

EULER ESTEVES RIBEIRO

SAÚDE E CONTENTAMENTO

NA IDADE TARDIA

CULTURA



Edições
Governo do Estado

Copyright © Secretaria de Estado de Cultura, 2012

Coordenação Editorial
ANTÔNIO AUSIER RAMOS

Capa
ROBERTO LIMA

Projeto Gráfico e Diagramação
GRÁFICA ZILÓ LTDA

Revisão
SERGIO LUIZ PEREIRA

Normalização
EDIANA PALMA

Projeto Editorial - Versão Eletrônica
LUIZ FELIPE | KARLA COLARES

Catálogo da Fonte

R484s Ribeiro, Euler Esteves.

Saúde e contentamento na idade tardia / Euler Esteves Ribeiro. – Manaus: Governo do Estado do Amazonas – Secretaria de Estado de Cultura, 2012.
176p. : il. ; 14x21cm.

ISBN 978-85-65409-09-4.

1. Saúde – Qualidade de vida. 2. Gerontologia – Brasil. 3. Longevidade. I. Título.

CDD 613
CDU 613.98:612.68

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

11

CAPÍTULO 1

Qualidade de vida na idade tardia

13

13

CAPÍTULO 2

A audição e o Envelhecimento

27

27

CAPÍTULO 3

Uma contribuição da saúde coletiva para a prática Gerontológica

35

35

CAPÍTULO 4

Disfunções geriátricas: Uma breve revisão

41

41

CAPÍTULO 5

Perspectiva e realização no trabalho

61

61

CAPÍTULO 6

Sexualidade na idade tardia

69

69

CAPÍTULO 7

Relatos do envelhecimento em busca da longevidade

79

79

CAPÍTULO 8

Saúde e qualidade na mesa

87

87



CAPÍTULO 9

Qualidade de vida na sua vida

91

91



CAPÍTULO 10

Atendimento domiciliar ao idoso

97

97



CAPÍTULO 11

Alzheimer, ambiente e qualidade de vida

127

127



CAPÍTULO 12

Envelhecimento, vinho e qualidade de vida

141

141



CAPÍTULO 13

Enxergando a vida com qualidade

153

153



Introdução

Nunca se falou ou se escreveu tanto sobre Qualidade de Vida (QV) quanto nos últimos anos. O termo está na pena dos jornalistas, na aula dos professores, no sermão dos religiosos, na crônica dos intelectuais, no verso dos poetas, na portaria do burocrata, no discurso dos gerentes e principalmente na promessa dos políticos.

Isso não significa, entretanto, que a QV tenha melhorado. Na realidade, observa-se que, em vários aspectos, ela até se degradou, o que é lamentável, pois quando o tempo passado no trabalho é vivido de forma digna, o homem se sente feliz e transmite esse sentimento para os que lhe cercam, formando-se assim uma verdadeira corrente de felicidade.

Essa teia se inicia na família, que se beneficia da satisfação que o homem e a mulher levam a todas as pessoas da família e de seu ciclo de amizade. Os filhos, por sua vez, ao receberem essa satisfação de seus pais, irradiam-na também para seus amigos, colegas e professores, que se sentem contagiados e alimentam-na ainda mais, fazendo crescer e prosperar o contentamento.

Aspectos Conceituais e Históricos

Segundo Martin, Stockler (*apud* MINAYO *et. al.*, 20001), a QV dos indivíduos deveria ser analisada segundo três óticas distintas. A primeira delas seria o aspecto histórico, uma vez que, ao longo do tempo, os valores que determinam a QV em uma sociedade podem variar de acordo com os paradigmas vigentes no momento que ela está sendo analisada. A segunda forma de vislumbrar a QV seria levando em consideração os aspectos culturais, dada a diversidade de sociedades que existem no mundo. Assim, determinado conceito pode sofrer variações de uma sociedade para outra, o que não seria diferente quando o assunto tratado é o marco que aponta se o indivíduo tem ou não um bom nível de QV.

A terceira forma de analisar o grau de QV seria aquela que considera como primordiais as estratificações ou classes sociais. Estudiosos que analisaram os padrões diversos existentes entre as diferentes classes sociais perceberam que os índices determinantes de QV variam de acordo com os padrões dessas mesmas classes e

que o bem-estar pode estar ligado à passagem de uma classe inferior para uma superior.

Para abordar o tema Qualidade de Vida (QV), destacamos, inicialmente, os conceitos de Handy (1995, *apud* PASCHOAL, 2000): “Qualidade de vida significa muito mais do que apenas viver. [...] Por qualidade de vida entendemos o viver que é bom e compensador em pelo menos quatro áreas: social, afetiva, profissional e a que se refere à saúde [...]. O viver bem refere-se a ter uma vida bem equilibrada em todas as áreas.

Buscando avaliar a QV de um país ou região, os economistas utilizaram, durante algum tempo, apenas o conceito de renda *per capita*. Mais tarde, eles perceberam que esse conceito não envolvia o nível de desenvolvimento social, surgindo então o conceito de nível de vida ou padrão de vida, buscando abranger os aspectos econômicos e de desenvolvimento sociocultural. Na década de 70, apareceram termos como entender necessidades globais da população e promover o bem-estar geral (CASAS *apud* PASCHOAL, 2000).

Nos dias atuais, são utilizados, basicamente, dois índices. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), visando medir o padrão de alimentação, saúde, seguro de vida, conhecimento, condições de trabalho, segurança contra o crime, lazer e participação econômica, cultural e política, e o Índice de Desenvolvimento Social (IDS), que avalia os níveis de esperança de vida, grau de alfabetização e distribuição de renda de uma população.

Riano (1999, *apud* PASCHOAL, 2000) acredita que a origem do estudo sobre QV está na Medicina, relacionada ao tratamento de enfermos crônicos, estendendo-se para os campos da Psicologia e da Sociologia. Para esse autor, a QV não é apenas um sentimento de satisfação ou bem-estar pessoal, mas sim uma valoração que a pessoa faz desses aspectos e de outros que considera importantes na sua vida atual e de forma global, de sua vida completa.

Na visão de Spitzer (1997), a QV se relaciona com o bem-estar por meio de dimensões, como: saúde, nível de educação, situação econômica, relações sociais e familiares, moradia, atividades recreativas, autoestima, crenças religiosas, autonomia, domínio ambiental, metas na vida e grau de desenvolvimento pessoal. Ele

considera que o estudo da QV, na Psicologia, se traduz na promoção da saúde e na prevenção do sofrimento humano.

Para Brengelmann, citado por Spitzer (1997), ter QV é desfrutar de liberdade, desenvolver iniciativa, cultivar habilmente as relações sociais, estar satisfeito, apresentar escassas moléstias psicossomáticas, ingerir pouca medicação, não estar doente, possuir uma boa profissão, ter um bom emprego e encontrar sentido na vida. Silva (1997) considera que “o principal determinante da QV de uma população é o meio – noção que inclui: modo de vida, tipo e qualidade de alimentação e habitação, condições de trabalho, estabilidade cultural etc.”

O significado de QV é, para Keller (1999, *apud* PASCHOAL, 2000), a satisfação de todas as necessidades individuais do ser social. Para Toledo (1981), o significado é tão amplo quanto a dimensão do ser humano, uma vez que buscá-la significa entender e procurar atender a pessoa em suas necessidades integrais, incluindo as áreas biológica, psicológica, social e espiritual.

Sucesso (1998) também enfatiza a dimensão espiritual na QV, considerando que é a partir dela que a pessoa realiza sua valoração sobre os vários aspectos da sua vida. Para ela, o estudo da QV permite uma visualização dos recursos deficitários e abundantes de uma população, o que favorece a elaboração de um plano de intervenção psicossocial, objetivando a promoção de “[...] um maior bem-estar advindo tanto da melhoria das várias dimensões vividas como do desvelar do sentido de por que melhorá-las”.

Especificamente sobre a relação da Qualidade de Vida com o trabalho, Silva (1997) cita os estudos realizados por Campbell *et. al.*, que identificaram os aspectos que mais influenciam na qualidade de vida de um indivíduo. Em primeiro lugar, eles apontam as atividades fora do trabalho; em segundo, a vida familiar; em terceiro, o padrão de vida (que depende do trabalho) e o trabalho, propriamente dito, aparece em quarto lugar. Esses estudiosos observaram ainda que pelo menos metade dos pesquisados concorda com a assertiva de que a maioria das coisas que acontecem em suas vidas envolve, direta ou indiretamente, seus empregos.

Como medir a Qualidade de Vida?

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença (WHO, 1946). No entanto, as políticas em saúde e a própria formação dos profissionais sempre colocaram a prioridade no controle da morbidade e mortalidade. Apenas recentemente vem havendo uma crescente preocupação não só com a frequência e a severidade da doença, mas também com a avaliação de medidas do impacto dela e do comprometimento das atividades diárias (BERGNER *et. al.*, 1981, *apud* PASCHOAL, 2000), medidas de percepção da saúde (HUNT *et. al.*, 1985, *apud* PASCHOAL, 2000) e medida de disfunção/status funcional (WARE *et. al.* 1992).

Não há dúvida de que o desenvolvimento de instrumentos e formas de avaliação de mortalidade e morbidade é uma tarefa muito mais simples (ou muito menos complexa) do que criar instrumentos para avaliar qualidade de vida ou bem-estar. É difícil definirem-se constructos subjetivos influenciados por características temporais (de época) e culturais, como estes em questão. Dessa forma, desenvolver instrumentos para avaliar qualidade de vida psicometricamente válidos é um grande desafio. Some-se a isso o fato de que a maioria desses instrumentos foi desenvolvida nos Estados Unidos e na Europa, o que torna o seu uso transcultural, no mínimo questionável.

A ausência de um instrumento que avalie qualidade de vida, com uma perspectiva internacional, fez com que a OMS constituísse um Grupo de Qualidade de Vida (Grupo WHOQOL) com a finalidade de desenvolver instrumentos capazes de avaliá-la dentro de uma perspectiva transcultural.

A partir da constatação da falta de um instrumento de avaliação de qualidade de vida com um enfoque transcultural, a OMS desenvolveu uma metodologia única para sua criação. Inicialmente foi desenvolvido o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100), instrumento composto de cem questões. A necessidade de um instrumento mais curto para uso em extensos estudos epidemiológicos fez com que a OMS desenvolvesse a versão abreviada com 26 questões (o WHOQOLBref). Atualmente, estão em desenvolvimento dois módulos: um específico para avaliar

qualidade de vida em pacientes com HIV/Aids e outro para avaliar espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais.

O perfil epidemiológico deve ser concluído com a hierarquização dos problemas de saúde, para a qual pode-se optar por algumas das metodologias disponíveis, que deverão incorporar a opinião dos usuários e dos trabalhadores do setor saúde.

Existem numerosos métodos de priorização, alguns deles baseados em enfoques quantitativos e outros que incorporam um grau maior ou menor de aspectos qualitativos, como a opinião de usuários ou especialistas. A maior parte desses métodos, mesmo quando se consideram os quantitativos, incorpora algum grau de subjetividade em suas avaliações e circunstâncias, que deve ser levado em conta ao analisarem-se os resultados. A aproximação mais frequentemente usada para fornecer um indicador total do “valor” ou “utilidade” para intervenções em cuidados de saúde são os QALYs.

Esse conceito é uma das contribuições mais importantes da teoria econômica para a análise dos benefícios no setor da saúde e tenta ultrapassar as limitações das medidas clínicas.

A suposição básica do QALY é que há dois resultados principais associados com os cuidados de saúde:

a) Expectativa de mortalidade ou de vida, expressa em termos de anos-vida ganhos;

b) Qualidade de vida com saúde, que pode ser transformada numa escala de 0 a 1 e ser usada para “pesar anos-vida”, ponderando cada ano remanescente da vida de uma pessoa pela qualidade de vida esperada no ano em questão (Os limites da escala são 1 = “saúde total” e 0 = “estado equivalente à morte”. Os estados da saúde vistos como piores do que a morte podem existir e a eles é atribuído um valor negativo). O valor de um resultado de saúde para um indivíduo é calculado como o produto de dois fatores: o aumento na utilidade do estado de saúde da pessoa e o número de anos em que se verifica essa melhoria.

No método Simplex, com priorização baseada em indicadores sanitários, podem ser mencionadas as taxas de mortalidade, os anos potenciais de vida perdidos (APVP), os anos de vida ajustados por incapacidade (DALY) e os anos de vida ajustados por qualidade (QALY). A partir do uso de qualquer um desses indicadores, podem



AVISO

**DEVIDO AO TAMANHO ORIGINAL DO DOCUMENTO.
NÃO FOI POSSÍVEL DISPONIBILIZAR O SEU CONTEÚDO
NA ÍNTEGRA. PARA TER ACESSO AO ARQUIVO DIGITAL
COMPLETO, POR FAVOR, ENTRAR EM CONTATO COM A
GERÊNCIA DE ACERVOS DIGITAIS NO
CENTRO CULTURAL DOS POVOS DA AMAZÔNIA.**

FONE: (92) 2125-5330

FAX: (92) 2125-5301

EMAIL: ACERVODIGITALSEC@GMAIL.COM



**Secretaria de
Estado de Cultura**



**CENTRO CULTURAL DOS
POVOS DA AMAZÔNIA**