25 (37,3%), de acordo com a Tabela 1.

Cabe salientar que apenas um idoso referiu ter atividade remunerada além da aposentadoria, o que difere da realidade nacional, que, quando comparada aos padrões internacionais, possui índices altos de idosos no mercado de trabalho. No Brasil, o fato de os idosos possuírem outras atividades remunerativas além da aposentadoria, tem sido atribuído à baixa remuneração salarial e, em especial, à necessidade de agregação na renda familiar¹⁶.

O escore médio da qualidade de vida dos idosos em estudo, conforme WHOQOL-OLD, foi de 70,81 (±11,36) e do WHOQOL-BREF de 68,57 (±11,96), como evidenciado na Tabela 2. Estudos que aplicaram esses mesmos instrumentos, ora encontram resultados semelhantes¹, ora divergentes^{4,16,17}, provavelmente em função dos diferentes perfis da população estudada.

TABELA 2: Escores alcançados em cada um dos domínios do WHOQOL-OLD e WHOQOL-BREF de acordo com a faixa etária dos participantes da UnATI/UEM. Maringá-PR, 2010.

	Faixa etária			
	60 a 69 anos m±dp	70 a 79 anos m±dp	Acima 80 anos m±dp	Total m±dp
WHOQOL-OLD				
Funcionamento do sensorio	80,00 ± 15,18	78,47 ± 17,70	72,91 ± 21,94	79,47 ± 15,60
Autonomia	64,77 ± 17,06	70,83 ± 21,42	58,33 ± 03,60	65,29 ± 17,34
Atividades passadas, presente e futuras	68,75 ± 15,91	82,63 ± 13,17	68,75 ± 22,53	70,61 ± 16,32
Participação social	70,45 ± 14,55	77,77 ± 13,29	81,25 ± 18,75	71,92 ± 14,69
Morte e morrer	70,90 ± 23,79	78,47 ± 15,34	87,5 ± 16,53	72,66 ± 22,73
Intimidade	66,93 ± 18,14	59,72 ± 20,98	43,75 ± 22,53	64,92 ± 19,12
Geral	70,30 ± 11,68	74,65 ± 10,24	68,75 ± 08,90	70,81 ± 11,36
WHOQOL-BREF				
Físico	77,19 11,13	79,62 07,04	86,11 14,63	77,92 10,85
Psicológico	71,66 16,30	78,24 08,53	70,83 21,65	72,51 15,67
Relações sociais	68,78 19,78	80,55 13,81	66,66 16,66	70,27 19,20
Meio ambiente	66,93 17,80	75,00 11,85	68,75 19,51	68,09 17,19
Geral	67,60 12,37	73,93 6,63	70,19 15,88	68,57 11,96

Como o escopo principal era correlacionar à estrutura familiar, utilizou-se o teste *Gamma*, cruzando-se a variável *estado civil*. Os dados indicaram significância estatística nos indivíduos casados com a faceta *passado, presente e futuro* (PPF) ($p = 0,007$), porém sua correlação foi negativa ($\gamma = -0,408$), o que indica que a QV desses idosos, referente à satisfação sobre conquistas na vida e anseios, tende a diminuir. Em contrapartida, o *score* de PPF tende a ser maior quando o estado civil é solteiro ($p = 0,001/\gamma = 0,616$) e viúvo ($\gamma = 0,616/p = 0,001$), em que apresentaram nível de significância excelente e correlação positiva, segundo a Tabela 3.

A influência negativa do casamento na QV pode ser compreendida ao se considerar que algumas relações se baseiam na subordinação da mulher, sendo, nesse caso, a viuvez o momento de libertação e satisfação de seus anseios pessoais^{1,9}. Essa libertação permitiria o aumento da autonomia e a realização em atividades de vida presente e futura, com consequente aumento da qualidade de vida global.

Outro dado relevante identificado está relacionado à característica familiar, pois, para indivíduos que residem somente com o cônjuge, o escore geral do WHOQOL-OLD apresentou significância ($p = 0,018$), mas correlação negativa ($\gamma = -0,321$). A mesma relação ocorreu com as facetas AUT ($p = 0,012/\gamma = -0,369$) e PPF ($p = 0,045/\gamma = -0,325$), conforme mostra a Tabela 3. Isso indica que a QV desses indivíduos tende a ser menor na ausência dos outros membros da família.

Por outro lado, os idosos que residem na família nuclear (com cônjuge e filhos) obtiveram significância estatística e correlação positiva na faceta FS ($p = 0,004/\gamma = 0,522$). Já para os indivíduos que residem

sozinhos, o domínio PPF ($p = 0,034/\gamma = 0,388$) foi estatisticamente significativo.

A elevada frequência de indivíduos casados na amostra (61,2%) poderia ser preditiva de elevados escores de QV, ao considerar que há maior afetividade, companheirismo, corresponsabilização do cuidado e maior regularidade e satisfação nas relações sexuais desses indivíduos^{4,9,18}, de modo que demonstrasse melhor satisfação com a vida, o que não foi comprovado.

Em geral, idosos que residem com a família, como identificado neste estudo, e que compõem famílias nucleares, são indivíduos mais ativos, participativos e que se mantêm ocupados em diferentes tarefas. Esse padrão de comportamento resultará em menor procura por serviços de saúde quando comparado àqueles que têm poucas atividades para preencher o tempo e não moram com seus familiares^{19,20}.

O suporte familiar contribui de maneira significativa para a manutenção e a integridade física e psicológica do indivíduo e é tido como benéfico para o membro da família que o recebe, na medida em que é percebido como disponível e satisfatório¹¹. Por isso, somente o estado civil do idoso não explica plenamente como são as relações familiares vivenciadas por eles, o que revelaria o quão satisfeito estão ou não com essas relações.

Estudo, realizado com o objetivo de investigar a prevalência de sintomas depressivos em idosos, constatou que a melhoria da qualidade de vida do idoso está associada ao tipo de arranjo familiar configurado pela presença de diferentes gerações (idoso/filhos)⁹. Esse benefício é atribuído, principalmente, à interação social que ocorre entre os familiares. Ou seja, pessoas idosas integradas às suas famílias e ao seu meio social têm maiores chances de sobrevivência,

TABELA 3: Distribuição dos idosos em estudo segundo variáveis sociodemográficas e a proporção de adequação alcançada em cada um dos domínios do WHOQOL-OLD. UnATI/UEM. Maringá-PR, 2010.

		Domínios de Qualidade de Vida Total ^(*)						
		FS	AUT	PPF	PS	MM	INT	Geral
Estado civil								
Solteiro	p	0,118	0,425	0,402	0,605	0,972	0,201	0,617
	y	-0,369	-0,149	-0,149	-0,109	0,007	-0,238	-0,104
Casado	p	0,126	0,786	0,007 ^(*)	0,472	0,08	0,324	0,255
	y	0,254	-0,044	-0,408	-0,12	-0,273	0,156	-0,178
Viúvo	p	0,981	0,578	0,001 ^(*)	0,953	0,097	0,988	0,167
	y	0,005	0,117	0,616 ^(**)	-0,012	0,313	0,003	0,265
Reside com								
Cônjuge	p	0,567	0,012 ^(*)	0,045 ^(*)	0,351	0,413	0,357	0,018 ^(*)
	y	-0,092	-0,369	-0,325	-0,149	-0,127	-0,144	-0,321
Filho	p	0,315	0,889	0,017 ^(*)	0,577	0,544	0,755	0,46
	y	-0,232	0,03	0,498 ^(**)	0,127	0,132	0,059	0,145
Só	p	0,935	0,158	0,034 ^(*)	0,301	0,068	0,771	0,055
	y	-0,016	0,258	0,388 ^(**)	0,199	0,338	-0,055	0,34
Cônjuge e filhos	p	0,004 ^(*)	0,075	0,267	0,96	0,676	0,141	0,28
	y	0,552 ^(**)	0,355	-0,199	0,01	-0,088	0,323	0,2
Renda								
	p	0,005 ^(*)	0,003 ^(*)	0,762	0,000 ^(*)	0,184	0,343	0,008 ^(*)
	y	0,341 ^(**)	0,358 ^(**)	0,038	0,454 ^(**)	0,164	0,118	0,322 ^(**)

^(*) Nível descritivo para o Gamma que apresentaram significância estatística (p<0,05)

^(**) Nível descritivo para o Gamma para correlação positiva (y entre 0,00 e 1,00).

além de concentrar melhor capacidade de se recuperar de doenças, sendo o isolamento social fator de risco para a morbimortalidade¹¹. Uma qualidade de vida satisfatória na velhice, portanto, resulta da qualidade da interação entre as pessoas e a vivência em uma sociedade em constante mudança.

A qualidade da interação social dos idosos é percebida pelo elevado escore (71,92 + 14,69) obtido na faceta *participação social* (PS), que foi, inclusive, superior ao escore geral do instrumento. É interessante observar que quanto maior a faixa etária, maior foi o valor obtido nesse item, ainda que não tenha havido indicação estatística de relação entre essas variáveis.

A participação em atividades sociais faz com que os indivíduos desenvolvam um sentimento de utilidade, assim como a inserção em um grupo social favorece o bem-estar e reforça o estado existencial do idoso⁹. Talvez de maneira intuitiva, os idosos de um estudo na Espanha relataram que gostariam de participar de atividades sociais para melhoria de sua qualidade de vida¹⁹. Nesse sentido, a proposição e implementação de políticas públicas que promovam a interação social do idoso, a exemplo das UnATIs, são necessárias e permitem a tal indivíduo novas perspectivas no tocante ao seu papel na sociedade⁹.

Outro aspecto a ser ressaltado é quanto às perdas, frequentemente vivenciadas pelo idoso, que podem ser fisiológicas, financeiras ou pessoais, como, por exemplo, o falecimento de amigo ou familiar⁸. Essa proximidade do indivíduo com perdas faz com que ele reflita sobre a possibilidade da própria morte e isso, por sua vez, constitui um forte fator estressor²¹. Contudo, o escore da faceta *morte e morrer* (MM) (72,62 ± 22,73) apresentou

escore superior ao escore geral e à PS, e maior desvio padrão que todas as demais facetas. O modo como o ser humano elabora o luto e se prepara para a própria morte é particular a cada indivíduo e depende de muitos fatores, como a crença religiosa, as vivências anteriores de luto e os aspectos culturais, psicológicos e físicos²¹.

A faceta *intimidade* (INT), que avalia a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas, apresentou o menor escore (69,92 ± 19,12) e está relacionada às vivências e crenças construídas ao longo da vida. A intimidade para os indivíduos maiores de 60 anos é um tema agregado a preconceitos, existindo no imaginário popular o mito do idoso assexuado. Ainda que seja observada uma redução na atividade sexual e alterações físicas que não contemplem padrões estéticos vigentes, a capacidade orgástica e a libido não se modificam, principalmente quando a saúde se encontra em boas condições⁹.

O escore alcançado no domínio PPF (82,63) foi o segundo mais elevado. Alguns compromissos, como cuidar dos filhos e ser responsável pela manutenção da família, a partir dos 60 anos, já não são fontes de preocupações. A interpretação que esses idosos fazem da relação entre seu passado, presente e futuro pode ser marcada por um contexto histórico, social e cultural, no qual as lembranças do passado voltam a emergir e revelar a importância da sua história de vida e das experiências adquiridas²¹.

Os valores de QV, identificados por meio dos instrumentos WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, sugerem uma boa QV para os idosos em estudo, fato que se deve ao envolvimento ativo destes na sociedade. Essa condição os incentiva a manter e preservar a autonomia e independência, a conquistar um novo sentido de vida, a

ampliar conhecimentos e a melhorar a autopercepção. Dessa forma, as atividades em grupos com pessoas da mesma geração, aliadas às boas relações familiares, favorecem a boa qualidade de vida, porque possibilitam a construção de novos significados e novas amizades¹⁷.

Profissionais da área da saúde, especialmente enfermeiros, precisam desenvolver um processo reflexivo, de modo a identificar os determinantes de QV entre os idosos, favorecendo assim as chances de uma velhice saudável. Para isso, deve-se ter uma visão sistêmica e integral do idoso, de sua família e da comunidade onde este está inserido, capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutive, e que envolva ações de promoção, prevenção e reabilitação daqueles envolvidos no processo de cuidar⁹.

CONCLUSÃO

Neste estudo, verificou-se que a maioria dos idosos é do sexo feminino, casado, encontra-se na faixa etária de 60 a 69 anos e possui alto nível de escolaridade. A associação desses fatores com a participação na UnATI permitiu a tais indivíduos o alcance de maiores escores relacionados a uma melhor qualidade de vida, o que difere da realidade encontrada na maioria dos idosos brasileiros.

Os resultados mostraram ainda que morar em família, porém sem a presença do cônjuge, é fator de risco para a qualidade de vida desses idosos e, de modo contrário, idosos que residem em famílias do tipo nuclear têm uma relação positiva quando se avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na qualidade de vida.

Diante dos achados, conclui-se que os instrumentos utilizados na coleta de dados foram eficazes na avaliação da qualidade de vida de idosos frequentadores da UnATI e sua relação com a composição familiar, permitindo inferir que a inserção do idoso em atividades sociais promove sua qualidade de vida, ao passo que a estrutura familiar e suas relações constituem reflexo do bem-estar que o idoso experimenta ao ser inserido de forma participativa em seu contexto social.

REFERÊNCIAS

- Alexandre TS, Cordeiro RCI, Ramos LR. Factors associated to quality of life in active elderly. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43:613-21.
- Veras R, Caldas CP. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Ciênc saúde coletiva*. 2004; 9:423-32.
- Meirelles BHS, Arruda C, Simon E, Vieira FMA, Cortezi MDV, Natividade MSL. Condições associadas à qualidade de vida dos idosos com doença crônica. *Cogitare Enferm*. 2010; 15:433-40.
- Tavares DMS, Côrtes RM, Dias FA. Qualidade de vida e comorbidades entre os idosos diabéticos. *Rev enferm UERJ*. 2010; 18:97-103.
- Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43:548-54.
- Romero AD, Silva MJ, Silva ARV, Freitas RWJF, Damasceno MMC. Características de uma população de idosos hipertensos atendida numa unidade de saúde da família. *Rev RENE*. 2010; 11:72-8.
- Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40:785-91.
- Campo MO, Rodrigues Neto JF. Qualidade de vida, um instrumento para promoção da saúde. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2008; 32:232-40.
- Fernandes MGM, Nascimento NFS, Costa KNFM. Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. *Rev RENE*. 2010; 11:19-27.
- Vellas P. As oportunidades da terceira idade. Tradução de Claudio Stieljes e Regina Taam. Maringá (PR): Eduem; 2009.
- Torres GV, Reis LA, Reis LA, Fernandes MH. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. *J Bras Psiquiatr*. 2009; 58:39-44.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Censo demográfico. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
- Fleck MPA, Lousada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-BREF. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34:178-83.
- Sousa AI, Silver LD. Perfil sociodemográfico e estado de saúde auto-referido entre idosos de uma localidade de baixa renda. *Esc Anna Nery*. 2008; 12:706-16.
- Carneiro RS, Falcone E, Clark C, Prette ZD, Prette AD. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2007; 20:229-37.
- Robazzi MLCC, Marziale MHP, Rodrigues RAP, Silveira CA, Alves LA. Acidentes e agravos à saúde dos idosos nos ambientes de trabalho. *Rev enferm UERJ*. 2009; 17:309-14.
- Irigaray T. Dimensões de personalidade, qualidade de vida e depressão em idosos da Universidade para Terceira Idade (UNATI/UFRGS) [dissertação de mestrado]. Porto Alegre (RS): Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2006.
- Martins JJ, Nascimento ERP, Erdmann AL, Candemil MC, Belaver GM. O cuidado no contexto domiciliar: o discurso de idosos/familiares e profissionais. *Rev enferm UERJ*. 2009; 17:556-62.
- Mejía BEB, Merchán MEP. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2007; 12:11-24.
- Pino M, Ricoy MC, Portela J. Evaluación sobre las características del proceso de envejecimiento através de relatos de vida. *Interface - Comunic, Saude, Educ*. 2009; 13:369-82.
- Frumi C, Celich KLS. O olhar do idoso frente ao envelhecimento e à morte. *Rev Bras Ciênc Envelh Hum*. 2006; 3:92-100.