

Qualidade de Vida de idosos de um grupo de convivência com a mensuração da escala de Flanagan.

The Quality of Life of the Elderly in a senior friendly community: measurements with Flanagan's scale.

Kátia J. Galisteu¹; Solange D. Facundim¹; Rita de Cássia H M. Ribeiro^{1,2}; Zaida A.S.G. Soler³

¹Enfermeira, docente do Curso de Graduação em enfermagem*, ²Mestre em Ciências da Saúde, pós-graduanda de doutorado*, ³Enfermeira, doutora em enfermagem, docente e orientadora*.

*Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Resumo A Qualidade de Vida é uma preocupação constante do ser humano. Nos dias atuais existe um cuidado na atenção à saúde do idoso, abrangendo as condições biológicas, psicológicas e a sócio-cultural, sendo que os grupos de convivência procuram resgatar com as suas atividades a Qualidade de Vida desses indivíduos. O objetivo deste estudo foi caracterizar idosos, sócios de um clube da terceira idade de Nova Granada, SP, e avaliar sua Qualidade de Vida (QV) segundo a escala proposta por Flanagan. Essa escala tem escores entre um e sete e baseia-se em cinco conceitos: bem-estar físico e material; relações com outras pessoas; atividades sociais; comunitárias e cívicas; desenvolvimento e realização pessoal, e recreação. A amostra foi constituída de 40 idosos, participantes assíduos de reuniões semanais no clube da terceira idade. Os resultados demonstraram que a maioria era mulher, viúva, aposentada, sem atividade ocupacional remunerada. A avaliação da QV foi satisfatória, com maior escore na dimensão recreação e escore mais baixo na dimensão desenvolvimento pessoal e realização. Os idosos do grupo de convivência relataram a importância da participação no clube da terceira idade, principalmente na melhora da sua Qualidade de Vida.

Palavras-chave Qualidade de Vida; Idoso; Saúde do Idoso.

Abstract Quality of life has always been a constant concern of the human being. Nowadays there is a special concern related to the health of the elderly comprising biological, psychological, and socio-cultural conditions. Senior friendly communities offer a wide range of social and economic opportunities and supports for all citizens and at the same time promote the return of the elders' quality of life through various activities. This study aimed to characterize elderly members of a third age club in Nova Granada, São Paulo State, as well as to evaluate their quality of life according to Flanagan's scale. The Flanagan's scale scores ranges from 1 to 7 and is based on 5 concepts: material and physical well-being; relationship with other people; social, friendly and civic activities; personal development and accomplishments; and recreation. The sample comprised 40 elderly who have been frequently attending weekly meetings at the third age club. The results showed that the majority of them were women, widowed, and retired with no paid occupational activities. The evaluation of the quality of life was satisfactory. The recreational issue had higher Flanagan's scale score, and personal development and accomplishment issues had lower Flanagan's scale score. These elderly from this senior friendly community reported the importance of their participation in this third age club especially in the improvement of their quality of life.

Keywords Quality of life; Aged; Aging Health.

Introdução

A Qualidade de Vida (QV) é uma preocupação constante do ser humano desde o início de sua existência. Nos dias atuais, há um movimento mundial de busca contínua de vida saudável, como também do bem-estar bio-psicosocial com atenção às condições de vida, relacionado a aspectos de saúde, de moradia, de educação, de lazer, de transporte, de liberdade, de trabalho, de auto-estima, entre outras ¹.

O conceito de QV varia de acordo com a visão de cada indivíduo, sendo considerada como unidimensional para uns e como multidimensional para outros. Baseia-se em três princípios fundamentais: capacidade funcional, nível sócio-econômico e satisfação, além de poder ser vinculada a componentes como

capacidade física, estado emocional, interação social, atividade intelectual, situação econômica e auto-proteção de saúde ^{2,3,4}. Considerando a QV no âmbito da velhice, destaca-se que está intimamente relacionada à manutenção da autonomia nessa fase da vida. No idoso que mantém sua capacidade funcional, sua autonomia pode ser percebida no desempenho das atividades de vida diária, o que não é verificável entre idosos dependentes de outras pessoas ⁵.

A longevidade humana é uma questão debatida por diversos estudiosos de todas as sociedades desenvolvidas ou em desenvolvimento. Todos são unânimes em afirmar que se as pessoas idosas forem tratadas com dignidade e encorajadas a tomar decisões mantendo sua autonomia, a qualidade de suas vidas será ampliada ^{6,23}.

O marco cronológico da velhice, no ciclo vital humano é definido a partir dos 60 anos nos países em desenvolvimento. Inicia-se aos 65 anos em indivíduos de países desenvolvidos, pois têm condições vitais melhores e, assim, maiores expectativas de vida. No entanto, o envelhecimento não começa repentinamente aos 60 anos, mas consiste no acúmulo de interações de processos sociais, biológicos e comportamentais no transcorrer da vida humana^{7,16}.

A serenidade e a satisfação na condição de vida do idoso dependem do componente psicológico bem-sucedido, da capacidade de adaptação às perdas físicas, sociais e emocionais. Como as mudanças no padrão de vida são inevitáveis com a idade, o idoso obrigatoriamente tem que desenvolver a capacidade de enfrentamento, ao vivenciar estresses e mudanças. Em países como o Japão e os Estados Unidos da América, os idosos ocupam papéis e tarefas cada vez mais importantes na sociedade, enquanto que em algumas culturas, geralmente seu papel dentro da sociedade é relegado ao segundo plano. Para melhorar a Qualidade de Vida do idoso deve-se incentivá-lo a exercer papéis significativos, modificando o estereótipo que envelhecer é um sinônimo de inatividade^{5,8,22}. Conceituar Qualidade de Vida e sua medida é difícil e subjetivo, pois existe influência de valores culturais, éticos, religiosos e de percepções pessoais^{3,9,10,21}. Considerando a dimensão e os vários significados associados à definição de QV, observados no âmbito de diversas disciplinas, Flanagan (2000) propôs uma escala para avaliar tal conceito, que é bastante utilizada nos Estados Unidos da América, pela validade e pela confiabilidade de seus achados. Essa escala abrange o grau de satisfação individual, percebido com relação a cinco dimensões da vida: bem-estar físico e material; relacionamentos; atividades sociais, comunitárias e cívicas; desenvolvimento e realização pessoal e recreação¹¹.

Numa aproximação entre a concepção de QV proposta por Flanagan com a literatura pertinente, têm-se os seguintes significados: bem-estar refere-se à boa disposição física, conforto, tranquilidade; relacionamento compreende ligação afetiva, condicionada por uma série de atitudes recíprocas; atividade é definida como comportamentos emitidos como resposta a eventos, que atuam sobre a competência funcional do indivíduo; autodesenvolvimento consiste na auto-aceitação, relações positivas com outros, autonomia, senso de domínio e busca de metas e recreação compreende as atividades de distração de significado individual e social^{12,14}.

Avaliar a QV do idoso exige a adoção de múltiplos critérios, de natureza biológica, psicológica e sócio-estrutural, pois vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, status social, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos¹³.

Tem muita pertinência a utilização da escala de Flanagan para avaliação da QV do idoso, pois contempla critérios de avaliação mistos que permitem clarificar aspectos intersubjetivos, com maior probabilidade de ocorrência em idosos quando comparados a adultos jovens, nos casos de doenças, perda de papéis ocupacionais e perdas afetivas¹.

Assim, avaliar as condições de vida do idoso reveste-se de grande importância científica e social, por permitir alternativas válidas de intervenção em programas de saúde, políticos e

sociais. O intuito do grupo de convivência é promover o bem-estar das pessoas na terceira idade, particularmente em nosso contexto social, onde os atuais idosos são aqueles que conseguiram sobreviver às condições adversas¹⁵.

Considerando-se a importância da avaliação da Qualidade de Vida de idosos em um grupo de convivência, elaborou-se o presente trabalho que teve como objetivos: caracterizar os idosos do Clube da Terceira idade "Recordar e Viver"; Avaliar a Qualidade de Vida, por meio da Escala de Qualidade de Vida proposta por Flanagan (E.Q.V.), para os idosos.

Material e Método

Este estudo foi do tipo inquérito descritivo realizado em um grupo de idosos pertencentes ao Clube da Terceira Idade "Recordar e Viver", localizado na cidade de Nova Granada/SP. O clube é composto de 122 sócios com idade acima de 60 anos. Desses, foram selecionados 40 idosos que participavam assiduamente das reuniões semanais no clube, e que tinham condições de responder o instrumento, inclusive à questão aberta (os alfabetizados, e os sem restrições físicas e mentais). Nesse clube, participam idosos que realizam eventos como bailes, viagens, coral, confraternizações, crochê, organização e manutenção do clube, momento cultural, doações e auxílio gratuito ou outras atividades propostas nas reuniões. Os dados foram coletados no período de 03 de agosto a 15 de outubro de 2004.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) e, assim, iniciou-se a coleta de dados com os idosos que consentiram em participar.

Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário estruturado composto de duas partes: a primeira parte de dados foi composta de dados sócio-demográficos dos sujeitos do estudo e a outra com dados da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan¹⁷. Foram enfocadas as cinco dimensões de vida: bem-estar físico e material; relações com outras pessoas; atividades sociais, comunitárias e cívicas; desenvolvimento pessoal e recreação. Essas dimensões são mensuradas com quinze itens nos quais o respondente tinha opções de resposta, que vai de "muito insatisfeito" (score 1) até "muito satisfeito" (score 7). A pontuação máxima alcançada na avaliação de Qualidade de Vida proposta por Flanagan¹⁷ era de 105 pontos e a mínima de 15 pontos, que refletem baixa qualidade de vida.

Essa escala foi traduzida para o português em 1998, usada por Hashimoto desde 1996¹¹. Vários autores já aplicaram a escala numa amostra aleatória relativamente extensa e heterogênea e observaram alta credibilidade do instrumento. Em pesquisa realizada em 1996, essa escala foi utilizada em idosos¹¹. Verificou-se um bom nível de confiabilidade, aspecto que contribuiu para a decisão do uso do referido instrumento nessa pesquisa. Todos os dados compilados foram lançados em planilha eletrônica por meio do programa Excel (Marca registrada Microsoft).

Os dados obtidos neste estudo foram agrupados, segundo a especificidade das respostas e os objetivos definidos, sendo apresentados em forma de Tabelas e analisados por índices absolutos e percentuais.

Resultados

Dos 40 idosos estudados, a maioria tinha idade mínima de 60 anos e máxima de 77 anos. A idade média do grupo pesquisado foi de 68,8 anos, que está próximo da expectativa média de vida

do brasileiro na atualidade.

No que se refere à caracterização dos participantes do estudo, foram investigados o sexo, estado civil, aposentadoria e trabalho (Tabela 1). Pode-se observar a predominância de mulheres (75%) no grupo estudado. Com relação ao estado civil, os viúvos predominaram nessa amostra com 45,5%, seguidos pelos casados com 42,5%.

Quanto à atividade atual, 35% eram aposentados e 27,5% desempenhavam alguma atividade ocupacional com fins lucrativos, com intuito de aumentar a renda familiar.

Tabela 1 - Características dos idosos estudados. Nova Granada/SP, 2004.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	N	%
Sexo		
Masculino	10	25
Feminino	30	75
Total	40	100
Estado civil		
Solteiro	01	2,5
Casado	17	42,5
Viúvo	18	45
Separado	04	10
Total	40	100
SITUAÇÃO LABORAL		
Aposentado	30	75
Trabalho	11	27,5

Na Tabela 2 estão os escores da Escala de Flanagan sobre QV dos idosos estudados. O significado dos escores maiores, de Qualidade de Vida na dimensão recreação, mais especificamente no item recreação ativa, no qual o escore médio encontrado foi de 6,7.

O escore mais baixo foi na dimensão desenvolvimento pessoal e realização, no item aprendizagem, com escore de 4,8.

Tabela 2 – Escores médios desvios-padrão relativos aos quinze itens de EQV de Flanagan verificados entre os idosos do estudo. Nova Granada/SP, 2004.

DIMENSÕES/ITENS	ESCORE	
	MÉDIA	DP*
1, Bem estar físico e material		
Conforto Material	6,2	0,8
Saúde	5,9	1,2
2, Relação com outras pessoas		
Relação com parentes	6,5	0,7
Ter e criar filhos íntimo	6,1	1,7
Amigos	5,3	2,0
3, Atividades Sociais, comunitárias e cívicas		
Ajuda	6,4	0,8
Participação	5,7	1,3
4, Desenvolvimento pessoal e realização		
Aprendizagem	4,8	1,4
Auto Conhecimento	6,0	1,0
Trabalho	6,0	1,6
Comunicação	6,0	1,2
5, Recreação		
Socialização “fazer amigos”	5,8	1,5
Recreação passiva	6,3	0,9
Recreação ativa	6,7	0,5

Discussão

Na caracterização dos sujeitos da pesquisa, constatou-se 75% de mulheres, o que confirma a tendência de estudos entre idosos, com menor participação masculina, sendo que dados do Brasil revelam que desde 1950 as mulheres possuem maior expectativa de vida. Em 1980, a expectativa de vida para os homens era de 59 anos, para as mulheres era de 65 anos, aumentando esta diferença entre os sexos para sete anos, em 1991^{11, 18, 19}.

Quanto à participação dos idosos do estudo no mercado de trabalho, verificou-se que 27,5% tinham atividade remunerada, mesmo entre aqueles que eram aposentados. O baixo valor dos rendimentos de aposentaria, ou pensão, faz com que os idosos retornem ao mercado de trabalho, geralmente no mercado informal, com baixa remuneração, carga horária extensa e sem registro em carteira²⁰.

Em relação à Qualidade de Vida, os sujeitos deste estudo, relataram na maioria ser satisfatória. Pelos escores obtidos nas cinco dimensões, e dos 15 itens propostos por Flanagan¹⁷, neste estudo os escores maiores foram no item recreação ativa (média de 6,7). Esses idosos apresentaram peculiaridades e expectativas próprias, de forma que a ordem de prioridade que eles concebem para a Qualidade de Vida é diferente daquela apresentada por outros indivíduos, inclusive da mesma faixa etária¹¹.

Dispositivos legais buscam preservar a Qualidade de Vida dos cidadãos, nas diferentes fases do ciclo vital. Está claro na Constituição Brasileira, quanto aos direitos sociais, em seu Art. 6º “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e a infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”. Assim, como outros cidadãos, os idosos têm direito de viver com dignidade e igualdade, sob as formas da lei²⁴.

Neste estudo, os idosos relatam os fatores que interferem na Qualidade de Vida: ter um relacionamento com os parentes mais próximos, ter criado os filhos, ter relacionamento íntimo e conviver com amigos (Tabela 2). Alguns pesquisadores entendem Qualidade de Vida como sendo uma situação de status funcional e desempenho de funções, outros incluem aspectos como enfrentamento, habilidade, estilo de vida e auto-estima. Ainda, há autores que acreditam que a Qualidade de Vida, está relacionada ao nível de satisfação de necessidades²⁵.

A participação nas reuniões semanais do grupo da 3ª Idade, “Recordar e Viver” tem contribuído para o processo de realização pessoal destes idosos, resgatando a dignidade de viver, a capacidade de ser útil, e de sentir-se um membro importante para a continuidade do grupo. Os idosos mencionaram que a reunião semanal, mesmo com o número reduzido dos membros associados, faz com que os presentes (40) sejam reconhecidos como atuantes e comprometidos no fazer dos trabalhos em grupo, das atividades de lazer, melhorando sua Qualidade de Vida.

A saúde é um dos maiores recursos para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como, uma importante medida da Qualidade de Vida. Os parâmetros que predominam para a formação de normas de aferição da Qualidade de Vida, não são específicos, e se apresentam de maneira diferente para cada ser humano, já que este é um ser singular e a qualidade tem uma narrativa diferente para cada indivíduo²⁶.

A Qualidade de Vida deve ser compreendida como um conceito dinâmico, construído a partir da descrição e interpretação das relações dialéticas do indivíduo, com seu cotidiano social,

cultural, biológico, psicológico e físico. Esse é um conceito historicamente condicionado aos aspectos objetivos e subjetivos, interligados pela realidade social e que poderá apresentar equivalências, contradições e diferenças entre as pessoas. A Qualidade de Vida deve ser estudada para contribuir com a pesquisa, com os profissionais que cuidam de seres humanos, para que esses possam elaborar programas de atendimentos e cuidado à saúde de indivíduos e comunidades²⁷.

Os cuidados com a saúde têm sido considerados, tradicionalmente, medidas clínicas objetivas para a interpretação de resultados, tais como, a resposta biológica ao tratamento, as comorbidades e morbididades. Mais recentemente, em função da evolução de programas preventivos e terapêuticos nessa área, pesquisadores e profissionais têm descrito que indicadores subjetivos, ressaltando os que avaliam, analisam e permitem a interpretação da Qualidade de Vida²⁸. Assim, podemos notar que a Qualidade de Vida é compreendida como resultado de percepções individuais, podendo variar de acordo com a experiência da pessoa em um dado momento. Portanto, este trabalho corrobora com os dados da literatura, pois podemos confirmar tais afirmações acima citadas, com o grupo de convivência de idosos do estudo.

Conclusão

Os idosos do grupo de convivência foram identificados quanto às características sociais dos participantes, sendo que a maioria foi do sexo feminino, viúva, aposentada e não desempenhava funções remuneradas. A Qualidade de Vida desses idosos foi avaliada segundo a Escala de Flanagan. O escore da recreação ativa foi o mais valorizado pelos idosos e o escore mais baixo identificado no grupo, foi desenvolvimento pessoal e realização, no item aprendizagem. A utilização da Escala Flanagan mostrou ser um instrumento adequado para avaliação da Qualidade de Vida deste grupo de convivência, possibilitando que os idosos participantes deste estudo relatassem o grau de satisfação, por ser um instrumento de fácil compreensão. Trabalhos realizados com idosos são relevantes, tendo em vista que os dados demográficos demonstram um crescente número de idosos na sociedade. Relatos a respeito de projetos humanitários e científicos desenvolvidos, incluindo domínios inerentes ao conceito de Qualidade de Vida, níveis de independência, relacionamento social, possuem resultados funcionais da dinâmica integrada desses grupos de pessoas. Assim, consideramos que esse grupo de convivência de idosos demonstra com suas atividades, uma busca contínua de Qualidade de Vida para seus participantes.

Referências bibliográficas

1. Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MERM. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Rev Latinoam Enfermagem* 2002 nov./dez.;10(6):757-64.
2. González NM. Symposium de calidad de vida: generalidades, mediciones utilizadas en medicina, elementos que la componen. *Arch Reumatol* 1993;4(1):40-2.
3. Burckhardt CS, Anderson KL. The quality of life scale (QOLS): reliability, validity and utilization. *Health and Quality of Life Outcomes* 2003;1(1):60.
4. Lentz RA, Costenaro RGS, Gonçalves LHT, Nassar SM. O profissional de enfermagem e a qualidade de vida: uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan. *Rev Latinoam Enfermagem* 2000;8(4):7-14.

5. Sayeg MA. Envelhecimento bem sucedido e o autocuidado: algumas reflexões. *Arq Geriatria Gerontol* 1998 set./dez.;2(3):96-8.
6. Rodrigues RAP. Atividade educativa da enfermagem geriátrica: conscientização para o autocuidado das idosas que tiveram “queda” [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP; 1993.
7. Lessa I, organizador. O adulto brasileiro e doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1998.
8. Smeltzer SC, Barre BG. Assistência à saúde do idoso. In: *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. v.1, cap.12, p.122-53.
9. Gaíva MAM. Qualidade de vida e saúde. *Rev Enf UERJ* 1998 dez.;6(2):377-82.
10. Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. *Rev Saúde Pública* 1997;31(5):538-42.
11. Hashimoto H, Guedes SL, Pereira VC. O ostomizado e a qualidade de vida: abordagem fundamentada nas dimensões da qualidade de vida proposta por Flanagan [monografia]. São Paulo: Escola de Enfermagem/USP; 1996.
12. Nassar SM, Gonçalves LHT. A avaliação de uma medida de qualidade de vida. *Texto Contexto Enfermagem* 1999;8(3):99-110.
13. Gonçalves LHT, Dias MM, Liz TG. Qualidade de vida de idosos independentes segundo proposta de avaliação de Flanagan. *Mundo Saúde* 1999 jul./ago.;23(4):214-20.
14. Moragas RM. Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida. São Paulo: Paulinas; 1997.
15. Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará-UERJ; 1994.
16. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Ação Social. Plano de ação governamental integrado para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso. Brasília (DF): Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretaria de Ação Social; 1996.
17. Flanagan JC. Measurement of quality of life: current of art state. *Arch Phys Med Rehabil* 1982;23:56-9.
18. Derbert GG. As representações (estereótipos) do perfil do idoso na sociedade atual. In: *I Seminário Internacional Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século*; 1996; Brasília (DF). Anais. Brasília (DF): MPAS/SAS; 1996. p.35-45.
19. Berquó E. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: *I Seminário Internacional Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século*. Brasília (DF). Anais. Brasília (DF): MPAS/SAS; 1996. p.16-34.
20. Chamowicz F. Os idosos brasileiros no século XXI: demografia, saúde e sociedade. Belo Horizonte: Post-Graduate; 1998.
21. Araújo CDSF. Aspectos religiosos do idoso. In: *Petroiano A, Pimenta LG. Clínica e cirurgia geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara; 1999. p.8-9.
22. Ângelo M. O contexto familiar. In: *Duarte YAO, Diogo MID. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu; 2000. p.27-31.
23. Ribeiro RCHM. A condição de vida de idosos com insuficiência renal crônica em tratamento hemolítico [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP; 2000.
24. Brasil. República Federativa do Brasil. Constituição. Brasília (DF): Centro Gráfico; 1988.

25. Parse RR. Quality of life: sciencing and living the art of human becoming. Nurs Sci Q 1994;7(1):16-21.
26. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde. Cad Saúde Pública 2004 jul./ago.;20(4):1088-95.
27. Vila VSC. O significado de qualidade de vida: perspectivas de indivíduos revascularizados de seus familiares [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP; 2006.
28. Diniz DP, Schor N. Guia de medicina ambulatorial e hospitalar de qualidade de vida. São Paulo: Manole; 2006.

Correspondência:

Kátia Jaira Galisteu
Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416 – São Pedro
15090-000 – São José do Rio Preto-SP
Fone: (17)3201-5716
e-mail: katia@famerp.br

Não há conflito de interesse

TABELA