

Ricardo Luiz Silva Tenório

Intervenções lúdicas e qualidade de vida: estudo descritivo entre
idosos da região nordeste de Belo Horizonte, Minas Gerais.

BELO HORIZONTE

2010

Ricardo Luiz Silva Tenório

Intervenções lúdicas e qualidade de vida: estudo descritivo entre
idosos da região nordeste de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
da Escola de Enfermagem da Universidade
Federal de Minas Gerais, para obtenção do
título de Mestre.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Orientadora: Dra. Elenice Dias Ribeiro de
Paula Lima

Belo Horizonte

Escola de Enfermagem da UFMG

2010

DEDICATÓRIA

*Dedico esta pesquisa a Deus por sempre se mostrar presente em minha vida,
à minha querida companheira Daniela e minha princesinha Luísa,
a meus pais pelos valores e atenção a mim dedicados,
a meus irmãos (Janine, Júnior e Marcos Vinicius), afilhados,
e toda a minha família pela motivação e estímulo recebidos,
à vó Hena, vó Geraldo, vó Maria e vó Eduardo (in memoriam).
Em especial, aos idosos pela experiência de vida que nos
ensinam a cada dia e nos fazem merecedores do seu cuidar.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora, Dra. Elenice Lima,
pelo respeito e compreensão,
às acadêmicas de enfermagem da Faculdade Estácio de Sá:
Daniela, Thaís, Laura, Andréa, Amanda e Jordânia,
ao meu amigo Rafael, acadêmico da terapia ocupacional da UFMG,
à professora de teatro Emiliana,
à equipe do grupo “Palhaços e Companhia”: Zildo, Maura e Andréia,
às gerentes das unidades básicas de saúde Mônica, Cleide e Margareth,
e toda a equipe,
à enfermeira Andréia e assistente social Cléo,
por terem acreditado e dedicado momentos de conhecimento,
alegria e descontração na execução desta pesquisa.
À todos vocês, meu muito obrigado.
Que Deus esteja sempre presente em suas vidas.

“Viver a vida” é estar presente no mundo,
sem conseguir absorvê-lo em sua essência,
“Viver a vida entre pessoas” é estar no mundo
e encontrar-se na convivência;
“Viver a vida entre pessoas que podem nos ensinar”,
é entender que nelas, que se encontra a experiência.
(aos idosos)

Ricardo Tenório

RESUMO

A população mundial acima de 60 anos é de aproximadamente 650 milhões de pessoas. Em 2007, o Brasil já contava com 20 milhões de idosos. Este estudo avaliou as mudanças relacionadas à qualidade de vida dos idosos atendidos em unidades básicas de saúde na região nordeste de Belo Horizonte, após intervenções lúdicas. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e comparativo. A amostra foi de conveniência e teve a participação de 98 pessoas, divididas em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) da região nordeste de Belo Horizonte, Minas Gerais. Após as intervenções lúdicas, esta amostra reduziu-se para 30 pessoas, considerando apenas aqueles que participaram em todos os encontros. A qualidade de vida dos idosos foi avaliada mediante coleta de dados, em entrevista, utilizando-se os questionários WHOQOL-abreviado e WHOQOL-OLD da Organização Mundial da Saúde, além de um formulário sócio-demográfico e de estado de saúde para identificar o perfil da amostra, definido pelo pesquisador. A coleta de dados foi feita em dois momentos: antes e após as dinâmicas lúdicas, no período de março a junho de 2009. As intervenções aconteceram uma vez por semana, durante quatro semanas. Foram utilizados como dinâmicas de intervenção o teatro/jogos teatrais, colagem, “batata quente”, e mímica. Pelos dados estatísticos, existiu uma tendência à melhora da qualidade de vida, após as dinâmicas lúdicas, nas questões relacionadas à avaliação global de qualidade de vida, do questionário WHOQOL-abreviado. O lúdico pode tornar-se um instrumento mediador para facilitar a interpretação e a compreensão de um determinado fenômeno vivenciado pelo idoso, e proporcionar, a partir disso, uma nova formulação e uma nova proposição de ação sobre a realidade em que vive. Esta nova proposição visa buscar uma melhor qualidade de vida para este idoso. O lúdico produz uma representação do mundo inserida na realidade.

Descritores: qualidade de vida, saúde do idoso, jogos e brinquedos, teoria do jogo.

ABSTRACT

The world's population above 60 years is approximately 650 million people. In 2007, Brazil already had 20 million people. This study evaluated the changes related to quality of life of elderly patients in primary care units in the northeast of Belo Horizonte, after interventions playful. This is a quantitative, descriptive and comparative. The sample of convenience and was attended by 98 people, divided into three Basic Health Units (BHU) in the northeast region of Belo Horizonte, Minas Gerais. After the speeches play, this sample was reduced to 30 people, considering only those who participated in all meetings. The quality of life of older people was evaluated by collecting data in an interview, using the abbreviated questionnaire WHOQOL-OLD and the World Health Organization, and form a socio-demographic and health status to identify the profile the sample, defined by the researcher. Data collection was done in two phases: before and after the dynamic play, from March to June 2009. The intervention took place once a week for four weeks. Were used as dynamic intervention theater / theater games, glue, hot potato, and mime. By statistical data, there was a trend towards improvement of quality of life, after the dynamic play, the issues related to overall assessment of quality of life, the WHOQOL-shortened. The novelty can become an instrument mediator to facilitate interpretation and understanding of a phenomenon experienced by the elderly, and provide, as appropriate, a new formulation and a new proposition to act on the reality they live. This new proposal aims to seek a better quality of life for this elderly. The playful produces a representation of the world embedded in reality.

Keywords: elderly and playful, quality of life and old, playfulness, fun and quality of life.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Distribuição da amostra de acordo com o estado civil	55
Gráfico 2 - Distribuição da amostra conforme o gênero	56
Gráfico 3 – Distribuição dos participantes conforme a situação de trabalho	57
Gráfico 4 – Distribuição dos participantes conforme a religião	59
Gráfico 5 – Distribuição da amostra conforme o nível escolar	60
Gráfico 6 – Escolaridade referida pelos idosos no questionário sócio-demográfico	61
Gráfico 7 – Distribuição da amostra de acordo com a percepção do estado de saúde ..	64
Gráfico 8 – Distribuição da amostra de acordo com a percepção da saúde, comparada ao último ano	66
Gráfico 9 – Distribuição da amostra conforme a percepção da saúde, em comparação com a de outros da mesma idade	67

LISTA DE TABELAS

1 – Distribuição da amostra de acordo com as doenças crônicas apresentadas (N=98)	62
2 – Influência das perdas sensoriais na vida diária, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)	69
3 – Influência das perdas sensoriais na capacidade de participar em atividades, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)	69
4 – Distribuição das respostas sobre a liberdade em tomar as próprias decisões, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)	70
5 – Distribuição das respostas sobre o controle do futuro próprio, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)	71
6 – Distribuição das respostas à pergunta se as pessoas ao redor respeitam a liberdade do idoso, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)	72
7 – Distribuição das respostas à pergunta se os idosos estão preocupados com a maneira pela qual irão morrer, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)..	72
8 – Distribuição das respostas sobre medo relacionado a não conseguir controlar a própria morte, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)	73
9 – Distribuição das respostas à pergunta sobre ter medo de morrer, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)	73
10 – Distribuição das respostas à pergunta se os idosos temem sofrer dor antes de morrer, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)	74
11 – Distribuição das respostas à pergunta se os sentidos afetam a capacidade de interação com outras pessoas, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)...	75
12 – Distribuição das respostas sobre a capacidade de fazer as coisas que gostaria de fazer, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)	76
13 – Distribuição das respostas sobre satisfação com as oportunidades para alcançar outras realizações na vida, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)	77
14 – Distribuição das respostas à pergunta sobre ter recebido o reconhecimento que merece na vida, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)	78
15 – Distribuição das respostas à pergunta sobre a aptidão dos idosos para fazer o suficiente em cada dia, antes e após as intervenções lúdicas (n=30)	79

16 – Distribuição das respostas à pergunta sobre a satisfação dos idosos com aquilo que alcançaram na vida, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)	79
17 – Distribuição das respostas sobre a satisfação com a maneira de utilização do tempo, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)	80
18 – Distribuição das respostas à pergunta sobre a satisfação dos idosos com o nível de atividades diárias, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)	81
19 – Distribuição das respostas à pergunta sobre a satisfação com a oportunidade de participar das atividades da comunidade, antes e após as intervenções lúdicas (n=30)	82
20 – Distribuição das respostas à pergunta sobre a felicidade que o idoso pode esperar para o futuro, antes e após as intervenções lúdicas (n=30).....	83
21 – Distribuição das respostas à pergunta sobre a avaliação do funcionamento dos sentidos pelos idosos, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30).....	84
22 – Distribuição das respostas à pergunta sobre o sentimento de companheirismo do idoso, antes e após as intervenções lúdicas (n= 30).....	85
23 – Distribuição das respostas à pergunta sobre o sentimento de amor em sua vida, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)	86
24 – Distribuição das respostas à pergunta sobre a oportunidade de amar, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)	87
25 – Distribuição das respostas à pergunta sobre a oportunidade para ser amado, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)	88
26 – Distribuição das respostas à pergunta sobre a avaliação da qualidade de vida pelo idoso, antes e após as intervenções lúdicas (n=30)	89
27 – Distribuição das respostas à pergunta sobre a satisfação do idoso com sua vida, antes e após as intervenções lúdicas (n=30)	90
28 – Distribuição das respostas à pergunta se a dor física impede o idoso em sua atividade diária, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30).....	91
29 – Distribuição das respostas à pergunta se o idoso precisa de tratamento médico para levar a sua vida, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30).....	92
30 – Distribuição das respostas à pergunta se o idoso aproveita a vida, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)	93
31 – Distribuição das respostas à pergunta ao idoso se a sua vida tem sentido, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)	93

32 – Distribuição das respostas à pergunta se o idoso consegue se concentrar, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30).....	94
33 – Distribuição das respostas à pergunta se o idoso sente-se seguro em sua vida, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)	95
34 – Distribuição das respostas à pergunta ao idoso se o ambiente onde vive é saudável, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30).....	95
35 – Distribuição das respostas à pergunta se o idoso tem energia suficiente para seu dia-a-dia, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)	96
36 – Distribuição das respostas à pergunta ao idoso sobre sua aparência física, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)	97
37 – Distribuição das respostas à pergunta se o idoso tem dinheiro suficiente para as suas necessidades, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)	97
38 – Distribuição das respostas à pergunta ao idoso se as informações que precisam estão disponíveis, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30).....	98
39 – Distribuição das respostas à pergunta sobre a oportunidade de atividades de lazer pelo idoso, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30).....	99
40 – Distribuição das respostas à pergunta sobre a capacidade de locomoção pelo idoso, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)	100
41 – Distribuição das respostas à pergunta sobre a satisfação do idoso com o sono, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)	100
42 – Distribuição das respostas à pergunta sobre a satisfação do idoso com a capacidade de desempenhar suas atividades, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)	101
43 – Distribuição das respostas à pergunta sobre a satisfação do idoso com a capacidade para o trabalho, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)	102
44 – Distribuição das respostas à pergunta sobre a satisfação do idoso consigo mesmo, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30).....	102
45 – Distribuição das respostas à pergunta sobre a satisfação do idoso com as relações pessoais, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30).....	103
46 – Distribuição das respostas à pergunta sobre a satisfação do idoso com sua vida sexual, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)	104
47 – Distribuição das respostas à pergunta sobre a satisfação do idoso com o apoio que recebe dos amigos, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30).....	104

48 – Distribuição das respostas à pergunta sobre a satisfação do idoso com o local onde mora, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30).....	105
49 – Distribuição das respostas à pergunta sobre a satisfação do idoso com o acesso ao serviço de saúde, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30).....	106
50 – Distribuição das respostas à pergunta sobre a satisfação do idoso com o meio de transporte, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)	106
51 – Distribuição das respostas à pergunta ao idoso sobre a frequência dos sentimentos negativos, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30).....	107

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Política para um envelhecimento ativo	16
1.2	Envelhecimento com qualidade de vida	17
1.3	O lúdico e o homem	19
2	OBJETIVO	24
2.1	Objetivos específicos	24
3	REVISÃO DE LITERATURA	25
3.1	O processo de envelhecimento e a qualidade de vida	25
3.1.1	O envelhecimento e a qualidade de vida	28
3.2	A evolução histórica da função social e cultural do lúdico.....	32
3.2.1	O lúdico e os idosos de nosso tempo	36
3.3	A influência do lúdico no desenvolvimento da consciência crítica ...	44
4	METODOLOGIA	46
4.1	Tipo de estudo	46
4.2	Amostra	46
4.3	Local de estudo	47
4.4	Coleta de dados	47
4.5	Instrumentos para coleta de dados	48
4.5.1	Formulário Sócio-demográfico e de estado de saúde	48
4.5.2	WHOQOL-Abreviado	49
4.5.3	WHOQOL-OLD	49
4.6	Intervenção lúdica.....	50
4.7	Análise dos dados	54
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
5.1	Perfil da amostra do estudo	55
5.2	Auto-percepção da própria saúde	64
5.3	Qualidade de vida do idoso – avaliação pelo WHOQOL-OLD	68

5.4	Qualidade de vida – avaliação pelo WHOQOL-ABREVIADO.....	88
6	CONCLUSÕES	108
	REFERÊNCIAS	112
	ANEXOS	115
	1 Termo de consentimento livre e esclarecido	115
	2 Caracterização biossocial, familiar, e de saúde	117
	3 WHOQOL-ABREVIADO	121
	4 WHOQOL-OLD	127
	5 Carta de aprovação do CEP da UFMG	133
	6 Carta de aprovação do CEP da Prefeitura de BH	134

1. INTRODUÇÃO

A população mundial está envelhecendo. Nas últimas décadas, o mundo tem presenciado um crescimento geral nos índices de envelhecimento demográfico, em virtude da diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade, e do aumento progressivo na expectativa de vida. As pessoas com 60 anos ou mais representam, atualmente, cerca de 650 milhões e estima-se que, em 2050, alcançará dois bilhões. Apesar deste envelhecimento demográfico ser considerado bom indicador de melhoria global da saúde (OMS, 2008), traz consigo grande desafio à sociedade e, em particular, aos profissionais da saúde, para que promovam um envelhecimento com saúde e boa capacidade produtiva (OMS, 2008).

O Brasil iniciou o novo século com o índice de população idosa crescendo duas vezes mais do que outras faixas etárias. Em 2007, de um total de 190 milhões de habitantes, já contava com 20 milhões acima de 60 anos de idade, sendo 44,3% de homens e 55,7% de mulheres, e uma expectativa de mais 18 anos de vida, em média. Pôde-se observar pela primeira vez na história do país, que a população de idosos cresceu mais que a de crianças até 12 anos (PNAD, 2007).

Segundo as estimativas para os próximos 20 anos, quase 15% da população brasileira será constituída por idosos (MS, 2007). De acordo com as projeções da Organização Mundial da Saúde, no ano 2025 o Brasil será o sexto país com o maior número de pessoas com 60 anos ou mais (OMS, 2008).

A longevidade é sem dúvida um avanço. Entretanto, essa conquista tem tido repercussões diferenciadas nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Enquanto nos primeiros o envelhecimento foi ocorrendo de forma gradativa, com adaptação das condições de vida e saúde da população, nos países em desenvolvimento o processo

ocorreu de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde às necessidades emergentes (SES, 2007). O aumento da população idosa no Brasil, mesmo refletindo aumento da expectativa de vida, não tem sido acompanhado por melhorias na qualidade de vida dos idosos.

Enquanto em 1960 a média, no Brasil, era de seis filhos por mulher, atualmente esta média atinge 1,95 filhos por mulher.

Em 2007, a taxa de mortalidade por cada mil nascimentos foi estimada em 24,32 óbitos, enquanto que em 1970 era de 100 óbitos por mil nascimentos (PNAD, 2007). A expectativa de vida ao nascer, em 2007, chegou a 72 anos para homens e 76 anos para as mulheres, apontando para a transição de óbitos por doenças infecciosas para óbitos por doenças crônicas. Em 1930 as doenças infecciosas eram responsáveis por 46% das mortes e, em 2003, por apenas 5%, sendo ultrapassadas por doenças cardiovasculares, cânceres, acidentes e violência. Em 1998, as principais causas de doença no Brasil já eram diabetes, doença isquêmica do coração, doença cérebro-vascular e transtorno depressivo recorrente (PNAD, 2007) presentes principalmente entre os idosos. Segundo a OMS (2002), até o ano de 2020, as condições crônicas serão responsáveis por 60% da carga global de doença nos países em desenvolvimento (hipertensão, diabetes mellitus, asma, reumatismo, derrame, insônia, problemas gastrointestinais, depressão). Estudo populacional recente realizado no Brasil demonstrou que “85% das pessoas acima de 60 anos apresentam pelo menos uma doença crônica” (MS, 2005).

Para Chaimowicz (1997) o processo de transição demográfica e epidemiológica envolve três mudanças básicas: substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas; deslocamento da maior carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens para os grupos mais idosos; e transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra em que a morbidade é dominante. Além disso, este autor considera que “a transição epidemiológica, assim como a demográfica,

ocorre de modo desigual entre as diversas classes de renda, determinando grande heterogeneidade nos padrões pelos quais os brasileiros adoecem, tornam-se dependentes e morrem”.

Em seu estudo, o mesmo autor identificou que os problemas e/ou patologias mais relatados pelos idosos eram: coluna (48%), pressão alta (47%), insônia (41%), visão (38%), reumatismo (38%), circulação (37%), angústia (34%), estresse (33%), depressão (32%), coração (30%) e varizes (26%). Por meio deste estudo, pôde-se inferir que a frequência de queixas relacionadas a doenças crônico-degenerativas e dos transtornos afetivos, refletem na deterioração da qualidade de vida dessa população. Esta percepção em relação ao aumento dos transtornos afetivos é vista na prática do contexto de saúde, sendo causa constante da busca dos serviços de saúde pelos idosos (CHAIMOWICZ, 1997).

Dessa maneira, o envelhecimento demográfico traz consigo a necessidade de mudanças na estrutura da sociedade, e estas devem ocorrer de tal forma a proporcionar qualidade de vida aos anos acrescidos.

1.1. POLÍTICAS PARA UM ENVELHECIMENTO ATIVO

Com o aumento progressivo da população acima de 60 anos no Brasil nas últimas décadas e, em atendimento às orientações da Organização Mundial de Saúde, o Ministério da Saúde, em 1999, aprovou a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), direcionada à população idosa. A PNSI apresenta, como propósito basilar, a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem

e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes a permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade (BRASIL, 1999).

Para alcançar os propósitos desta política, foram definidas como diretrizes essenciais: à promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos especializados, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais, e o apoio a estudos e pesquisas. Todas as ações direcionadas à saúde do idoso objetivam mantê-lo ao máximo na comunidade, junto de sua família, da forma mais digna e confortável possível (BRASIL, 1999). Os serviços de saúde também devem propiciar assistência integral ao idoso e promover um envelhecimento ativo e com qualidade de vida para os idosos.

1.2. ENVELHECIMENTO COM QUALIDADE DE VIDA

Considerando as mazelas relacionadas ao sofrimento dos idosos na realidade de vários contextos sociais, um grupo de estudiosos da Organização Mundial de Saúde (OMS), propôs um conceito amplo para qualidade de vida, abrangendo seu aspecto subjetivo e multidimensional: "qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". É um conceito amplo e complexo, que engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e o relacionamento com o meio ambiente (OMS, 1998). Nesse sentido, a qualidade de vida reflete a percepção que os indivíduos têm de

que suas necessidades estão sendo satisfeitas, ou ainda, que não lhes estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a auto-realização, independente de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas (OMS, 1998).

A família, como determinante da qualidade de vida de seus membros, é de grande importância para o envelhecimento saudável. Contudo, a estrutura familiar vem sofrendo sucessivas mudanças desde o final do século passado. O modelo de constituição familiar antigo estava baseado no respeito e cuidado pelos mais velhos, segundo tradição religiosa e regulamentação social. Esse cuidado estava designado às mulheres, que deveriam prestar seus serviços domiciliares dentro de uma estrutura familiar rígida (TENÓRIO, 2003). O novo modelo familiar mostra mudanças no relacionamento interpessoal entre os membros da família com novas concepções de família e do papel do idoso e da mulher (CERQUEIRA, 2002).

Com o aumento da expectativa de vida, proporcionando a convivência de um maior número de gerações, e a inserção da mulher no mercado de trabalho, há que se repensar na estrutura familiar, buscando resgatar e estimular o reconhecimento de nossa ligação na vida com as pessoas que vieram antes e as que virão depois de nós (CERQUEIRA, 2002).

Para Carter (1987) o poder dos mais velhos exigirem piedade filial está reduzido pela crescente capacidade dos membros mais jovens da família determinar seus próprios destinos no casamento e no trabalho e muitos idosos não têm sido acolhidos e cuidados. Este mesmo autor chama a atenção para a importância de se reconhecer que muitos problemas surgem quando as mudanças no nível social do sistema não acompanham as mudanças no nível familiar deixando de validá-las e apoiá-las, levando a uma manutenção e cronificação dos problemas familiares.

A diminuição dos vínculos afetivos e sociais é um fator agravante na qualidade de vida do idoso, pois pode favorecer o aparecimento de outras patologias e aumentar a vulnerabilidade desta faixa etária. Os transtornos afetivos estão entre as doenças crônicas mais prevalentes na população acima de 60 anos no Brasil e no mundo. Dentre os que mais acometem os idosos estão a depressão e a ansiedade, contribuindo para o desajuste em seu comportamento e relacionamento familiar, prejudicando o autocuidado, favorecendo o aparecimento de outras complicações graves, e refletindo na deterioração da qualidade de vida dos idosos (NERI, 2006).

Além de alterações nas relações familiares e sociais, os transtornos afetivos em idosos podem ocorrer por fatores relacionados a eventos sócio-ambientais como a perda do cônjuge e a diminuição da capacidade produtiva. As próprias doenças incapacitantes comuns nesta faixa etária como os acidentes-vascular-encefálicos, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e outros problemas cardiovasculares e osteomusculares, além de elementos constitucionais próprios do indivíduo, podem proporcionar o aparecimento de transtornos afetivos. Este adoecimento físico e psicossocial compromete a qualidade de vida dos idosos e de seus familiares e cuidadores (CHAIMOWICZ, 2006).

1.3. O LÚDICO E O HOMEM

Na busca de propostas direcionadas à promoção da saúde de idosos, vários trabalhos têm sido desenvolvidos. Alguns discorrem sobre a importância do lazer, do lúdico e dos jogos (FERRARI, 2006; BROUGÈRE, 1998; SCHWARTZ, 2004), defendendo que atividades lúdicas contribuem para a melhora da qualidade de vida, das

relações sociais e do estado geral dos idosos, principalmente entre os acometidos com transtornos afetivos.

Desde a antiguidade o homem reconhece a importância do brincar no desenvolvimento integral do ser humano. Para Aristóteles o homem era classificado em *homo sapiens* (o que conhece e aprende), *homo faber* (o que faz, o que produz) e *homo ludens* (o que brinca e cria). Em nenhum momento, porém, uma dessas representações apresentada se sobressaiu ou mostrou-se ser mais importante que as outras. Pessoas daquela época reconheciam que, apesar de possuírem características próprias, a mente, o corpo e a alma eram indissolúveis (SCHADECK, 2009).

Foi a partir da era capitalista que houve um rompimento no entendimento dessa tríade. Com a valorização da produtividade (e lucro), os atributos intelectuais e físicos (*homo sapiens* e *homo faber*) ficaram em evidência em detrimento ao lúdico, ao brincar e à criação. A vida do homem passou a ser regida pelo dinheiro e pela “mais valia”, principalmente em seu processo de trabalho, deixando a ludicidade em um segundo plano (SCHADECK, 2009).

Nas últimas décadas, no entanto, a visão capitalista/materialista do ser humano e de sua missão no mundo, passou a ser amplamente discutida. O resgate de alguns valores como a espontaneidade, a criatividade e a busca de uma melhor qualidade de vida estão acontecendo de forma gradativa. Mesmo considerando pensamentos de que o dinheiro “traz felicidade”, esta mesma felicidade ainda precisa ser encontrada, resgatando-se o que ficou em segundo plano: o brincar, o criar, o prazer (*homo ludens*) (SCHADECK, 2009).

Ainda nos tempos atuais, em alguns grupos sociais, persiste a idéia de que o lúdico não corresponde às necessidades reais da pessoa e nem tampouco está relacionado a um viver produtivo. É inerente ao jogo o “significado” de brincadeira,

inutilidade, oposição ao trabalho, e está sempre vinculada à infantilização (FENALTI, 2004).

Entretanto, nos últimos tempos vem ocorrendo uma valorização do jogo infantil e uma alteração significativa da concepção de jogo na dimensão social. O jogo adulto sofreu evoluções com o desaparecimento das sociedades rurais e a inserção contemporânea do conceito de lazer. Desta forma, o jogo físico (designação para o esporte), e o lazer (atividades lúdicas e/ou de relaxamento), serviram para transformar a concepção de jogo. Mantêm-se a lógica dos termos: esporte e lazer, mesmo não sendo atividades produtivas, mas a partir de agora considera-se como atividades de utilidade e seriedade (BROUGÈRE, 2003).

Em minha prática como enfermeiro do programa de saúde da família, atendi muitos idosos em situações de desamparo familiar e social, associadas às patologias crônicas, e às vezes sequelados. Os idosos, em número crescente, chegavam à unidade de saúde com várias queixas, mas uma em especial me chamava a atenção, a baixa da auto-estima. A experiência de trabalhar com idosos, entender suas necessidades e também me aproximar de sua realidade, me motivou a fazer este trabalho: resgatar a ludicidade como alternativa para a melhora da auto-estima, do auto-cuidado e da qualidade de vida do idoso.

Trabalhar com idosos é sempre um desafio. Ao mesmo tempo em que eu tinha uma grande facilidade de aproximação e na construção de um vínculo, principalmente pela forma lúdica de me expressar, eu encontrava barreiras criadas pelo contexto familiar e social impostas pela realidade de vida desses idosos. Entretanto, quanto maior o desafio, maior era a vontade de superá-lo.

Em 1999 iniciei um “grupo de convivência” com idosos, onde eram desenvolvidas atividades de oficinas, tricô, crochê, produção de sabonetes e detergentes,

produção de doces, horta comunitária, e passeios por lugares turísticos de Belo Horizonte. Este trabalho surgiu motivado pela necessidade de mais opções de lazer para essa faixa etária, pela existência de vários fatores sociais agravantes à saúde dos idosos (drogas, violência e desemprego), e como proposta para auxiliar no controle da hipertensão, diabetes e depressão dos usuários idosos. Acreditava que o resgate da ludicidade poderia ser um fator positivo na qualidade de vida dos idosos, pela possibilidade de ajudar a minimizar a depressão e diminuir complicações relacionadas à hipertensão e diabetes.

Enquanto coordenador dos grupos, sempre propunha a valorizar o saber dos integrantes desses grupos. Segundo Andaló (2001), o bom coordenador deve ter uma visão otimista do homem enquanto ser espontâneo-criador, capaz de se fazer sujeito de sua própria história. Além disso, o coordenador deve ajudar na ampliação dos conhecimentos do grupo, das potencialidades individuais, e promover a integração e o rompimento de paradigmas, possibilitando mudanças no universo grupal (MOTA, 2006).

É por meio dessa dialética grupal que o coordenador tem sua ação voltada para o processo de análise e leitura crítica da realidade, objetivando a reflexão do grupo (ANDALÓ, 2001). A reflexão será possível na medida em que se pontuar os elementos objetivos e subjetivos que se encontram numa dimensão latente, mas refletida nas crenças, nos valores e comportamentos no contexto grupal (MOTA, 2006).

A decisão de trabalhar com o lúdico, o brincar, levando a “catarse” foi pela possibilidade de melhorar a qualidade de vida dos idosos e proporcionar mudança do foco de atenção dos idosos, deslocando-o dos problemas de saúde e de vida pessoal para atividades prazerosas, como uma alternativa que poderia melhorar a qualidade de vida desta faixa etária.

Em Belo Horizonte, já existem vários trabalhos desenvolvidos com atividades lúdicas nas equipes de programa de saúde da família, como práticas alternativas à assistência. Em muitos locais, estes grupos são destinados aos idosos e portadores de doenças crônicas. Os resultados apresentados pelas equipes de saúde da família corroboram com vários estudos nacionais e internacionais sobre esse assunto.

Com esta inquietação, surgiu o desejo de realizar este estudo para investigar a seguinte pergunta:

“As dinâmicas lúdicas desenvolvidas com os idosos resultam em mudanças significativas na qualidade de vida desta população?”

2. OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo deste estudo foi discutir se as atividades lúdicas realizadas junto a idosos atendidos em unidades básicas de saúde na região nordeste de Belo Horizonte estiveram relacionadas a mudanças na qualidade de vida desta população.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sócio-demográfico da população de idosos pesquisada;
- Discutir a utilização dos instrumentos de qualidade de vida para idosos WHOQOL-OLD e do WHOQOL- abreviado utilizados na pesquisa.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 - O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E A QUALIDADE DE VIDA

Idoso, velho, terceira idade, são algumas das denominações utilizadas em relação ao processo de envelhecimento e a velhice. Pode-se considerar este processo como dinâmico, heterogêneo, multifatorial, com envolvimento de questões de gênero, cultura, condições sociais e individuais e sujeito continuamente a várias interferências de elementos multidimensionais (SES, 2007).

A definição de envelhecimento revela a complexidade deste fenômeno. Na dimensão biológica, o envelhecimento acontece durante toda a vida. Ele pode acontecer como um processo natural, fisiológico, com diminuição progressiva das reservas funcionais do organismo – senescência; ou vir acompanhada de distúrbios, doenças e condições de sobrecargas, ocasionando uma condição patológica do envelhecimento – senilidade (MS, 2007).

Associado à dimensão biológica existe a dimensão social, econômica e física, que se refere à independência e a qualidade de vida do idoso (SES, 2007).

É importante distinguir entre processo de envelhecimento e velhice. Enquanto a velhice se caracteriza como o estado de “ser velho”, o processo de envelhecimento implica em múltiplas trajetórias de vida. No aspecto social acontece sob influências da ordem sócio-cultural, como oportunidades de educação, cultura, lazer, desenvolvimento familiar, cuidados em saúde, que avança para todos os ciclos de vida, até a velhice. Portanto, o processo de envelhecer vai se configurando num processo sócio-vital, multidimensionado, no decorrer do ciclo de vida (LIMA et al., 2008).

Existem marcadores do desenvolvimento que são de natureza biológica, por exemplo, a menopausa, que possui significado social definido. Da mesma forma, o casamento e a aposentadoria são marcadores sociais com significados específicos para procriação e envelhecimento, respectivamente. Diante disso, tanto para os eventos biológicos, quanto para os eventos psicossociais são criados conceitos sociais de desenvolvimento normal, e também de fases do desenvolvimento (NERI, 2006).

Cito aqui o paradigma contextualista, que menciona que a sociedade constrói cursos de vida quando define comportamentos apropriados para cada faixa etária, ensinando aos indivíduos e instituições os desenhos a serem considerados normais e esperados para cada um, desconsiderando essa criação como gerada socialmente (NERI, 2006).

A metáfora do “relógio social” retrata muito bem os mecanismos sociais de temporalização do curso de vida individual. Este “relógio social” serve para regular o senso e a normalidade dentro de um grupo etário ou uma geração, como forma de pertencimento e/ou referência dentro deste grupo. Como exemplo deste “relógio social”, encontramos a “hora de casar” e a “hora de ter netos” (NERI, 2006 apud NEUGARTEN, 1969).

Segundo LIMA et al. (2008), os eventos de vida podem ser classificados em normativos e não normativos. Os eventos normativos referem-se a situações ou mudanças previsíveis no ciclo de vida e que possibilitam adaptações prévias e maior controle desta situação, como aposentadoria, viuvez e emancipação dos filhos na idade adulta. Já os eventos não normativos referem-se a situações imprevisíveis, inesperadas, de grande impacto, que podem produzir danos, prejuízos e/ou mudanças no desenvolvimento do ciclo de vida individual e familiar: acidentes automobilísticos, falecimento de filhos, doenças, ganhar na loteria, e outros.

A aposentadoria pode ser considerada como uma passagem importante na vida de uma pessoa. Ela gera uma consciência do estado de envelhecimento e de uma nova fase no ciclo de vida, onde acontecem muitas mudanças na dinâmica familiar e limitação da capacidade adaptativa individual. A falta de planejamento e a necessidade de se estabelecer novos objetivos de vida, associados ao estigma negativo da velhice, fazem com que esse momento de transição inicie um processo de isolamento social e altere a definição dos papéis sociais. Ela marca o início de um período de grande disponibilidade de tempo livre, o qual pode vir acompanhado de grandes dificuldades adaptativas pela necessidade humana de fazer, se sentir útil, produzir (FERRARI, 2006).

Dependendo dos valores e da filosofia de vida do idoso é muito comum, nesse momento, a velhice ser acompanhada de um extremo vazio, uma “falta do que fazer”, uma sensação de inutilidade e de falta de sentido na vida. Assim, este período que seria considerado de desligamento de compromissos, de momento para melhor aproveitar a vida, tempo de liberdade, pode ser vivido de forma contrária. (FERRARI, 2006).

Nas constantes perdas que abatem a faixa etária acima de 60 anos, conseguir (re)descobrir possibilidades de buscar a melhor qualidade de vida possível é o grande desafio para os profissionais da saúde na atenção à pessoa idosa. Contudo, na medida em que a sociedade e a família reconhecem o valor e as potencialidades do idoso essa possibilidade aumenta, bem como as chances de proporcionar um envelhecimento produtivo, com maiores chances de melhorar sua auto-estima, saúde e qualidade de vida (MS, 2007).

A discussão do processo de envelhecimento é um tema de muita relevância no mundo inteiro, já há algumas décadas. Têm-se discutido sobre o processo de envelhecimento positivo como forma de proporcionar que esta fase da vida seja um

momento de bem-estar, prazer e qualidade de vida (LIMA et al., 2008). Com essa preocupação e considerando este novo paradigma do envelhecimento, a OMS propôs a política de envelhecimento ativo (OMS, 2005).

Para a OMS, o processo de envelhecimento deve ser ativo, e, para isso, não basta ser considerado apenas uma questão individual, mas socialmente construída, através do incremento das políticas públicas e aumento das iniciativas sociais e de saúde ao longo do curso de vida. Para a construção desta velhice saudável e bem-sucedida, a OMS sugere o aumento das oportunidades, para que os indivíduos tenham alternativas de escolha de estilos de vida mais saudáveis e possam controlar a sua saúde.

Entretanto, para ser uma realidade na sociedade, o envelhecimento ativo necessita de políticas públicas que promovam estilos de viver mais saudáveis em todas as etapas do ciclo de vida, sejam elas por meio do lazer, das práticas de atividades físicas, do acesso à alimentação saudável e de educação que contribua para o desenvolvimento intelectual em toda a sua amplitude. Para que essas políticas sejam implementadas, é necessário que haja mudança de alguns paradigmas. Não se deve considerar a pessoa idosa como alvo passivo, mas como sujeito da história com suas necessidades próprias, responsável pelo exercício de participação nos processos políticos e na vida em sociedade (MS, 2007). Compreender que o idoso, enquanto sujeito de sua história, não constrói um único padrão único de velhice (NERI, 2006).

3.1.1 O envelhecimento e a qualidade de vida

A qualidade de vida do idoso deve ser vista de uma perspectiva multifatorial e multidimensional. A boa qualidade de vida no envelhecimento não é o resultado somente dos fatores biológicos, psicológicos e sociais, mas também da interação entre

as pessoas em constante mudança numa sociedade dinâmica. Para se atingir o bem-estar na velhice seria necessário, além da boa saúde física e mental, possuir grande satisfação com a vida, sentir-se produtivo, ter controle da dimensão social, bom desempenho cognitivo e boa relação na estrutura familiar e da rede de relações sociais (NERI, 2006).

Vários estudos direcionados à boa qualidade de vida na velhice buscam entender os domínios físico, social e psicológico no processo de envelhecimento, bem como a noção desse conceito entre a população. Para melhor compreendê-los foram definidos conceitos estruturais de multidimensionalidade que avaliam critérios intra-pessoais e sócio-normativos. Esses conceitos são produtos da interação indivíduo-ambiente-temporalidade, modelo conhecido na literatura gerontológica, que abrange quatro dimensões conceituais, a saber: competência comportamental, condições ambientais, qualidade de vida percebida e bem-estar (NERI 2001 apud LAWTON, 1991).

A competência comportamental refere-se à avaliação do desempenho da pessoa na sua funcionalidade física, cognição, comportamento social, utilização do tempo e estado de saúde geral. São utilizadas as designações de atividades básicas de vida diária (AVDs) e atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), de acordo com a preservação da capacidade para o desempenho das respectivas atividades. Enquanto as AVDs referem-se às atividades do tipo: sair da cama, vestir-se, alimentar-se, tomar banho sozinho, as AIVDs estão relacionadas às atividades de preparar suas refeições, sair para fazer compras, controlar seu próprio dinheiro (NERI 2001 apud LAWTON, 1991).

As condições ambientais adequadas permitem aos idosos desempenharem os comportamentos biológicos e psicológicos adaptativos, dentro de um padrão máximo de qualidade de vida na velhice. Possuem envolvimento próximo com o bem-estar percebido. A autonomia e a independência dos idosos, proporcionadas pelas condições

ambientais favoráveis, geram prazer e satisfação com a vida (NERI 2001 apud LAWTON, 1991).

A qualidade de vida percebida está na auto-percepção que cada pessoa faz sobre seu funcionamento em todos os aspectos das competências comportamentais. Enquanto as competências comportamentais são avaliadas em seus aspectos objetivos, a qualidade de vida percebida é avaliada pela sua subjetividade das dimensões envolvidas no processo de envelhecer. Essas dimensões não se dissociam, mas se complementam. As medidas envolvendo esta dimensão são: saúde percebida, doenças relatadas, consumo relatado de medicamentos, dor e desconforto relatados, alterações percebidas na cognição, e auto-eficácia nos domínios físico e cognitivo (NERI 2001 apud LAWTON, 1991).

Para melhor compreender o constructo “qualidade de vida”, como socialmente construído, deve-se retornar a 1995, quando neste termo foi introduzida a subjetividade do sujeito. O “eu subjetivo” tornou-se de grande relevância pelos especialistas da OMS à partir da década de 90, os quais consideram “a percepção subjetiva do indivíduo sobre sua posição na vida dentro do contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vive e com relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 1995).

A própria manifestação do processo de viver acontece nas situações de saúde e de enfermidade, as quais são experiências originais e subjetivas. Para CZERESNIA (1999), a palavra subjetiva vai além de um conceito ou sistemas de conceitos. A palavra, por ser a expressão mais elaborada do ser humano, expressa a singularidade da característica. É esta expressão que caracteriza a diferença. Assim, a subjetividade tem o maior peso como indicador de qualidade de vida, para avaliar se o processo de envelhecimento tem se dado em etapa bem-sucedidas da vida (LIMA et al., 2008).

O bem-estar psicológico é percebido dentro das relações dinâmicas entre as dimensões anteriores. Este envolve três aspectos fundamentais e indissociáveis da avaliação de bem-estar subjetivo: pertence ao campo de ação da experiência privada; sua avaliação deve ser feita tanto no âmbito global ou como referência de domínios distintos como saúde física e cognitiva, sexualidade, relações sociais, relações familiares e espiritualidade; e finalmente, inclui medidas cognitivas (de satisfação) e emocionais (como afetos positivos e negativos). Outro aspecto desta dimensão é a capacidade de acomodação às perdas e assimilação de informações positivas. (NERI 2001 apud LAWTON, 1991). A OMS tem-se preocupado em criar e utilizar novos instrumentos e ferramentas que permitam esta abordagem visando melhoria da qualidade no atendimento prestado pelos serviços públicos à população idosa, em um processo de assistência integrado (SES, 2007).

Portanto, a experiência da velhice deve ser vivida e construída com a percepção dos próprios idosos, suas reflexões e seus julgamentos, como protagonistas e sujeitos da situação, inseridos em uma rede social e familiar, ao longo do curso de sua vida (NERI, 2006)

Promover a vida em todas as suas dimensões envolve ações no contexto individual, principalmente aquelas relacionadas à autonomia e singularidade de cada um (CZERESNIA, 1999).

3.2 – A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA FUNÇÃO SOCIAL E CULTURAL DO LÚDICO

Quando se fala em lazer, ou ludicidade, fala-se de uma das formas mais primitivas de evolução do “fazer humano”. O lúdico sempre esteve presente na comunicação humana e persiste durante toda a vida (FERRARI, 2006).

Na concepção aristotélica, o jogo também leva à produção do prazer e promove a transformação de emoções negativas em positivas. Para os filósofos antigos, o jogo não tinha um fim em si mesmo e estava relacionado ao trabalho que o justificava. O jogo existia para a recuperação das forças que haviam sido despendidas no trabalho, sendo considerado como forma de descanso e de recuperação da energia gasta no trabalho (BROUGÈRE, 2003).

Posteriormente, na Idade Média, o ritmo do trabalho passou a ser determinado pelas estações do ano, e interrompidos por jogos e festas, que faziam parte da cultura social (BROUGÈRE, 2003).

Já no período romântico, a noção de jogo esteve relacionada à exaltação do imaginário, da criação, e por ser natural e espontâneo tornou-se portador de valores considerados positivos para a época. Este novo paradigma vinha a contrapor o anterior que considerava ainda o jogo como oposição ao trabalho e à utilidade social (BROUGÈRE, 2003).

Durante o Renascimento e em períodos posteriores, o jogo passou novamente do sério ao frívolo, com mudança de suas representações. Com a divisão das diversas atividades sociais, associada ao início da fragmentação das atividades profissionais, houve um afastamento e desconhecimento da função cultural do jogo. Cada sociedade, a

partir de então, determinou a função social e cultural do jogo, definindo os sentidos e os paradigmas a ele associado (BROUGÈRE, 2003).

Ainda neste período, tanto a revolução religiosa, quanto a revolução industrial, promoveram um processo de supervalorização do trabalho e de condenação do tempo livre. Desenvolveu-se, a partir de então, uma visão mercantilista e utilitarista do mundo, e o lazer "*homo ludens*" foi sobreposto pelo capital e pelo fazer/produzir contínuo "*homo faber*". Iniciou-se, neste momento, o período caracterizado como civilização industrial (FERRARI, 2006).

Desta forma, durante o transcorrer da história, o jogo foi sofrendo várias influências culturais e sociais, tornando-se um termo polissêmico. A noção linguística de jogo é importante aqui, para a compreensão de sua utilização, no entendimento do uso socialmente aceito. Jogos políticos, jogos de poder, jogos de guerra, jogos de azar, jogos educativos, são algumas denominações polissêmicas do termo jogo construído culturalmente, de acordo com o sistema lingüístico pertinente ao tempo e à cultura. Percebe-se ainda um paradigma dominante em torno da oposição ao trabalho, mas novas potencialidades vão surgindo conforme se favoreça a direção de seu desenvolvimento, nas concepções do lazer, esporte, e atividades educativas (BROUGÈRE, 2003).

Segundo FERRARI (2006) o lazer hoje representa um valor, possui relações sutis e profundas com todos os grandes problemas que provêm do trabalho, da família e da política e que, no jogo, passam a ser tratados com novos termos. Esses valores em torno do "jogo" apresentam contradições mais ou menos visíveis conforme seu uso. Há um conflito entre o antigo paradigma, de oposição ao trabalho, e o novo paradigma, de transformação das concepções e utilização do termo. Neste momento, existe uma

coexistência complexa entre os dois paradigmas que deverá ser explorada em cada contexto social (BROUGÈRE, 2003).

O jogo é algo de que todos falam, sabem da sua existência, mas ninguém consegue defini-lo. É um conjunto de linguagem que exerce uma influência num contexto social. Um dos aspectos do brincar está relacionado à maneira como se brinca e não ao produto da brincadeira. O ato de brincar não possui uma atividade instrumental que lhe seja própria, mas resulta de comportamentos de outros sistemas afetivos e comportamentais (BROUGÈRE, 2003).

Segundo HUIZINGA (2007) “o jogo ultrapassa os limites da atividade puramente física ou biológica. É uma função significativa, isto é, encerra um determinado sentido”. No jogo existe alguma coisa ‘em jogo’ que transcende as necessidades imediatas da vida e confere um sentido à ação. Desta forma, se o jogo possui um sentido ou significado, este é constituído por um elemento não material em sua essência.

Segundo as teorias psicológicas, o jogo se apóia na realidade para fazer dela outra coisa. O comportamento projetado pelo jogo estimula a criação de um mundo de acordo com as aspirações do psiquismo, sem as barreiras da realidade. Para a psicologia o jogo não é estudado em si mesmo, mas sim os comportamentos lúdicos executados pelo sujeito em observação. Não existe, portanto, um conceito do jogo, mas evidencia-se o fenômeno psíquico essencial no momento do jogo. Há o simples uso do termo comum como funcionamento usual da língua, ou seja, remete-se à experiência do cotidiano em seu aspecto social (BROUGÈRE, 2003).

O jogo é uma categoria primária da vida, qualquer um pode identificá-lo, até os animais. É importante entender que o poder de fascinação do jogo não pode ser

mensurado e nem explicado. É na fascinação que produz e na capacidade de excitar, que se encontra a essência do jogo (HUIZINGA, 2007).

Para Huizinga (2007), o jogo também pode ser utilizado na manipulação de imagens da realidade por meio da imaginação. A transformação da realidade em imagens poderá facilitar na detecção de valores e significados associados a esta criação. A ação destas imagens no jogo poderá ser compreendida enquanto fator cultural da vida.

Outras características importantes do jogo são ele não ser “vida corrente” e nem “vida real”, estando relacionado a uma criação virtual de atividade com orientação própria que transforma a realidade, bem como a liberdade e o fato de ser ele *desinteressado*, e não ter relação à satisfação imediata das necessidades e dos desejos (HUIZINGA, 2007).

“O jogo ornamenta a vida, ampliando-a, e nessa medida torna-se uma necessidade tanto para o indivíduo, como função vital, quanto para a sociedade, devido ao sentido que encerra, à sua significação, a seu valor expressivo, as suas associações espirituais e sociais, em resumo, como função cultural.” (HUIZINGA, 2007)

Para BROUGÈRE (2008), o brincar não é apenas uma dinâmica interna do indivíduo, ele possui uma significação social precisa, que necessita ser aprendida. Cada cultura irá determinar o significado de jogo de acordo com as analogias que o termo estabelece. O sentido do brincar traz em si uma certa representação do mundo inserida na realidade. Para ele o jogo existe por meio de sistemas de designações e interpretações das atividades humanas socialmente estabelecidas. Por meio desta interpretação do jogo

entende-se o contexto cultural subjacente ligado à linguagem e o sentido expresso nas atividades.

Desta forma, o jogo permite atribuir às significações da vida comum um outro sentido que seja mais apropriado à pessoa, remetendo à idéia do faz-de-conta, com a ruptura, mesmo que temporária, das significações da vida cotidiana. A cultura lúdica permite tornar o jogo um ato social num contexto de representações sociais. Daí o jogo só se desenvolver e ter sentido no contexto das interações simbólicas da cultura (BROUGÈRE, 2003).

3.2.1 O lúdico e os idosos de nosso tempo

Buscando explorar os benefícios proporcionados pelo lúdico para os idosos, os programas da terceira idade, atualmente, discutem a participação dos idosos em atividades esportivas, de imaginação, de criatividade, que fazem parte da experiência humana do lazer. O lazer que ora fazia parte apenas de idosos na fase da aposentadoria e como consequência do aumento da expectativa de vida, já passa a ser visto com outras conotações, associado às alterações dos diferentes modos de pensar o processo de envelhecimento (FERRARI, 2006).

O comportamento do idoso diante dessas atividades pode ser passivo ou ativo. A atitude ativa envolve a participação e vai gerar o desejo de assumir, em todos os níveis, um grau variável de responsabilidades na vida social, seja na família, trabalho, ou outro grupo social, ainda que não em caráter permanente, mas opondo-se ao isolamento social. A atitude ativa proporciona um progresso pessoal e desenvolvimento da personalidade, de forma harmônica, principalmente para o idoso que possui o tempo livre e pode desfrutá-lo por meio do repouso, da distração e do lazer em buscando de equilíbrio (DUMAZEDIER, 2001)

Para FREIRE (1970) é por meio da consciência crítica que se alcançará a ação transformadora. A responsabilidade histórica existirá quando o sujeito assumir uma

consciência crítica, complementada pelo ato crítico e criativo, fundamentada no binômio ação-reflexão. Segundo ele, o binômio ação-reflexão é a unidade dialética da práxis humana, e acontece por meio do fazer e saber reflexivo da ação. Ambos se refazem continuamente por meio de um ciclo: o saber que critica o fazer, que incide sobre o saber. É por meio da dialética ação-reflexão que os seres humanos concretizam-se como sujeitos, seres de relação no mundo, com o mundo e com os outros. Esta dialética promove uma reflexão sobre as limitações dos seres humanos e estimulam a projeção de mudança de comportamento e de transformação da realidade que os condiciona (FREIRE,1970).

O lazer proporciona ao idoso a melhora das relações com o outro e com o mundo como uma forma de ressignificar a sua auto-imagem e sua auto-estima configurando uma nova identidade individual e social (GÁSPARI, 2005).

A natureza do ser humano é vir-a-ser, num processo contínuo de transformação. O inacabamento e o condicionamento sócio-histórico dos seres humanos leva-os a *estar sendo* no mundo, fazendo parte de uma história que também está em construção e reconstrução. Novos valores, novos saberes, novos sentimentos e novas estruturas vão sendo construídos e (re)construídos nesta nova configuração da sua própria forma de convivência e existência. Esse processo de aprendizagem é possível pela linguagem, pelo trabalho, e pelas capacidades provenientes do sentir, pensar e agir. Como seres históricos que *vão sendo*, ocorre um processo de interação significadora e transformadora com o mundo e com os outros. Mudar a história significa mudar o estilo de vida dos seres humanos em sua conformação e as estruturas que o sustentam (FREIRE, 1996).

O idoso, que se encontra muitas vezes em crise de identidade, com baixa de auto-estima e interferência nos relacionamentos interpessoais e convívio social, pode

encontrar no lazer uma oportunidade de rever conceitos e mudar paradigmas. O lúdico pode ser utilizado com caráter educativo, proporcionando ao idoso a (re)elaboração de questões geradoras de crise e incorporar novas atitudes frente ao processo de envelhecimento, edificando sua própria identidade (GÁSPARI, 2005).

Para FREIRE (1969) “a libertação autêntica, que é a humanização em processo, não é uma coisa que se deposita nos homens. Não é uma palavra a mais, oca, miticante. É práxis, que implica a ação e reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo”. Essa práxis implica na construção dialética do mundo e dos sujeitos, num processo de conscientização da situação problema, e não somente uma simples tomada de consciência. Ela implica em um conjunto de idéias capazes de interpretar um fenômeno ou recorte histórico e, posteriormente, com uma nova proposição, o sujeito elaborar a sua palavra sobre o mundo e passar a agir para transformá-lo. É por meio deste processo de conscientização, resultado de uma práxis de reflexão e inserção crítica das pessoas, que é gerado o empoderamento do sujeito-agente. Esse “poder” do ser humano é construído pelo movimento de conscientização e problematização da realidade em meio às interações sociais envolvidas.

O poder adquirido também proporcionará às pessoas a superação das *situações-limites* criadas em decorrência das dificuldades cotidianas a que estamos expostos. A falta de consciência de sua submissão a essas dificuldades as leva a não enfrentar e não buscarem respostas aos desafios, mudando seu estilo de vida, tornando-se assim, seres não participantes do projeto de transformação social. É por meio do poder adquirido que iremos adquirir mais liberdade e construir novos sentidos existenciais para a nossa convivência no mundo (FREIRE, 1970).

Essa inserção crítica na realidade deve ser valorizada pela experiência de cada um enquanto ser sócio-histórico. Para FREIRE (1996) é a experiência profunda de

assumir-se como “ser social e histórico, como ser pensante, comunicante, transformador, criador, realizador de sonhos, capaz de ter raiva porque é capaz de amar”, para levar à superação das *situações-limites* e a transformação da realidade.

O jogo, o lúdico, o brincar são sinônimos que permitem aos idosos uma relação aberta para a criação, por meio do espaço gerado. O brincar é um espaço cultural de criação, arquétipo de toda atividade cultural, não é simplesmente uma relação com o real. O brincar implica em um espaço de inter-relações e inter-subjetividades (BROUGÈRE, 2003).

Outra concepção trazida por FREIRE (1970) é a de que a transformação do mundo irá acontecer pelo diálogo, que é a força que impulsiona o pensar crítico-problematizador da condição humana no mundo. Por meio do diálogo o ser humano pode *dizer o mundo* da forma que o vê. Segundo este autor, “a leitura da palavra é sempre precedida da leitura do mundo”. Isto implica uma práxis social, ou seja, refere-se ao compromisso entre a palavra dita e a ação humanizadora. A prática do diálogo possibilita refletir e repensar a vida em sociedade, com intuito de agirmos sobre o mundo, de transformá-lo.

A prática do diálogo nos ensina a experiência da diferença, como uma exigência ontológica, para a construção da autonomia. Para FREIRE (1970) a produção da diferença potencializa a unificação do humano em torno de sua vocação ontológica: ser mais. É por meio do diálogo consigo mesmo e com o mundo em complexificação que alcançaremos níveis cada vez mais complexos de autonomia.

Esta vocação ontológica do *Ser Mais* envolve o ser humano em suas dimensões vitais do sonho e da esperança, como autêntica utopia de um futuro histórico possível, pela atitude crítica da realidade. A relação do sujeito do processo histórico com o mundo, segundo FREIRE (1996), deve se constituir em um movimento pelas

possibilidades de intervenção e criatividade dos sujeitos. Essa é dinâmica da natureza humana, que busca a superação contínua de nós mesmos, estimula a transpor as barreiras que atrofiam o potencial do ser e sua vocação para o *Ser Mais*.

A postura lúdica do idoso poderá facilitar a criatividade, a espontaneidade e a expressividade frente às situações da vida e, com isso, gerar autoconfiança, autoconhecimento e autonomia, promovendo melhor qualidade de vida (FENALTI, 2004).

Para FREIRE (1969) existir é um conceito dinâmico que implica em dialogação eterna do homem com o homem, do homem com o mundo, do homem com seu criador e é essa dialogação do homem sobre o mundo e com o mundo mesmo, sobre os desafios e problemas, que faz o que é histórico. Os seres humanos são feitos para transformar o mundo. Diante disso, somos seres de reflexão, consciência, desafio e de respostas. E, enquanto seres inacabados que somos, nossa vocação ontológica projeta-se para o *ser mais*, na infinita tarefa de nossa existência humanizada, livre de todas as formas de opressão, um universo inesgotável de possibilidades.

A influência das atividades lúdicas por meio de ginásticas, esportes, artes, músicas, informática, com um caráter educativo, podem levar a uma transformação da filosofia de vida do idoso. Os profissionais envolvidos nessas atividades lúdicas serviriam como mediadores da disseminação de novas atitudes, perante um processo de reflexão e mudança de comportamento (FENALTI, 2004).

A linguagem artística é uma forma cultural de expressão dos homens na transmissão das idéias e de visão do mundo. Ela também pode ser utilizada para ajudar na detecção dos problemas de uma forma espontânea e criativa. A partir da exposição dos problemas, é possível encontrar as potencialidades e recursos pessoais velados. A linguagem artística contribui para a solução de conflitos e ajuda na aprendizagem e

construção de novas habilidades (FERRARI, 2006). As técnicas de expressão utilizadas pela linguagem artística na pesquisa foram a colagem, o teatro e a mímica. Elas tinham a intenção de facilitar a expressão livre, criativa e espontânea, sem emissão de qualquer tipo de julgamento. É por meio da percepção que nós nos fazemos presentes no mundo e na sociedade, pela consciência de nossa existência. Essa percepção se amplia à medida que descobrimos que influenciemos e somos influenciados por este mundo (FERRARI, 2006).

Dentro do processo de criação, além da percepção, temos a memória. É por meio da memória que existe o discernimento entre o passado, o presente e o futuro. Ela possui a propriedade de ordenar as vivências do passado, pelas imagens que foram introjetadas e mantidas compreensíveis no decorrer do tempo. São essas imagens que, em determinados momentos, são disponibilizadas e projetadas no futuro gerando a imaginação. Essa imaginação surge pela conversão das imagens por semelhança ou ressonância afetiva com lembranças anteriores. Desta forma, as associações da memória irão constituir-se o fundamento da imaginação, e à partir da ordenação dos elementos que constituem as imagens surgirão as formas resultantes da imaginação (FERRARI, 2006).

Segundo FERRARI (2006) “o formar, ou criar, é um processo de ordenação e comunicação. À medida que as formas se estruturam em espectros de espaço e tempo, adquirem a qualidade de símbolo. Esses traduzem movimentos ou estados dinâmicos do ser humano (equilíbrio, alegria, tristeza, etc).” Desta forma, o produto da criação pode ser entendido por meio da percepção do fazer humano, que é o reflexo do seu ser mais íntimo. A criação faz parte do viver. Ao criar, transformamos a realidade, e lhe damos significado dentro de um processo.

A técnica de colagem pode ser utilizada como um instrumento lúdico, com uma linguagem artística, que promove a elaboração da angústia, o desenvolvimento da criatividade, possibilitando a melhora da auto-estima. Além disso, facilita a socialização, a aquisição de novas amizades e minimiza o sofrimento proveniente de problemas físicos e emocionais (FERRARI, 2006).

O teatro possui uma propriedade que permite ao sujeito ver a si mesmo, em ação, e permitir-lhe imaginar variantes ao seu agir. Essas variantes proporcionam alternativas de reflexão e transformação das ações pela realidade vivenciada (BOAL, 1996).

O teatro do oprimido (TO), que é uma modalidade do teatro, possui um sistema de exercícios físicos, jogos estéticos, técnicas de imagem e improvisações especiais, que tem como objetivo refletir, resgatar, e desenvolver ações próprias do ser humano. Ele é um método lúdico e pedagógico, e um importante instrumento de comunicação, que serve como alternativa de solução aos problemas reais. O TO cria condições para que as pessoas apropriem dos meios de produzir teatro e ampliem as formas de expressar seus problemas, e seus desejos. Desta forma, o TO é um instrumento que pode ser utilizado na busca de soluções de problemas pessoais, interpessoais e sociais (BOAL, 1996).

O TO utiliza o espaço estético como um espaço aberto a criação. Neste espaço estético pode-se ser sem ser, o passado se faz presente, os mortos vivem, o futuro é hoje, a realidade se dissocia no tempo, tudo é possível, a imaginação se aflora. O espaço estético estimula o saber, descobrindo; desconstrói e constrói uma nova realidade, pela imaginação. A plasticidade presente neste espaço favorece a criatividade (BOAL, 1996).

No espaço estético, a memória é resgatada pelas idéias, emoções e sensações provenientes de uma vivência anterior. Também nesse processo psíquico, a imaginação

servirá como um elemento amalgâmico que dará forma à idéias, sensações e emoções que surgem e criam uma nova realidade possível. Ao projetar sobre o espaço estético, tanto a memória quanto a imaginação, favorecem o aparecimento das dimensões subjetivas, a dimensão afetiva e a dimensão onírica (BOAL, 1996).

A dimensão afetiva traz ao espaço estético, novos significados proporcionados pelas emoções, sensações e pensamentos do sujeito em cena. O sujeito ao observar o espaço físico projeta suas memórias, resgatando fatos passados, desejados ou indesejados, perdas e ganhos, e que permanecerá no inconsciente (BOAL, 1996).

A dimensão onírica se apresenta pelos sonhos e criações da imaginação, e distancia-se da realidade física. Nesta dimensão o sujeito não observa, simplesmente se deixa penetrar nas suas projeções, se funde e confunde com as criações. Tudo é possível (BOAL, 1996).

Uma característica do TO é a objetivação do desejo. Ao viver uma cena da realidade, a pessoa possui um desejo, que é vivido ou não, e que se desenvolve no transcorrer do momento. Ao reviver a cena, a pessoa verifica o seu desejo. Este desejo transforma-se esteticamente, em objeto observável, por ele e por todos os participantes. Ao ser observado, analisado, o desejo pode levar a uma reflexão e transformação das formas de se pensar o vivido (BOAL, 1996).

3.3 - A INFLUÊNCIA DO LÚDICO NO DESENVOLVIMENTO DA CONSCIÊNCIA CRÍTICA

Segundo FREIRE (1981), para iniciar uma possível análise sistemática da conscientização, deve-se ter uma compreensão crítica do ser humano como existente *no mundo e com o mundo*. É por meio do uso da consciência que o ser humano se torna sujeito de suas ações. Os seres humanos, “seres abertos”, serão capazes de captar a realidade, expressá-la, e transformá-la por meio de suas ações. Isto será possível na medida em que o sujeito se “distanciar” do mundo, objetivando-o.

Para FREIRE (1969) a “intransitividade da consciência” é a condição em que o ser humano está imerso em sua realidade e ainda não possui a capacidade de objetivá-la. É o “horizonte biológico” da forma de conduzir a sua vida, ou seja, suas preocupações restringem-se aos problemas relacionados apenas ao ciclo vital. Ele ainda não fez a sua biografia. A pessoa não possui a compreensão da “percepção estrutural” dos fatos.

A explicação das situações problemáticas está na “incapacidade natural” dos seres humanos, o que determina a impossibilidade de transformação da realidade que as origina (FREIRE, 1981).

A intransitividade pode ser superada na medida em que a consciência humana continua aberta, com a presença de uma força intencional com tendência a transcender e ampliar o campo de percepção. Esse campo de percepção irá captar as questões do mundo, e por meio da capacidade de diálogo com os outros no mundo, estimulará a criação de respostas e alcançará um outro nível: o da consciência transitiva (FREIRE, 1969).

Inicialmente a consciência transitiva é “ingênua”, por ainda manter características do conformismo, com explicações fantasiosas para os fenômenos. Ela

ainda tem receio de se aventurar na direção da mudança, e, por isso, não possui um pensamento autônomo. É o tipo de consciência dependente, que transfere para os outros a responsabilidade e resolução dos problemas, apesar de já perceber as contradições sociais. À medida que a capacidade do diálogo se desenvolve a consciência transitiva pode superar a condição ingênua e tornar-se uma consciência crítica. Essa consciência crítica caracteriza-se pela profundidade com que interpreta os problemas e pelo engajamento sócio-político e visão de mundo (FREIRE, 1969).

À partir da consciência crítica o ser humano pode se “distanciar” da realidade concreta, e promover uma análise crítica dos fatos. Esta análise possibilitará o exercício da abstração por meio das representações da realidade, buscando encontrar a razão de ser dos fatos. A prática a ser utilizada para desenvolver esta abstração e compreender as representações das situações existenciais serão a codificação e decodificação das realidades apresentadas. É essa codificação que faz a mediação entre o contexto concreto e o teórico. Por outro lado, age como objeto de conhecimento, mediatiza os sujeitos cognoscentes que buscam, em diálogo, desvelá-la (FREIRE, 1981). Desta forma, a codificação é a representação de uma situação existencial. E a decodificação é a “leitura” desta representação, após a análise da consciência crítica.

No processo de descodificação e de percepção das situações anteriores os seres humanos vão, gradualmente, começando a questionar a opinião que tinham da realidade e vão substituindo por um conhecimento cada vez mais crítico da mesma (FREIRE, 1981). O lúdico pode servir como um instrumento mediador da decodificação da representação de uma situação existencial, auxiliando na tomada de consciência, nesta transição da consciência intransitiva para consciência crítica (FENALTI, 2004), contribuindo assim para uma vida mais participativa e produtiva e, conseqüentemente, com melhor qualidade (OMS, 2005).

4 - METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo de avaliação da qualidade de vida de idosos que participaram de um programa de intervenções lúdicas.

4.2 AMOSTRA

Os sujeitos do presente estudo foram pessoas acima de 60 anos, de ambos os sexos, que residem na região nordeste de Belo Horizonte. Os critérios de inclusão foram:

1) possuir capacidade de compreender e responder os instrumentos utilizados para coleta de dados;

2) não fazer parte de grupos que envolvam dinâmicas lúdicas dentro da comunidade local.

A amostra foi de conveniência e teve a participação de 98 pessoas, captadas em três Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Esse tipo de amostragem foi baseado no pressuposto de que o conhecimento que o pesquisador tem da população pode ser usado para selecionar a maior variedade possível de entrevistados, ou escolher sujeitos considerados típicos da população em questão, ou particularmente conhecedores do assunto relacionado (POLIT E HUNGLER, 2004).

4.3 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado nos Centros de Saúde Alcides Lins, São Marcos e Goiânia, localizados na regional nordeste de Belo Horizonte. Todas as UBS possuem equipes de saúde da família, e previsão de 30 atendimentos por dia, em média, por cada equipe do PSF. A soma da população adscrita nos respectivos centros de saúde é cerca de 60.000 pessoas, segundo dados do IBGE-2006. Do total de atendimento diário, cerca de 30% são de pessoas acima de 60 anos.

Os centros de saúde são locais em que são realizadas atividades clínicas (consultas médicas, de enfermagem, de psicologia), educativas (trabalho em grupos operativos com indivíduos hipertensos e diabéticos), formativas (treinamento de auxiliares de enfermagem, treinamento de agentes comunitários de saúde), e reuniões das equipes do PSF e dos funcionários de toda a UBS.

4.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados após aprovação dos Comitês de Ética das Instituições envolvidas (Anexo 1). Os idosos atendidos nos postos de saúde foram informados sobre o estudo e os que desejaram participar assinaram termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 2).

Os dados foram coletados mediante entrevista pelo pesquisador e por 5 acadêmicos da Faculdade Estácio de Sá, previamente treinados. Foram utilizados os questionários WHOQOL-abreviado e WHOQOL-OLD da OMS, para avaliação da

qualidade de vida, além de um formulário sócio-demográfico e de estado de saúde utilizado pelo pesquisador para identificar o perfil da amostra.

O horário das entrevistas foi adaptado conforme a disponibilidade de cada participante. A coleta dos dados foi feita no próprio centro de saúde, em uma sala separada, em um ambiente tranquilo. Os idosos foram entrevistados individualmente antes e depois da intervenção. Posteriormente, os dados foram comparados através de análise estatística.

4.5 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

No presente estudo foi utilizado os instrumentos:

- 1 - Formulário sócio-demográfico e de estado de saúde
- 2 – WHOQOL-Abreviado
- 3 - WHOQOL-OLD

4.5.1 Formulário Sócio-demográfico e de estado de saúde:

O formulário sócio-demográfico e de estado de saúde é constituído de questões fechadas relacionadas a sexo, idade, nível de escolaridade, religião, estado civil, filhos, situação de trabalho, e informações sobre a saúde. (Anexo 2)

4.5.2 WHOQOL-Abreviado

O formulário WHOQOL (OMS, 2005) foi desenvolvido com a finalidade de avaliar a qualidade de vida através de um instrumento que fosse aplicável cross-culturalmente. O formulário abreviado (Anexo 3) contém 26 questões distribuídas em quatro domínios: Social (3 questões), Ambiental (8 questões), Físico (7 questões) e Psicológico (6 questões), além de mais duas questões relacionadas à avaliação global de qualidade de vida. As respostas são graduadas em uma escala de Likert de 5 pontos (CASTRO et al., 2006).

As propriedades psicométricas do WHOQOL-Abreviado, versão em Português, foram verificadas em uma população de 276 tabagistas (169 mulheres e 107 homens, idade entre 18 a 60 anos, em Porto Alegre, RS. O instrumento mostrou boa consistência interna (0,94) para todas as 26 questões. Para cada domínio, os valores foram: Físico (0,87), Psicológico (0,86), Social (0,72) e Ambiental (0,81). O instrumento demonstrou boa validade interna (CASTRO et al., 2006).

4.5.3 WHOQOL-OLD:

O instrumento WHOQOL-OLD (Anexo 4) foi desenvolvido para medir a qualidade de vida de pessoas acima de 60 anos. Consiste em 24 itens que investigam seis domínios: “Funcionamento do Sensório” (FS), “Autonomia” (AUT), “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (PPF), “Participação Social” (PSO), “Morte e Morrer” (MEM) e “Intimidade” (INT). Cada um dos domínios possui 5 itens graduados em uma escala de Likert com pontuação de 1 a 5. Portanto, para cada domínio o escore dos valores possíveis pode oscilar de 4 a 20. Os escores destes seis domínios geram um escore global para a qualidade de vida, denominado “escore total”. Escores altos

representam uma alta qualidade de vida, escores baixos representam uma baixa qualidade de vida (The WHOQOL-OLD Group, 2005).

As propriedades psicométricas do WHOQOL-OLD, versão em português, foram verificadas em um estudo com uma população de 424 idosos, residentes em Porto Alegre-RS, em 2005. O instrumento mostrou características satisfatórias de consistência interna (Coeficientes de Cronbach de 0,71 a 0,88), validade discriminante ($p < 0,01$), validade concorrente (Coeficientes de correlação entre -0,61 e -0,50) e fidedignidade teste-reteste (Coeficientes de correlação entre 0,58 a 0,82). O Módulo WHOQOL-OLD representa uma alternativa útil e com bom desempenho psicométrico na investigação de qualidade de vida em idosos (FLECK, M.P, et al., 2006) .

4.6 INTERVENÇÃO LÚDICA

As pessoas da comunidade foram convidadas a participar do estudo pelos enfermeiros dos centros de saúde pesquisados, observados os critérios de inclusão.

Os participantes foram orientados sobre o projeto de pesquisa, as questões éticas e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Inicialmente, foram aplicados o questionário sócio-demográfico, os instrumentos WHOQOL-OLD e WHOQOL-Abreviado, pelo pesquisador e pelos acadêmicos. Ambos, pesquisador e acadêmicos, se constituíram como coordenador/facilitador dos encontros para a pesquisa.

Após a primeira entrevista para coleta de dados, foram formados os grupos que variavam entre 10 e 15 pessoas. Os encontros aconteceram uma vez por semana, durante 4 semanas, para a realização das dinâmicas lúdicas. As definições da

conformação dos grupos (número de pessoas e intervalo entre os encontros) foram feitas pelo pesquisador, através da experiência com trabalhos em grupo. As dinâmicas lúdicas escolhidas para a realização da pesquisa em todos os grupos foram: teatro/jogos teatrais, colagem, “batata quente”, e mímica. A duração das dinâmicas foi de trinta minutos, com prorrogação por mais trinta minutos para o processo de reflexão sobre as mesmas. Em todas as dinâmicas foram discutidos temas relacionados à qualidade de vida. Posteriormente, após as 4 intervenções lúdicas, foram aplicados novamente os formulários WHOQOL-OLD e WHOQOL-Abreviado, para avaliação da mudança da qualidade de vida dos idosos participantes.

Inicialmente, se voluntariaram para o estudo 98 pessoas atendidas em três unidades básicas de saúde da região nordeste de Belo Horizonte. No primeiro momento, todos os 98 participantes preencheram os três formulários: sócio-demográfico, WHOQOL-OLD e WHOQOL-abreviado, e convidado a participar dos encontros previstos pela pesquisa. No decorrer dos 4 encontros, houve uma redução do número de participantes nas intervenções lúdicas. Assim, dos 98 idosos que estavam no início deste estudo, apenas 30 participaram das atividades lúdicas até o final. Portanto, a 2ª coleta de dados para investigação da qualidade de vida utilizando os formulários WHOQOL-OLD e WHOQOL-abreviado, foi realizada somente junto a esses 30 participantes.

Neste estudo foram utilizadas 4 dinâmicas lúdicas que deveriam ser do conhecimento da cultura popular, e que promovessem uma reflexão sobre o construto qualidade de vida. A primeira dinâmica utilizada foi uma modalidade do teatro, conhecida como teatro do oprimido (TO).

A utilização do teatro na pesquisa se deu pelos jogos estéticos, e pela modalidade teatro invisível, ambos pertencentes ao teatro do oprimido. No dia do primeiro encontro, os idosos participaram de vários quadros de encenação dentro do

espaço estético criado nas cenas, oferecido pela professora de teatro Emiliana. Inicialmente, foi feita uma dinâmica de apresentação, “o batizado mineiro”, e cada um se apresentava com o nome, ou apelido, uma característica pessoal, e em seguida um gesto correspondente a esta característica. À medida que as pessoas se apresentavam o restante do grupo repetiam nome, a característica e o gesto do idoso. Posteriormente, foi trabalhado o sentido do tato com os idosos, para que pudessem sentir-se e sentir o outro como um todo indivisível. A técnica utilizada, denominada “ninguém com ninguém”, promovia o contato de partes dos corpos dos idosos (ex. joelho direito com joelho direito, pé direito com pé esquerdo) de forma cumulativa até a impossibilidade de se continuar, e a partir daí mudava-se de parceiro. Logo em seguida, foram colocados vários objetos em cena (cadeira, lenços, garrafa) e os idosos deveriam, a partir da memória e da imaginação, criar cenas ou mesmo imaginar outros objetos, a partir daqueles que foram colocados em cena, até que se esgotasse a possibilidade de criação. Neste jogo, foram trabalhadas as cinco categorias do TO: diminuimos a distância entre sentir e tocar, entre escutar e ouvir, entre os vários sentidos ao mesmo tempo, e tentamos ver tudo aquilo que olhamos e despertamos os sentidos da memória.

No outro encontro foram utilizadas as técnicas do teatro invisível, por meio da mímica, com a participação de palhaços do grupo “Palhaços e Cia.”. No caso do encontro com os idosos tratava-se de uma cena de festa de aniversário, onde eles eram os convidados e deveriam intervir na encenação à medida que ela ia acontecendo. A participação dos idosos era por interatividade, e, por ser um espaço estético, utilizava da sua expressividade, espontaneidade e criatividade para propor e intervir na cena, de acordo com sua vontade.

A outra dinâmica lúdica utilizada neste estudo foi a “batata quente”. Trata-se de uma atividade lúdica que tem o objetivo de facilitar a oportunidade de grupo, de

socialização, de participação, de vivências dos idosos. A dinâmica foi utilizada como um instrumento para facilitar a discussão do constructo qualidade de vida de uma forma mais lúdica. Por meio da dinâmica “batata quente” os idosos sentiram-se mais confortáveis e desinibidos para expressar e dizer, na sua linguagem, a representação de qualidade de vida. Desta forma, o constructo qualidade de vida foi sendo construído no grupo com a participação de todos os idosos.

Na dinâmica “batata quente” à medida que um objeto passava pelas mãos dos participantes a música era interrompida e uma das perguntas descritas abaixo era feita a quem estivesse com o objeto nas mãos.

1. O que é qualidade de vida para você?
2. Você consegue fazer tudo o que gostaria de fazer?
3. Como você poderia melhorar sua vida?
4. O que você já fez e que foi bom para sua vida?
5. O que você pode fazer para melhorar a sua saúde?
6. O que você pode fazer para melhorar a qualidade de vida da sua família?
7. Dê um conselho para seu amigo ao lado sobre qualidade de vida.
8. O que você tem feito de lazer ultimamente?
9. O que é preciso para uma pessoa ser feliz?
10. Se tivesse condições, qual a 1ª coisa que você mudaria para melhorar sua vida?
11. Como você pensa o seu futuro?
12. O que você gosta e o que você não gosta de fazer?
13. O que você acha que é ruim para sua saúde?

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram inseridos no programa SPSS, revisados, tratados e, posteriormente, analisados através de estatística descritiva e comparativa.

Estatística descritiva foi computada para todas as variáveis do estudo.

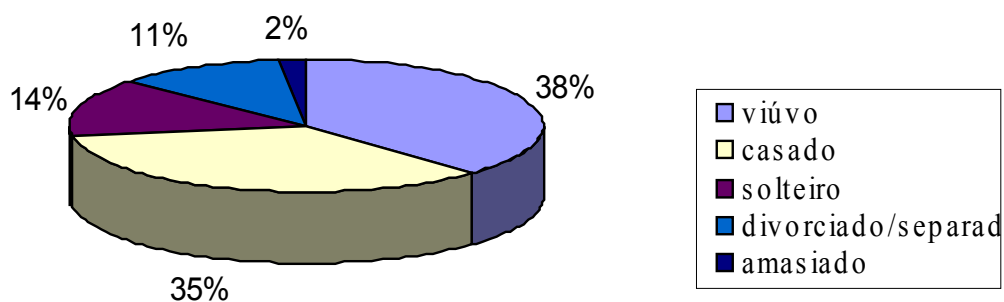
Para comparação dos dados coletados nos dois momentos, ou seja, anterior e posterior à intervenção de enfermagem, foi utilizado o teste t de Student, considerando-se o Intervalo de Confiança de 95%.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. PERFIL DA AMOSTRA DO ESTUDO

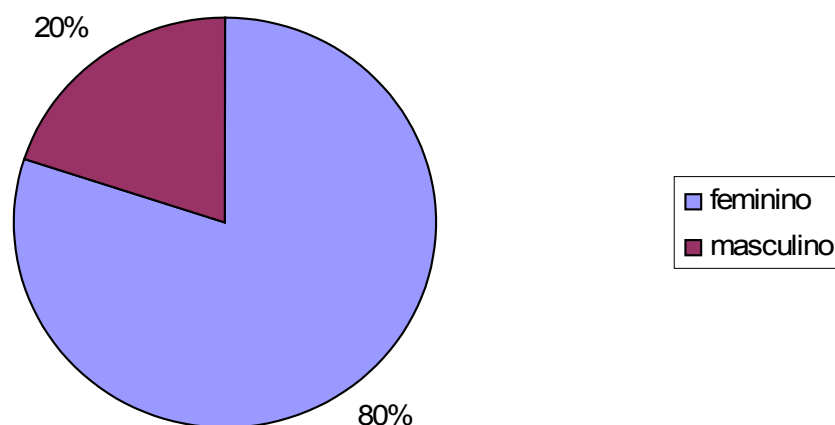
O número de voluntários para o estudo foi de 98 pessoas, atendidas em unidades básicas de saúde na região nordeste de Belo Horizonte, com idade entre 60 e 85 anos. A maioria era viúva (n= 37; 37,4%) ou casada (n=34, 34,7%), conforme apresentado no gráfico 1.

GRÁFICO 1 - Distribuição da amostra de acordo com estado civil



Houve predomínio do sexo feminino entre os participantes (Gráfico 2), com 79 mulheres (80,6%) e 19 homens (19,4%).

GRÁFICO 2 - Distribuição da amostra conforme o gênero



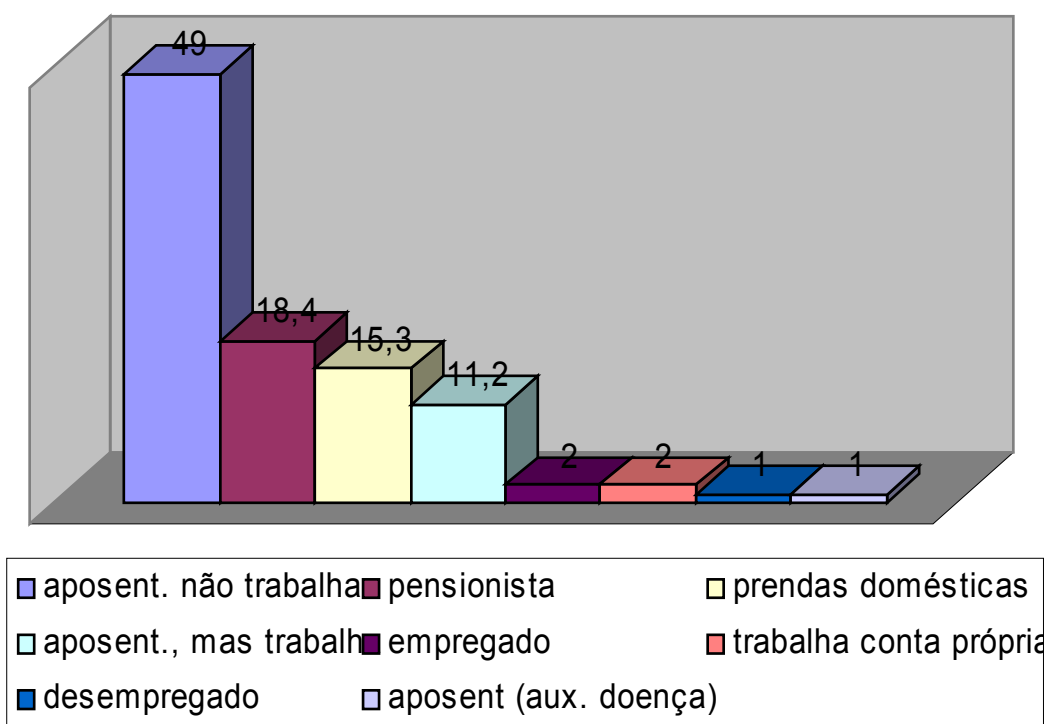
A renda dos idosos participantes do estudo é proveniente principalmente da seguridade social: aposentadoria (n=48; 49%) e pensão (n=18; 18,4%), sem vínculo empregatício. Nesta pesquisa, a maioria dos participantes eram mulheres aposentadas. O predomínio da população feminina participando dos grupos de atividades lúdicas pode estar relacionado ao maior número de mulheres que precisam de cuidados em saúde e se interessam por atividades lúdicas.

Segundo o PNAD 2007, apenas 19,3% das mulheres idosas trabalham fora, comparados a 42,6% da população de homens idosos. Este dado reflete a baixa participação feminina no mercado de trabalho em décadas anteriores. A maior inserção feminina no mercado de trabalho, presenciada nas últimas décadas, levam à perspectiva de uma maior participação das idosas nas atividades econômicas. Associado a isso, o aumento demográfico da população idosa vem pressionando o sistema previdenciário e

fomentando a necessidade de se manter o trabalhador na ativa o maior número de anos possível (PNAD 2007).

A distribuição dos participantes conforme a situação de trabalho está representada no GRÁFICO 3.

**GRÁFICO 3 - Distribuição dos participantes con:
situação de trabalho**



A maioria dos idosos que participaram do estudo era aposentada. O trabalho é importante para o idoso, não apenas pela renda adquirida, mas também pela autonomia e integração social vinculada a este trabalho. Além disso, tem sido verificado que a

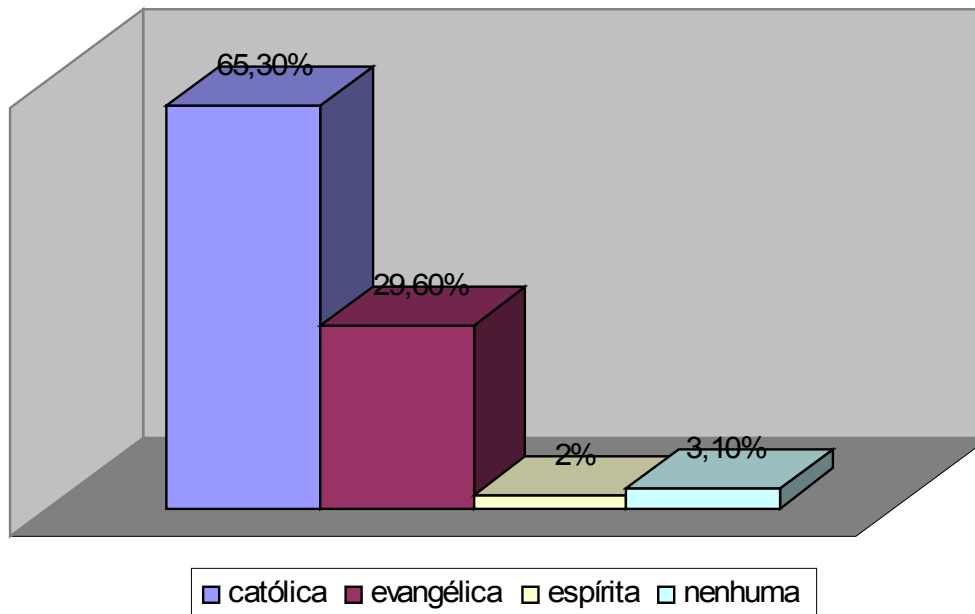
manutenção do trabalho pode servir como um bom indicador de qualidade de vida entre idosos (PNAD, 2007).

O aumento da população de idosos ativos nos últimos anos, principalmente de mulheres idosas, tem proporcionado melhoria na situação de renda e saúde desta população. Registra-se também uma redução de idosos residindo com os filhos e/ou outros parentes, o que gera maior autonomia para os mesmos e menos dependência de suas famílias. O idoso vem apresentando, cada vez mais, o papel de provedor e cuidador dos membros da família, ao contrário do que acontecia há décadas atrás (PNAD, 2007).

A maioria dos participantes (n=64; 65,3%) indicou ser católica e 29 (29,6%) disseram ser evangélicos, revelando um alto índice de participação dos idosos nas igrejas (n=93; 94%), caracterizando forte influência da dimensão espiritual na vida destes idosos. (Gráfico 4).

A distribuição dos participantes conforme a religião está demonstrada no GRAFICO 4.

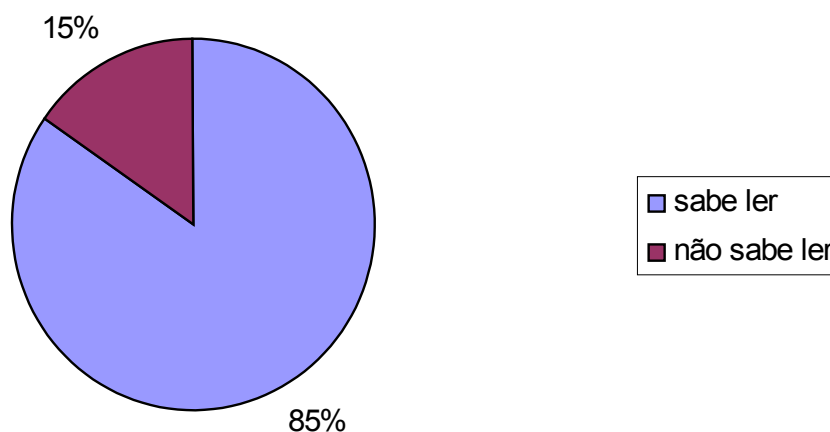
GRÁFICO 4 - Distribuição da amostra de acordo com a religião



A espiritualidade é um aspecto de importância vital na existência do ser humano, que influencia diretamente a nossa saúde mental, bem como nosso relacionamento com os outros. Vários estudos têm demonstrado associações significantes entre espiritualidade e idade mais avançada, sugerindo que uma maior maturidade e maior percepção da brevidade da vida levam a pessoa a sentir necessidade de se voltar para a área espiritual (Boone, 2005).

Os idosos que compuseram a amostra apresentaram baixo nível de escolaridade. O analfabetismo foi verificado entre os participantes, conforme demonstrado no GRÁFICO 5.

GRÁFICO 5 - Distribuição da amostra conforme o nível escolar



Muitos dentre os participantes do estudo são analfabetos ($n = 15$; 15,3%). Este dado é preocupante e indica a necessidade de se investir também na educação desta população (Gráfico 5).

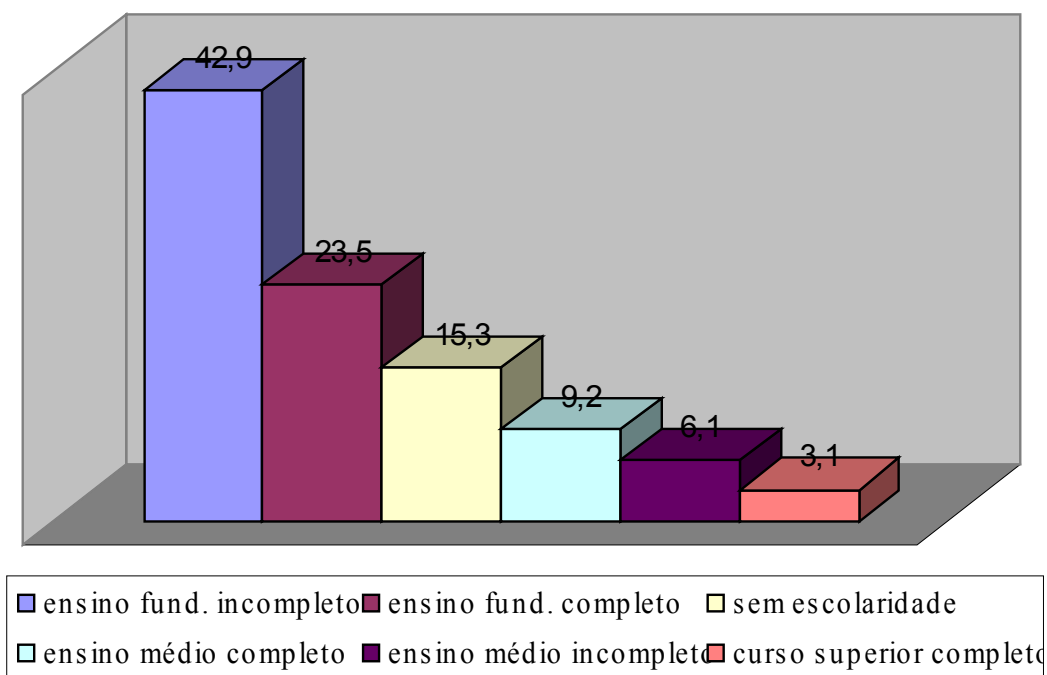
Segundo o PNAD (2007), a taxa de analfabetismo para idosos é estimada em 35%. Vários estudos que investigam a qualidade de vida entre adultos com doenças crônicas mostram uma importante relação entre melhor escolaridade e melhor qualidade de vida (Hoskins et al, 1996; Lima, 2005; Klepac & Trkulja, 2009).

Mesmo entre os participantes deste estudo que possuem alguma escolaridade, 42 (42,9%) apresentaram nível educacional bastante baixo, com predominância do ensino fundamental incompleto, ou seja, menos que 8 anos de escolaridade (GRÁFICO 6). Muitos idosos justificaram o baixo nível educacional com o fato de que “naquela época havia muitas dificuldades para quem morava no interior chegar até a escola” e muitos também relataram que “naquela época só havia estudo até a 4ª. série primária”. Mesmo

pela dificuldade enfrentada “na época”, há que se considerar o bom índice alcançado pela conclusão do ensino fundamental completo (n=23; 23,5%).

O nível educacional da amostra estudada está apresentado no GRAFICO 6.

GRÁFICO 6 - Escolaridade referida pelos idosos no questionário sócio-demográfico



A Organização Mundial de Saúde adverte que existe uma associação significativa e persistente entre nível educacional e saúde. Em muitos países e em diferentes épocas, o baixo nível educacional é considerado como fator de risco para a saúde, principalmente para algumas doenças transmissíveis e para o uso de tabaco (OMS, 2009).

A maioria apresentou pelo menos uma doença crônica. A distribuição da amostra de acordo com as doenças apresentadas está demonstrada na TABELA 1.

TABELA 1

Distribuição da amostra de acordo com as doenças crônicas apresentadas (N=98)

Doenças	frequência	Percentual
hipertensão arterial	68	69,4
diabetes mellitus	20	20,4
depressão	10	10,2
Artrose	18	18,4
outras doenças	27	27,6
nenhuma doença	12	12,2

Fonte: formulário sócio-demográfico

As patologias crônicas mais prevalentes na população estudada foram hipertensão (n=68; 69,4%), diabetes (n=20; 20,4%), artrose (n=18; 18,4%) e depressão (n=10; 10,2%). Este resultado corrobora com achados de estudos sobre a prevalência das doenças crônicas no contexto brasileiro (CHAIMOWICZ, 1997). Apenas 12 (12,2%) participantes marcaram o item ‘ausência de doenças’, o que também confirma levantamentos epidemiológicos realizados anteriormente (CHAIMOWICZ, 1997). Dentre as outras doenças apresentadas pelos participantes, estavam os problemas respiratórios (bronquite), problemas visuais (glaucoma) e dores lombares e de membros inferiores.

Em 2003, as doenças hipertensivas e cérebro-vasculares se destacaram como as mais importantes na causa de mortes em idosos. As doenças consideradas importantes por seu impacto (morbi-mortalidade) na qualidade de vida dos idosos foram a diabetes e as doenças pulmonares associadas ao tabagismo. A artrose, a depressão e a

incontinência urinária também interferem negativamente na qualidade de vida dos idosos, porém possuem baixa letalidade (CHAIMOVICZ, 2006).

Para CHAIMOVICZ (2006), a maioria das doenças e limitações dos idosos não leva à internação e não provoca morte, mas afetam a auto-estima e a qualidade de vida. É o caso de demências, que geram grande impacto sobre a família, as quedas que levam a um grande risco de outras complicações, a osteoartrose, considerada como doença incapacitante, a depressão e incontinência urinária.

A senilidade, que muitas vezes leva à incapacidade, é um fator de risco importante a curto e longo prazo para o desenvolvimento da depressão nos idosos. O início da incapacidade pode gerar estresse e alterações negativas no estilo de vida. Dentre os muitos fatores que podem precipitar o início da depressão, verifica-se com frequência a imobilidade, a dor, a ansiedade, as doenças crônicas, a necessidade de hospitalização demorada e reabilitação intensiva, o aumento de eventos vitais negativos (perdas de pessoas, materiais, sociais, ocupacionais), a sensação de perda do controle sobre a própria vida, baixa autoestima, preconceito, restrições das atividades sociais, e comprometimento das relações interpessoais e familiares (BALLONE, 2006).

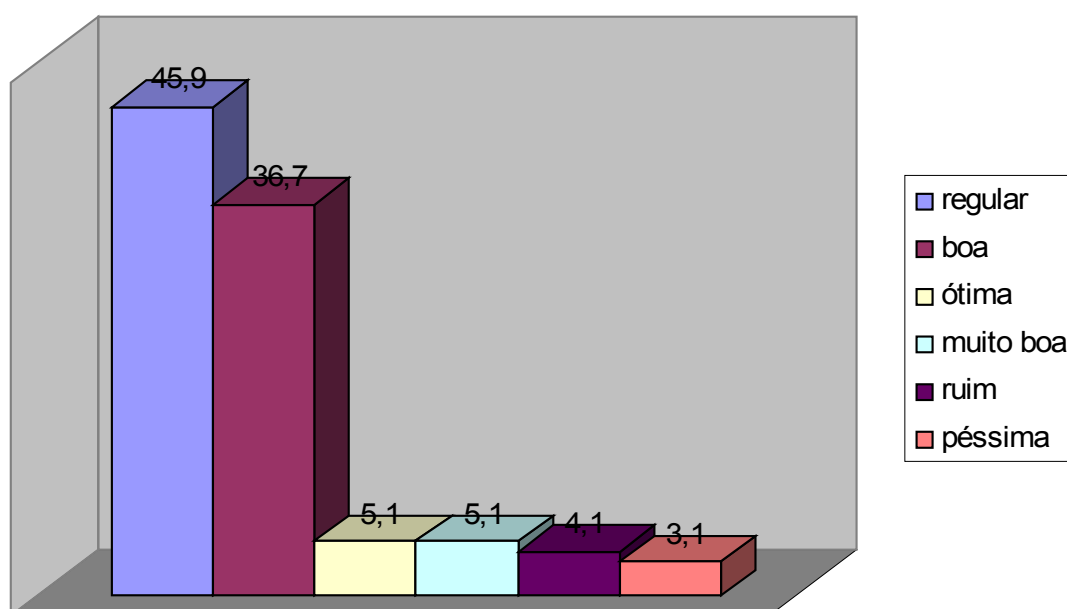
Já se observa um aumento expressivo de prevalência das doenças crônicas não só no Brasil, mas em todo o mundo e, principalmente entre os mais idosos e de baixa renda, verifica-se maior necessidade de auxílio para a realização das atividades cotidianas (CHAIMOVICZ, 2006).

5.2. AUTO-PERCEPÇÃO DA PRÓPRIA SAÚDE

A percepção que os idosos tinham de sua própria saúde foi avaliada no início do estudo com a pergunta sobre a auto-avaliação da saúde nas últimas semanas.

Aproximadamente metade dos participantes (n= 45; 45,9%) considerou ter saúde ‘regular’ seguido de 36,7% (n= 36) que a considerou ‘boa’. Poucos avaliaram sua saúde como ‘muito boa’ (n= 5; 5,1%) ou ‘ótima’ (n= 5; 5,1%) e três consideravam sua saúde como ‘péssima’, conforme demonstrado no GRÁFICO 7.

GRÁFICO 7 - Distribuição da amostra de acordo com a percepção do estado de saúde

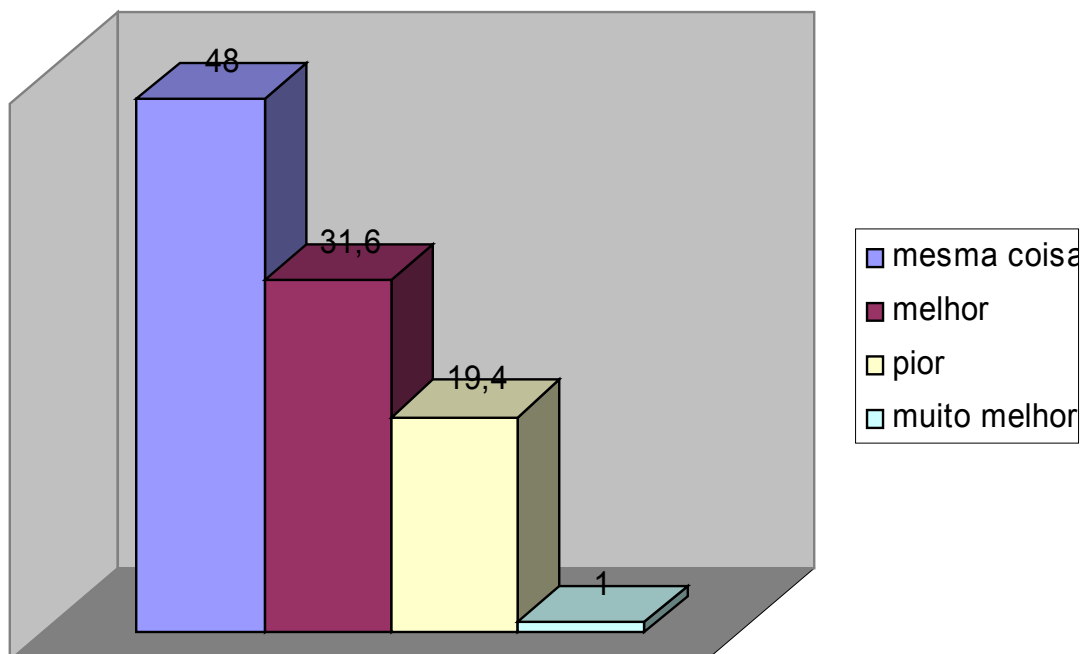


Alguns estudos indicam que idosos com doenças crônicas bem controladas tendem a ter uma melhor percepção da saúde, principalmente por não se lembrarem das pequenas complicações decorrentes das doenças, que geram medo da institucionalização, ou por possuírem expectativas mais baixas em relação à sua idade (CHAIMOVICZ,2006).

É necessário que os profissionais de saúde busquem trabalhar junto à população idosa identificando suas necessidades para melhor promoverem sua percepção de bem estar, melhorando assim sua satisfação relacionada à saúde e qualidade de vida. A ‘auto-percepção da saúde’ e a ‘morbidade auto-referida’ servem para identificar as necessidades sentidas pelos usuários e direcionar as ações de saúde (OMS, 2005).

Ao comparar a saúde atual com a que tinham há um ano atrás, aproximadamente metade da amostra (n=47; 48%) considerou que não houve alteração, ou seja, houve uma manutenção do estado de saúde (GRÁFICO 8). Alguns se manifestaram com as palavras “continua a mesma coisa, não fiquei doente”, ou “não melhorou nem piorou, continuo com os mesmos problemas” indicando, desta forma, que para eles a manutenção da saúde significa apenas “não ter adoecido”, sem levar em consideração outros aspectos relacionados à saúde. Saber que saúde é um estado de bem-estar completo, seja físico, mental ou social, e não meramente ausência de doença (OMS, 1948) pode ajudar essa população a melhor direcionar suas opções para uma boa saúde.

GRÁFICO 8 - Distribuição da amostra de acordo com a percepção da saúde, comparada ao último ano



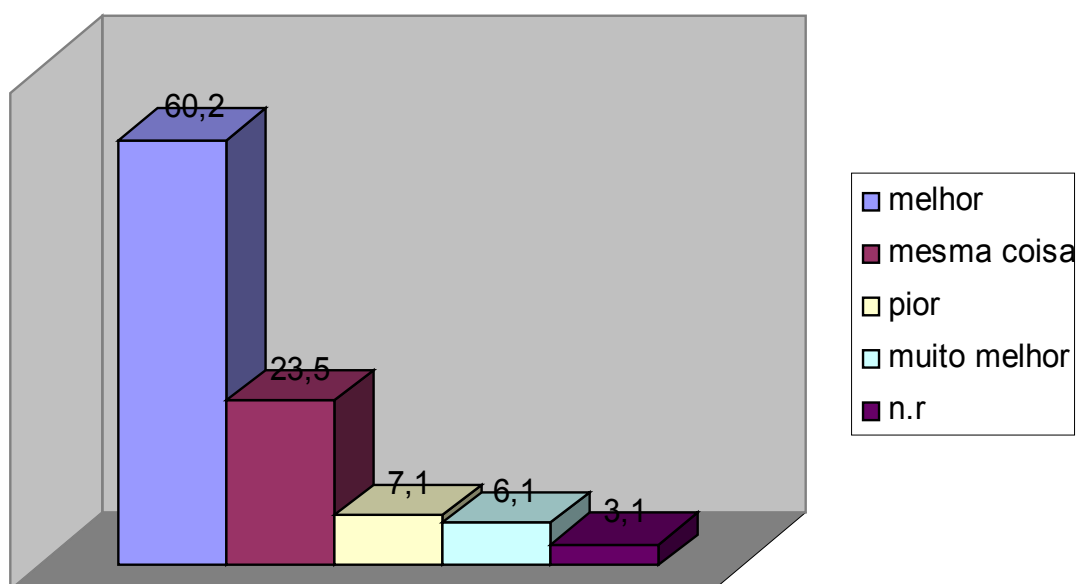
Aproximadamente 32% considerou estar com a saúde um pouco melhor do que no último ano e apenas 1 considerou estar com a saúde muito melhor. A importância em identificar tais percepções não deve ser menosprezada pelos profissionais de saúde, pois, é por meio destas investigações que ações de saúde eficazes podem ser direcionadas.

Em comparação a outros da mesma idade, a maioria dos participantes deste estudo considerou ter melhor saúde ($n=65$; 66,3%), ou mesmo 'bem melhor' ($n= 6$; 6,1%). Esta percepção pode ser benéfica, pois as atitudes e percepções sobre a própria idade são fatores importantes para manutenção da saúde (PNINA, 2007). Em um estudo entre 150 pessoas com 65 anos de idade ou mais, foi verificado que aqueles que consideravam estar melhor do que outros da mesma idade apresentaram melhor

desempenho psicológico, independente da raça, sexo, classe social e incapacidade (LINN & HUNTER, 1979).

O GRÁFICO 9 apresenta a distribuição da amostra de acordo com a percepção sobre a própria saúde quando comparadas com a de outros da mesma idade.

GRÁFICO 9 - Distribuição da amostra conforme percepção da saúde, em comparação com a de outros mesma idade



Sete idosos consideraram estar com a saúde pior do que outras pessoas da mesma idade, o que indica a necessidade de maior investigação de seu estado físico e psicossocial. O controle das doenças crônicas e o alívio de sintomas que trazem desconforto e estresse são de fundamental importância para a boa percepção de saúde do idoso.

5.3. QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO – AVALIAÇÃO PELO WHOQOL OLD

Dos 98 idosos que estavam no início deste estudo, apenas 30 participaram das atividades lúdicas até o final. Portanto, a 2ª coleta de dados para investigação da qualidade de vida utilizando os formulários WHOQOL-OLD e WHOQOL-abreviado, foi realizada somente junto a esses 30 participantes.

A primeira pergunta do WHOQOL-OLD investiga se alterações nos sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afetam a vida diária dos idosos. A maioria dos participantes (n=21, 70%) respondeu que as alterações que experimentam não têm afetado seu cotidiano. Os mesmos valores se mantiveram no 2º momento de coleta de dados, onde 22 idosos (73,3%) relataram que a vida diária não era afetada pelas alterações nos sentidos. Apesar de ter sido um número reduzido, é interessante observar que dos cinco participantes que consideraram ter a alteração dos sentidos afetando *Extremamente* ou *Bastante* o seu cotidiano antes da intervenção lúdica, apenas dois avaliaram desta forma após a intervenção (TABELA 2).

TABELA 2

Influência das perdas sensoriais na vida diária, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Perdas dos sentidos afetam a vida diária	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Nada	21 (70)	22 (73,3)
Muito pouco	4 (13,3)	5 (16,7)
Mais ou menos	0	1 (3,3)
Bastante	4 (13,3)	2 (6,7)
Extremamente	1 (3,3)	0

Fonte: formulário whoqol-old

Ao relacionar a perda dos sentidos e a capacidade de participar em atividades de um modo geral, 21 idosos (70%) informaram que as perdas sensoriais *Nada* afetavam essa participação e 4 disseram afetar *Muito pouco*. Após as dinâmicas lúdicas, esse número foi um pouco melhor, com 23 (76,7%) avaliando que as alterações sensoriais em *Nada* afetavam seu cotidiano, e 5 avaliando como *Muito pouco*. Apesar de não ter sido significativo, este resultado sugere uma melhora na satisfação com a vida em 10,1% da amostra. (TABELA 3).

TABELA 3

Influência das perdas sensoriais na capacidade de participar em atividades, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Perdas dos sentidos afetam capacidade de participar em atividades	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Nada	21 (70)	23 (76,7)
Muito pouco	4 (13,3)	5 (16,7)
Mais ou menos	1 (3,3)	0
Bastante	4 (13,3)	2 (6,7)
Extremamente	0	0

Fonte: formulário whoqol-old

Ao serem perguntados sobre a liberdade em tomar as próprias decisões, houve, ao final das intervenções, ligeira diminuição dos que consideraram ter muita liberdade (n=22 no 1º momento, e n=21 no 2º momento), enquanto pequeno aumento dos que perceberam bastante limitação em sua liberdade na tomada de decisões (n=1 no 1º momento, e n=4 no 2º momento). O mesmo tipo de mudança é visto nas questões seguintes, referentes à percepção de se ter certo controle do futuro e de ter sua liberdade respeitada pelos outros. A intervenção de enfermagem através das atividades lúdicas realizadas neste estudo pode ter contribuído para uma avaliação mais crítica da vida

peçoal. De acordo com Fenalti (2004), o lúdico pode levar a uma consciência crítica e, para Freire (1981), a consciência crítica permite um aprofundamento na interpretação dos problemas e na opinião sobre a realidade, a qual vai sendo substituída por um conhecimento cada vez mais crítico da mesma (FREIRE, 1981).

A TABELA 4 apresenta as respostas dos idosos sobre a liberdade de tomar as suas próprias decisões.

TABELA 4

Distribuição das respostas sobre a liberdade em tomar as próprias decisões, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Liberdade para tomar suas próprias decisões	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Nada	1 (3,3)	2 (6,7)
Muito pouco	0	2 (6,7)
Mais ou menos	7 (23,3)	5 (16,7)
Bastante	18 (60)	14 (46,7)
Extremamente	4 (13,3)	7 (23,3)

Fonte: formulário whoqol-old

Enquanto a pessoa busca construir sua própria identidade no processo de envelhecimento, o lúdico pode proporcionar uma (re)elaboração de questões, gerando crise e demandando a incorporação de novas atitudes (GÁSPARI 2005). Percebemos que a sensação de controle sobre o próprio futuro diminuiu para a maioria, após a intervenção lúdica, como demonstrado na TABELA 5.

TABELA 5

Distribuição das respostas sobre o controle do próprio futuro, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Controla o futuro	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Nada	0	3 (10)
Muito pouco	1 (3,3)	4 (13,3)
Mais ou menos	7 (23,3)	10 (33,3)
Bastante	19 (63,3)	9 (30)
Extremamente	3 (10)	4 (13,3)

Fonte: formulário whoqol-old

A percepção de ter sua liberdade respeitada pelos outros variou bastante entre os idosos participantes do estudo, com predominância para os que consideravam ser muito livres (n=23 no 1º momento, e 19 no 2º momento). Após a intervenção, a percepção geral de liberdade diminuiu, apesar de que dobrou o número daqueles que perceberam gozar de extremo respeito à sua liberdade (TABELA 6).

Segundo o Estatuto do Idoso (2004) é direito das pessoas acima de 60 anos à liberdade de opinião e expressão, da crença e culto religioso, da prática de esportes e diversões e participação na vida comunitária, social e política.

TABELA 6

Distribuição das respostas à pergunta se as pessoas ao redor respeitam a liberdade do idoso, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

As pessoas ao redor respeitam sua liberdade	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Nada	1 (3,3)	2 (6,7)
Muito pouco	0	1 (3,3)
Mais ou menos	6 (20)	8 (26,7)
Bastante	20 (66,7)	13 (43,3)
Extremamente	3 (10)	6 (20)

Fonte: formulário whoqol-old

A maioria dos participantes não demonstrou preocupação com a maneira pela qual irão morrer. Contudo, ao final da intervenção, verificamos aumento dos que se preocupavam *Bastante* (de 3 para 7 idosos) e redução dos que se preocupavam *Nada* ou *Muito pouco* (TABELA 7). O mesmo foi verificado na pergunta subsequente, sobre ter medo de não poder controlar a morte, cujos resultados estão na TABELA 8. Estes resultados mostraram que, de modo geral, após as intervenções lúdicas os idosos manifestaram maior preocupação em relação à morte. Pode ser que as intervenções tenham levado à maior reflexão da realidade, bem como a melhor valorização da vida.

TABELA 7

Distribuição das respostas à pergunta se os idosos estão preocupados com a maneira pela qual irão morrer, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Preocupação pela maneira pela qual irá morrer	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Nada	24 (80)	20 (66,7)
Muito pouco	1 (3,3)	2 (6,7)
Mais ou menos	2 (6,7)	1 (3,3)
Bastante	3 (10)	7 (23,3)
Extremamente	0	0

Fonte: formulário whoqol-old

A maioria indicou não ter medo de não poder controlar a própria morte (n=17 no 1º momento, e n=15 no 2º momento), porém alguns manifestaram *Bastante* medo diante desta limitação (n=5 no 1º momento, e n=7 no 2º momento) (TABELA 8).

TABELA 8

Distribuição das respostas sobre medo relacionado a não conseguir controlar a própria morte, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Medo de não controlar sua morte	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Nada	17 (56,7)	15 (50)
Muito pouco	5 (16,7)	5 (16,7)
Mais ou menos	3 (10)	3 (10)
Bastante	5 (16,7)	7 (23,3)
Extremamente	0	0

Fonte: formulário whoqol-old

A maioria (aproximadamente 80%) disse em *Nada* ou *Muito pouco* temer a morte. Após as intervenções lúdicas, houve um aumento mínimo dos que disseram ter *Bastante* ou *Extremo* medo de morrer, como apresentado na TABELA 9.

TABELA 9

Distribuição das respostas à pergunta sobre ter medo de morrer, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Medo de morrer	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Nada	22 (73,3)	21 (70)
Muito pouco	1 (3,3)	2 (6,7)
Mais ou menos	3 (10)	1 (3,3)
Bastante	4 (13,3)	5 (16,7)
Extremamente	0	1 (3,3)

Fonte: formulário whoqol-old

O medo de sofrer dor antes de morrer foi avaliado na questão seguinte. A TABELA 10 apresenta a distribuição das respostas, mostrando que houve um pequeno aumento geral de temor do sofrimento antes da morte.

TABELA 10

Distribuição das respostas à pergunta se os idosos temem sofrer dor antes de morrer, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Teme sofrer dor antes de morrer	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Nada	15 (50)	11 (36,7)
Muito pouco	1 (3,3)	3 (10)
Mais ou menos	6 (20)	4 (13,3)
Bastante	6 (20)	11 (36,7)
Extremamente	2 (6,7)	1 (3,3)

Fonte: formulário whoqol-old

Todas as questões relacionadas à morte (Tab. 7 a 9) demonstraram algum aumento de preocupação entre os idosos desde a 1ª intervenção. Houve os que não apresentaram mudança de opinião, bem como os que se mostraram menos preocupados ao final do estudo. Contudo, de um modo geral, foi maior a manifestação de certa preocupação com a morte após as intervenções lúdicas.

O lúdico pode facilitar ao idoso a interpretação ou compreensão de um fenômeno, proporcionando assim uma nova formulação da realidade (BROUGÈRE, 1998). Esta mudança pode ter se iniciado durante este estudo, e reflexões sobre a brevidade da vida ou aproximação da morte podem ter surgido ou se aprofundado.

Foi investigado, ainda, até que ponto alterações auditivas, ou de visão, paladar, olfato, ou tato afetava a capacidade do idoso interagir com outras pessoas. A maioria respondeu que estas alterações, comuns na idade mais avançada, praticamente não afetavam sua interação com os outros (n=25 no 1º momento, e 27 no 2º momento). Como nas questões anteriores, a mudança de percepção entre os dois momentos foi mínima, contudo percebemos uma variação, ainda que não estatisticamente significativa. Mudanças de percepção ou avaliação de determinadas situações variam em momentos diferentes. Contudo, pode ser que as atividades lúdicas tenham contribuído para uma melhor compreensão de fatos e uma reflexão mais aprofundada.

TABELA 11

Distribuição das respostas à pergunta se os sentidos afetam a capacidade de interação com outras pessoas, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Os sentidos afetam a capacidade de interagir com outras pessoas	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Nada	23 (76,7)	22 (73,3)
Muito pouco	2 (6,7)	5 (16,7)
Médio	3 (10)	0
Muito	2 (6,7)	3 (10)
Completamente	0	0

Fonte: formulário whoqol-old

Na questão sobre até que ponto a pessoa consegue fazer as coisas que gostaria de fazer, pequenas mudanças ocorreram do 1º para o 2º momento, com o deslocamento de uma resposta para cada um dos dois extremos (TABELA 12).

Metade dos idosos informou conseguir fazer o que quer, contudo houve dois que indicaram extrema limitação, devendo ser avaliados mais de perto para que intervenções específicas sejam planejadas.

TABELA 12

Distribuição das respostas sobre a capacidade de fazer as coisas que gostaria de fazer, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Consegue fazer as coisas que gostaria de fazer	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Nada	0	1 (3,3)
Muito pouco	2 (6,7)	1 (3,3)
Médio	13 (43,3)	13 (43,3)
Muito	12 (40)	10 (33,3)
Completamente	3 (10)	5 (16,7)

Fonte: formulário whoqol-old

A satisfação com as oportunidades para maiores realizações foi marcada como muito boa (*Muito e Completamente*) por aproximadamente metade dos participantes. Houve uma tendência de maior concentração na satisfação *Média* ao final das intervenções, com mínima redução nas respostas extremas.

TABELA 13

Distribuição das respostas sobre satisfação com as oportunidades para alcançar outras realizações na vida, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Satisfação com as oportunidades para alcançar outras realizações na vida	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Nada	2 (6,7)	1 (3,3)
Muito pouco	3 (10)	3 (10)
Médio	6 (20)	10 (33,3)
Muito	17 (56,7)	15 (50)
Completamente	2 (6,7)	1 (3,3)

Fonte: formulário whoqol-old

O idoso é, muitas vezes, aquele que sobreviveu a muitas turbulências pessoais, sociais, econômicas e políticas e, em meio a tudo isso, criou filhos, sustentou família, e contribuiu em maior ou menor grau para com a sociedade. O não reconhecimento de seu mérito pode desmotivá-lo a continuar participando ativamente da vida na família e na sociedade. Neste estudo, menos da metade percebeu ter recebido bom reconhecimento pelo que fez na vida, com tendência à redução desta percepção durante o estudo, ainda que não estatisticamente significativa. (TABELA 14).

Algumas falas indicam a necessidade dos idosos terem momentos como os oferecidos durante este estudo, quando são ouvidos e assim se sentem valorizados: “como foi bom vir aqui, participar das brincadeiras. Mas você não sabe como é lá em casa, as pessoas, a minha vida”. “Você poderia criar grupos entre os participantes para que cada um falasse das suas angústias, dificuldade, ansiedades (...)”. “Percebi que a maioria quer e precisa muito poder falar de si mesmo”.

TABELA 14

Distribuição das respostas à pergunta sobre ter recebido o reconhecimento que merece na vida, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Nada	1 (3,3)	4 (13,3)
Muito pouco	5 (16,7)	2 (6,7)
Médio	8 (26,7)	12 (40)
Muito	14 (46,7)	10 (33,3)
Completamente	2 (6,7)	2 (6,7)

Fonte: formulário whoqol-old

É instigante observar que a avaliação de que se é capaz o suficiente para fazer o que precisa no dia-a-dia piorou do 1º momento para o 2º, com exceção de 4 idosos que consideravam ter *Completamente* o que precisavam.

Pode-se observar pelos dados da TABELA 15 que, antes da intervenção, 76,6% dos idosos sentiam-se *Muito* ou *Completamente* aptos para atividades do quotidiano, enquanto que posteriormente à intervenção, apenas 56,6%.

Pode ser que as intervenções lúdicas tenham levado à maior reflexão das próprias limitações, o que não necessariamente é um resultado negativo. Para FREIRE (1969) a reflexão das limitações dos seres humanos estimula a projeção de mudanças de comportamento frente à realidade que os condicionam.

TABELA 15

Distribuição das respostas à pergunta sobre a aptidão dos idosos para fazer o suficiente em cada dia, antes e após as intervenções lúdicas (n=30)

Apto para fazer o suficiente em cada dia	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Nada	0	1 (3,3)
Muito pouco	0	3 (10,0)
Médio	7 (23,3)	9 (30,0)
Muito	19 (63,3)	13 (43,3)
Completamente	4 (13,3)	4 (13,3)

Fonte: formulário whoqol-old

Diante da pergunta ‘Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?’ A maioria dos participantes respondeu que está satisfeita, porém novamente com uma diminuição destas respostas no 2º momento, apesar de que não estatisticamente significativa (TABELA 16). Se as intervenções lúdicas levaram a maior consciência crítica e mais profunda reflexão, pode ter aflorado em alguns dos participantes, um desejo de ter alcançado mais realizações em suas vidas.

TABELA 16

Distribuição das respostas à pergunta sobre a satisfação dos idosos com aquilo que alcançaram na vida, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Satisfação com aquilo que alcançou na vida	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Muito insatisfeito	1 (3,3)	1 (3,3)
Insatisfeito	0	2 (6,7)
Nem satisfeito nem insatisfeito	4 (13,3)	6 (20)
Satisfeito	16 (53,3)	15 (50)
Muito satisfeito	9 (30)	6 (20)

Fonte: formulário whoqol-old

Satisfação (*Satisfeito* e *Muito satisfeito*) com a maneira com a qual o tempo é utilizado foi a resposta para a maioria dos participantes, melhorando ligeiramente de 21 (1º momento) para 23 destas respostas após as intervenções lúdicas. Houve 1 resposta *Muito insatisfeito* no 2º momento, bem como 2 a menos na opção *Muito satisfeito*. Verificamos, pois, uma pequena redistribuição na percepção da boa utilização do tempo próprio, sem apresentar significância estatística.

TABELA 17

Distribuição das respostas sobre a satisfação com a maneira de utilização do tempo, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Satisfação com a maneira como utiliza o tempo	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Muito insatisfeito	0	1 (3,3)
Insatisfeito	1 (3,3)	1 (3,3)
nem satisfeito nem insatisfeito	8 (26,7)	5 (16,7)
Satisfeito	15 (50)	19 (63,3)
Muito satisfeito	6 (20)	4 (13,3)

Fonte: formulário whoqol-old

Semelhante às questões anteriores, pequenas mudanças ocorreram no item que investiga a satisfação com o nível das atividades diárias. Houve 14 respostas indicando satisfação no 1º momento, comparado a 17 no 2º momento. (TABELA 18).

TABELA 18

Distribuição das respostas à pergunta sobre a satisfação dos idosos com o nível de atividades diárias, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Satisfação com o nível de atividade	1º momento n (%)	2º momento n (%)
muito insatisfeito	0	1 (3,3)
insatisfeito	3 (10)	2 (6,7)
nem satisfeito nem insatisfeito	13 (43,3)	10 (33,3)
satisfeito	11 (36,7)	16 (53,3)
muito satisfeito	3 (10)	1 (3,3)

Fonte: formulário whoqol-old

Percebe-se pela TABELA 19 um aumento da satisfação dos idosos com as oportunidades oferecidas para participar de atividades da comunidade. No 1º momento foram obtidas 15 respostas (50%) de satisfação e muita satisfação, em comparação ao 2º momento que atingiram 22 respostas (73,3%).

Para FERRARI (2006) o lazer representa, atualmente, um valor, pela sua característica sutil, mas com uma profunda relação em todos os espaços da sociedade (família, trabalho, cultura, política).

Os benefícios proporcionados pelo lazer para os idosos, como os programas da terceira idade, são objetos de estudo de vários pesquisadores (FERRARI, SCHWARTZ 2004), apresentando resultados muito satisfatórios. Isto se deve também às diferentes formas de se pensar o lúdico no processo de envelhecimento.

As dinâmicas lúdicas fomentaram prazer aos idosos, por ter sido oferecido uma oportunidade de participar de uma atividade social e pelo significado de um lazer oferecido pela comunidade. A falta de mais oportunidades deste tipo foi manifestada pelos participantes ao final das intervenções, bem como o prazer em ter participado deste estudo: “as brincadeiras foram muito boas. A gente tem que aumentar para

outros lugares”. “As brincadeiras e os jogos vão continuar, não vão?” Pode-se perceber que as atividades de lazer têm uma dimensão emocional positiva na participação social do idoso.

A melhora da satisfação em oportunidades de participar de atividades comunitárias é demonstrada na TABELA 19.

TABELA 19

Distribuição das respostas à pergunta sobre a satisfação com as oportunidades de participar das atividades da comunidade, antes e após as intervenções lúdicas (n=30)

Satisfação com as oportunidades de participar das atividades da comunidade	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Muito insatisfeito	1 (3,3)	1 (3,3)
Insatisfeito	4 (13,3)	0
Nem satisfeito nem insatisfeito	10 (33,3)	7 (23,3)
Satisfeito	14 (46,7)	16 (53,3)
Muito satisfeito	1 (3,3)	6 (20,0)

Fonte: formulário whoqol-old

Sentimento de felicidade com a expectativa do futuro foi a próxima questão investigada. Antes das intervenções lúdicas apenas 1 idoso (3,3%) considerava-se *Muito feliz* com o que poderia esperar para o futuro, índice que aumentou para 11 idosos (36,7%) após a intervenção (TABELA 20). A espontaneidade e a expressividade desses idosos no momento das brincadeiras facilitaram a compreensão e mudanças de seus conceitos e de suas concepções de vida. Dentre as falas durante o estudo estavam as seguintes: “conheci novas pessoas”; “as brincadeiras melhoraram o meu astral”; “fiquei muito animada com as dinâmicas, elas ajudaram muito na minha vida”.

TABELA 20

Distribuição das respostas à pergunta sobre a felicidade que o idoso pode esperar para o futuro, antes e após as intervenções lúdicas (n=30)

Expectativa do futuro	1º momento	2º momento
	n (%)	n (%)
Muito infeliz	0	0
Infeliz	1 (3,3)	1 (3,3)
Nem feliz nem infeliz	10 (33,3)	5 (16,7)
Feliz	18 (60,0)	13 (43,3)
Muito feliz	1 (3,3)	11 (36,7)

Fonte: formulário whoqol-old

Para FREIRE (1969) é por meio da dialética ação-reflexão que os seres humanos concretizam-se como sujeitos. O lúdico torna-se um instrumento mediador para facilitar a interpretação e a compreensão de um fenômeno, ou recorte histórico, e fazer à partir disso uma nova formulação, e uma nova proposição de ação sobre este mundo em que vivemos (FREIRE, 1969).

Além disso, o lúdico pode servir como um instrumento de caráter educativo e proporcionar uma reflexão e (re)elaboração de questões geradoras de crise. Esta reflexão pode ou não resultar numa nova elaboração, e incorporação de um novo comportamento, pelo idoso, frente ao processo de envelhecimento (GÁSPARI, 2005).

Segundo FREIRE (1969), a práxis da reflexão e inserção crítica das pessoas gera o empoderamento do sujeito-agente. Esse “poder”, construído a partir da conscientização e problematização da realidade, proporciona a superação das situações-limites (dificuldades cotidianas a que estão expostas) criadas pelas pessoas. As atividades lúdicas podem possibilitar uma nova visão de mundo aos idosos.

Algumas mudanças também foram percebidas na avaliação do funcionamento dos sentidos após a intervenção por dinâmicas lúdicas, mas que também não foram significantes. Houve melhora significativa para a avaliação do funcionamento dos sentidos. De 13 avaliações (43,4%) *Bom* ou *Muito bom* antes das intervenções, o índice passou para 21 (70%) ao término do estudo (TABELA 21).

As atividades lúdicas, trabalhando com os sentidos, podem ter melhorado a percepção dos idosos sobre a sua capacidade funcional.

TABELA 21

Distribuição das respostas à pergunta sobre a avaliação do funcionamento dos sentidos pelos idosos, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Avaliação do funcionamento dos sentidos	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Muito ruim	1 (3,3)	0
Ruim	4 (13,3)	2 (6,7)
Nem ruim nem bom	12 (40)	7 (23,3)
Bom	11 (36,7)	20 (66,7)
Muito bom	2 (6,7)	1 (3,3)

Fonte: formulário whoqol-old

Após as intervenções lúdicas, houve uma diminuição significativa na avaliação da existência de companheirismo entre os idosos. Este companheirismo investigado foi referente à pessoa mais próxima ao idoso, com a qual ele poderia compartilhar a intimidade, reciprocamente. Deve-se salientar que os participantes da pesquisa são voluntários que não participavam de atividades lúdicas ou de “grupos de convivência”. No 1º momento, apenas 5 pessoas (16,7%) acharam que não havia *Nada* desse sentimento em sua vida e, posteriormente, este índice alcançou 15 idosos (50%). Por

outro lado, enquanto no 1º momento quase 60% tinha *Muito* sentimento de companheirismo, no 2º momento houve redução para metade, conforme verificado na TABELA 22.

Para NERI (apud LAWTON, 2001), no processo de envelhecimento existe uma diminuição da rede de convivência e amizade. Esta redução interfere diretamente nos aspetos de relacionamento social e familiar e na saúde dos idosos.

Esta diminuição dos vínculos afetivos pode refletir e alterar a qualidade de vida do idoso, favorecendo o aparecimento de patologias e aumentando a vulnerabilidade desta faixa etária (CHAIMOWICZ, 1997).

O lúdico pode ter proporcionado uma força intencional de reflexão, que facilitou a transcendência e ampliação do campo de percepção. Contudo, este campo de percepção ampliado pode entrar em desacordo com questões geradoras de conflito, e estimular a criação de novas respostas (FREIRE, 1969).

TABELA 22

Distribuição das respostas à pergunta sobre o sentimento de companheirismo do idoso, antes e após as intervenções lúdicas (n= 30)

Sentimento de companheirismo	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Nada	5 (16,7)	15 (50,0)
Muito pouco	3 (10,0)	3 (10,0)
Médio	4 (13,3)	4 (13,3)
Muito	17 (56,7)	8 (26,7)
Extremamente	1 (3,3)	0

Fonte: formulário whoqol-old

A maioria dos idosos disse sentir amor em sua vida no início deste estudo. Este índice caiu um pouco após as intervenções lúdicas (de 22 respostas *Muito* e *Extremamente* no 1º momento, para 19 no 2º momento). Houve pequena variação em todas as opções, contudo sem significância estatística (TABELA 23).

As diferenças de gostos, experiências e mesmo alguns valores existente entre as gerações pode deixar os mais idosos se sentindo desprezados, abandonados, não-amados e, atividades que promovem reflexões sobre a vida podem exacerbar esses sentimentos. É, portanto, necessário que seja feito um acompanhamento junto a essas pessoas, com continuação de intervenções que capacitem o enfrentamento adequado das diversas situações enfrentadas no processo do envelhecimento. Além disso o enfermeiro deve estar atento à necessidade de trabalhar junto à família, proporcionando, assim, melhor convivência entre as gerações, e melhor qualidade de vida.

TABELA 23

Distribuição das respostas à pergunta sobre o sentimento de amor em sua vida, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Sente amor em sua vida	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Nada	4 (13,3)	3 (10)
Muito pouco	1 (3,3)	4 (13,3)
Médio	3 (10)	4 (13,3)
Muito	22 (73,3)	17 (56,7)
Extremamente	0	2 (6,7)

Fonte: formulário whoqol-old

No início do estudo, quase 80% dos idosos avaliavam que tinham muita oportunidade para amar. Após as dinâmicas lúdicas este índice caiu para menos de 50% (TABELA 24).

A família brasileira tem vivido cada vez mais o fenômeno intergeracional decorrente do aumento da expectativa de vida que possibilita a convivência de três ou mais gerações em um mesmo domicílio (PNAD 2007). Fatores relacionados a obrigações familiares como cuidar de netos, parentes enfermos ou afazeres domésticos são comuns no contexto das famílias brasileiras. Os mais idosos, por ficarem mais em casa, podem ser cobrados para esses afazeres sem, contudo, sentirem o respeito, valorização e amor.

TABELA 24

Distribuição das respostas à pergunta sobre a oportunidade de amar, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Tem oportunidade para amar	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Nada	2 (6,7)	5 (16,7)
Muito pouco	1 (3,3)	5 (16,7)
Médio	4 (13,3)	6 (20)
Muito	23 (76,7)	13 (43,3)
Extremamente	0	1 (3,3)

Fonte: formulário whoqol-old

Da mesma forma que na questão anterior, a avaliação de ter oportunidades para ser amado sofreu uma redução após as intervenções. Estes resultados são importantes para direcionar o profissional da saúde no planejamento de atividades comunitárias, cuidados e orientações aos idosos e suas famílias, para que haja melhoria da qualidade de vida entre os adultos de maior idade.

TABELA 25

Distribuição das respostas à pergunta sobre a oportunidade para ser amado, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Tem oportunidade para ser amado	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Nada	3 (10)	4 (13,3)
Muito pouco	2 (6,7)	7 (23,3)
Médio	3 (10)	5 (16,7)
Muito	22 (73,3)	13 (43,3)
Extremamente	0	1 (3,3)

Fonte: formulário whoqol-old

O jogo pode ser utilizado para decodificar uma realidade velada. À medida que a codificação, representação de uma situação existencial, é desvelada, aparece uma nova realidade. A decodificação desta representação da realidade, por meio dos jogos, possibilita aos idosos a transcendência da consciência intransitiva para o nível da consciência crítica (FREIRE, 1981).

5.4. QUALIDADE DE VIDA – AVALIAÇÃO GERAL PELO WHOQOL- ABREVIADO

Ao avaliarmos a qualidade de vida de uma forma geral, utilizando o WHOQOL Abreviado, verificamos que os idosos participantes do estudo perceberam sua qualidade de vida melhor após as intervenções lúdicas. O resultado desta questão é apresentado na TABELA 26.

O lúdico, o brincar, possibilita aos idosos uma relação aberta para a criação, para a alegria e a espontaneidade. Por meio do lúdico cria-se um espaço de inter-relações e inter-subjetividades (BROUGÈRE, 2003). Segundo HUIZINGA (2007), o jogo transforma a realidade em imagens que facilitam a detecção de valores e significados associados a essa criação. A ação das imagens pode ser compreendida como fator cultural da vida, podendo-se resultar em uma melhor avaliação da vida.

Esta consciência crítica da realidade pode, gradativamente, facilitar ao idoso a busca por uma qualidade de vida melhor. Alguns se manifestaram com frases como “conheci a realidade de outras pessoas. Vi que haviam outras pessoas que tinham problemas piores que os meus”; “eu estava como uma depressão forte, e depois das dinâmicas, nossa! Como foi bom”.

O lazer proporciona ao idoso melhora da auto-estima e das relações com o outro e com o mundo. Além disso, o lazer pode favorecer uma ressignificação de sua auto-imagem e de sua posição no mundo, configurando uma nova identidade individual e social (GÁSPARI,2005).

TABELA 26

Distribuição das respostas à pergunta sobre a avaliação da qualidade de vida pelo idoso, antes e após as intervenções lúdicas (n=30)

Avaliação da qualidade de vida	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Muito ruim	1 (3,3)	0
Ruim	2 (6,7)	0
Nem ruim nem boa	8 (26,7)	7 (23,3)
Boa	17 (56,7)	14 (46,7)
Muito boa	2 (6,7)	9 (30,0)

Fonte: formulário whoqol-abreviado

A satisfação com a saúde pessoal é também considerada fundamental para uma boa avaliação da qualidade de vida, pela Organização Mundial de Saúde. Antes das intervenções lúdicas, 24 idosos (80%) estavam *Satisfeitos* ou *Muito satisfeitos* com a sua saúde. Após a intervenção este percentual subiu para 93,3%, ou 28 idosos. Não apareceu a resposta *Muito insatisfeito*, no 2º momento, e apenas um se manifestou *Insatisfeito* e um neutro em relação à saúde pessoal. (TABELA 27)

O idoso que muitas vezes apresenta-se em uma crise de identidade, com baixa de auto-estima e problemas nos relacionamentos interpessoais, familiares e sociais, pode encontrar no lazer uma oportunidade de rever conceitos e mudar paradigmas (GÁSPARI, 2005).

Néri (1993) ainda acrescenta que para o idoso atingir o bem-estar na velhice seria necessário, além da saúde física e mental, a satisfação com a vida, sentir-se produtivo, ter controle da dimensão social, bom desempenho cognitivo e ser valorizado em todo o seu potencial.

TABELA 27

Distribuição das respostas à pergunta sobre a satisfação do idoso com sua vida, antes e após as intervenções lúdicas (n=30)

Satisfação com a saúde	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Muito insatisfeito	1 (3,3)	0
Insatisfeito	1 (3,3)	1 (3,3)
Nem satisfeito nem insatisfeito	4 (13,3)	1 (3,3)
Satisfeito	15 (50,0)	21 (70,0)
Muito satisfeito	9 (30,0)	7 (23,3)

Fonte: formulário whoqol-abreviado

Ao comparar a auto-avaliação da qualidade de vida e da saúde pessoal, antes e depois das intervenções lúdicas, os idosos apresentaram mudança nas respostas a essas questões, com uma significância estatística de 0.06.

O lúdico pode ser utilizado como um instrumento de busca da felicidade e auto-realização do idoso. O ato de brincar não possui uma atividade instrumental que lhe seja própria, mas resulta de comportamentos de outros sistemas afetivos comportamentais (BROUGÈRE, 2003). Esses sistemas afetivos comportamentais podem ser utilizados no espaço de criação proporcionado pelo jogo e favorecer na manipulação de imagens da realidade por meio da imaginação (HUIZINGA, 2007).

Na TABELA 28 se encontram os índices das respostas relacionadas a interferência de dor física nas atividades diárias dos idosos deste estudo. A maior parte dos entrevistados (n=20; 63,3%) informou que não percebe impedimento na realização suas atividades diárias por alguma dor física, ou percebe muito pouco, número que permaneceu ao final das intervenções.

TABELA 28

Distribuição das respostas à pergunta se a dor física impede o idoso em sua atividade diária, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Interferência dor física nas atividades diárias	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Nada	19 (63,3)	14 (46,7)
Muito pouco	1 (3,3)	6 (20)
Mais ou menos	6 (20)	4 (13,3)
Bastante	4 (13,3)	6 (20)
Extremamente	0	0

Fonte: formulário whoqol-abreviado

A importância do tratamento médico disponível para os idosos não pode ser desprezada. No início deste estudo 13 entrevistados (43,3%) indicaram que esta terapêutica é fundamental para a sua vida. É interessante observar que após as dinâmicas lúdicas esta percepção passou para 17 dos participantes (TABELA 29). A redistribuição das respostas no 2º momento de coleta de dados sugere uma maior conscientização da necessidade de acompanhamento médico no controle de doenças. Esta mudança pode ter sido importante, considerando que quase 90% desses idosos apresentaram pelo menos uma doença crônica.

TABELA 29

Distribuição das respostas à pergunta se o idoso precisa de tratamento médico para levar a sua vida, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Precisa de tratamento médico para levar sua vida	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Nada	3 (10)	2 (6,7)
Muito pouco	6 (20)	2 (6,7)
Mais ou menos	8 (26,7)	9 (30)
Bastante	13 (43,3)	17 (56,7)
Extremamente	0	0

Fonte: formulário whoqol-abreviado

Houve uma melhora na percepção dos idosos sobre terem um bom aproveitamento da vida entre o 1º e 2º momento de coleta de dados, porém sem significância estatística. Os resultados estão apresentados na TABELA 30.

TABELA 30

Distribuição das respostas à pergunta se o idoso aproveita a vida, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Você aproveita a vida	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Nada	3 (10)	2 (6,7)
Muito pouco	6 (20)	4 (13,3)
Mais ou menos	12 (40)	9 (30)
Bastante	9 (30)	14 (46,7)
Extremamente	0	1 (3,3)

Fonte: formulário whoqol-abreviado

A grande maioria dos entrevistados informou achar que sua vida tem muito sentido, sem mudança significativa após as intervenções lúdicas (TABELA 31).

TABELA 31

Distribuição das respostas à pergunta ao idoso se a sua vida tem sentido, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Acha que sua vida tem sentido	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Nada	1 (3,3)	1 (3,3)
Muito pouco	0	0
Mais ou menos	2 (6,7)	4 (13,3)
Bastante	24 (80)	24 (80)
Extremamente	3 (10)	1 (3,3)

Fonte: formulário whoqol-abreviado

Quando questionados sobre a capacidade de concentração, a maioria disse conseguir concentrar *Bastante*, ou *Extremamente*. Houve alguma redistribuição das respostas no 2º momento, porém sem significância estatística. Ainda que tenha havido um aumento entre os que achavam que conseguiam se concentrar muito bem após as intervenções lúdicas, um dos participantes avaliou sua capacidade de concentração bem

pobre após as intervenções, o qual deve ser acompanhado mais de perto pelo enfermeiro para uma avaliação mais aprofundada, e apresentação de propostas de intervenções no sentido de promover a saúde cognitiva. Os profissionais da saúde devem estar atentos ao desenvolvimento de deficiências cognitivas, as quais podem estar associadas a vários problemas de saúde, como depressão ou demências.

TABELA 32

Distribuição das respostas à pergunta se o idoso consegue se concentrar, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Consegue se concentrar	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Nada	0	0
Muito pouco	0	1 (3,3)
Mais ou menos	4 (13,3)	7 (23,3)
Bastante	24 (80)	17(56,7)
Extremamente	2 (6,7)	5 (16,7)

Fonte: formulário whoqol-abreviado

Como esperado, houve alguma alteração das respostas na percepção que os idosos tinham de segurança em sua vida diária, porém não significativa. Os resultados estão demonstrados na TABELA 33.

TABELA 33

Distribuição das respostas à pergunta se o idoso sente-se seguro em sua vida, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Sente seguro em sua vida	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Nada	1 (3,3)	0
Muito pouco	0	4 (13,3)
Mais ou menos	7 (23,3)	8 (26,7)
Bastante	22 (73,3)	14 (46,7)
Extremamente	0	4 (13,3)

Fonte: formulário whoqol-abreviado

Ao avaliarem o ambiente físico em que vivem, poucos o consideraram não saudável, e a maioria considerou viver em condições físicas *Bastante* ou *Mais ou menos* saudáveis. Os índices das respostas se mantiveram semelhantes mostrando que basicamente não houve mudanças na percepção do ambiente físico doméstico antes e depois das intervenções.

TABELA 34

Distribuição das respostas à pergunta ao idoso se o ambiente onde vive é saudável, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Ambiente físico onde vive é saudável	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Nada	1 (3,3)	2 (6,7)
Muito pouco	2 (6,7)	1 (3,3)
Mais ou menos	8 (26,7)	9 (30)
Bastante	17 (56,7)	15 (50)
Extremamente	2 (6,7)	3 (10)

Fonte: formulário whoqol-abreviado

Aproximadamente 70% dos idosos consideraram ter bastante energia para o seu dia-a-dia. Esta auto-avaliação melhorou um pouco após as intervenções, passando de 66,7% para 73,3%, porém sem significância estatística. Pode ser que as atividades lúdicas melhoraram a motivação para a vida e sensação de energia para o dia-a-dia. A TABELA 35 apresenta a distribuição das respostas.

TABELA 35

Distribuição das respostas à pergunta se o idoso tem energia suficiente para seu dia-a-dia, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Tem energia suficiente para o seu dia-a-dia	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Nada	0	0
Muito pouco	3 (10)	2 (6,7)
Médio	7 (23,3)	6 (20)
Muito	18 (60)	19 (63,3)
Completamente	2 (6,7)	3 (10)

Fonte: formulário whoqol-abreviado

Todos os idosos disseram aceitar a aparência física pelo menos um pouco (TABELA 36). A maioria dos estudos que investigam aparência física em adultos o fazem com populações jovens. Existem mudanças marcantes na aparência ao longo da linha de vida adulta, especialmente para as mulheres, o que leva a expectativa de concomitantes mudanças na imagem corporal. No entanto, uma revisão da literatura indica que a importância da aparência física diminui à medida em que a mulher envelhece, havendo assim uma importante distinção entre percepção da aparência física com importância dada a ela. Há, contudo, grandes falhas e limitações em muitos estudos, os quais precisam ser investigados antes que um melhor entendimento neste aspecto seja alcançado (TIGGEMAN, 2004).

TABELA 36

Distribuição das respostas à pergunta ao idoso sobre sua aparência física, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Aceita a aparência física	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Nada	0	0
Muito pouco	2 (6,7)	4 (13,3)
Médio	6 (20)	5 (16,7)
Muito	20 (66,7)	17 (56,7)
Completamente	2 (6,7)	4 (13,3)

Fonte: formulário whoqol-abreviado

Apenas cerca de 30% manifestou ter dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades, dado que sofreu mínima alteração durante o estudo (TABELA 37). Como verificado no início da apresentação dos resultados das análises, estes idosos possuem uma renda bem baixa, sendo a maioria aposentada e sem qualquer atividade remunerada. As orientações direcionadas para a promoção da saúde são particularmente importantes para esta população, visando um envelhecimento saudável com qualidade de vida.

TABELA 37

Distribuição das respostas à pergunta se o idoso tem dinheiro suficiente para as suas necessidades, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Tem dinheiro suficiente para as necessidades	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Nada	1 (3,3)	2 (6,7)
Muito pouco	12 (40)	12 (40)
Médio	9 (30)	8 (26,7)
Muito	5 (16,7)	7 (23,3)
Completamente	3 (10)	1 (3,3)

Fonte: formulário whoqol-abreviado

A grande maioria dos entrevistados considerava ter facilidade em obter as informações que precisava no dia-a-dia. As alterações neste item no 2º momento não tiveram alterações significativas. A disponibilidade de informação é de grande importância para a qualidade de vida. Os benefícios da tecnologia moderna na disponibilização de informações são, sem dúvida, de grande valor. No entanto, a população idosa está entre as que enfrentam mais dificuldades financeiras, além de possuir um grande percentual de analfabetos, o que prejudica a utilização dos recursos disponíveis da modernidade. Os profissionais da saúde devem estar sempre atentos à necessidade de prover informações relacionadas à saúde àqueles a quem assistem, principalmente em meio à população idosa pelas mudanças que vão acontecendo no processo de envelhecimento. Os grupos de convivência que facilitam a oportunidade de grupo, de socialização, de participação, de vivência, e também de informação facilitam as modificações e transformações das relações sociais que continuamente vão se enriquecendo.

TABELA 38

Distribuição das respostas à pergunta ao idoso se as informações que precisam estão disponíveis, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Informações que precisam estar disponíveis	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Nada	1 (3,3)	0
Muito pouco	0	1 (3,3)
Médio	2 (6,7)	6 (20)
Muito	25 (83,3)	22 (73,3)
Completamente	2 (6,7)	1 (3,3)

Fonte: formulário whoqol-abreviado

Poucos consideraram ter boas oportunidades de lazer, conforme demonstrado na TABELA 39. Estas oportunidades são importantes para uma boa qualidade de vida e devem ser providas na comunidade. A percepção de oportunidades de lazer melhorou um pouco após o estudo, muito provavelmente por terem sido oferecidas atividades lúdicas.

As atividades lúdicas muito comuns nos grupos de convivência ajudam os idosos a vencer sua constante incapacidade para lidar com as perdas múltiplas, além de estimular o idoso na realização de atividades visando o treinamento sensorial e o desenvolvimento da criatividade (FERRARI, 2006).

TABELA 39

Distribuição das respostas à pergunta sobre a oportunidade de atividades de lazer pelo idoso, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Oportunidade de atividades de lazer	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Nada	7 (23,3)	6 (20)
Muito pouco	10 (33,3)	6 (20)
Médio	7 (23,3)	10 (33,3)
Muito	6 (20)	8 (26,7)
Completamente	0	0

Fonte: formulário whoqol-abreviado

Os idosos apresentavam boa capacidade de locomoção, de um modo geral, dado que se manteve após as intervenções (TABELA 40).

TABELA 40

Distribuição das respostas à pergunta sobre a capacidade de locomoção pelo idoso, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Capaz de se locomover	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Muito ruim	0	0
Ruim	0	2 (6,7)
Nem ruim nem bom	5 (16,7)	4 (13,3)
Bom	9 (30)	11 (36,7)
Muito bom	16 (53,3)	13 (43,3)

Fonte: formulário whoqol-abreviado

Metade dos idosos indicou estar *Satisfeito* ou *Muito satisfeito* com o sono. Antes das intervenções, dois disseram estar muito insatisfeitos, dado que não persistiu após as intervenções (TABELA 41). O sono insatisfatório tem sido associado a problemas de saúde desde deficiências cognitivas até imunidade comprometida. A insônia ocorre mais frequentemente após os 70 anos de idade e, mais da metade dos adultos acima de 65 anos apresentam pelo menos uma queixa crônica relacionada ao sono (Smyth, 2008). Na população deste estudo, 50,1% indicaram alguma insatisfação com o sono antes das intervenções. No 2º momento da coleta de dados esta porcentagem reduziu um pouco (46,7%), porém sem significância estatística.

TABELA 41

Distribuição das respostas à pergunta sobre a satisfação do idoso com o sono, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Satisfação com o sono	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Muito insatisfeito	2 (6,7)	0
Insatisfeito	8 (26,7)	8 (26,7)
Nem satisfeito nem insatisfeito	5 (16,7)	6 (20)
Satisfeito	9 (30)	12 (40)
Muito satisfeito	6 (20)	4 (13,3)

Fonte: formulário whoqol-abreviado

A grande maioria dos participantes disse estar *Satisfeito* ou *Muito satisfeito* com a capacidade de desempenhar as atividades diárias. É interessante observar que após as intervenções este índice caiu um pouco, ainda que não significativamente (TABELA 42). O bom estado funcional é crítico no cuidado ao idoso, devendo ser sempre avaliado pelos profissionais da saúde. Mudanças normais da idade, doenças agudas ou crônicas, e hospitalização podem contribuir para com o declínio na habilidade de realizar tarefas necessárias a uma vida independente na comunidade. a avaliação do estado funcional pode prover dados objetivos para o planejamento de intervenções que focalizem necessidades de reabilitação e outros cuidados (GRAF, 2007).

Para FREIRE (1969) a reflexão das limitações das capacidades funcionais dos seres humanos estimula a projeção de mudanças de comportamento frente à realidade que os condicionam.

TABELA 42

Distribuição das respostas à pergunta sobre a satisfação do idoso com a capacidade de desempenhar suas atividades, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Satisfação com a capacidade de desempenhar as atividades	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Muito insatisfeito	1 (3,3)	0
Insatisfeito	0	1 (3,3)
Nem satisfeito nem insatisfeito	2 (6,7)	6 (20)
Satisfeito	22 (73,3)	16 (53,3)
Muito satisfeito	5 (16,7)	7 (23,3)

Fonte: formulário whoqol-abreviado

Seguindo a questão anterior, a maioria se sente Satisfeito ou Muito satisfeito com a capacidade para trabalho. Contudo, aproximadamente 20% indicou alguma

insatisfação (TABELA 43), o que deve ser investigado mais detalhadamente para intervenções apropriadas.

TABELA 43

Distribuição das respostas à pergunta sobre a satisfação do idoso com a capacidade para o trabalho, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Satisfação com a capacidade para o trabalho	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Muito insatisfeito	0	0
Insatisfeito	1 (3,3)	2 (6,7)
Nem satisfeito nem insatisfeito	7 (23,3)	5 (16,7)
Satisfeito	19 (63,3)	16 (53,3)
Muito satisfeito	3 (10)	7 (23,3)

Fonte: formulário whoqol-abreviado

Os idosos que participaram deste estudo indicaram estar satisfeitos consigo mesmos em sua maioria (TABELA 44). Este é um dado importante para se detectar depressão nos idosos (KURLOWICKS, GREENBERG, 2007). Três no 1º momento e 4 no 2º indicaram alguma insatisfação e devem ser avaliados neste sentido.

TABELA 44

Distribuição das respostas à pergunta sobre a satisfação do idoso consigo mesmo, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Satisfação consigo mesmo	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Muito insatisfeito	0	0
Insatisfeito	0	1 (3,3)
Nem satisfeito nem insatisfeito	3 (10)	3 (10)
Satisfeito	22 (73,3)	14 (46,7)
Muito satisfeito	5 (16,7)	12 (40)

Fonte: formulário whoqol-abreviado

A maioria dos participantes informou que está satisfeito (n= 15, 50%) ou muito satisfeito (n=9, 30%) com as relações pessoais, conforme tabela 46. Seguindo a mesma tendência da maioria das questões investigadas neste estudo, não houve mudanças significantes após as intervenções lúdicas (TABELA 45).

TABELA 45

Distribuição das respostas à pergunta sobre a satisfação do idoso com as relações pessoais, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Satisfação com as relações pessoais	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Muito insatisfeito	0	0
Insatisfeito	2 (6,7)	1 (3,3)
Nem satisfeito nem insatisfeito	4 (13,3)	6 (20)
Satisfeito	15 (50)	15 (50)
Muito satisfeito	9 (30)	8 (26,7)

Fonte: formulário whoqol-abreviado

Observamos que, ainda que insignificante estatisticamente, houve mais indicação de insatisfação com a vida sexual após as intervenções lúdicas (TABELA 46). A sexualidade é uma contínua preocupação humana, independente da idade da pessoa. Mesmo com mudanças normais ou patológicas afetando a saúde sexual, os idosos continuam com interesse na atividade sexual, a qual lhes traz muitos benefícios. A saúde sexual deve ser avaliada e planejamento para tratar problemas sexuais devem ser desenvolvidos (WALLACE, 2008).

TABELA 46

Distribuição das respostas à pergunta sobre a satisfação do idoso com sua vida sexual, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Satisfação com a vida sexual	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Muito insatisfeito	2 (6,7)	2 (6,7)
Insatisfeito	1 (3,3)	7 (23,3)
Nem satisfeito nem insatisfeito	15 (50)	14 (46,7)
Satisfeito	9 (30)	5 (16,7)
Muito satisfeito	3 (10)	2 (6,7)

Fonte: formulário whoqol-abreviado

Satisfação relacionada ao apoio recebido por amigos foi investigado e os resultados demonstraram que a maioria se sente satisfeita com este apoio em suas vidas. As intervenções lúdicas não alteraram essa percepção de forma significativa, conforme demonstrado na TABELA 47.

TABELA 47

Distribuição das respostas à pergunta sobre a satisfação do idoso com o apoio que recebe dos amigos, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Satisfação com o apoio que recebe dos amigos	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Muito insatisfeito	1 (3,3)	0
Insatisfeito	1 (3,3)	2 (6,7)
Nem satisfeito nem insatisfeito	7 (23,3)	6 (20)
Satisfeito	14 (46,7)	15 (50)
Muito satisfeito	7 (23,3)	7 (23,3)

Fonte: formulário whoqol-abreviado

A satisfação com o local em que mora é importante para a sensação de bem-estar. Esta satisfação melhorou um pouco após as intervenções lúdicas (TABELA 48). A satisfação em ter sido oferecido as atividades deste estudo na comunidade em que esses idosos fazem parte pode ter contribuído para com esse resultado.

TABELA 48

Distribuição das respostas à pergunta sobre a satisfação do idoso com o local onde mora, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Satisfação com o local onde mora	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Muito insatisfeito	1 (3,3)	2 (6,7)
Insatisfeito	4 (13,3)	2 (6,7)
Nem satisfeito nem insatisfeito	2 (6,7)	5 (16,7)
Satisfeito	19 (63,3)	15 (50)
Muito satisfeito	4 (13,3)	6 (20)

Fonte: formulário whoqol-abreviado

Muitos dentre os participantes se consideram satisfeitos com o acesso ao serviço de saúde, conforme apresentado na TABELA 50. Contudo, houve manifestação de alguma insatisfação por quase 30% antes das intervenções, a qual caiu para 23,3% após. Por outro lado, houve também um aumento na satisfação. As atividades lúdicas podem ter contribuído para com esta mudança, levando os idosos a perceberem maior interesse em seu bem estar pelos serviços de saúde.

TABELA 49

Distribuição das respostas à pergunta sobre a satisfação do idoso com o acesso ao serviço de saúde, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Satisfação com o acesso ao serviço de saúde	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Muito insatisfeito	1 (3,3)	1 (3,3)
Insatisfeito	2 (6,7)	1 (3,3)
Nem satisfeito nem insatisfeito	8 (26,7)	5 (16,7)
Satisfeito	18 (60)	16 (53,3)
Muito satisfeito	1 (3,3)	7 (23,3)

Fonte: formulário whoqol-abreviado

Meio de transporte adequado é um item importante para a qualidade de vida da comunidade. Neste estudo, os idosos se mostraram, em sua maioria, satisfeitos com o meio que lhes é oferecido, opinião que não apresentou diferenças significantes após as intervenções lúdicas (TABELA 50).

TABELA 50

Distribuição das respostas à pergunta sobre a satisfação do idoso com o meio de transporte, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Satisfação com o meio de transporte	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Muito insatisfeito	1 (3,3)	1 (3,3)
Insatisfeito	1 (3,3)	3 (10)
Nem satisfeito nem insatisfeito	6 (20)	2 (6,7)
Satisfeito	20 (66,7)	19 (63,3)
Muito satisfeito	2 (6,7)	5 (16,7)

Fonte: formulário whoqol-abreviado

Sentimentos negativos são, muitas vezes, sintomas de depressão. Depressão é comum na idade mais avançada, afetando aproximadamente 18% das pessoas acima de 65 anos. Ao contrário do que muitos acham, depressão não é parte natural do envelhecimento. Depressão é frequentemente reversível com tratamento apropriado. Entretanto, se não tratada, pode resultar em problemas físicos, cognitivos e sociais, bem como atrasar a recuperação de doenças ou cirurgias, aumentar a necessidade de atendimento de saúde especializado, e levar ao suicídio (KURLOWICKS, GREENBERG, 2007). Neste estudo, os participantes indicaram, em sua maioria, não apresentar sentimentos relacionados a depressão com frequência, dado que permaneceu inalterado após as intervenções lúdicas. Houve, entretanto, um idoso que mencionou ter sempre esses sentimentos, e que apresentou grande melhora após as intervenções lúdicas (TABELA 51).

TABELA 51

Distribuição das respostas à pergunta ao idoso sobre a frequência dos sentimentos negativos, antes e depois das intervenções lúdicas (n=30)

Frequência dos sentimentos negativos	1º momento n (%)	2º momento n (%)
Nunca	8 (26,7)	9 (30)
Algumas vezes	17 (56,7)	17 (56,7)
Frequentemente	4 (13,3)	4 (13,3)
Muito frequentemente	0	0
Sempre	1 (3,3)	0

Fonte: formulário whoqol-abreviado

6 - CONCLUSÕES

Este estudo buscou avaliar mudanças relacionadas à qualidade de vida em idosos atendidos em unidades básicas de saúde na região nordeste de Belo Horizonte, utilizando-se intervenções lúdicas. De 98 voluntários ao início do estudo, apenas 30 foram frequentes e, portanto, participaram da coleta de dados no 2º momento. Vários fatores contribuíram para a diminuição do número de participantes na pesquisa: baixa adesão dos idosos selecionados para as dinâmicas lúdicas, devido à dificuldade dos mesmos em participar de atividades de lazer; doença que acometeu o pesquisador no período da coleta dos dados, prejudicando o acompanhamento da pesquisa; e pouca adesão dos funcionários das UBS com a pesquisa. O estudo apresentou, portanto, a limitação de ter tido uma amostra de conveniência que não permitiu avaliar a qualidade de vida dos idosos da comunidade de um modo geral, mas ampliou o entendimento de mudanças que podem acontecer através de intervenções lúdicas junto a essa população.

Quatro encontros com dinâmicas lúdicas foram proporcionados. Percebemos, pelas falas dos participantes, que as atividades lhes foram agradáveis e motivantes. Contudo, a análise estatística demonstrou que não alteraram significativamente a qualidade de vida em geral. Apenas dois itens apresentaram melhora com significância estatística de 94% ($p=0,06$). Estes itens investigaram a auto-avaliação da qualidade de vida pessoal e da própria saúde: ‘Como você avalia sua qualidade de vida?’ e ‘Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?’.

A auto-avaliação da saúde está entre as percepções de saúde avaliadas com mais frequência nas pesquisas epidemiológicas e gerontológicas. Ainda que não consideradas como substituto para as avaliações objetivas do estado da saúde, elas são, sem dúvida, indicadores de sensação de bem estar.

Apesar de que a qualidade de vida geral, medida pelo instrumento da OMS (WHOQOL) não tenha mostrado mudanças significantes com as intervenções, a auto-avaliação dos idosos apontou para um resultado oposto. Para eles, a percepção de sua qualidade de vida e saúde foi significativamente melhor ao final do estudo, levando-nos a crer que o instrumento utilizado para avaliar qualidade de vida não coincidiu neste momento, com a compreensão que estes idosos tinham sobre o tema. Com certeza alguns entendimentos ou sentimentos que tinham neste momento em relação à sua vida e saúde os levaram a definir para si esses conceitos de forma diferenciada da que é avaliada pelo WHOQOL.

Desta forma, apesar do instrumento ter permitido conhecermos necessidades desses idosos e proporcionado informações importantes que devem ser abordadas pela equipe de saúde que os atende na comunidade, verificamos que o conceito de Qualidade de Vida operacionalizado pelo WHOQOL parece não coincidir exatamente com o entendido pelos idosos que participaram do estudo. Esta foi, possivelmente, a maior limitação do presente estudo.

A intervenção feita pelo pesquisador e pelas acadêmicas, coordenadores do grupo, estimulou a reflexão dos participantes à possibilidade de um novo comportamento. Mudar um indivíduo significa romper seus paradigmas, possibilitando que ele tenha uma percepção ampliada e diferenciada do contexto, de forma a criar condições objetivas que sirvam de estímulo para despertar no subjetivo o desejo e a necessidade de mudança. Enquanto coordenadores do grupo houve um propósito de ampliar os conhecimentos, romper paradigmas, refletir sobre atitudes e valores e possibilitar mudanças. Entretanto, não basta somente a análise reflexiva para garantir a ação, pois a mesma depende do contexto psicossocial a qual este indivíduo está

inserido. A ação encontra-se interligada por um emaranhado de forças, principalmente no que se concerne à qualidade de vida.

Qualidade de vida é um termo subjetivo, amplo, e complexo, e indica sensação de bem estar. É evidente que os idosos acreditavam sentir-se melhor e com melhor saúde ao responderem estas questões ao final do estudo, comparado à primeira vez em que responderam, antes das intervenções lúdicas. A satisfação com a vida, considerada como fundamental na avaliação de qualidade de vida pela OMS, envolve a percepção do idoso enquanto sujeito dentro de um contexto sócio-cultural e familiar em constante transformação.

Foi possível verificar, principalmente por manifestações verbais dos participantes, que os encontros com as intervenções lúdicas foram prazerosos, proporcionando um espaço para criação e uso de linguagem artística, inter-relações e inter-subjetividades. Ao final de cada encontro os idosos manifestavam satisfação e alegres momentos de descontração. Este estudo permitiu percebermos a importância de prover tais atividades entre os idosos.

Os resultados, principalmente do WHOQOL-OLD, sugeriram que o lúdico instigou a reflexão. O lúdico foi usado como um instrumento mediador para facilitar a interpretação e a compreensão dos fenômenos que envolveram o processo de envelhecimento e mudanças relacionadas à velhice. O jogo proporcionou uma representação do mundo existente dentro da realidade dos idosos. Uma das características do jogo é que ele possui, em sua essência, alguns sistemas de designações e interpretações que facilitam o entendimento das atividades humanas. É por meio da consciência ampliada que o ser humano pode se “distanciar” da realidade concreta, e buscar uma análise crítica dos fatos. As dinâmicas lúdicas podem ter melhorado a avaliação consciente e crítica dos idosos, servindo como um instrumento

de reflexão. O lúdico pode ter promovido reflexão das limitações vividas pelos participantes, talvez não bem percebidas anteriormente.

Tais reflexões são positivas, pois estimulam a projeção de mudanças de comportamento frente à realidade que os condiciona. Atividades que proporcionam maior reflexão e instigam uma consciência crítica podem, sem dúvida, levar a mudança não só nas percepções e avaliações da vida, mas também no estilo de vida, o que certamente acrescentará benefícios à qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ANDALÓ, C.S.A. **O Papel do coordenador de grupos**. São Paulo: Psicologia USP, v.12, n.1, 2001.

BOWLING A. **The conceptualization of functioning, health and quality of life**. In *Measuring health – A review of quality of life measurement scales*. 2^o edition, St Edmundsbury Press, Great Britain. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do Idoso: orientações para a prática em Serviço**. Caderno de Atenção Básica, Brasília/DF, 2005.

BRASIL, 1999. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, nº 237-E, pp. 20-24, 13 dez., seção 1.

BROUGÈRE, G. **Jogo e educação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

_____. **A criança e a cultura lúdica**. In: KISHIMOTO, T. M. et al. **O brincar e suas teorias**. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**, p. 7-29, 1987.

CASTRO, M. G., OLIVEIRA, M. S., MIGUEL, A. C., ARAUJO, R. B. **WHOQOL-BREF psychometric properties in a sample of smokers**. *Rev Bras Psiquiatr*, 29 (3) p. 3-6, 2007

CEI-RS (Conselho Estadual do Idoso Rio Grande do Sul), 1997. Considerações finais. In: **Os Idosos do Rio Grande do Sul: Estudo Multidimensional de suas Condições de Vida: Relatório de Pesquisa** (CEI-RS, org.), Porto Alegre: CEI, p. 71.

CERQUEIRA, A. T., et al. **Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos**. *Psicol. USP*, 2002, vol.13, no.1, p.133-150.

CHAIMOWICZ, F. **A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas**. *Revista Saúde Pública*, 31 (2) p.: 184-200, 1997.

_____. **Epidemiologia e o envelhecimento do Brasil**. In: FREITAS, E.V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 106-129, 2006.

CZERESNIA, D. **The difference between promotion and prevention**. *Cadernos de Saúde Pública*, Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 16(3):595-617. 1999.

DUMAZEDIER, J. **Lazer e cultura Popular**. 3^a ed. São Paulo: Perspectiva, 2000.

ESTATUTO DO IDOSO. Decreto 5.130 de 07 de julho de 2004.

FENALTI, R.C.S. **A Conduta lúdica e a terceira idade**, In: SCHWARTZ, G.M. *Dinâmica lúdica: novos olhares*. Barueri: Manole, 2004.

FERRARI, M.A.C. **Envelhecimento e Bioética: O respeito à autonomia do Idoso**. In: NETO, M. P. *Tratado de gerontologia*. Rio de Janeiro. Editora Atheneu, 2006.

FLECK, M.P.; CHACHAMOVICH, E; TRENTINI, C. **Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module**. *Rev. Saúde Pública*, vol.40, no.5, São Paulo, Oct. 2006.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1969.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970.

_____. **Pedagogia da Autonomia**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. **Extensão ou comunicação**. 11 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001

GÁSPARI, J.C.; SCHWARTZ,G.M. **O idoso e a ressignificação emocional do lazer**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* Jan-Abr 2005, Vol. 21 n. 1, pp. 069-076.

GRAF C. **The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale**. *The Harford Institute for Geriatric Nursing*, vol. 23, p. 1-2. 2007.

HUIZINGA, J. **Homo ludens: o jogo como elemento da cultura**. São Paulo: Perspectiva, 2ª ed., 1990.

KURLOWICKS L., GREENBERG S. A. **The geriatric depression scale**. *The Harford Institute for Geriatric Nursing*, vol. 4, p. 60-69. 2007.

LAWTON, P. M. **A multidimensional view of quality of life in frail elderly**. In J E Birren, J E Lubben, J C Rowe, and D E Deutchmann (Eds.). *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego, 1991.

LIMA, Â. M. M.; SILVA, H. S. and GALHARDONI, R. **Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras**. *Interface (Botucatu)* vol.12 no.27 Botucatu Oct./Dec. 2008

MINAYO, MCS; HARTZ, ZMA; BUSS, P M. **Qualidade de vida: um debate necessário**. *Ver. Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 5, p. 7-18, 2000.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do idoso**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

MOTA, K. A. M. B.; MUNARI, D. B. **Um olhar para a dinâmica do coordenador de grupos**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v.08, n.01, p.150-161, 2006.

NÉRI, A. L. **Qualidade de Vida e Idade Madura**. Campinas: Papirus, 1993.

_____. **Teorias psicológicas do envelhecimento**. In: NETO, M. P. Tratado de gerontologia. Rio de Janeiro. Editora Atheneu, 2006.

Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud. Glosario. Ginebra: OMS; 1998.

Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud. Glosario. Ginebra: OMS; 2008.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. ; HUNGLER, BP. **Análise dos planos de amostragem in** Polit DF; Beck CT e Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 5ª edição; Artmed. Porto Alegre, 2004.

SCHADECK, M. **A oficina somos nós: o desenvolvimento do homo ludens no ensino do ELE**. Endereço BBS: www.megacontador.com.br/a-oficina-somos-nosso-desenvolvimento-do-homo-ludens-no-ensino-de-ele.html, 2009.

STRECK, D.R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J.J. **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008.

SMYTH C. A. **Evaluating sleep quality in older adults**. American Journal of Nursing vol. 108, n. 5, p. 42-50. 2008.

The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Méd.*, v. 10, n. 41, p. 1403-1409, 1998.

The WHOQOL-OLD Group, Development of the WHOQOL-Old module, **Quality of Life Research**. 14 (10), 2197-2214, 2005.

TIGGEMAN M. **Body image across the adult life span: stability and change**. Body image, vol 1, n. 1, p. 29-41. 2004.

WALLACE M. A. Assessment of sexual health in older adults. American Journal of Nursing, vol. 108, n. 7, p. 52 – 56. 2008.

WHO. World Health Organization Health Topics. Ageing. Endereço BBS: <http://www.who.int/topics/ageing/en/>. Acesso em: 21 setembro 2008.

World Health Organization **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este documento tem por finalidade lhe esclarecer, de forma clara e objetiva, sobre a pesquisa a ser realizada: finalidade, local, duração, procedimentos utilizados, possíveis riscos e desconfortos a sua pessoa, benefícios esperados e objetivos a serem alcançados com mesma. A sua participação nesta pesquisa é de livre e espontânea vontade e, a qualquer momento, você poderá interrompê-la, recusar-se a submeter a quaisquer procedimentos, como também dela desistir, a tempo e modo, como assim o desejar, sem qualquer penalização ou prejuízo a sua pessoa.

A presente pesquisa trata de avaliar a qualidade de vida de pessoas acima de 60 anos, antes e após a intervenção com dinâmicas lúdicas, e terá a duração de out/08 a dez/08. Para a realização da pesquisa, será feita uma entrevista com você por meio de dois questionários, sendo um sobre questões sócio-demográficas e características pessoais e o outro sobre qualidade de vida. A sua participação nesta pesquisa não lhe acarretará quaisquer desconfortos ou riscos a sua integridade física, moral ou psicológica.

A realização da presente pesquisa lhe trará, assim como à sociedade o seguinte benefício: conhecer se o lúdico pode contribuir para a melhora da qualidade de vida em pessoas acima de 60 anos. A sua participação e todos os dados referentes a sua pessoa serão exclusivos para a pesquisa em questão e serão de minha inteira responsabilidade, pois lhe garanto anonimato e total sigilo, assegurando-lhe a privacidade das informações fornecidas.

Para quaisquer dúvidas e esclarecimentos, lhe disponibilizo o seguinte telefone para contato: **3267-2983 – casa do pesquisador e**

3277-6002 – serviço do pesquisador

Por se achar plenamente esclarecido e em perfeito acordo com este Termo de Consentimento, eu juntamente com você, em 2 (duas) vias de igual teor e forma, o assinamos.

Belo Horizonte - MG,.... de de 200...

PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

Ricardo Luiz Silva Tenório (enfermeiro)

PESQUISADO:.....

(Nome completo e assinatura do pesquisado)

Nº do CPF ou doc. de identidade Nº do CPF ou doc. de Identidade.

ANEXO 2**CARACTERIZAÇÃO BÍOSSOCIAL, FAMILIAR, E DE SAÚDE**

INSTRUÇÃO: LEIA CADA UMA DAS PERGUNTAS AO (À) ENTREVISTADO (A) E FAÇA UM CÍRCULO
OU COLOQUE UM X NO NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO (A) RESPONDENTE, ASSIM COMO PREENCHA
AS QUESTÕES ABERTAS.

Data de realização da entrevista _____

1 – Sexo do Entrevistado.

1. Masculino ()

2. Feminino ()

2 – Quantos anos o (a) Sr. (a) tem?

1. _____ anos

2. N. S./N.R. ()

3 - Qual é a data do seu nascimento?

1. ____/____/19____

2. N.S./N.R. ()

4 - O Sr (a) pratica alguma religião (ões)?

1. Sim () Qual (is)? _____

2. Não ()

3. N.S./N.R. ()

5 – O (a) Sr. (a) sabe ler ?

1. Sim ()

2. Não ()

3. N.S./N.R. ()

6 – O (a) Sr. (a) sabe escrever?

1. Sim ()

2. Não ()

3. N.S./N.R. ()

7 - Qual é a sua escolaridade?

1. Sem escolaridade ()

2. Ensino fundamental completo ()

3. Ensino fundamental incompleto ()

4. Ensino médio completo (científico, técnico ou equivalente) ()

5. Ensino médio incompleto (científico, técnico ou equivalente) ()

6. Curso superior completo ()

7. Curso superior incompleto ()

8. N.S./N.R. ()

8 – Atualmente, qual é o seu estado conjugal?

1. Solteiro ()

2. Casado (a) ()

3. Morando junto ()

4. Viúvo (a) ()

5. Divorciado(a)/separado(a)(

6. N.S./N.R. ()

9 – O (a) Sr. (a) tem filhos?

1. Sim () Quantos? _____

2. Não ()

3. N.S./N.R. ()

10- Qual é a sua situação atual de trabalho?

1. Empregado (a) ()
2. Trabalha por conta própria ()
3. Desempregado (a) ()
4. Aposentado (a), mas continua trabalhando ()
5. Aposentado (a) e deixou de trabalho ()
6. Aposentado (a) (licença ou auxílio-doença) ()
7. Atividade não remunerada ()
8. Prendas domésticas ()
9. Outra: _____.(especifique)

11- Em geral o (a) Sr. (a) diria que sua saúde está:

1. Ótima ()
2. Muito boa ()
3. Boa ()
4. Regular ()
5. Ruim ()
6. Péssima ()
7. N.S./N.A ()

12- Em comparação com o último ano, o (a) Sr. (a) diria que sua saúde hoje é:

1. Muito melhor ()
2. Melhor ()
3. Mesma coisa ()
4. Pior ()
5. N.S./N.R. ()

13- Em comparação com as outras pessoas de sua idade, o (a) Sr. (a) diria que sua saúde está:

1. Muito melhor ()
2. Melhor ()
3. Mesma coisa ()
4. Pior ()
5. N.S./N.R. ()

14 – Quais das doenças abaixo relacionadas o Sr. (a) possui:

1. Hipertensão ()
2. Diabetes mellitus ()
3. Depressão ()
4. Artrite reumatóide/artrose()
5. Outros: _____ (especifique)

ANEXO 3

WHOQOL - ABREVIADO

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas.**

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

1(G1) Como você avaliaria sua qualidade de vida?

		Nem ruim/ nem boa		
Muito ruim	Ruim		Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

2(G4) Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

Muito insatisfeito		Nem satisfeito/ nem insatisfeito		
	Insatisfeito		Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

3(F1.4) Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

		Mais ou		
Nada	muito pouco	menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

4(F11.3) O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

		Mais ou		
Nada	muito pouco	menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

5(F4.1) O quanto você aproveita a vida?

		Mais ou		
Nada	muito pouco	menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

6(F24.2) Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?

		Mais ou		
Nada	muito pouco	menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7(F5.3) O quanto você consegue se concentrar?

		Mais ou		
Nada	muito pouco	menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

8(F16.1) Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

		Mais ou		
Nada	muito pouco	menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9(F22.1) Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

		Mais ou		
Nada	muito pouco	menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **Quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

10(F2.1) Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

11(F7.1) Você é capaz de aceitar sua aparência física?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

12(F18.1) Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

13(F20.1) Quão disponíveis p/ você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

14(F21.1) Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **Quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

15(F9.1) Quão bem você é capaz de se locomover?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim/ nem bom	Bom	Muito bom
1	2	3	4	5

16(F3.3) Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito/ nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

17(F10.3) Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito/ nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

18(F12.4) Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito/ nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

19(F6.3) Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito/ nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

20(F13.3) Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito/ nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

21(F15.3) Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito/ nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

22(F14.4) Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito/ nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

23(F17.3) Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito/ nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

24(F19.3) Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito/ nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

25(F23.3) Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito/ nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

26(F8.1) Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO 4

WHOQOL-OLD

Instruções

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor, escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor, tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações.

Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**.

old_01 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_02 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_03 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_05 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_06 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_07 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_08 O quanto você tem medo de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

old_10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

old_15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito		Nem satisfeito/nem insatisfeito		
1	Insatisfeito	3	Satisfeito	Muito satisfeito
	2		4	5

old_16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito		Nem satisfeito/nem insatisfeito		
1	Insatisfeito	3	Satisfeito	Muito satisfeito
	2		4	5

old_17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito		Nem satisfeito/nem insatisfeito		
1	Insatisfeito	3	Satisfeito	Muito satisfeito
	2		4	5

old_18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito/ nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_19 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz/ nem infeliz	Feliz	Muito feliz
1	2	3	4	5

old_20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim/ nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

old_21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

		Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Nada	Muito pouco			
1	2	3	4	5

old_23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

VOCÊ TEM ALGUM COMENTÁRIO SOBRE O QUESTIONÁRIO?