



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGENF

RAFAEL ANDRÉ DA SILVA

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS QUE PARTICIPAM DO CENTRO
DE LAZER: UM ESPAÇO DE CUIDADO PARA A ENFERMAGEM**

Rio de Janeiro

2016

RAFAEL ANDRÉ DA SILVA

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS QUE PARTICIPAM DO CENTRO DE LAZER:
UM ESPAÇO DE CUIDADO PARA A ENFERMAGEM**

Dissertação apresentado à Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, como requisito para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. William César Alves Machado

Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Cuidado na Sociedade.

Rio de Janeiro

2016

S586

Silva, Rafael André da.

Qualidade de vida de idosos que participam do centro de lazer: um espaço de cuidado para a enfermagem. / Rafael André da Silva, 2016.

96 f.; 30 cm

Orientador: William César Alves Machado.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

1. Saúde do idoso. 2. Cuidados em enfermagem. 3. Envelhecimento. 4. Qualidade de vida. I. Machado, William César Alves. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD 610.73

RAFAEL ANDRÉ DA SILVA

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS QUE PARTICIPAM DO CENTRO DE LAZER:
UM ESPAÇO DE CUIDADO PARA A ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Aprovada por:

Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado
Presidente - UNIRIO

Prof. Dr. Alexandre Sousa da Silva
1º Examinador - UNIRIO

Profª. Drª. Nébia Maria Almeida de Figueiredo
2ª Examinadora - UNIRIO

Profª. Drª. Luciana Krauss Rezende
Suplente - UFF

Profª. Drª. Teresa Tonini
Suplente - UNIRIO

DEDICATÓRIA

Dedico ao meu amado Deus, autor e consumidor da fé, que me deu o fôlego de vida e têm me sustentado a cada dia com sua imensurável graça e misericórdia. Sem Ele nada do que conquistei seria possível, a Ele toda honra, toda glória e louvor para todo sempre, Amém.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que contribuíram para que eu chegasse até esse importante momento, em especial:

Agradeço em primeiro lugar a Deus que me deu o fôlego de vida e permitiu que eu chegasse até aqui, me dando forças para continuar em toda a caminhada. Que Deus com seu imenso amor e graça nunca me deixe esquecer que tudo que tenho e tudo o que sou vem dEle.

Aos meus amados pais, Eraldo e Elizabeth, por terem me dado valores e educação, meus grandes conselheiros, que têm me dado suporte em todas as fases da minha vida, sempre atenciosos, cuidadosos e dispostos a me ajudar e orientar em todas as etapas da minha caminhada. Sempre ressaltaram a importância do estudo na vida das pessoas, uma herança que jamais pode ser tirada, meus espelhos, exemplos de pessoas e de Enfermeiros, jamais mediram esforços para me impulsionar rumo a uma trajetória profissional de sucesso. Deixo aqui meu muito obrigado aos meus pais que sempre acreditaram em mim e me ajudaram em todas as etapas.

Às minhas estimadas irmãs, sobrinhos e demais familiares pelo apoio, palavras de incentivo e por diversas vezes suportarem a minha ausência devido aos compromissos acadêmicos.

Agradeço a Raquel que tanto me ajudou em cada etapa, tendo paciência mesmo nos momentos de estresse e dificuldades e que se manteve ao meu lado, sempre disposta a me ajudar e apoiar.

Aos meus amigos que sempre acreditaram em mim e no meu potencial, sempre me dando incentivo para persistir no árduo, mas prazeroso caminho dos estudos.

Aos meus colegas de trabalho da UERJ que sempre me incentivaram com palavras de entusiasmo e apoio para prosseguir.

Aos meus colegas de turma do mestrado pelo incentivo e pela ajuda mútua típica deste grupo.

Não poderia deixar de registrar minha gratidão ao meu orientador Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado, grato pelas orientações, palavras de incentivo e conhecimentos compartilhados. Um verdadeiro exemplo de perseverança e comprometimento no trabalho.

Aos integrantes da banca de qualificação, Prof. Dr. Alexandre Sousa da Silva, Prof^ª. Dr^ª. Nébia Maria Almeida de Figueiredo, Prof^ª. Dr^ª. Luciana Krauss Rezende e Prof^ª. Dr^ª. Teresa Tonini, suas contribuições foram essenciais para que o estudo fosse aperfeiçoado.

Aos funcionários da secretaria da PPGENF, sempre dispostos a atender e prontamente sanar todas as dúvidas.

A todos os participantes do estudo, sem os quais seria impossível dar seguimento a esta investigação.

SILVA, Rafael André. **Qualidade de vida de idosos que participam do centro de lazer: um espaço de cuidado para a enfermagem.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, 2016.

RESUMO

Este estudo teve por objeto a qualidade de vida de idosos que participavam de atividades em centros de lazer. Os objetivos do estudo foram analisar os elementos da qualidade de vida de idosos participantes das atividades da UnATI/UERJ e as características sociodemográficas da população e propor ações de Enfermagem para a promoção da qualidade de vida dos idosos. Trata-se de um estudo transversal descritivo, com abordagem quantitativa, que contou com uma amostra de 69 indivíduos com idade superior ou igual a 60 anos de ambos os sexos. Para a coleta de dados foram utilizados o WHOQOL-BREF e o WHOQOL-OLD, instrumentos utilizados para avaliar a qualidade de vida, e um questionário sociodemográfico. Após a coleta de dados foi montado um banco de dados que posteriormente foi analisado no software estatístico R Project e demonstrado de forma descritiva, com frequência, percentual, média, mediana e desvio padrão. Nos resultados a maioria dos idosos era do sexo feminino (72,46%), faixa etária entre 70 e 74 anos (26,09%), viúvos (35,29%), com ensino superior completo (39,13%), religião católica (62,69%), participando do grupo de 1 a 5 anos (54,55%), e a maioria participando de atividades intelectuais (53,62%) e recreativas (47,83%). No instrumento WHOQOL-BREF a menor pontuação foi no domínio ambiental e no instrumento WHOQOL-OLD, na faceta autonomia. As variáveis escolaridade, religião e uso de medicamentos e faixa de renda exerceram influência de forma significativa sobre a qualidade de vida dos indivíduos estudados. Logo, percebe-se a importância da atuação do Enfermeiro em programas de promoção da saúde, considerando a vulnerabilidade de pessoas idosas para complicações das doenças crônicas não transmissíveis e a própria ociosidade decorrente da vida inativa. Nesse sentido, a participação sistemática em centros de lazer contribui para a melhoria da qualidade de vida dos idosos.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Cuidado de Enfermagem. Envelhecimento. Qualidade de vida.

SILVA, Rafael André. **Quality of life of seniors who participate in the Leisure Centre: a space for nursing care.** Dissertation (Master's in Nursing). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, 2016.

ABSTRACT

The study aims the quality of life of older people participating in activities at leisure centers. The scope of this study was to analyze the elements of quality of life from elderly participants in the activities of UnATI / UERJ and sociodemographic characteristics of the population and propose nursing actions to promote quality of life for this specific population. This is a descriptive cross-sectional study with a quantitative approach. Was included a sample of 69 individuals older than or equal to 60 years old of both genders. For data collection were used the WHOQOL-BREF and the WHOQOL-OLD, tools used to evaluate the quality of life, and a sociodemographic questionnaire. After data collection was assembled a database that was later analyzed using the statistical software R Project and presented descriptively, often, percentage, mean, median and standard deviation. The results demonstrated that the most seniors were female (72.46%), aged between 70 and 74 years (26.09%), widowed (35.29%), with higher education (39.13%), Catholic religion (62.69%), participating in the group of 1 to 5 years (54.55%), and most engaging in intellectual activities (53.62%) and recreation (47.83%). In the WHOQOL-BREF instrument, the lowest score was in the environmental field and in the WHOQOL-OLD instrument, the facet autonomy. The variables schooling, religion, the regular use of medication and income group exerted significantly influence on the quality of life from the participants. Thus, it is possible to understand the importance of the function from the nurses in actions like health promotion programs. In this sense, the systematic participation in leisure centers contributes to improving the quality of life of the elderly.

Keywords: Elderly health. Nursing Care. Elderly. Quality of life.

LISTA DE TABELAS

TABELA 01 - Características relativas ao sexo. Rio de Janeiro, 2015	51
TABELA 02 - Características relativas à faixa etária. Rio de Janeiro, 2015	51
TABELA 03 - Características relativas ao estado conjugal. Rio de Janeiro, 2015	52
TABELA 04 - Características relativas à escolaridade. Rio de Janeiro, 2015	52
TABELA 05 - Características relativas à religião. Rio de Janeiro, 2015	53
TABELA 06 - Características relativas ao uso de medicamentos e presença de doença crônica não transmissível. Rio de Janeiro, 2015	53
TABELA 07 - Características relativas à situação profissional. Rio de Janeiro, 2015	53
TABELA 08- Características relativas ao imóvel que os idosos residem. Rio de Janeiro, 2015	54
TABELA 09 - Características relativas à renda. Rio de Janeiro, 2015	54
TABELA 10- Características relativas ao tempo de participação no grupo UnATI/UERJ. Rio de Janeiro, 2015	55
TABELA 11- Características relativas ao tipo de atividade que frequentavam na UnATI/UERJ . Rio de Janeiro, 2015	55
TABELA 12 - Escores do WHOQOL-BREF. Rio de Janeiro, 2015	56
TABELA 13- Resultados do p valor encontrado após a aplicação dos testes estatísticos para cada um dos domínios e para o escore total do WHOQOL-BREF. Rio de Janeiro, 2015	57
TABELA 14 - Facetas do WHOQOL-OLD	58
TABELA 15- Resultados do p valor encontrado após a aplicação dos testes estatísticos para cada uma das facetas e para o escore total do WHOQOL-OLD	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Atividade Física
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DE	Diagnóstico de Enfermagem
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
GRASI	Grupo de Atenção à Saúde do Idoso
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NAI	Núcleo de Atenção ao Idoso
NANDA	Diagnóstico de Enfermagem Norte Americano
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIATI	Programa Interdisciplinar de apoio à Terceira Idade
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PROVE	Projeto de Valorização do Envelhecer
QV	Qualidade de Vida
SESC	Serviço Social do Comércio
SISREG	Sistema de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UnATI/UERJ	Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
WHOQOL-Group	Grupo de estudos em Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Aproximação do Tema e Justificativa do estudo.....	13
1.2 Dos parâmetros epidemiológicos ao envelhecimento saudável.....	16
1.3 Problematização.....	18
1.4 Questões Norteadoras.....	19
1.5 Objetivos.....	19
2 O CONTEXTO HISTÓRICO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS IDOSAS.....	21
2.1 Cuidado de saúde do idoso.....	20
2.2 Diagnósticos de enfermagem e Planejamento da assistência ao idoso.....	23
2.3 O cuidado de enfermagem para idosos na perspectiva da promoção da saúde.....	25
2.4 Perspectivas da enfermagem para o envelhecimento saudável da população.....	29
3 REFERENCIAL TÉORICO-CONCEITUAL-METODOLÓGICO.....	36
3.1 Políticas públicas e programas no âmbito da saúde do idoso.....	36
3.2 Centros de lazer e Promoção da saúde do idoso.....	38
3.3 Saúde do idoso e envelhecimento na perspectiva da qualidade de vida.....	41
3.4 Pressupostos teóricos da integralidade para o cuidado do idoso.....	42
4 METODOLOGIA.....	45
4.1 Tipo de pesquisa.....	45
4.2 Local da pesquisa.....	46
4.3 Participantes da pesquisa.....	46
4.4 Coleta e registro de dados.....	47
4.5 Organização e Análise dos dados.....	50
4.6 Aspectos éticos.....	50
5 RESULTADOS.....	52
5.1 Caracterização da amostra.....	52
5.2 Avaliação da qualidade de vida.....	57
5.2.1 <u>WHOQOL BREF</u>	57

SUMÁRIO (cont.)

5.2.2 <u>WHOQOL OLD</u>	59
6 DISCUSSÃO	64
6.1 Caracterização da amostra	64
6.2 Avaliação da qualidade de vida	67
6.2.1 <u>WHOQOL BREF</u>	67
6.2.2 <u>WHOQOL OLD</u>	68
7 CONCLUSÃO	71
REFERÊNCIAS	73
ANEXOS	82
Anexo A - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da UNIRIO	82
Anexo B - Instrumentos de coleta de dados (whoqol-old e whoqol abreviado)	86
Anexo C - Termo de Anuência Institucional	94
Apêndices	95
Apêndice A - Instrumento de coleta de dados (questionário sócio-demográfico)	95
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	96

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aproximação do tema e Justificativa do estudo

O envelhecimento populacional, no entendimento de Braga et al. (2011), é um fenômeno que ocorre de forma universal, trata-se de uma característica de países desenvolvidos e vem ocorrendo de forma crescente nos países em desenvolvimento. Além de ser um fenômeno que interfere diretamente na qualidade de vida.

Este processo de envelhecimento populacional, de acordo com Serbim e Figueiredo (2011), estaria ligado ao crescimento populacional e ao aumento gradual da expectativa de vida. Contudo, o aumento na expectativa e qualidade de vida, não estaria ligado somente a evolução da tecnologia e da medicina, mas também a vivência dos idosos em grupos, a qual vai além das atividades físicas e de lazer.

Como identificado por Campos et al. (2014), o envelhecimento é um fenômeno extremamente complexo, causado por diversos fatores que produzem tendências e consequências das mais diversas. A promoção do envelhecimento ativo envolve a conquista de qualidade de vida, permitindo que os indivíduos percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida e que participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades.

Existem diversas mudanças que ocorrem de forma natural nesse processo de envelhecimento e que interferem de forma significativa na capacidade funcional dos indivíduos, tais como: modificações na adiposidade corporal, na força muscular, na capacidade aeróbica, na flexibilidade e etc. (MACHADO et al. 2014).

Há entendimento de que a qualidade de vida (QV) é um construto definido de vários modos, pois aspectos culturais, éticos, religiosos e pessoais influenciam a forma como ela é percebida e as suas consequências. Apesar das diferentes definições para o termo, existe concordância entre grande parte dos autores que para avaliar QV, é necessária a utilização de abordagem multidimensional, como foi sugerido no estudo de Vitorino; Paskulin e Vianna (2013).

Conforme concluiu Serbim e Figueiredo (2011), é importante ressaltar a complexidade de se avaliar a qualidade de vida dos idosos, pois a mesma depende de diversos determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice, tais como: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, status social, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e de relações informais

com amigos.

Braga et al. (2011) identificou em seu estudo que a qualidade de vida da população idosa está ligada à diversos fatores, abrangendo tanto aspectos biológico-funcionais, quanto socioculturais. Desta forma, o envelhecimento bem-sucedido pode ser entendido como uma baixa probabilidade de adoecimento e deficiências, capacidade de manter funções cognitivas e físicas, atividades produtivas, relacionamentos interpessoais, boas condições de vida e espiritualidade.

No estudo de Campos et al. (2014) foi defendida a ideia de que a qualidade de vida também tem relação com as experiências e valores individuais e coletivos. O ser humano ao longo da história sempre buscou o conforto e o bem-estar, essa busca é influenciada por fatores que são próprios da essência humana, dentre os quais se destacam valores como amor, liberdade, felicidade, solidariedade, realização pessoal e inserção social.

Quando se trata da aplicação de instrumentos, Serbim e Figueiredo (2011) destacaram que para mensurar a qualidade de vida dos idosos, os resultados dessa aplicação podem contribuir de forma significativa para direcionar intervenções com a finalidade de melhorar a qualidade de vida dos mesmos.

Rocha et al. (2013) ressaltou que o envelhecimento é também compreendido como um processo complexo que envolve vários fatores que interagem entre si e influenciam o modo em que alcançamos determinada idade. No Brasil, o crescimento da população idosa é um acontecimento contemporâneo e que ocorre de forma consolidada, demandando estratégias imediatas para o enfrentamento e prevenção de condições propiciando o envelhecimento ativo, saudável e independente.

Estudo realizado por Witt et al. (2014) no sul do Brasil não conseguiu demonstrar através dos seus resultados uma associação entre qualidade de vida dos idosos e o uso dos serviços públicos de atenção primária. De acordo com os autores, um resultado como este, demonstra que é no mínimo interessante pensar se este resultado se deve ao fato do modelo brasileiro de atenção básica ter seu foco no tratamento da doença, sendo assim a prática dos profissionais de saúde estaria sendo orientada por este modelo. É importante salientar, que principalmente no caso dos idosos, é imprescindível atentar para as suas necessidades específicas com ênfase na prevenção dos agravos a saúde desta parcela importante da população. Um enfoque na doença pode comprometer a qualidade de vida dos indivíduos, principalmente dos idosos.

Este estudo se caracteriza relevante pelo fato da população idosa estar aumentando significativamente no Brasil. Corroborando com tal constatação, Vagetti et al. (2013a) afirmou

que, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a população de indivíduos com 65 anos ou mais, que correspondia a 4,8% da população brasileira em 1991, chegou a 7,4% em 2010. Além disso, a expectativa de vida do brasileiro também aumentou, atingindo em 2010 a média de 73,1 anos.

Diante ao panorama atual, conhecer a qualidade de vida da população idosa é importante, pois possibilita a definição de novas estratégias e planos de ação para promover uma melhora na qualidade de vida dessa população e contribuir desta forma para o envelhecimento saudável.

Ressalta-se que a QV se estabelece a partir de parâmetros objetivos e subjetivos. Os parâmetros subjetivos seriam o bem-estar, a felicidade e a realização pessoal, entre outros, e os objetivos estariam relacionados à satisfação das necessidades básicas e daquelas criadas em uma dada estrutura social. Os parâmetros objetivos têm a vantagem de não estarem sujeitos ao viés do observador, enquanto os subjetivos possibilitam que as pessoas emitam juízos sobre temas que envolvem a sua própria vida. No campo da saúde, o conceito de QV emergiu a partir de um movimento de humanização na área e de valorização de outros parâmetros de avaliação, além dos sintomas ou dados epidemiológicos, como incidência e prevalência das doenças (VITORINO; PASKULIN; VIANA, 2013).

O estudo realizado por Vagetti et al. (2013a) na cidade de Curitiba-PR, mostrou que a qualidade de vida é um dos objetivos mais almejados pelo ser humano. Devido à importância da qualidade de vida para a população, bem como sua complexidade, a literatura tem buscado definições operacionais e domínios específicos que compõem essa variável. O World Health Organization (WHO, 2013), *Quality of Life Group* (WHOQOL Group), um grupo de estudiosos em qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (OMS), definiu qualidade de vida como um fator multidimensional que engloba saúde física, psicológica, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e a relação do indivíduo com o meio ambiente.

Em conformidade com o que foi identificado por Serbim e Figueiredo (2011), percebe-se que estudos utilizando o WHOQOL-OLD para medir a qualidade de vida da população idosa mostram-se escassos na literatura, portanto, se faz necessário maior investigação neste sentido para conhecermos melhor este panorama.

Por outro lado, conforme observado no estudo de Campolina et al. (2013), para se avaliar a qualidade de vida dos idosos é importante destacar que a prevalência de algumas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) eleva-se a partir dos 60 anos, tendo como destaque: as doenças osteoarticulares, a hipertensão arterial sistêmica (HAS), as doenças cardiovasculares, o diabetes mellitus, as doenças respiratórias crônicas, a doença

cerebrovascular e o câncer. Demonstram em seu estudo também que dados nacionais apontam que as DCNT respondem por 66,3% da carga de doença nos idosos, enquanto as doenças infecciosas por 23,5%, e causas externas por 10,2%.

Nesse sentido, Vagetti et al. (2013a) reforçou em seu estudo que é importante destacar que com o avanço da idade há um aumento de condições crônicas e alterações funcionais que resultam em comprometimentos físicos, emocionais e/ou psicológicos. Conseqüentemente, o avanço da idade pode reduzir a percepção de saúde e a QV. Identificou que a percepção de saúde tem merecido uma atenção especial, pois tem sido descrita como um indicador associado ao declínio da autonomia funcional e até mesmo da mortalidade entre idosos, apresentando o potencial de sintetizar uma complexa interação de fatores envolvidos em sua saúde. Portanto, é fundamental o estudo de variáveis que podem estar associadas a uma percepção de saúde negativa entre idosos, contribuindo para a efetividade de ações de intervenção que busquem promover a saúde e a QV nessa população.

Ademais, é importante considerar que as modificações estruturais e funcionais observadas no envelhecimento, associadas ao sedentarismo, por exemplo, aceleram o declínio da capacidade funcional, facilitando tanto o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas, incapacidade física, câncer de cólon, de pulmão e de próstata e doenças cardiovasculares. Neste contexto, é evidente a necessidade de entender quais os fatores contribuintes no processo e na adoção de um comportamento mais saudável. Ao estudar esses fatores na população idosa, é necessário determinar a amplitude e os mecanismos em que a atividade física pode melhorar a saúde, capacidade funcional, qualidade de vida e independência nesta população (ROCHA et al., 2013).

Este estudo também se faz relevante pela possibilidade de levantar debates sobre o papel da Enfermagem no envelhecimento saudável, direcionando maior visibilidade a este tema tão importante, e despertando a atenção dos profissionais de enfermagem sobre a importância da identificação dos principais fatores que reduzem a qualidade de vida em determinado grupo de idosos, para nortear ações a fim de melhorar a qualidade de vida dessa população.

1.2 Dos parâmetros epidemiológicos ao envelhecimento saudável

O envelhecimento populacional atualmente, no entendimento de Tavares et al. (2013), é um fenômeno mundial e, no Brasil, as mudanças na estrutura etária estão ocorrendo de forma acelerada. Segundo o censo demográfico de 2010, o percentual de idosos no País é de 10,8%. Entretanto, o envelhecimento da população pode apresentar índices superiores aos parâmetros

censitários, a exemplo do município de Uberaba-MG, onde a proporção de idosos é superior à nacional, totalizando 12,6%, o que evidencia a necessidade de realizar estudos que ampliem a compreensão sobre o desenvolvimento do processo de envelhecimento, considerando suas especificidades.

Entendimento afinado com o constatado pelo estudo de Vagetti et al. (2013a), segundo o qual o panorama demográfico internacional enfatiza um crescimento expressivo da população idosa indicando um aumento de 22% nas próximas quatro décadas. No Brasil, entre 2000 e 2010, a população de idosos passou de 14 para 21 milhões. Nesse contexto, se torna cada vez mais importante garantir que a longevidade seja acompanhada por uma melhor qualidade de vida.

A propósito, o número de idosos no Brasil vêm crescendo de forma substancial, aumentou de 5,1%, em 1970, para 8,6%, em 2000. E segundo estimativas em 2020 terão aproximadamente 31,8 milhões de habitantes com mais de 60 anos (PEREIRA et al., 2006).

No estudo de Silva; Nóbrega e Côrte (2015), os autores afirmaram que se estima que o idoso de 2030 será o adulto da atualidade, com maior acesso a informações sobre deveres e direitos de cidadania, inserido nas novas configurações sociais e com tecnologia incorporada à sua rede. A geração que estará idosa em 2030 não é um grupo homogêneo, para o qual bastam políticas generalistas. É importante não padronizar os idosos como categoria única, mas reconhecer que essa população apresenta características tão diversas quanto qualquer outro grupo etário. Cada grupo de idosos, como os de baixa renda, de mulheres, homens, idade mais avançada, indígenas, analfabetos, da população urbana ou rural, tem exigências e interesses específicos que precisam ser tratados diferenciadamente, por meio de programas e modelos de intervenção adequados a cada segmento.

No estudo de Campos et al. (2014), destacou-se que desde as últimas décadas do século passado, o Brasil apresenta acentuado declínio na taxa de fecundidade. Esse declínio, combinado com a redução da mortalidade, acarretou um processo de envelhecimento populacional. O estudo também ressalta que as mudanças demográficas produzem desafios importantes na vida social. Na área da saúde, um dos reflexos da maior longevidade é o aumento da prevalência de doenças crônicas associadas ao envelhecimento.

De acordo com a OMS, até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, representando 15% da população nacional. Este aumento da população idosa brasileira, assim como ocorre em outros países, é o reflexo da queda da mortalidade e da fecundidade, aliados ao aumento da longevidade, principalmente entre as mulheres (VAGETTI et al., 2013b).

Pesquisas em domicílio revelam que a expectativa de vida para os idosos com 80 anos

ou mais, também denominados longevos, vem aumentando a cada década. De acordo com o levantamento do IBGE, existem três milhões de indivíduos nessa faixa etária no Brasil (IBGE, 2010).

Um fato importante a ser ressaltado quando se trata do envelhecimento é o fato da elevada prevalência de fragilidade física entre idosos devido a síndrome estar relacionada ao envelhecimento biológico. No entanto, Lenardt et al. (2014) em seu estudo afirmou que nem todos os idosos se tornam obrigatoriamente frágeis, fato que indica a necessidade de rastreamento dessa condição, especialmente em longevos (LENARDT et al., 2014).

1.3 Problematização

Rocha et al. (2013) observou que é notória a escassez de espaços para atividades de lazer disponibilizada para idosos nas três esferas da administração pública, atrelada às barreiras como: tempo disponível, necessidade de compensar a baixa remuneração da aposentadoria, institucionalização e as perdas funcionais decorrentes do processo do envelhecimento. Estes são aspectos que podem influenciar na diminuição da prática de atividade física no tempo livre ao longo dos anos.

De acordo com o IBGE 2010, no período de 1999 a 2009, a proporção de idosos com 60 anos ou mais passou de 9,1% para 11,3%. Já a proporção de idosos com 65 anos ou mais passou de 6,2% para 7,8%.

O IBGE também investigou a proporção de pessoas com 60 anos de idade ou mais, que não conseguem andar 100 metros ou tinham dificuldade, constatou-se que essa proporção era de 13,6 % dentre os idosos em 2008, contra 12,2% em 2003. Estes dados demonstram que apesar do aumento da longevidade da população, houve também um aumento da incapacidade funcional, sendo que a maior proporção de incapacidade funcional foi encontrada nos idosos com 75 anos ou mais (27,2%) (IBGE, 2010).

Ademais, como identificou Lenardt et al. (2014), nas últimas décadas, o termo fragilidade tem se destacado nos estudos sobre o envelhecimento. As diversas definições teóricas e operacionais são controversas. No entanto, em 2012, um grupo formado por representantes de seis expressivas sociedades internacionais e especialistas no tema acordaram acerca de aspectos importantes da síndrome, embora sem definir ainda um consenso final. Dessa forma, a fragilidade física passou a ser caracterizada como uma síndrome médica, com múltiplas causas e contributos, que se caracteriza por diminuição da força e da resistência e reduzida função fisiológica, que aumenta a vulnerabilidade do indivíduo e desenvolve maior

dependência e/ou morte.

A maior demanda aos serviços de saúde é constituída pela população idosa, composta por pessoas com mais de 60 anos de idade, realidade com tendência a intensificação, devido ao aumento da longevidade da população brasileira, a semelhança de outros países (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013).

No Brasil aproximadamente 70% dos idosos são dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, de acordo com Witt et al. (2014), os municípios são responsáveis pela atenção primária à saúde da população, com apoio administrativo e financeiro das esferas estaduais e federais. O papel das políticas públicas de saúde é o de reforçar a necessidade da atenção integral, as ações intersetoriais, a qualidade em saúde, o fortalecimento do controle social pelos idosos e a educação permanente dos profissionais de saúde.

A partir do que foi exposto, se pode verificar que existe uma real necessidade do desenvolvimento de políticas públicas eficazes para atender essa demanda, focadas na oferta regular e sistemática de centros de lazer e qualidade de vida das pessoas no envelhecimento. Esse fato motivou priorizar uma investigação voltada para melhor compreender o papel da Enfermagem na promoção da saúde e qualidade de vida das pessoas idosas, na perspectiva do terceiro milênio.

1.4 Questões Norteadoras

Neste contexto, emergem algumas questões norteadoras para o desenvolvimento da presente pesquisa:

- 1) Qual é o perfil da qualidade de vida de idosos participantes de centros de lazer voltados para a terceira idade?
- 2) Qual é o papel da Enfermagem na promoção da qualidade de vida para o envelhecimento saudável de idosos atendidos em centros de lazer?

1.5 Objetivos

A partir da problemática descrita e considerando a Enfermagem como área de conhecimento voltada para a promoção do cuidado, da saúde e da qualidade de vida das populações, neste caso o de pessoas idosas, o presente estudo tem como objetivos:

Objetivo geral:

- Analisar o perfil da qualidade de vida de idosos participantes das atividades da UnATI/UERJ, contextualizando a perspectiva da Enfermagem para o envelhecimento saudável da população no terceiro milênio.

Objetivos específicos:

- Analisar os elementos da qualidade de vida de idosos participantes das atividades da UnATI/UERJ, tendo como referência os domínios do WHOQOL-BREF, do WHOQOL-OLD e as características sociodemográficas da população.
- Propor ações de Enfermagem para a promoção da qualidade de vida dos idosos.

2 O CONTEXTO HISTÓRICO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS IDOSAS

2.1 Cuidado de saúde do idoso

Neste novo século, a população idosa tem se revelado cada vez mais representativa em nossa sociedade. Sendo assim, a saúde dos idosos surge como um grande desafio para a saúde pública (PICCINI et al. 2006).

O constante crescimento da população idosa tem ocasionado diversas alterações na sociedade. Futuramente, esta transição demográfica que vem ocorrendo irá provocar ainda mais mudanças na economia, no mercado de trabalho, nas relações familiares, no sistema de saúde e em diversas outras esferas da sociedade (ARAÚJO; BACHION, 2005).

Para Piccini et al. (2006), o desenvolvimento de uma forma adequada para se lidar com os desafios emergentes devido ao envelhecimento da população significa reconhecer o que foi projetado pela OMS. Tem-se a previsão de que até o ano de 2025 o Brasil vai se tornar o sexto país no mundo com o maior número de idosos. É imprescindível que esta nova demanda seja reconhecida pelas autoridades competentes.

O crescimento da população idosa, no que tange à utilização dos serviços de saúde, de acordo com Veras (2003), provoca um aumento de intervenções custosas que envolvem tecnologia complexa, devido a um maior número de problemas de saúde de longa duração nessa faixa etária. O Brasil passou de um perfil de mortalidade característico de uma população jovem, para um perfil característico de uma população idosa, caracterizado por enfermidades complexas e onerosas.

O crescimento das despesas médicas e hospitalares decorrente do envelhecimento populacional e se mostra um verdadeiro desafio para as autoridades sanitárias, especialmente no que se refere à implementação de novos modelos, métodos de planejamento, gerência e prestação de cuidados (VERAS, 2003).

Por outro lado, Silva e Santos (2015), consideram que diante do acelerado processo de envelhecimento populacional que o Brasil está vivenciando e das crescentes demandas de cuidados à população idosa, a Estratégia Saúde da Família, como porta de entrada ao Sistema Único de Saúde, tem um grande desafio para atender as necessidades emergentes desse grupo populacional. Reportando-nos à atenção à saúde da pessoa idosa e a todas as especificidades do processo de envelhecimento, se faz extremamente necessária a realização da assistência de Enfermagem ao idoso nos serviços de saúde.

É notório que existem diversas barreiras no acesso dos idosos aos serviços de saúde, sejam essas barreiras de natureza geográfica, econômica, sociodemográfica, natural ou funcional (MACHADO et al., 2015).

Devido a baixa capacidade resolutive do modelo vigente, a precariedade dos serviços ambulatoriais, a escassez de serviços domiciliares e a escassez de instâncias intermediárias (hospitais dia, centros de convivência), o indivíduo idoso procura o primeiro atendimento já em estágio avançado das comorbidades, o que aumenta os custos do tratamento e diminui as chances de um prognóstico positivo. Geralmente, os idosos apresentam doenças crônicas e múltiplas, as quais duram por vários anos e exigem um acompanhamento médico constante e uso contínuo de medicamentos (VERAS, 2003).

Amthauer e Falk (2014) observaram que para realizar o cuidado de forma humanizada, com atenção, carinho, respeito aos valores culturais e comprometimento é essencial aos profissionais de saúde, principalmente, quando se trata de prestar cuidados à pessoa idosa que por conta do processo de envelhecimento já se encontra em uma situação de fragilidade, o atendimento individualizado.

No termo cuidado, identificado por Reis (2013), está embutido diversos valores, dentre eles, o respeito, o amor, a liberdade, entre outros. Para realizar o cuidado é essencial possuir desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção e bom trato. É uma forma de ser na qual a pessoa deve centrar-se no outro. Dessa forma, é primordial que o Enfermeiro conheça o indivíduo que cuida, sua família, seu contexto de vida, tomando conhecimento de suas crenças, de seus valores e práticas.

O cuidado é dirigido aos indivíduos e a coletividade, possuindo valores que se relacionam com os sujeitos envolvidos neste processo. Competência técnica e conhecimento científico são essenciais para que o cuidado seja exercido de forma adequada, por conta disso é importante fazer a distinção entre o termo cuidar e o termo cuidado. O cuidar significa uma ação que é pensada e refletida, envolve uma ação que está integrada com a formação pessoal a profissional, já o termo cuidado significa responsabilidade, zelo, como defendem (Rocha et al., 2013).

A Enfermagem, por sua vez, na concepção de Rocha et al. (2013), é considerada e também por diversos autores como a arte do cuidar, pelo fato de diversas atribuições da profissão estarem voltadas para práticas de cuidado, sempre buscando o envolvimento com o indivíduo em todos os seus aspectos.

Tratar de temas contemporâneos como cuidado de Enfermagem para as pessoas idosas requer que se estabeleçam laços com conjunturas políticas macro. Nesse sentido, sabe-se que a

Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 2006) tem como finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e independência dos idosos, a partir de medidas coletivas e individuais de saúde. Porém, nos discursos dos Enfermeiros se evidencia o seu distanciamento das políticas públicas de atenção à saúde do idoso (SILVA; SANTOS, 2015).

De acordo com o pensamento de Brum; Tocantins e Silva (2005), correlacionar a Enfermagem com o cuidar, o cuidado e a tecnologia é um meio de compreendê-la não somente como uma ação curativa, uma ação limitada, mas sim num ato que percebe o indivíduo, o idoso, como um todo, percebendo-o como uma pessoa que possui valores, crenças e experiências singulares.

Destarte, o cuidar não deve estar vinculado à idade cronológica do indivíduo ou com a expectativa de cura ou recuperação, mas deve atender as necessidades do indivíduo como um todo, independente dos fatores mencionados anteriormente. O cuidado deve atender tanto as necessidades físicas, quanto as não físicas do indivíduo que recebe o cuidado, deve englobar o ambiente, o contexto familiar, profissional, cultural e etc. Em suma, o cuidar compreende não somente a cura de doenças, mas também o apoio ou a palição quando já não existe possibilidade de cura, um apoio ao fim da vida sem dores e sem sofrimentos desnecessários, sempre preservando a dignidade da pessoa humana (BRUM; TOCANTINS; SILVA, 2005).

Baseado no que foi descrito no parágrafo anterior, a ação do cuidar realizada pelo Enfermeiro deve valorizar o ser humano em sua existência, independente das possibilidades de cura e/ou recuperação, mas baseando-se sempre nas necessidades de cuidados (BRUM; TOCANTINS; SILVA, 2005).

2.2 Diagnósticos de Enfermagem e Planejamento da assistência ao idoso

Os indivíduos idosos por conta da dificuldade de colocação no mercado de trabalho são parte de uma parcela da população que é mais vulnerável ao estado de pobreza. Sendo assim, passam a depender de forma significativa de outras fontes de renda, principalmente da aposentadoria. Somando-se a este quadro, os idosos apresentam maiores gastos, principalmente referentes a gastos com despesas de saúde. Considerando que estes indivíduos com baixa condição socioeconômica podem apresentar problemas de saúde complexos, a identificação de diagnósticos de Enfermagem, de acordo com a classificação North American Nursing Diagnoses (NANDA) poderá trazer contribuições para melhorias na qualidade de vida, pois uma vez identificados os problemas, podem ser propostas intervenções para solucioná-los (MARIN et al., 2008).

A NANDA contribuiu de forma significativa para que os diagnósticos de Enfermagem fossem desenvolvidos e refinados baseados em um sistema conceitual que os classifica em uma taxonomia, que vem sendo amplamente divulgada e utilizada internacionalmente. A NANDA publicou no ano de 1989 a taxonomia I e posteriormente no ano de 2001, com base em diversas avaliações, publicou a taxonomia II. Composta por 13 domínios, 106 classes e 155 diagnósticos de Enfermagem. Os diagnósticos de Enfermagem são importantes, pois direcionam os cuidados, fortalecem a atuação da profissão trazendo uma atividade específica da Enfermagem, trazem validade à função da Enfermagem e aumenta autonomia do profissional Enfermeiro (MARIN et al., 2008).

Marin et al. (2008), em estudo de revisão de literatura identificaram as vantagens e desvantagens do uso dos diagnósticos de Enfermagem. Em seus achados ficou confirmado que o diagnóstico de Enfermagem é um instrumento que contribui para uniformizar a linguagem entre os Enfermeiros, além de ser um instrumento importante para a melhoria da qualidade da assistência de Enfermagem. Contudo, o estudo destacou que a falta de preparo profissional para a utilização dos diagnósticos de Enfermagem e a necessidade de mudança de postura dos Enfermeiros para a implementação dos diagnósticos de Enfermagem são limitações importantes para a sua utilização.

Por outro lado, o estudo de Silva e Santos (2015), ressaltou que a assistência de Enfermagem gerontogeriatrica deve ser orientada pelo que define o Caderno da Atenção Básica - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, editado pelo Ministério da Saúde em 2006, com ênfase na promoção do envelhecimento ativo e saudável; compensação de limitações e incapacidades; provisão de apoio, tratamento, controle e cuidados no curso do envelhecimento; tratamento e cuidados específicos em síndromes geriátricas; e facilitação do processo de cuidar.

O enfermeiro gerontológico realiza um cuidado de Enfermagem amplo para pessoas que estão em processo de envelhecimento, pois combina o processo de Enfermagem com o conhecimento especializado sobre o envelhecimento. Através do planejamento adequado e da sistematização do cuidado. Dentre as etapas do processo de Enfermagem se destaca o diagnóstico de Enfermagem (DE), que irá direcionar as etapas posteriores, como defendem Oliveira et al. (2008).

Ademais, as características definidoras e os fatores relacionados, partes integrantes dos diagnósticos de Enfermagem, conforme identificou Marin et al. (2008), são fundamentais para que haja uma compreensão das possibilidades de intervenção e para que o cuidado seja direcionado de forma adequada, já que permitem o reconhecimento das causas e manifestações da necessidade apresentada.

O Enfermeiro como profissional integrante da equipe de saúde, na compreensão de Montanholi et al. (2006), deve abordar o idoso considerando todas as especificidades decorrentes do processo de envelhecimento. É necessário que os profissionais Enfermeiros estejam devidamente preparados para prestar a assistência ao idoso, pois nesta faixa etária ocorre uma instalação muito rápida de processos patológicos, que podem transformar um indivíduo independente em um indivíduo dependente. Contudo, muitos profissionais de saúde não enxergam o idoso como um indivíduo que possui necessidades diferentes dos demais indivíduos adultos.

Para atuar prestando cuidados para esta parcela da população é importante pautar-se na integralidade do cuidado e na vigilância da saúde, visando sempre à promoção da saúde, a prevenção, a cura e a reabilitação da saúde. Tendo por base esse contexto, o Enfermeiro deve atuar de forma diferenciada, visando prestar cuidados ao indivíduo na sua integralidade, distinto do modelo biomédico fragmentado e tecnicista que perdurou por diversos anos, como foi observado por Marin et al. (2008).

2.3 O cuidado de Enfermagem para idosos na perspectiva da promoção da saúde

As modificações políticas, sociais, culturais e na economia, que aconteceram no mundo desde o Século XIX produziram mudanças significativas na vida da sociedade de uma forma geral. Com o passar do tempo, cuidar da vida com a finalidade de reduzir a vulnerabilidade para o adoecimento e conseqüentemente evitar o sofrimento crônico e a morte prematura, tem se tornado cada vez mais importante (BRASIL, 2010a).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) ocorreu no ano de 1986 e teve o seguinte tema: “Democracia é saúde”. No evento foi constituído um fórum de luta pela descentralização do Sistema de Saúde e pela implementação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida. Na mesma época em que aconteceu o evento, se tratava de um momento chave do movimento da Reforma Sanitária no Brasil, em que se afirmava a indissociabilidade entre a garantia da saúde como um direito irrevogável e a garantia dos demais direitos humanos e de cidadania. O relatório gerado pela 8ª CNS lançou os fundamentos da proposta do SUS (BRASIL, 2010a).

O processo de criação do SUS teve como base o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criação de políticas para promover a saúde, o imperativo da participação social para construir o sistema e as políticas de saúde, além da impossibilidade do setor sanitário responder sozinho às modificações dos determinantes e condicionantes de saúde que ocorreram

ao longo dos anos. Neste contexto, o SUS como uma política de estado para melhorar a qualidade de vida da população e para afirmar o direito à vida e à saúde, faz uma interface com os movimentos de promoção da saúde. A promoção da saúde, sendo uma estratégia para se produzir saúde articulado com as demais políticas e tecnologias do SUS, contribui para construir ações que respondam as necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2010a).

No SUS, a promoção da saúde foi uma estratégia para possibilitar um enfoque em alguns aspectos que são essenciais para determinar o processo saúde/doença. Dentre estes aspectos: violência, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada, dificuldade de acesso à educação, fome, qualidade do ar, qualidade da água, entre outros. A promoção da saúde possibilita formas mais amplas para intervir no setor saúde. Antes dessa estratégia, no Brasil os modos de viver eram abordados de uma forma fragmentária e individualizada, responsabilizando os sujeitos pelas mudanças que ocorrem no processo saúde-doença ao longo da vida (BRASIL, 2010a).

A carta de Ottawa afirma que a promoção da saúde é um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, isto inclui uma maior participação da comunidade no controle desse processo. Para alcançar o bem-estar físico, mental e social, é interessante que os indivíduos saibam identificar os fatores condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, e desta forma saber modificar o meio ambiente de forma favorável. A promoção da saúde não é somente de responsabilidade do setor saúde, e vai além de um estilo de vida saudável, trata-se de buscar atingir um bem-estar geral (BRASIL, 2002a).

Machado; Moutinho e Figueiredo et al. (2013) identificaram que a promoção da saúde tem sido considerada em diversos países um dos pilares fundamentais das políticas e programas no setor público, sendo um dos principais instrumentos para se alcançar a equidade e melhores condições de saúde para todos.

Alcançar idades mais avançadas com qualidade de vida é um ideal que está inserido nas premissas da promoção da saúde, esta é uma ideia que está inserida na saúde pública há bastante tempo. Contudo, nas últimas duas décadas a promoção da saúde tem sido apontada como a estratégia de saúde mais ampla e apropriada para enfrentar os problemas de saúde na atualidade. O conceito de promoção da saúde emergiu como um modelo para as políticas públicas no país, dando dimensões positivas à saúde, indo além do mero controle de doenças (ASSIS, 2005).

Investigando a qualidade de vida de 1.029 idosos hipertensos a partir da adesão ao tratamento farmacológico, em estudo realizado em Uberaba/MG, Tavares et al. (2016), sugere que a educação em saúde pode ser uma ferramenta útil para minimizar ou evitar o impacto

desses fatores sobre a adesão aos fármacos. Segundo os autores, se torna relevante que o Enfermeiro realize ações de acompanhamento e monitoramento da saúde desses idosos, visando contribuir na identificação de dificuldades acerca da adesão, bem como no fornecimento de orientações.

Esta visão diferenciada de como se lidar com os problemas de saúde está presente na Política Nacional do Idoso, onde estão previstas ações em diversas áreas sociais, como saúde, previdência social, educação, habitação, trabalho, justiça, dentre outras áreas. Alcançar o envelhecimento saudável é uma tarefa muito complexa e que exige bastante empenho e comprometimento, esta tarefa inclui a conquista de uma boa qualidade de vida e o amplo acesso aos diversos serviços (ASSIS, 2002).

Tavares; Dias e Munari (2012) observaram em estudo sobre a qualidade de vida de idosos que participam de atividades educativas grupais que o Enfermeiro pode promover atividades educativas grupais, em seu espaço de atuação, por meio da articulação intersetorial. Por sua vez, a população, ao se identificar com a atividade, terá satisfeita sua necessidade de relacionamento interpessoal, possibilitando a ampliação e a adaptação da interação social. Acrescentam que é relevante que o familiar seja inserido nesses espaços e estimule a participação dos idosos com o objetivo de estreitar laços de companheirismo que favoreçam o sentimento de pertencer ao seio familiar e a comunidade.

Ainda no âmbito da promoção da saúde, a pesquisa de Massi et al. (2015) ressaltou a importância do letramento dos idosos como uma forma de promoção da saúde, pois é um recurso facilitador da autonomia do indivíduo. Na pesquisa foi possível identificar o desejo de escrever dos idosos, de serem protagonistas de suas próprias histórias, além de ser uma interessante forma de atualizar a memória proporcionando concomitantemente o bem-estar.

Já em relação às atividades físicas para promover a qualidade de vida no durante o processo de envelhecimento, Mallmann et al. (2015) ressaltou que esse tipo de atividade é a que demonstra mais efetividade, sendo imprescindível a devida adaptação à faixa etária do indivíduo.

As questões relacionadas à saúde no envelhecimento têm chamado atenção de forma crescente nas últimas décadas, por conta do fenômeno do envelhecimento da população mundial. Alcançar idades mais avançadas com qualidade de vida é uma temática contemporânea, o aumento da expectativa de vida tem sido considerado como uma grande conquista humana e da sociedade. O fato de viver mais e melhor está intimamente ligado aos preceitos da promoção da saúde. Outro fato interessante é que a promoção do envelhecimento saudável não foca somente o idoso atualmente, mas são práticas de saúde voltadas para a

população em geral para que seja alcançado o envelhecimento saudável (ASSIS, 2004).

Na concepção de Sousa et al. (2010) viver com mais qualidade de vida na terceira idade é um objetivo a ser alcançado se adotando programas e políticas para os idosos serem vistos como indivíduos com valor para a sociedade, e não como uma sobrecarga. De acordo com os autores, a qualidade de vida se refere a percepções das condições de saúde, aptidões, capacidade para desempenhar tarefas no dia a dia, entre outros aspectos. Sendo assim, os fatores que são capazes de propiciar a melhora na qualidade de vida são inúmeros, e por diversas vezes heterogêneos, pois o que pode trazer bem-estar para um indivíduo, pode não trazer para outro. Contudo, modificações no cotidiano, como a inclusão de atividade de lazer, podem acarretar melhorias na qualidade de vida das pessoas.

Segundo Mallmann et al. (2015), em seu estudo tratou das ações educativas em saúde voltadas para a promoção da saúde do idoso e concluiu que a promoção da saúde através da educação em saúde promove a qualidade de vida na terceira idade.

Tavares; Dias e Munari (2012), também acreditam que o Enfermeiro pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida de idosos na participação em atividades educativas grupais, identificando os fatores que estão associados a menor autonomia e desenvolvendo ações conjuntas, com o idoso e seus familiares, buscando incentivar a expressão de desejos e a capacidade de decisão nessa etapa da vida. Isto reflete uma efetiva participação do Enfermeiro em esfera de atividades que tendem a crescer na mesma ou maior proporção do envelhecimento da população mundial, com vistas no atendimento dessa demanda.

Na atualidade é cada vez mais perceptível a preocupação das pessoas de incluir no cotidiano atividades que condicionam situações mais agradáveis para o corpo e mente, independente da faixa etária. São consideradas atividades de lazer, aquelas que propiciam o repouso, a diversão, modificação nas obrigações do dia a dia, e outras. O lazer é considerado como uma necessidade básica para o idoso, sendo um elemento imprescindível para manter a disposição e o funcionamento adequado do corpo, visto que tem implicações orgânicas, psíquicas e psicossomáticas, pautado no pensar de Sousa et al. (2010).

Ao pesquisar um projeto de intervenção comunitária denominado “Em comum-idade”, na cidade de Viçosa, Minas Gerais, Almeida et al. (2015) constatou que intervenções comunitárias apresentam grande potencial de mudança nas condições de saúde dos idosos brasileiros. Os autores evidenciam a grande importância da execução de ações voltadas para a promoção da saúde.

Destacar a importância do lazer e da qualidade de vida na terceira idade é algo bastante atual, o estudo dos fatores que influenciam na conservação da saúde da pessoa idosa é um tema

emergente e urgente, pois o envelhecimento populacional é uma realidade e vem ocorrendo de forma cada vez mais acelerada. Sendo assim, melhorar a qualidade de vida dessa parcela crescente e significativa da população é um meio de promoção da sua saúde, tendo em vista que a saúde não é somente a ausência de doença (SOUSA et al. 2010).

O pesquisador Castiel (2015) traz em seu estudo um importante conceito, o conceito de promoção da saúde ampliada. Este é descrito pelo autor como sendo estratégias de promoção da saúde voltadas para evitar riscos. O autor destacou como elementos importantes na formação desse conceito principalmente aquelas para uma dieta adequada, para a prática regular de atividades físicas e para evitar o tabagismo.

Neste contexto, viver de forma satisfatória e com qualidade de vida não significa ter somente boa saúde física e mental, mas sim estar bem consigo mesmo, com a vida, com as suas aspirações, com o ambiente que o cerca e etc. O lazer é uma forma de utilizar o tempo de forma prazerosa e envolve diversas atividades, tais como: atividades manuais, esportivas, associativas, entre outras (SOUSA et al. 2010).

2.4 Perspectivas da Enfermagem para o envelhecimento saudável da população

De acordo com Jesus et al. (2013), atualmente o expressivo número de idosos traz à tona a necessidade de cuidados direcionados a esse público, principalmente em relação à questão do apoio familiar que pode ser fundamental nessa fase do ciclo vital. Quando o idoso se sente cuidado e assistido desperta sentimentos bons que contribuem no processo de recuperação da autonomia para a realização de atividades cotidianas.

A educação em saúde, na concepção de Mallmann et al. (2015), é a atividade a ser desenvolvida pelos profissionais da saúde, entre os quais encontra-se o Enfermeiro, que é o principal ator no cuidado através dessa atividade, a qual estabelece a relação dialógico-reflexiva entre profissional e cliente e visa a conscientização deste sobre sua saúde e a percepção como participante ativo na transformação de vida.

Na esfera da Atenção Primária de Saúde, Silva e Santos (2015) afirmam que nas ações referentes à saúde da pessoa idosa, o Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família tem como competência específica: realizar atenção integral às pessoas idosas; realizar assistência domiciliar quando necessário; realizar consulta de Enfermagem, incluindo avaliação multidimensional rápida e instrumentos complementares; solicitar exames complementares e prescrever medicamentos, se necessário, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão;

supervisionar e coordenar o trabalho do Agente Comunitário de Saúde e da equipe de Enfermagem; realizar atividades de educação permanente e interdisciplinar junto aos demais profissionais da equipe; orientar ao idoso, aos familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos.

A Atenção Básica tradicional se caracteriza pelo distanciamento da realidade dos usuários e famílias e a assistência é focada na demanda espontânea, sem investimento na prevenção, o que resulta no diagnóstico tardio das doenças. Atualmente, com a implantação da Estratégia Saúde da Família, o foco da atenção profissional à saúde tem sido direcionado as famílias. Atribui-se a família o papel de cuidadora dos idosos, pois pressupõe-se que no ambiente familiar existam relações pessoais e trocas de afeição, como bem identificou Michel et al. (2015).

O estudo de Lobo; Santos e Gomes (2014), destacou que o envelhecimento é um processo biológico que não pode ser evitado, é caracterizado por uma perda progressiva e gradual de diversas funções (sensoriais, motoras e etc.), o que aumenta de forma significativa a vulnerabilidade para o desenvolvimento de doenças. Estas doenças por sua vez, afetam mobilidade e a independência desses indivíduos, impossibilitando, por conseguinte, um envelhecimento saudável.

Nessa mesma linha de pensamento, as contribuições de Morsch et al. (2015), enfatizou que o envelhecimento populacional é um fenômeno conhecido mundialmente. O Brasil se destaca por viver esse processo de forma acelerada na última década. Entre 1980 e 2009, a expectativa de vida dos brasileiros aumentou mais de 10 anos, passando de 62,6 anos para 73,2 anos. Além disso, estima-se que, em 2050, mais de 15% da população brasileira terá 70 anos ou mais.

Nos países desenvolvidos, como Estados Unidos e Itália, a proporção de idosos, no ano de 2000, alcançou 13% e 14,6%, respectivamente, e, na China e Índia, os números de idosos excedem a média dos países desenvolvidos, segundo estudo de Mallman et al. (2015).

Conforme afirmado por Souza et al. (2015), em pesquisa realizada com idosos da Alemanha, Grécia, Itália, Lituânia, Portugal, Espanha e Suécia mostrou que a situação econômica desfavorável e a baixa inserção profissional são determinantes da redução ou ausência de apoio social do idoso, situação que compromete sua qualidade de vida, uma vez que o apoio social facilita que o idoso continue fazendo parte da sociedade e se sinta útil.

Os autores Campos; Ferreira e Vargas (2015) destacaram que o envelhecimento ativo é diferente entre os gêneros, sendo que 64,7% dos idosos do grupo considerado desfavorável de acordo com os critérios do estudo que conduziram, são mulheres. Estes resultados indicam que

as mulheres possuem maiores taxas de dependência funcional, déficit cognitivo, depressão, pior funcionamento familiar e uma percepção negativa da própria saúde quando comparadas aos homens. Uma possível explicação é alta prevalência de dependência funcional entre as mulheres (33,0%) quando comparada aos homens (23,7%), bem como alta prevalência de depressão (34,4% no sexo feminino e 23,8% no sexo masculino).

Ao longo da vida, os indivíduos desenvolvem e utilizam um sistema de concepções relacionadas ao cuidado à saúde, as quais direcionam práticas cotidianas. Algumas dessas concepções são aprendidas na família e constantemente reelaboradas e reproduzidas por meio das interações sociais na comunidade e nos serviços de saúde. Os serviços de saúde são produtores e disseminadores de conhecimentos e comportamentos vinculados as doenças e, desse modo, influenciam valores, crenças e modos de cuidar da saúde, como recomendam achados do estudo de Michel et al. (2015).

De acordo com Campos et al. (2014), esse provável novo perfil populacional do país apresenta, do ponto de vista da adoção de políticas públicas e sociais, solução de difícil alcance. Sobretudo, a condição de longevidade se associa à fragilização pelo envelhecimento, tornando o idoso vulnerável as diversas situações de vida e de saúde.

No que se refere ao conceito de dependência, nada mais é do que a incapacidade da pessoa para satisfazer suas necessidades humanas básicas, precisando da intervenção de terceiros para sobreviver. É uma função que varia muito ao longo da vida do indivíduo, necessitando de reajustamentos, uma das formas de se avaliar a incapacidade é através da capacidade de execução das atividades básicas de vida diária, de acordo com as observações de Lobo; Santos e Gomes (2014).

No entender de Silva; Santos e Berardinelli (2010), numa sociedade em que o culto ao corpo é cada vez mais evidente, envelhecer nesse contexto é uma tarefa árdua, pois ao mesmo tempo que é um processo inevitável, se torna um processo indesejável nessa sociedade que exalta a juventude dia após dia. Esta ambiguidade dotada de diversos significados, tanto positivos quanto negativos, desperta diversos sentimentos nos indivíduos que passam por esse processo singular, onde por diversas vezes ocorre um conflito entre o psicológico e o físico, entre uma mente que se sente jovem e um corpo em processo envelhecimento que não acompanha essa mente jovial. Alguns lidam bem com o processo de envelhecimento, contudo outros tentam resistir a ele, negá-lo ou evitá-lo.

O cuidado à saúde para os idosos longevos, segundo identificado por Michel et al. (2015), é semelhante àquele definido como processo de relação humana que transforma positivamente os envolvidos. Por meio dessa reciprocidade, as pessoas constroem a si próprias

e se aperfeiçoam no sentido físico e espiritual. O cuidado se desenvolve por meio da presença e do diálogo para que o ser humano possa se recompor quando doente, encontrar caminhos e a vontade de viver.

Lidar com o adoecimento e com experiências de manter o bem-estar é rotina na vida daqueles que estão passando pelo processo de envelhecimento, conforme recomendam Silva e Santos (2010), logo é imperativo atuar promovendo saúde e comportamentos saudáveis que possam contribuir para com um envelhecimento saudável e bem sucedido. É importante ressaltar que o envelhecimento saudável é um objetivo que pode ser alcançado, contudo é importante que seja planejado e que se trabalhe visando alcançá-lo. Sendo assim, é importante promover o autocuidado, que busca potencialidades no indivíduo, entende limitações, valoriza a saúde e encontra a partir daí maneiras de se realizar o cuidado.

No Brasil, o Estatuto do Idoso (BRASIL,2003) visa garantir os direitos da pessoa idosa, com acesso à rede de serviços de saúde. A Política Nacional de Saúde para os Cidadãos Idosos foi desenvolvida com a finalidade de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, sendo que a qualificação da gestão e das redes de atenção está prevista no Pacto de Saúde (WITT et al., 2014).

O estudo de Silva e Santos (2010), também chama atenção para as potencialidades do indivíduo no curso da vida, possibilitando o conhecimento de modelos de envelhecimento bem sucedido. De uma forma geral, a busca por ações que possibilitam o indivíduo envelhecer bem, tem sido procurada como uma forma de reação a associação que vem sendo feita entre velhice, danos, doenças e inatividade. A utilização de diversos modelos de promoção da saúde tem facilitado a compreensão dos fatores condicionantes e determinantes dos problemas de saúde e consequentemente ajudado no alcance de soluções que respondam as necessidades dos indivíduos idosos.

As ações de educação em saúde para idosos necessitam de metodologias que atentem para a complexidade do processo de envelhecimento e relacionem os fatores que cercam o indivíduo, como as crenças, valores, normas e modos de vida. Sendo assim, se deve implementar novas ações, baseadas nos princípios da educação em saúde e mais condizentes com as necessidades dos idosos, pois somente levando em consideração os conhecimentos, a cultura e o meio em que vivem os idosos é que se obterão os resultados almejados com tal prática (MALLMANN et al., 2015).

Ademais, Silva e Santos (2010), sugerem que a promoção da saúde deve ser concebida como responsabilidade que deve ser compartilhada pela sociedade como um todo, não somente

por parte do governo e das instituições que prestam serviços de saúde, mas também pelos indivíduos, comunidades e grupos de uma forma geral, a participação de Enfermeiros nessa área de atuação tem se dado de forma crescente.

Neste aspecto, em estudo realizado por Mallmann et al. (2015), o enfoque foi direcionado as ações educativas em saúde voltadas para a promoção da saúde do idoso são representadas por programas educativos com grupo de idosos sobre atividade física, estado nutricional e apoio social com palestras, conselhos e aulas de exercícios físicos e exercícios cinético-funcionais, bem como a utilização da educação popular em saúde para discutir temas de interesse dos idosos; oficinas com orientações e recomendações sobre atividade física e hábitos alimentares, através de palestras, apresentações, discussões de casos, aulas expositivas dialogadas, recorte e colagem, explosões de ideias, dramatização e fórum de discussões; aconselhamento realizado em grupo; uso das artes cênicas e distribuição de cartazes e folhetos.

Uma grande dificuldade que vem sendo observada nos indivíduos idosos é o autocuidado, pois cuidar de si mesmo não é uma tarefa fácil, principalmente com todas as dificuldades e limitações que o processo de envelhecimento impõe aos indivíduos. A velhice é vista como um processo de modificação contínua em que a capacidade para o autocuidado é constantemente modificada, é um processo contínuo de reconquista do equilíbrio, no entender de Silva e Santos (2010).

O autocuidado se trata de um comportamento individual que tem relação direta com a saúde e com a forma como o envelhecimento é conduzido. Todas as atividades de promoção da saúde tem ligação com a bagagem de experiências cognitivas, crenças, hábitos e práticas de cada indivíduo ao longo da vida. O desempenho das ações de promoção da saúde visando um envelhecimento saudável envolve tanto a decisão individual, quanto da escolha dos hábitos que serão incorporados na rotina. As decisões e as escolhas devem ser tomadas de modo ativo, tornando o indivíduo também responsável pela sua saúde, como bem pontuou Santos et al. (2011).

Ainda, de acordo com o pensar de Santos et al. (2011), é inegável a contribuição do autocuidado na melhoria do convívio familiar e social da pessoa idosa, o que amplia sua autonomia e autoestima visando um envelhecer saudável. Ele propicia condições favoráveis que facilitam e incentivam a redução da dependência do profissional de saúde e da família, o desenvolvimento de ações que favoreçam um envelhecer saudável, e a redução de sequelas negativas no processo de envelhecimento.

No cuidado à saúde dos idosos longevos embasado apenas no modelo biomédico, as ações realizadas pelos profissionais de Enfermagem são focadas nos processos biológicos e

reiteram a culpabilização dos indivíduos sobre seus acometimentos de saúde, uma vez que cair, por exemplo, é atribuído a um descuido. Por outro lado, não há suporte apropriado por meio de uma tecnologia de cuidado para que as orientações sejam incorporadas, o que fica ao encargo dos sujeitos, como a instalação de barras de proteção nos domicílios (MICHEL et al. 2015).

Ao estudar o comportamento humano, Celich e Spadari (2008) constataram que o conhecimento sobre as influências do estilo de vida na saúde humana, tem relação direta com as atitudes e decisões tomadas pelo indivíduo, ou seja, o indivíduo só adota hábitos de vida mais saudáveis uma vez que toma conhecimento dos benefícios dessas modificações.

Portanto, é imperativo que o profissional de saúde, sobretudo o profissional Enfermeiro, atue para esclarecer a comunidade sobre os hábitos saudáveis afim de que a comunidade tenha um comportamento preventivo baseado no conhecimento obtido (CELICH e SPADARI, 2008).

Dourado; Oliveira e Menezes (2015) conduziram um estudo com graduandos de Enfermagem e o mesmo revelou que os graduandos de Enfermagem se preocupam com o envelhecimento saudável, sem uso de medicamentos e já se percebem em processo de envelhecimento com a idade que têm. Desenvolver atitudes de cuidado consigo mesmo durante a existência possibilita uma velhice saudável, através das mudanças de hábitos e adoção de novos padrões de comportamento, melhorando assim a qualidade de vida. Deste modo, existe o desejo de que o envelhecimento possa ser vivido com satisfação, saúde e bem-estar. Para atingir esse fim, se torna necessário os cuidados variados com o corpo e devem ter como objetivo a construção de uma imagem corporal satisfatória.

Por outro lado, Celich e Spadari (2008) defendem a tese de que é importante que os profissionais de saúde mantenham um estilo de vida saudável, para que deste modo possam também ensinar pelo exemplo, assim estimulando outros indivíduos a ter uma vida mais saudável, construindo uma trajetória segura rumo ao envelhecimento saudável.

O envelhecimento saudável é um produto que compreende o estilo de vida do indivíduo, a saúde e aspectos relacionados ao processo de envelhecimento. A qualidade de vida, de acordo com estudo de Celich e Spadari (2008), e conseqüentemente a qualidade do envelhecimento, é um constructo que compreende a visão de mundo do indivíduo e da sociedade em que ele está inserido, o estilo de vida, entre outros aspectos. As interações que o indivíduo faz ao longo da vida, tanto no âmbito biológico, ecológico, social, cultural e etc., é que determinam as modificações que esse indivíduo fará no seu estilo de vida.

O declínio biológico típico da senescência acarreta vulnerabilidade de natureza psicobiológica que, se acompanhada por processos socioculturais deletérios, como condições deficitárias de educação, renda e saúde ao longo da vida, resulta em senilidade. Entende-se por

senescência as alterações orgânicas, funcionais e psicológicas comuns do processo de envelhecimento e por senilidade as modificações ocasionadas pelas doenças que acometem os idosos, sendo que nem sempre essas características podem ser diferenciadas (SOUZA et al. 2015).

O envelhecimento populacional vem sendo cada dia mais colocado em destaque pelos meios de comunicação, esse fato é muito importante para justificar a implementação de programas de promoção da saúde do idoso, conforme afirmou Araújo et al. (2011). Em seu estudo também identificou que a maioria dos programas de extensão universitária voltados para a terceira idade encontram-se, no âmbito público, sendo a maioria destes voltados para a preservação da capacidade funcional e para a preservação da autonomia dos indivíduos, além de afirmarem que existem poucos estudos demonstrando os benefícios desses programas.

A existência humana está intrinsecamente associada ao cuidado de si e do outro, considerado a ação que sustenta a vida no mundo. Em relação ao cuidado à saúde, as pessoas desenvolvem maneiras variadas de cuidar, como ocorre nas sociedades complexas. Essa realidade pode ser objeto de investigação por meio da perspectiva antropológica. As concepções de cuidado são consideradas universais na vida humana e presentes em todas as sociedades, no entanto, os grupos desenvolvem conhecimentos e práticas particulares, segundo a cultura de pertencimento, como confirmado no estudo de Michel et al. (2015).

Souza et al. (2015), considerou em seu estudo que ao longo da história, o cuidado aos idosos vem sendo exercido predominantemente pela família, principalmente pelas mulheres, na condição de esposas, filhas e netas. A presença do idoso em uma família, em geral, é decorrente de duas situações: como chefe da família, em razão da posse de renda ou da residência, ou em situação de dependência, por ausência de condições físicas, psíquicas ou sociais.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL-METODOLÓGICO

3.1 Políticas públicas e programas no âmbito da saúde do idoso

Ao longo dos tempos diversas políticas para assegurar os direitos da pessoa idosa foram confeccionadas, dentre elas diversas políticas e programas são destaque. As principais políticas e programas no âmbito da saúde do idoso serão citadas nos períodos a seguir.

Um dos documentos mais conhecidos nessa área de conhecimento é o Estatuto do Idoso. Trata-se da Lei nº 10741, de 1º de outubro de 2003 que regula e reconhece os direitos das pessoas que possuem idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos de idade em todo território nacional, sendo um importante instrumento de cidadania para esses indivíduos. O estatuto trata de assuntos como os direitos do idoso à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, aos alimentos, à saúde, à convivência familiar e comunitária dentre diversos outros direitos. O texto afirma que cabe ao Estado, à comunidade, à sociedade e a família a responsabilidade por assegurar esses direitos (BRASIL, 2003).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a qual consta na Portaria MS/GM nº 2528, de 20 de outubro de 2006, é uma política que direciona algumas medidas, tanto coletivas quanto individuais, de saúde para a pessoa idosa, de acordo com o que diz os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, visando promover a recuperação, a autonomia e a independência dos indivíduos idosos (BRASIL, 2006).

Outra importante política é a Política Nacional do Idoso, que se refere a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, nesta política é criado o conselho Nacional do idoso e o seu principal objetivo é o de assegurar os direitos sociais do idoso a partir da criação de condições para a promoção da autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1994a).

As normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil, que são reguladas pela Portaria MPAS/SEAS nº73, de 10 de maio de 2001 (BRASIL, 2001, também são importantes para a garantia dos direitos e o cumprimento dos deveres para um envelhecimento saudável com qualidade de vida (MACHADO; FIGUEIREDO; MARTELLO et al., 2012).

Essa portaria propõe novas modalidades de atenção ao idoso, podendo sempre serem adequadas à realidade de cada município. Essas normas falam sobre os diversos serviços de atenção ao idoso, sendo estes: a família natural, família acolhedora, residência temporária, centro dia, centro de convivência, casa lar, república, atendimento integral institucional e assistência domiciliar/atendimento domiciliar (BRASIL, 2001).

A portaria MS/SAS nº 249, de 16 de abril de 2002 trata das normas para cadastramento de centros de referência em Assistência à Saúde do Idoso, sendo um importante instrumento para que haja uma padronização desses centros (BRASIL, 2002b).

Existem ainda as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, que são reguladas pela Portaria MS/GM nº 702, de 16 de abril de 2002, esta legislação cria mecanismos para a organização e implantação dessas redes, sendo as redes integradas por hospitais gerais e diversos centros de referência em assistência à saúde do idoso (BRASIL, 2002c).

O Programa Nacional de Cuidadores de Idosos que foi criado a partir da Portaria Interministerial MPAS/MS nº 5.153, de 7 de abril de 1999, é constituído de representantes da Secretaria de Estado de Assistência Social do Ministério da Previdência e Assistência e da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde. A portaria trata de alternativas para melhorar a qualidade de vida da população idosa tendo em vista o ritmo acelerado de crescimento dessa parcela populacional, tendo como diretriz atender de forma integral ao idoso e sua família, além de ter como objetivo a redução do percentual de idosos institucionalizados e a necessidade de habilitação de recursos humanos para cuidar do idoso. O texto da portaria também diferencia as diferentes modalidades de cuidadores, o domiciliar (familiar e não familiar) e institucional (BRASIL, 1999a).

Outra importante conquista para o idoso que se encontra hospitalizado foi a legislação que torna obrigatória nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS a criação de meios que viabilizem a presença de um acompanhante para pacientes com idade superior ou igual a 60 anos de idade, quando internado. Trata-se da Portaria MS/GS nº 280, de 7 de abril de 1999 (BRASIL, 1999b).

A lei nº 8.926, de 9 de agosto de 1994 torna obrigatória a inclusão nas bulas de medicamentos de advertências e recomendações sobre o uso dos mesmos por pessoas com mais de 65 anos (BRASIL, 1994b).

O decreto de nº 5.109, de 17 de junho de 2004 criou o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, o decreto dispõe sobre sua composição, estrutura, competências e funcionamento. Esse conselho trata-se de um órgão colegiado com caráter deliberativo que integra a estrutura básica da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, que tem como finalidade a elaboração de diretrizes para formular e implementar a Política Nacional do Idoso, sendo observadas as diretrizes de acordo com o que diz o Estatuto do Idoso, assim como para o acompanhamento da sua execução (BRASIL, 2004).

O Fundo Nacional do Idoso instituído pela lei nº 12.213, de 20 de janeiro de 2010, é destinado ao financiamento de programas e ações relacionadas ao idoso, com a finalidade de

assegurar os seus direitos sociais e criar condições para que os mesmos tenham autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Além disso, as pessoas que fazem doações para os fundos municipais, estaduais e nacional do idoso, podem deduzir o valor do imposto de renda (BRASIL, 2010b).

Um importante passo dado pela Subsecretaria de Direitos Humanos no ano de 2005 foi o Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa, que é um esforço conjunto do governo federal, do Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos e dos movimentos sociais. Esse plano visa estratégias sistêmicas de ação para prevenir e enfrentar a violência contra a pessoa idosa (BRASIL, 2005).

O dia nacional do idoso, comemorado no dia 1º de outubro, foi instituído pela Lei nº 11.433, de 28 de dezembro de 2006. Esta lei determina que nesse dia os órgãos públicos responsáveis pela implementação e coordenação da Política Nacional do Idoso, promovam e realizem a divulgação de eventos que valorizem a pessoa idosa na sociedade (BRASIL, 2006).

O benefício de Prestação continuada da Assistência Social é um importante instrumento para a garantia da subsistência daqueles indivíduos que não tem condições. Esse benefício é regulamentado pelo Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007, seu valor é de um salário mínimo mensal e é destinado à pessoa com deficiência e ao idoso, com idade de sessenta e cinco anos ou mais que comprovem não possuir rendimento para prover a própria manutenção e nem de tê-la provida pela sua família, cumprindo as demais condições que existem neste decreto (BRASIL, 2007).

3.2 Centros de lazer e promoção da saúde do idoso

Os centros de convivência têm tido uma importante contribuição na promoção da saúde da população idosa. Estes espaços são locais privilegiados que buscam manter os indivíduos idosos inseridos socialmente, desenvolvendo atividades culturais na ótica do lazer e diversas outras atividades (ALVES JUNIOR, 2009).

De acordo com estudo de Yassuda e Silva (2010), a criação de novos espaços e novas formas para envelhecer é uma realidade relativamente nova no contexto brasileiro. No início das décadas de 1960 e 1970, alguns teóricos e profissionais comprometidos com o processo de envelhecimento começaram a se questionar sobre a possibilidade de implementar programas de caráter sociocultural e lúdico para a população idosa. Tais programas propiciariam experiências enriquecedoras como forma de ocupação do tempo livre, redução do isolamento social, inserção do idoso na comunidade e ainda estruturação de grupos efetivos de apoio.

Ampliando a compreensão sobre os centros de convivência, Andrade et al. (2014), reiterou que os grupos de convivência surgiram como contribuição para envelhecimento saudável e com qualidade. A participação dos idosos nos mesmos pode trazer diversos benefícios, como: afastar a solidão, propiciar amizades, aumentar a autoestima, melhorar a integração com familiares, resgatar valores pessoais e sociais, oferecer suporte social e a adoção de um estilo de vida mais ativo, pois nestes são realizadas atividades de lazer, culturais, intelectuais, físicas, manuais, artísticas e de convívio grupal.

De acordo com o estudo proposto por Leite et al. (2012) têm-se que as atividades em grupo possibilitam a seus integrantes se manifestarem e verbalizarem acerca de suas experiências de vida. Constitui-se em um espaço de troca, acolhimento e fortalecimento de vínculo. No grupo, o idoso tem a possibilidade de socializar-se, obter apoio, sentir-se reconhecido na busca e preservação de sua autonomia e dignidade.

Ainda, de acordo com estudo de Yassuda e Silva (2010), instituições como o Serviço Social do Comércio (SESC) e, posteriormente, as Universidades Abertas para a Terceira Idade foram pioneiras na elaboração das primeiras iniciativas no Brasil, possibilitando que experiências desenvolvidas em países como a França pudessem ser transpostas para a realidade brasileira. Após cerca de 40 anos de atuação, as atividades desenvolvidas pelos centros de convivência, universidades abertas e escolas abertas passaram a ser difundidas entre os profissionais gerontólogos, pelos veículos de comunicação e pelas próprias pessoas que envelhecem como maneiras de alcançar a velhice bem-sucedida.

O estudo de Araújo et al. (2011) buscou as contribuições de programas de promoção da saúde para o processo envelhecimento saudável no Brasil e foram identificados diversos programas que têm essa finalidade. Dentre os principais, se encontram: O Projeto de Valorização do Envelhecer (PROVE), o Programa Interdisciplinar de apoio à Terceira Idade (PIATI), o grupo de Atenção à Saúde do Idoso (GRASI) e a Universidade Aberta para a Terceira Idade (UnATI) do Rio de Janeiro.

O PROVE é um programa que vem sendo desenvolvido desde o ano de 1996 na UFRJ através do Instituto de Neurologia Deolindo Couto. O programa tem uma abordagem multiprofissional e multidisciplinar, sendo sua atividade principal voltada para os grupos de encontros de idosos, promovendo a reflexão e informação sobre temas relacionados ao envelhecimento, com palestras baseadas no programa do Ministério da Saúde “Viva bem a idade que você tem”. Nesses grupos, os idosos também desenvolvem atividades como oficinas de dança, poesia, pintura, alongamento, trabalho de movimentação e estimulação psicomotora, entre outras atividades (ARAÚJO et al., 2011).

Desta forma, Andrade et al. (2014), observou que é preciso aceitar que envelhecer faz parte do ciclo da vida e se deve estar preparado física e psicologicamente para que a velhice seja bem-sucedida. No entanto, grupos de convivência surgem como proposta de trabalho humanizado para que idosos reconstruam relações por meio do vínculo com outros indivíduos da mesma idade e que, ao frequentarem os grupos, adquiram novos conhecimentos e encontrem variedade de práticas sociais.

O Programa Interdisciplinar de apoio à Terceira Idade é um programa vinculado à Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), no estado da Paraíba que surgiu no ano de 1999. Um dos principais objetivos do mesmo é qualificar tanto o corpo docente quanto o corpo discente que estão envolvidos nos projetos na área de geriatria e gerontologia. O programa também tem um enfoque importante na promoção de ações que melhorem a qualidade de vida dos idosos, na melhoria das relações familiares e intergeracionais, na ampliação da consciência dos idosos referente ao processo de envelhecimento, entre outros. Este programa foi avaliado pelo programa de apoio à extensão universitária da Secretaria de Educação superior do Ministério da Educação e Cultura como um dos melhores programas do país nesse âmbito (ARAÚJO et al., 2011).

O programa GRASI que é associado ao ambulatório de Clínica Médica do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, em São Paulo, foi fundado no ano de 1997. A dinâmica do grupo consiste em fazer uma triagem com os idosos que são atendidos no ambulatório, com a finalidade de identificar o interesse desses idosos em participar do programa. Tendo por base a triagem, os idosos são divididos em grupos que contam também com a participação das famílias e cada grupo participa de quatro encontros que ocorrem mensalmente. Esses grupos realizam atividades que abordam temas relacionados ao processo de envelhecimento e à prevenção de quedas, sendo utilizadas também, técnicas lúdicas e metodologias participativas (ARAÚJO et al., 2011).

Universidade Aberta para a Terceira Idade (UnATI) do Rio de Janeiro foi criada no ano de 1993 vinculado ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Ao longo do tempo foi passando por diversas modificações, no ano de 1996 a UnATI passou a incluir um ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), que desenvolve atendimento ambulatorial e desenvolve alguns projetos especiais. Na UnATI são realizados diversos cursos, oficinas, seminários, palestras, festas, exposições, shows de dança e música e programa de voluntariado voltado para a terceira idade (ARAÚJO et al., 2011).

3.3 Saúde do idoso e envelhecimento na perspectiva da qualidade de vida

O estudo de Celich e Spadari (2008) revelou que a busca pela qualidade de vida se tornou um movimento mundial nas últimas décadas, constantemente se pode observar nos programas de televisão, nas reportagens jornalísticas e nos diversos meios de comunicação a importância que vem sendo dada a esta temática. Apesar da grande conscientização de que uma vida e conseqüentemente uma velhice com qualidade de vida está diretamente relacionada à adoção de um estilo de vida e hábitos saudáveis, um número significativo de pessoas ainda não se interessa por adotar hábitos saudáveis.

O estudo de Hein e Aragaki (2012), sobre a produção acadêmica na área do envelhecimento humano, analisou o conteúdo das dissertações que tratavam da temática envelhecimento e foi constatado que a maioria dos trabalhos tratavam o processo de envelhecimento como algo negativo, carregado de depressão, tristeza, doença e proximidade da morte. Contudo, se observou um crescimento significativo no número de estudos que destacavam os aspectos positivos do processo de envelhecimento, destacando que o processo de envelhecimento não é algo pré-definido e hermeticamente fechado, e sim um processo que depende de diversos fatores. Afirmaram que ser um idoso alegre ou mal humorado, um idoso ativo ou sedentário, depende de diversas escolhas que o indivíduo faz ao longo da sua vida, seu contexto social, cultural e histórico.

Hein e Aragaki (2012) também demonstraram que a qualidade de vida no envelhecimento está ligada de forma positiva a um maior grau de escolaridade e ao exercício de atividades cognitivas. Os autores reafirmam a importância da educação e da memória para a consolidação de um envelhecimento bem sucedido.

De acordo com Salin et al. (2011), salientou que a atividade física (AF) regular surge como um meio de promoção de saúde e qualidade de vida. Em relação aos programas mundiais de promoção de saúde, os cientistas enfatizam cada vez mais a necessidade da AF como parte fundamental, pois neste novo milênio a inatividade física é considerada o principal problema de saúde pública. Existem evidências epidemiológicas que sustentam o efeito positivo de um estilo de vida ativo e/ou do envolvimento dos indivíduos em programas de exercícios físicos na prevenção e minimização dos efeitos deletérios do envelhecimento.

Em seu estudo Machado et al. (2012) afirmou que a qualidade de vida na velhice é um processo que compreende diversos fatores, como: independência, autonomia, vida saudável, alimentação, sono, entre outros. Corroborando com esta afirmação, Hein e Aragaki (2012) identificaram que a participação em grupos de promoção da saúde, grupos de dança, grupos de

convivência de uma forma geral e os bons relacionamentos ao longo da vida e na terceira idade também são fatores determinantes para uma boa qualidade de vida na velhice, além da qualidade de vida também está diretamente ligada ao trabalho do indivíduo.

O estudo de Lobo, Santos e Gomes (2014) ao analisar a qualidade de vida de idosos baseado na distribuição desses indivíduos por grupos etários, identificou que os indivíduos que possuem idade mais avançada, tendem a referir uma pior qualidade de vida. Já os idosos com idade inferior a 70 anos tendem a referir uma melhor qualidade de vida.

O estudo de Chiossi et al. (2014) constatou que a dificuldade auditiva nos indivíduos idosos influencia de forma significativa na qualidade de vida desses indivíduos. Neste estudo foi utilizado um questionário de autoavaliação do impacto da audição nas atividades diárias e um instrumento para avaliar a qualidade de vida do indivíduo, como resultado se constatou que existe uma forte relação entre a dificuldade auditiva e uma pior qualidade de vida.

A pesquisa de Dawalibi; Goulart e Prearo (2014), teve como alvo os fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade, identificou que a presença de doenças está inversamente relacionada a uma boa qualidade de vida, ou seja, aqueles idosos que não possuem doenças tem uma qualidade de vida significativamente melhor do que os idosos que possuem pelo menos uma doença.

Para que as pessoas idosas pratiquem atividades físicas regularmente e promovam sua qualidade de vida, elas devem ter conhecimento sobre seus benefícios, superar vícios e comportamentos inadequados e desenvolver hábitos propícios à prática. Entretanto, um nível adequado de conhecimento sobre os Programas de Atividades Físicas não necessariamente reflete um envolvimento regular nas práticas. A promoção de saúde por meio de AF regulares deverá enfatizar, além do incremento ao conhecimento, estratégias para superar as barreiras, facilitando assim a adoção de um estilo de vida ativo, conforme foi proposto no estudo de Salin et al. (2011).

3.4 Pressupostos teóricos da integralidade para o cuidado do idoso

Para atuar na atenção ao idoso, segundo recomendam Motta; Caldas e Assis (2008), o profissional de saúde deve estar apto a apreender o processo de envelhecimento como um todo, compreendendo as repercussões biopsicossociais desse processo além dos aspectos históricos, sociais, políticos e etc. O profissional deve ter uma postura ética e solidária no desempenho de suas funções, orientando a população idosa no que se refere aos recursos para o atendimento as necessidades básicas e na defesa dos seus direitos.

O papel dos profissionais da área da saúde tem grande relevância no que diz respeito ao incentivo aos idosos para prática de atividade física (AF), como foi mencionado por alguns idosos durante as entrevistas do estudo de Salin et al. (2011). O autor acrescentou que, é função dos profissionais da saúde, educadores, líderes comunitários e políticos minimizarem as barreiras e ampliarem em quantidade e diversidade os fatores facilitadores de adesão às práticas de AF. É por meio da comunicação que chegarão até os idosos as informações pertinentes aos benefícios dos Programas de Atividades Físicas para um envelhecimento saudável.

O trabalho em equipe interdisciplinar é a principal estratégia da atenção integral ao indivíduo idoso. Este tema é constantemente debatido na área do direito à saúde no Brasil (MOTTA; CALDAS; ASSIS, 2008).

É muito importante que os serviços de atenção à saúde do idoso tenham como base os princípios da integralidade da atenção à saúde e o trabalho em equipe interdisciplinar, a exemplo do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) da UnATI/UERJ que foi criado a princípio como um ambulatório de geriatria do HUPE em 1990, e hoje tem como seus objetivos a formação de recursos humanos para desenvolver políticas e novas metodologias no trabalho em saúde com a população idosa (MOTTA; CALDAS; ASSIS, 2008).

Ainda, de acordo com Motta; Caldas e Assis (2008), a estratégia central na busca da integralidade da atenção em saúde é o trabalho em equipe interdisciplinar. A integralidade pode ser entendida como uma busca de apreensão de forma ampliada das necessidades de saúde, incluindo o idoso e sua família como sujeitos do processo, considerando seu contexto histórico, social e cultural, possibilitando desta forma a criação de estratégias assistenciais de forma compartilhada.

A partir de uma compreensão ampliada de todo o processo de envelhecimento e do processo saúde-doença, essa integralidade do cuidado permite que seja realizado um trabalho objetivando a prevenção e a promoção da saúde nos diversos níveis de atenção (MOTTA; CALDAS e ASSIS, 2008).

De acordo com o entendimento de Furuya et al. (2011), na integralidade da assistência em saúde estão contidos três importantes conceitos: O conceito de acolhimento, de cuidado e de humanização. Todos eles estão interligados.

O conceito de acolhimento se refere a uma importante estratégia que visa a mudança nas relações interpessoais, tanto entre os profissionais, quanto entre a equipe e os usuários do serviço de saúde. O acolhimento se estabelece através da atenção humanizada, da manutenção do vínculo com o usuário do serviço de saúde e a responsabilização das equipes com os usuários. Sendo assim, o acolhimento possibilita um trabalho de qualidade e uma relação mais

horizontalizada no setor saúde (FURUYA et al., 2011).

Furuya et al. (2011) afirmou que na área de saúde o cuidado pode ser definido como uma relação que é criada entre o usuário e o profissional do serviço de saúde, com a preocupação de escutar o sujeito num aspecto global, levando em consideração os aspectos sociais, culturais, entre outros. O indivíduo deve ser tratado na sua singularidade, mas também como um sujeito pertencente a um contexto.

Semelhante aos conceitos apresentados anteriormente, o conceito de humanização deste cuidado é de extrema importância para que se produzam ações efetivas no setor saúde. Humanização não é somente garantir o acesso da população aos serviços de saúde, mas sim garantir esse acesso com qualidade. Neste contexto, os profissionais devem estar preparados para compreender o indivíduo como um todo, para que seja realizado um cuidado individualizado e não um cuidado padronizado e mecanicista (FURUYA et al., 2011).

Para que a assistência ao idoso seja de fato pautada no conceito de integralidade do cuidado, é necessário que sejam levadas em consideração todas as alterações que ocorrem no processo de envelhecimento, tais como: o envelhecimento progressivo dos órgãos do idoso, o comprometimento da capacidade funcional, a presença de comorbidades e outras alterações inerentes a essa faixa etária (FURUYA et al., 2011).

A integralidade da atenção à saúde faz parte das diretrizes do SUS, e a sua implementação deve ocorrer para que sejam respondidas as diversas demandas do setor saúde nos diversos níveis de atenção e complexidade (FURUYA et al., 2011).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo transversal descritivo, com abordagem quantitativa, que foi realizado em um programa que possui atividades voltadas para a promoção da qualidade de vida com idosos no município do Rio de Janeiro.

Estudos transversais ou de corte transversal conforme afirmam Rouquayrol e Almeida (2003) são estudos que visualizam a situação de uma população em um determinado momento, como instantâneo da realidade.

O estudo transversal na concepção de Hulley et al. (2003) tem uma estrutura que é parecida com o estudo de coorte, contudo no estudo transversal as medições são feitas em um único momento. Uma amostra da população é obtida e são analisadas as distribuições das variáveis dentro dessa amostra, logo, podem ser inferidas associações entre as variáveis definidas.

Hulley et al. (2003) ressaltam que uma vantagem importante deste tipo de estudo em relação aos estudos de coorte é que não existe a necessidade de se esperar pela ocorrência do desfecho. Essa característica faz com que os estudos transversais sejam mais rápidos e de baixo custo. Além disso, esse tipo de estudo não necessita de acompanhamento da amostra, logo, não ocorrerão perdas como costuma ocorrer nos estudos de coorte, que são estudos que acompanham o desfecho do indivíduo ao longo do tempo.

Um ponto fraco dos estudos transversais é que é difícil estabelecer relações causais a partir de dados oriundos de um corte transversal no tempo. Os estudos transversais são também pouco práticos para estudar doenças raras em amostra de indivíduos da população geral. Além disso, o fato de estudos transversais medirem apenas prevalência, e não incidência limita sua capacidade de estabelecer prognóstico, história natural e causa da doença (HULLEY et al., 2003).

Gil (2008) caracteriza a pesquisa descritiva como sendo aquela que objetiva principalmente a descrição das características de determinada população ou fenômeno, além do estabelecimento de relação entre as variáveis encontradas.

A abordagem quantitativa é um método que utiliza a análise estatística para o tratamento dos dados e deve ser aplicado quando, por exemplo, se deseja ter um conhecimento mais aprofundado do problema ou objeto de pesquisa (FIGUEIREDO, 2009).

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada na Universidade Aberta da Terceira Idade-UnATI/UERJ que iniciou suas atividades no ano de 1993 como um núcleo da Sub-reitoria de assuntos comunitários da UERJ, tendo programações voltadas para o público com idade mínima de 60 anos de idade de forma totalmente gratuita visando melhorar a qualidade de vida dessa parcela da população.

A UnATI/UERJ conta com um centro de convivência para idosos que oferece aproximadamente 50 Cursos/Oficinas livres por ano, além de atividades abertas como conferências, seminários, fóruns, workshops, palestras, encontros, grupos de estudos, rodas da saúde, aulas abertas, exposições, comemorações, festas temáticas, etc.

Na área da assistência à saúde, a UnATI/UERJ conta com dois ambulatórios – O Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) e o Serviço de Cuidado Integral à Pessoa Idosa, que são integrados às unidades de saúde da universidade via SISREG.

A UnATI está localizada na Rua São Francisco Xavier, 524/ 10º andar – Bloco F – Maracanã – Rio de Janeiro.

4.3 Participantes da pesquisa

A amostra do estudo foi composta por 69 idosos que realizam atividades no programa selecionado para o estudo, sendo a amostra obtida por conveniência. A amostragem por conveniência foi utilizada devido ao fato de se tratar da aplicação de instrumentos extensos para um grupo de idosos, que poderiam se recusar a participarem da pesquisa inviabilizando outros tipos de amostragem.

Foram incluídos no estudo, os idosos com idade igual ou superior a 60 anos de idade, de ambos os sexos, que obrigatoriamente sejam usuários efetivos do Centro de Lazer selecionado.

Foram considerados usuários efetivos do centro de lazer todos aqueles indivíduos que estão devidamente matriculados na UnATI/UERJ, independente do tempo de participação nas atividades.

Foram excluídos do estudo os idosos que estavam frequentando as atividades do Centro de Lazer pela primeira vez, além daqueles que se recusarem a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido e os que possuíam alguma condição que os impedisse de responder as questões, como por exemplo déficit cognitivo, que inviabilizava o entendimento adequado das

questões dos instrumentos. Essa incapacidade era aferida por relato verbal do acompanhante.

4.4 Coleta e registro de dados

Os instrumentos de coleta de dados foram o WHOQOL-BREF, trata-se de um instrumento já validado e amplamente utilizado quando se objetiva pesquisar sobre a qualidade de vida; o *WHOQOL-OLD*, que também é utilizado para se avaliar a qualidade de vida, contudo se aplica especificamente a idosos, além de um questionário estruturado com questões relacionadas aos aspectos demográficos e condições de saúde da população que foi estudada.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em busca de um instrumento que mensurasse a qualidade de vida em uma perspectiva internacional desenvolveu um projeto com a colaboração de 15 centros de diferentes países, numa perspectiva transcultural em vários continentes, que resultou em dois instrumentos gerais para avaliação da qualidade de vida disponíveis em 20 idiomas: O WHOQOL-100 e o WHOQOL-BREF, que é uma versão abreviada do anterior. O WHOQOL-BREF no Brasil foi validado e aplicado por Fleck et al. (2000).

A seguir, o grupo desenvolveu o módulo WHOQOL-OLD, a partir do instrumento WHOQOL-100 e seguindo o mesmo percurso metodológico, esse realiza avaliação específica para idosos e deve ser usado de modo complementar ao primeiro (VITORINO, PASKULIN e VIANNA, 2013).

O WHOQOL-OLD é um instrumento desenvolvido pelo WHOQOL Group (Grupo de estudos em Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde) específico para mensurar a qualidade de vida em idosos, já validado para pesquisas clínicas com seres humanos, criado numa perspectiva transcultural (SERBIM; FIGUEIREDO, 2011).

O módulo WHOQOL-OLD é de fato um módulo adicional que complementa o WHOQOL (bref ou 100). O módulo OLD também acrescenta algumas facetas que foram valorizadas pelos idosos, mas não estavam devidamente contempladas no instrumento genérico.

O instrumento WHOQOL-BREF possui 26 itens, dois itens são referentes à qualidade de vida global e 24 itens que são divididos em quatro domínios (Físico, Meio Ambiente, Relações Sociais e Psicológico).

O domínio Físico, de relevante significado na conjuntura do cuidado e assistência de Enfermagem, trata de questões relacionadas à dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicamento ou de tratamentos e capacidade de trabalho.

Já no domínio Psicológico, também essencial ao planejamento e implementação do cuidado de Enfermagem, estão inseridas questões que tratam de sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais.

Não menos importante para a Enfermagem, no domínio Relações Sociais são abordadas questões que se referem a relações pessoais, suporte (Apoio) social e atividade sexual.

O domínio Meio Ambiente, sobretudo afim aos aspectos teóricos e práticos da Enfermagem, aborda questões referentes à segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, oportunidades e participação em atividades de recreação/lazer, ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte.

É um instrumento que tem propriedades psicométricas que atendem uma investigação de qualidade de vida em idosos brasileiros. A pontuação de cada questão varia de 1 a 5, contudo para este estudo foi utilizada uma sintaxe proposta pelo grupo WHOQOL que permite classificar os domínios com escores percentuais (0 a 100). Quanto mais próximo a 100 melhor é a qualidade de vida (VAGETTI et al., 2013b).

O instrumento WHOQOL-OLD é dividido em seis facetas e é composto por 24 itens, sendo o conteúdo de cada uma das facetas descrito nos parágrafos a seguir.

A faceta habilidades sensoriais e contém perguntas que tem relação com os cinco sentidos (audição, visão, paladar, olfato e tato), no que se refere ao funcionamento destes e o impacto da perda sensorial na qualidade de vida, elementos fundamentais para nortear as ações de cuidar em Enfermagem.

No que se refere à faceta autonomia, como parâmetro da vida independente para o autocuidado, traz questões relativas à independência na velhice e capacidade ou liberdade de viver de forma autônoma e tomar decisões.

Em se tratando da faceta atividades passadas, presentes e futuras ela traz questionamentos referentes à satisfação sobre conquistas na vida e coisa que se anseia. Questões deveras importantes para que o cuidado de Enfermagem promova a saúde dos participantes deste estudo, considerando as perspectivas da vida saudável no terceiro milênio.

Na faceta participação social, o envolvimento dos sentimentos e a integração social, são abordadas questões que contemplam a participação nas atividades cotidianas, principalmente na comunidade. Participação social que deve ser estimulada pelos Enfermeiros, até porque constitui meio de inclusão e sentido de cidadania ao viver dos idosos.

A faceta Morte e Morrer, como o próprio nome já diz, traz questões referentes a

preocupações, inquietações e temores sobre a morte e morrer.

Por fim, a faceta intimidade, indaga sobre a capacidade dos indivíduos de ter relacionamentos pessoais e íntimos.

A pontuação de cada questão varia de 1 a 5, contudo para este estudo foi utilizado uma sintaxe proposta pelo grupo WHOQOL que permite classificar as facetas com escores percentuais (0 a 100). Quanto maior a pontuação (escore), melhor a qualidade de vida, sendo que zero (0) corresponde à pior e cem (100) à melhor qualidade de vida (SERBIM e FIGUEIREDO, 2011).

O manual do WHOQOL-OLD sugere que este módulo para idosos seja aplicado em conjunto com o WHOQOL-100 ou com o WHOQOL-BREF. Neste estudo, consideramos o WHOQOL-BREF mais apropriado para ser aplicado em conjunto com o WHOQOL-OLD, por ser um instrumento mais curto, que demanda pouco tempo para preenchimento e com características psicométricas satisfatórias (POWER; SCHMIDT, 2005).

O questionário sociodemográfico utilizado foi elaborado pelo próprio pesquisador, contendo informações referentes à idade, ao sexo, ao estado conjugal, à escolaridade dos participantes, à religião, à situação profissional, à renda, tempo de participação no grupo, tipo de atividade realizada no grupo condições de saúde e utilização de medicamentos.

Foi realizado um teste piloto previamente ao início da coleta de dados para verificar a adequação do questionário sociodemográfico aos idosos que seriam entrevistados. Como resultado do teste piloto, foi incluída no questionário a questão relativa ao uso de medicamento.

Os instrumentos foram preenchidos pelos próprios idosos, as possíveis dúvidas relativas ao preenchimento foram sanadas, exceto àquelas dúvidas relativas ao entendimento das questões dos instrumentos do grupo WHOQOL, nesse caso os idosos eram orientados a responder da maneira que entendessem, conforme orientação dos desenvolvedores do instrumento.

A coleta de dados foi realizada durante o 2º semestre do ano de 2014 e 1º semestre do ano de 2015. A mesma foi realizada em ambiente reservado, que permitiu o preenchimento dos formulários com a devida atenção e privacidade.

A coleta de dados teve início no dia 10/09/2014. As atividades na UnATI/UERJ ocorriam de segunda a sexta das 8 horas às 17 horas, desta forma a coleta de dados foi realizada em dias e horários alternados. Na primeira semana as segundas, quartas e sextas de 8 às 13 horas, na outra semana terça e quinta de 13 às 17, na semana seguinte as segundas, quartas e sextas de 13 às 17, na outra semana terças e quintas de 8 às 13 horas, e assim sucessivamente na tentativa de abranger pessoas de todos os horários e atividades. No dia 06/07/2015 a coleta

de dados foi finalizada.

É importante destacar que durante o período de coleta de dados ocorreram paralisações nas atividades da UERJ devido ao movimento grevista, e conseqüentemente nesses períodos a coleta de dados foi paralisada.

Antes do preenchimento dos instrumentos da pesquisa foi explicado como deveria ser preenchido cada um dos impressos.

O horário e o local foram previamente agendados com os idosos em conjunto com o coordenador do Centro de Lazer.

4.5 Organização e Análise dos dados

As informações contidas nos instrumentos WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD e no questionário sociodemográfico após o preenchimento, foram utilizadas para a organização de um banco de dados no programa de computador Microsoft Excell[®] versão 2010.

Posteriormente esse banco de dados foi analisado no software estatístico R Project versão 3.2.3, um software gratuito, e demonstrado de forma descritiva, com frequência, percentual, média, mediana e desvio padrão.

Foi realizado o teste de normalidade de Shapiro-wilk com todos os domínios e o escore total do WHOQOL-BREF dos participantes, assim como com todas as facetas e o escore total do WHOQOL-OLD.

Para os testes estatísticos com a finalidade de verificar diferença estatística significativa nas variáveis foram utilizados testes paramétricos T-Student (comparação de até 2 grupos) e o teste ANOVA (comparação de mais de 2 grupos) nas variáveis que apresentavam distribuição normal. Já nas demais variáveis foram utilizados os testes Wilcoxtest (comparação de até 2 grupos) e o teste Kruskal-Wallis (comparação de mais de 2 grupos).

Foram realizados testes estatísticos para verificar se existia diferença estatística significativa entre as variáveis sociodemográficas do estudo e os escores do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. Em todas as análises, adotou-se nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

4.6 Aspectos éticos

Antes da coleta de dados o projeto foi cadastrado no site da plataforma Brasil para a sua apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, além disso, foi obtida uma autorização da instituição onde o estudo foi realizado. O estudo está de acordo com as normas da Resolução

466/2012 (BRASIL, 2012) do Conselho Nacional de Saúde que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

No dia 15/07/2014 o projeto de pesquisa foi submetido ao site do Plataforma Brasil para sua apreciação pelo comitê de ética em pesquisa. O projeto recebeu parecer favorável no dia 22/07/2014.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) sob protocolo número CAAE: 33585214.6.0000.5285.

Antes do início do preenchimento dos formulários por parte dos idosos foram detalhadamente esclarecidas suas dúvidas quanto ao abordado nos instrumentos. Caso os idosos tivessem alguma dúvida durante o preenchimento, era explicado novamente como deveriam proceder.

É importante ressaltar que o estudo a ser realizado possui riscos mínimos para os participantes da pesquisa, como por exemplo, sentimento de insegurança ao passar informações pessoais que podem ser usadas com outros fins, que não exclusivamente acadêmicos, o que é assegurado pelo TCLE.

Quanto aos benefícios do estudo em questão, o mesmo pode produzir conhecimentos significativos, que podem contribuir com a otimização de programas que trabalham com a promoção da saúde e o envelhecimento saudável da população idosa.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização da amostra

Durante a fase de coleta de dados da pesquisa foram entrevistados através da amostragem por conveniência 72 indivíduos que participavam das atividades do UnATI/UERJ de forma regular, contudo por conta dos critérios de exclusão foram excluídos 3 indivíduos que não atendiam aos critérios, pois apesar de participarem das atividades da UnATI/UERJ possuíam idade inferior a 60 anos de idade. Sendo assim, a amostra total do estudo foi formada por 69 participantes.

Um fato importante a se destacar é que alguns participantes do estudo se recusaram a responder uma ou outra questão referente aos dados sócio-demográficos, por conta disto nem todas as variáveis terão o número total de respostas referente aos 69 participantes, e sim do quantitativo de participantes que responderam às perguntas daquela determinada variável.

Os dados sociodemográficos que caracterizaram a população foram obtidos através da aplicação do instrumento com questões relativas a características sociodemográficas (APÊNDICE A), conforme demonstrado nas tabelas a seguir.

Tabela 1- Características relativas ao sexo. Rio de Janeiro, 2015

SEXO	N	%
Masculino	19	27,54
Feminino	50	72,46
Total	69	100

Fonte: O autor.

No que se refere ao sexo, percebe-se conforme a tabela acima que o quantitativo de idosos do sexo feminino é superior ao sexo masculino. A proporção é de aproximadamente 2,6 mulheres para cada homem.

Tabela 2 - Características relativas à faixa etária. Rio de Janeiro, 2015

FAIXA ETÁRIA	N	%
60-64	6	8,70
65-69	15	21,74
70-74	18	26,09
75-79	13	18,84

Tabela 3 - Características relativas à faixa etária. Rio de Janeiro, 2015 (cont.)

80-84	11	15,94
85-89	5	7,25
90 e mais	1	1,45
Total	69	100

Fonte: O autor.

Em relação à idade dos participantes, a média foi de 74,21 anos, a mediana foi de 74 anos e o desvio padrão foi de 7,19 anos. Percebe-se que a maioria dos indivíduos se encontra na faixa etária de 70 a 74 anos e há um quantitativo extremamente reduzido de indivíduos com idade superior a 90 anos de idade.

Tabela 4 - Características relativas ao estado conjugal. Rio de Janeiro, 2015

ESTADO CONJUGAL	N	%
Casado	23	33,82
Divorciado	8	11,76
Solteiro	11	16,18
Viúvo	24	35,29
Outro	2	2,94
Total	68	100

Fonte: O autor.

No que tange ao estado conjugal percebeu-se que o maior percentual dos idosos são viúvos, seguidos dos indivíduos casados.

Tabela 5 - Características relativas à escolaridade. Rio de Janeiro, 2015

ESCOLARIDADE	N	%
Fundamental completo	6	8,70
Fundamental incompleto	4	5,80
Médio completo	21	30,43
Médio Incompleto	7	10,14
Superior completo	27	39,13
Superior Incompleto	4	5,80
Total	69	100

Fonte: O autor.

Quanto à escolaridade dos participantes, a maioria dos entrevistados possui ensino

superior completo, seguido pelos indivíduos com o ensino médio completo.

Tabela 6 - Características relativas à religião. Rio de Janeiro, 2015

RELIGIÃO	N	%
Católica	42	62,69
Evangélica	5	7,46
Espírita	15	22,39
Outras	5	7,46
Total	67	100

Fonte: O autor.

A religião predominante dos participantes da pesquisa é a religião católica, seguida pelos indivíduos que se declaram espírita.

Tabela 7 - Características relativas ao uso de medicamentos e presença de doença crônica não transmissível. Rio de Janeiro, 2015

USO DE MEDICAMENTO	N	%
Sim	55	79,71
Não	14	20,29
Total	69	100
DCNT		
Sim	42	60,87
Não	27	39,13
Total	69	100

Fonte: O autor.

Quanto ao uso de medicamentos, o maior percentual de indivíduos faz uso regular de algum tipo de medicamento, já em relação à presença de doença crônica não transmissível a maioria dos participantes declara possuir.

Tabela 8 - Características relativas à situação profissional. Rio de Janeiro, 2015

SITUAÇÃO PROFISSIONAL	N	%
Aposentado	49	77,78
Pensionista	8	12,70
Aposentado e pensionista	3	4,76
Empregado	2	3,17
Nunca trabalhou	1	1,59
Total	63	100

Fonte: O autor.

Em relação à situação profissional, o quantitativo mais representativo é aquele formado por indivíduos que são aposentados.

Tabela 9 - Características relativas ao imóvel que os idosos residem. Rio de Janeiro, 2015

TIPO DO IMÓVEL	N	%
Casa	23	34,85
Apartamento	43	65,15
Total	66	100
SITUAÇÃO DO IMÓVEL		
Próprio quitado	53	79,10
Próprio não quitado	2	2,99
Alugado	10	14,93
Cedido	2	2,99
Total	67	100

Fonte: O autor.

Nas informações referentes aos imóveis, a maior parte dos idosos morava em apartamentos, em relação à situação do apartamento o maior percentual declarou residir em imóvel quitado.

Tabela 10 - Características relativas à renda dos idosos. Rio de Janeiro, 2015

FAIXA DE RENDA PRÓPRIA	N	%
1 a 3 salários mínimos	20	58,82
4 a 6 salários mínimos	9	26,47
Acima de 6 salários mínimos	5	14,71
Total	34	100
FAIXA DE RENDA FAMILIAR		
1 a 3 salários mínimos	13	44,83
4 a 6 salários mínimos	6	20,69
Acima de 6 salários mínimos	10	34,48
Total	29	100

Fonte: O autor.

Em relação à renda, tanto a renda própria, quanto a renda familiar dos participantes do estudo foi de 1 a 3 salários mínimos.

**Tabela 11 - Características relativas ao tempo de participação no grupo UnATI/UERJ.
Rio de Janeiro, 2015**

TEMPO NO GRUPO	N	%
Menos de 1 ano	9	13,64
1 a 5 anos	36	54,55
6 a 10 anos	7	10,61
11 a 15 anos	6	9,09
16 anos ou mais	8	12,12
Total	66	100

Fonte: O autor.

Quanto ao tempo de participação no grupo (UnATI/UERJ), percebeu-se que a maioria dos idosos participavam do grupo de 1 a 5 anos.

**Tabela 12 - Características relativas ao tipo de atividade que frequentavam na
UnATI/UERJ . Rio de Janeiro, 2015**

TIPO DE ATIVIDADE	N	%
Exercício físico		
Sim	11	15,94
Não	58	84,06
Total	69	100
Recreativa		
Sim	33	47,83
Não	36	52,17
Total	69	100
Educação em saúde		
Sim	12	17,39
Não	57	82,61
Total	69	100
Intelectual		
Sim	37	53,62
Não	32	46,38
Total	69	100

Fonte: O autor.

No que se refere ao tipo de atividade que os idosos participavam no grupo UnATI/UERJ, foi demonstrado que as atividades que são mais frequentadas pelos indivíduos são as que

envolvem exercício físico e as atividades de educação em saúde.

5.2 Avaliação da qualidade de vida

5.2.1 WHOQOL BREF

Após a realização do teste de normalidade de Shapiro-wilk com todos os domínios e o escore total do WHOQOL-BREF dos participantes, o domínio relações sociais não apresentou distribuição normal, já os domínios Físico, Psicológico, Meio ambiente e o escore total do instrumento apresentaram distribuição normal.

No que se refere à avaliação da qualidade de vida através do instrumento WHOQOL-BREF o domínio que apresentou o maior escore foi o domínio Psicológico, seguido do domínio Relações Sociais, domínio Físico e por fim o que apresentou o menor escore foi o domínio Meio Ambiente.

Tabela 13 - Escores do WHOQOL-BREF. Rio de Janeiro, 2015

Domínio	Média	Desvio padrão
Físico (0-100)	70	15,71
Psicológico(0-100)	74,73	13,14
Relações Sociais (0-100)	70,83	17,95
Meio Ambiente (0-100)	64,04	14,85
Total	69,79	12,34

Fonte: O autor.

Foram utilizados testes de hipóteses para verificar se existia diferença estatística significativa entre os diferentes grupos existentes em cada variável sociodemográfica, de acordo com os domínios e o escore total do WHOQOL-BREF.

Para verificar a diferença estatística entre os grupos no domínio Físico, no domínio Psicológico, no domínio Relações Sociais, no domínio Meio Ambiente, foram utilizados testes não paramétricos, Wilcoxtest quando se tratava da comparação de até 2 grupos, e o teste Kruskal-Wallis quando se tratava da comparação de mais de 2 grupos, apesar da distribuição ser normal para facilitar a comparação entre os domínios.

No que se refere à verificação de possível diferença estatística significativa no escore total, foram utilizados testes paramétricos, T-Student quando se tratava da comparação de até 2

grupos e o teste ANOVA quando se tratava da comparação de mais de 2 grupos, por conta do escore total apresentar distribuição normal.

Tabela 14 - Resultados do p valor encontrado após a aplicação dos testes estatísticos para cada um dos domínios e para o escore total do WHOQOL-BREF. Rio de Janeiro, 2015

Domínios	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente	Escore total
Sexo	0.1624	0.08888	0.8624	0.4523	0.2262
Faixa etária	0.9012	0.9469	0.9755	0.533	0.905
Estado Conjugal	0.8127	0.7338	0.8061	0.6468	0.836
Escolaridade	0.0318	0.7954	0.3686	0.6318	0.189
Religião	0.06455	0.07004	0.03213	0.008468	0.0028
Uso de medicamento	0.1861	0.07996	0.05953	0.03417	0.04976
DCNT	0.2352	0.3095	0.4087	0.9281	0.4187
Hipertensão	0.4591	0.2806	0.2234	0.7147	0.4369
Situação profissional	0.4231	0.5323	0.2966	0.5483	0.605
Tipo de Imóvel	0.8313	0.08347	0.7599	0.2659	0.2827
Situação do imóvel	0.1279	0.375	0.7877	0.2002	0.204
Faixa de renda própria	0.6469	0.2839	0.7127	0.004618	0.119
Faixa de renda familiar	0.01802	0.07037	0.2256	0.1364	0.0635
Tempo no grupo	0.9733	0.4999	0.9974	0.1971	0.831
Exercício físico	0.3675	0.539	0.3399	0.6408	0.3851
Recreativa	0.3661	0.2989	0.7275	0.669	0.5591
Educação em saúde	0.4182	0.5563	0.9529	0.9324	0.5592
Intelectual	0.5013	0.5776	0.1423	0.05534	0.2866

Fonte: O autor.

Os resultados encontrados que demonstraram existir diferença estatística significativa entre as variáveis nos domínios e no escore geral do WHOQOL-BREF (com p valor menor que 0,05) foram destacados em negrito na tabela anterior (Tabela 13).

Sendo assim, conforme foi demonstrado na tabela anterior, se observa que as variáveis: Escolaridade (no domínio Físico), Religião (no domínio Relações Sociais, no domínio Meio Ambiente e no escore total), Uso de medicamento (no domínio Meio Ambiente e no escore total), Faixa de Renda Própria (no domínio Meio Ambiente), Faixa de Renda Familiar (no

domínio Físico) demonstraram diferença estatística significativa.

5.2.2 WHOQOL OLD

Foi realizado o teste de normalidade de Shapiro-wilk com todas as facetas e o escore total do WHOQOL-OLD dos participantes. As facetas Funcionamento do sensório, Autonomia, Participação Social, Morte e Morrer e a faceta Intimidade não apresentaram distribuição normal, já a faceta Atividades Passadas, Presentes e Futuras e o escore total do WHOQOL-OLD apresentaram distribuição normal.

No que se refere à avaliação da qualidade de vida através do instrumento WHOQOL-OLD, conforme demonstrado na tabela a seguir, a faceta que apresentou o maior escore foi a faceta Funcionamento do Sensório, seguida da faceta Intimidade, faceta Atividades Passadas, Presentes e Futuras, faceta Morte e Morrer, faceta Participação Social e com a menor pontuação a faceta autonomia.

Tabela 15 - Facetas do WHOQOL-OLD

Facetas	Média	Desvio padrão
Funcionamento do sensório (0-100)	74,08	17,15
Autonomia (0-100)	65,24	19,05
Atividades Passadas, Presentes e Futuras (0-100)	68,47	15,87
Participação Social (0-100)	67,30	20,28
Morte e Morrer (0-100)	67,70	25,25
Intimidade (0-100)	68,65	19,23
Total	68,72	10,33

Fonte: O autor.

Foram utilizados testes de hipóteses para verificar se existia diferença estatística significativa entre os diferentes grupos existentes em cada variável sócio-demográfica, de acordo com os domínios e o escore total do WHOQOL-OLD.

Para verificar a diferença estatística entre os grupos na faceta Funcionamento do sensório, na faceta Autonomia, na faceta Atividades Passadas, Presentes e Futuras, na faceta Participação Social, na faceta Morte e Morrer, na faceta Intimidade foram utilizados testes não paramétricos, Wilcoxtest quando se tratava da comparação de até 2 grupos e o teste Kruskal-Wallis quando se tratava da comparação de mais de 2 grupos, por conta dessas facetas não

apresentarem distribuição normal e para facilitar a comparação entre elas.

Já para a verificação de possível diferença estatística significativa no escore total do WHOQOL-OLD foram utilizados testes paramétricos, T-Student quando se tratava da comparação de até 2 grupos e o teste ANOVA quando se tratava da comparação de mais de 2 grupos, por conta do escore total apresentar distribuição normal.

Tabela 16 - Resultados do p valor encontrado após a aplicação dos testes estatísticos para cada uma das facetas e para o escore total do WHOQOL-OLD

Facetas	Funcionamento do sensorio	Autonomia	Atividades Passadas, Presentes e Futuras	Participação Social	Morte e Morrer	Intimidade	Escore total
Sexo	0.3976	0.1644	0.9191	0.2766	0.8308	0.3019	0.5399
Faixa etária	0.9865	0.9424	0.8931	0.903	0.1326	0.2494	0.604
Estado Conjugal	0.1574	0.3834	0.4547	0.7231	0.2579	0.831	0.638
Escolaridade	0.02637	0.5129	0.6351	0.5626	0.536	0.2263	0.317
Religião	0.1291	0.5422	0.6448	0.5757	0.04158	0.02742	0.00627
Uso de medicamento	0.08597	0.9308	0.1532	0.1018	0.4032	0.1497	0.1008
DCNT	0.3672	0.8636	0.4801	0.7477	0.702	0.4433	0.9046
Hipertensão	0.2028	0.8971	0.748	0.6586	0.4449	0.3345	0.6498
Situação profissional	0.6641	0.3476	0.6271	0.3651	0.3651	0.5048	0.611

Tipo de Imóvel	0.4857	0.3317	0.0758	0.5649	0.7553	0.4168	0.2326
Situação do imóvel	0.3405	0.3234	0.7817	0.6807	0.06999	0.9677	0.358
Faixa de própria	0.9944	0.08344	0.7577	0.7853	0.4356	0.7857	0.919
Faixa de renda familiar	0.3345	0.3363	0.7772	0.02895	0.4127	0.4997	0.164
Tempo no grupo	0.4336	0.9046	0.343	0.4425	0.256	0.4969	0.485
Exercício físico	0.6151	0.7816	0.4624	0.811	0.9427	0.191	0.8695
Recreativa	0.8191	0.5141	0.1851	0.2509	0.5141	0.3418	0.255
Educação em saúde	0.09052	0.7254	0.6725	0.8112	0.8153	0.544	0.8147
Intelectual	0.6645	0.5683	0.8178	0.8322	0.2545	0.7262	0.7874

Fonte: O autor.

Os resultados encontrados que demonstraram existir diferença estatística significativa entre as variáveis nas facetas e no escore geral do WHOQOL-OLD (com p valor menor que 0,05) foram destacados em negrito na tabela anterior.

A partir da análise da tabela anterior constatou-se que as variáveis que demonstraram possuir diferença estatística significativa foram: a variável **Escolaridade** (na faceta **Funcionamento do Sensório**), a variável **Religião** (na faceta **Morte e Morrer**, na faceta **Intimidade** e no **Escore total**), e a variável **Faixa de Renda Familiar** (na faceta **Participação Social**).

6 DISCUSSÃO

6.1 Caracterização da amostra

Em relação à distribuição por sexo, diversos estudos com indivíduos idosos em centros de convivência demonstraram que o número de mulheres que participam dessas atividades é maior do que o número de homens. No estudo de Leite et al. (2012) houve um predomínio de mulheres (92,9%), o estudo de Rocha et al. (2013) demonstrou um predomínio feminino (69,6%), já o estudo realizado por Vagetti et al. (2013a) na cidade de Curitiba, no Paraná, optou por excluir os indivíduos do sexo masculino da amostra devido ao baixo número de homens. Fatos que corroboram com os resultados do presente estudo.

Essa diferença significativa de gênero entre os idosos, tendo um maior número de mulheres nessa distribuição, de acordo com estudo de Leite et al. (2012), pode ser explicada pelo fato das mulheres tenderem a participar de forma mais efetiva dos espaços sociais, devido ao fato do homem ter o papel de provedor do lar e ter pouco tempo para essas atividades. O maior número de mulheres também pode ser explicado pela diferença que existe entre a expectativa de vida masculina e feminina, o que leva ao processo de feminilização do grupo etário formado por idosos.

Já em relação à distribuição por faixa etária os estudos de Leite et al. (2012), Vagetti et al. (2013a) e Braga et al. (2011) investigaram idosos que participavam de centros de convivência e demonstraram que há um maior quantitativo de indivíduos com idade inferior a 70 anos, e no geral a média de idade se encontra em torno dos 70 anos de idade, fato que diverge dos achados do presente estudo, que apresenta um maior quantitativo de indivíduos na faixa etária acima dos 70 anos de idade, concordando apenas na média de idade que é de 74,21 anos.

A diferença identificada entre a distribuição entre as faixas etárias do presente estudo, e a distribuição entre faixas etárias de estudos anteriores pode estar relacionada a características sociodemográficas particulares da amostra do presente estudo.

Em relação ao estado conjugal, nos diversos estudos encontrados percebe-se que há um predomínio de indivíduos que são viúvos. No estudo de Braga et al. (2011), 48,87% dos idosos eram viúvos, no estudo de Lustosa et al. (2013) 48,7% dos indivíduos eram viúvos corroborando com os dados do presente estudo que apresenta um maior percentual de viúvos. Contudo, o estudo conduzido por Rocha et al. (2013) apresentou nos seus dados um percentual 50,2% de indivíduos que vivem com companheiro.

Em seu estudo Leite et al. (2012) afirma que a grande proporção de viúvos na população

idosa se deve a tendência que as mulheres têm em casar com homens mais velhos associada à uma maior mortalidade masculina, aumentando a probabilidade de sobrevivência da mulher em relação ao seu cônjuge. O fato dos indivíduos idosos serem viúvos pode aumentar a probabilidade desses indivíduos terem sentimentos de solidão e tristeza.

No que se refere à escolaridade, uma pesquisa realizada por Braga et al. (2011) demonstrou que a maioria dos idosos eram analfabetos ou semianalfabetos (42,10%). O estudo realizado por Sousa et al. (2010) identificou que a maioria dos idosos (61%) possuíam ensino fundamental completo, assim como outro estudo realizado por Lustosa et al. (2013) no qual 56,4% possuíam o ensino fundamental completo. Já outro estudo realizado por Dawalibi; Goulart e Prearo (2014) demonstrou que a maior parte dos idosos completou o ensino médio (43,4%).

Os dados referentes à escolaridade dos idosos não concordam com os dados encontrados no presente estudo, no qual a maioria dos indivíduos (39,13%) possui nível superior completo. É possível que o nível de escolaridade diferenciado dos idosos demonstrado no presente estudo torne-os diferenciados da população em geral no que se refere à qualidade de vida, por teoricamente terem mais informações sobre questões relacionadas à saúde, além de maior facilidade para a administração da renda.

Em relação à religião dos indivíduos idosos, no presente estudo se percebe que a religião predominante é a católica (62,69%), como a exemplo de um estudo realizado em grupos de convivência por Leite et al. (2012) no qual 94,1% dos idosos declararam ser da religião católica.

Esse predomínio do percentual de idosos que são pertencentes à religião católica se deve ao fato do Brasil possuir um maior percentual de indivíduos que declaram pertencer à religião católica (IBGE, 2010).

Em relação ao uso regular de medicamentos, o estudo de Vagetti et al. (2013a) que avaliou condições de saúde e variáveis sociodemográficas de idosos em um programa de atividade física em Curitiba, no estado do Paraná, identificou que 77,5% dos idosos faziam usos de algum medicamento de forma regular.

Outro estudo realizado por Leite et al. (2012) identificou que 89,85% dos idosos utilizam pelo menos uma droga. Fato que corrobora com os dados do presente estudo, no qual 79,71% dos indivíduos relataram fazer uso de algum medicamento.

Este alto percentual de indivíduos fazendo uso regular de medicamentos já era esperado, devido à elevada prevalência de indivíduos idosos que possuem algum tipo de doença crônica no país (IBGE, 2010).

Quanto à presença de doenças crônicas, a literatura demonstra que a maior parcela da

população idosa possui algum tipo de adoecimento nesse sentido. Na pesquisa conduzida por Dawalibi; Goulart e Prearo (2014) identificou que 80,2% dos participantes relataram possuir ao menos uma doença crônica não transmissível, em outra pesquisa realizada por Chiossi et al. (2014) esse percentual foi de 86,1%, na pesquisa realizada por Vagetti et al. (2013a) esse percentual foi de 78%, e de 59,8% em uma pesquisa realizada por Rocha et al. (2013) na Bahia. Em todas as pesquisas citadas a doença crônica mais frequente foi a Hipertensão Arterial Sistêmica.

Os resultados da literatura corroboram com os achados do presente estudo, com 60,87% dos participantes apresentando algum tipo de doença crônica não transmissível. Nos achados dos estudos relatados no parágrafo anterior, a doença crônica mais frequente foi a hipertensão arterial sistêmica, já no presente estudo 46,38% dos indivíduos relataram possuir essa doença, sendo também a mais frequente.

Esses achados referentes ao adoecimento crônico de indivíduos idosos já era esperado, pois o percentual de indivíduos idosos que apresentam algum tipo de doença crônica na população brasileira é elevado, assim como a hipertensão arterial sistêmica é a doença crônica mais frequente nesse segmento populacional (IBGE, 2010).

De acordo com os achados encontrados na literatura referente aos idosos, no que se refere à situação profissional, a maioria dos indivíduos são aposentados. Em um estudo realizado por Braga et al. (2011) com idosos residentes em Juiz de fora/MG, o percentual de indivíduos aposentados foi de 84,22%. Outro estudo realizado com idosos em um centro de convivência em Campinas demonstrou que 93,1% dos idosos não exerciam trabalho remunerado, provavelmente por muitos estarem aposentados e outro estudo realizado no Paraná, sul do Brasil, demonstrou que 58,8% dos indivíduos se encontram aposentados.

Os números encontrados na literatura corroboram com os achados da presente investigação que teve um percentual de 77,78% indivíduos aposentados. Fato que já era esperado por conta de ser nessa faixa etária que os indivíduos atingem os pré-requisitos para a aposentadoria.

Em relação ao imóvel que residem, a maioria dos participantes (79,10%) reside em imóvel próprio e quitado, o que pode ser explicado por nessa faixa etária o indivíduo conseguir conquistar o imóvel próprio, esforço que muitas vezes demanda toda uma vida.

Em relação à renda dos indivíduos idosos, analisando outros estudos se percebe que a renda da maior parte da população idosa normalmente se situa na faixa de 1 a 3 salários mínimos, tanto a renda própria, quanto a renda familiar. O estudo de Braga et al. (2011), demonstrou que a maior parte dos idosos (93,2%) tinham renda própria de até 3 salários

mínimos, semelhante a outro estudo realizado por Leite et al. (2012), onde 88,2% dos idosos tinham renda própria de 1 a 3 salários mínimos. Em relação à renda familiar, estudo realizado por Dawalibi; Goulart e Prearo (2014) demonstrou que a renda familiar mensal dos idosos se encontrava majoritariamente (39,8%) na faixa de 1 a 3 salários mínimos.

Os achados da literatura corroboram com os resultados encontrados no presente estudo, cujos resultados demonstraram que 58,82% dos participantes possuíam renda própria entre 1 e 3 salários mínimos e 44,83% dos participantes possuíam renda familiar também entre 1 e 3 salários mínimos.

Essa concentração de renda dos idosos na faixa de 1 a 3 salários mínimos se deve ao fato do valor de aposentadoria pago com maior frequência no país ser de 1 salário mínimo e a maior parte da contribuição na renda familiar ser dos idosos (IBGE, 2010).

No estudo realizado por Andrade et al. (2014), sobre a percepção de idosos se verificou em relação ao tempo de participação nos grupos de convivência, 38% dos participantes participavam de 1 a 5 anos e 42% participavam de 6 a 10 anos do referido grupo, logo, a maioria dos participantes participavam do grupo de 1 a 10 anos (80%).

Fato que é corroborado pelo presente estudo, pois 54,55% participavam do grupo de 1 a 5 anos e 10,61% participavam do grupo de 6 a 10 anos, concentrando a maior parte dos participantes entre 1 e 10 anos de participação totalizando 65,16% nessa faixa, semelhante ao estudo citado no parágrafo anterior.

Em relação ao tipo de atividade que os participantes do presente estudo mais realizam, se percebe que a grande maioria dos idosos participavam de atividades recreativas (47,83%) e intelectuais (57,62%) em detrimento de atividades de exercício físico (15,94%) e educação em saúde (17,35%). A maior participação dos idosos em atividades intelectuais e recreativas pode ser explicada devido ao fato das atividades recreativas serem prazerosas e as atividades intelectuais demandarem um menor esforço físico para serem realizadas.

No estudo de Andrade et al. (2014) os idosos foram questionados sobre quais atividades gostavam de realizar, a maioria (50%) demonstrou preferência por atividades de dança, que são atividades de cunho recreativo, enquanto apenas 27% dos idosos declararam gostar mais de atividades de educação física.

6.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

6.2.1 WHOQOL BREF

Diversos estudos se dedicam a estudar a qualidade de vida dos idosos, destes muitos utilizam o instrumento WHOQOL-BREF para avaliar a autopercepção da qualidade de vida de indivíduos idosos.

Um estudo realizado por Vagetti et al. (2013a) com idosos, em um programa de atividade física em Curitiba, o domínio com o maior escore foi o Físico (70,08), seguido do domínio Psicológico (70,45), domínio Meio Ambiente (67,13) e a menor pontuação foi no domínio Relações Sociais (66,92). A pontuação do escore total foi de 70,08.

No estudo de Braga et al. (2011) que avaliou a qualidade de vida de indivíduos idosos através do instrumento WHOQOL-BREF, o domínio com o maior escore foi o Social (74,1), seguido do domínio Físico (60,9), domínio Psicológico (58,3) e a menor pontuação foi no domínio Ambiental (55,4). A pontuação do escore total foi de 59,0.

Em outro estudo Serbim e Figueiredo et al. (2011) avaliaram a qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência no Rio Grande do Sul, o domínio com maior escore foi domínio Social, seguido do domínio Ambiental, do domínio Psicológico e a menor pontuação foi no domínio físico.

No presente estudo, o domínio com o maior escore foi domínio Psicológico (74,73), seguido do Social (70,83), domínio Físico (70), e a menor pontuação foi no domínio Ambiental (64,04). A pontuação do escore total foi de 69,79. Resultados que indicam a importância da participação regular dos idosos em programas voltados para o desempenho de atividades grupais, como os usuários efetivos do Centro de Lazer, regularmente matriculados na UnATI/UERJ.

Ademais, é importante destacar como a qualidade de vida desses idosos tende a se apresentar com escores enquadráveis em desejáveis parâmetros de saúde e bem-estar, considerando que os domínios psicológico, social e físico elevados tendem a promover o domínio ambiental. Neste caso, é fundamental para que os idosos possam alcançar autonomia para atividades da vida diária e autocuidado, constructos básicos do cuidado e assistência de enfermagem.

Dentre os estudos observados na literatura, se percebe que há uma variação entre aqueles domínios que apresentam o maior e o menor escore de um estudo para o outro, neste estudo o domínio que apresentou a menor pontuação foi o domínio ambiental. Demonstrando que de acordo com a percepção dos idosos, o ambiente que os cerca não é adequado, necessitando de modificações a fim de possibilitar uma melhor qualidade de vida.

Em relação aos testes estatísticos empregados para avaliar se existia diferença estatística entre as categorias das diferentes variáveis, os resultados demonstraram que as variáveis

escolaridade, religião, uso de medicamento, faixa de renda própria e faixa de renda familiar, apresentaram diferença estatística significativa em pelo menos um dos domínios.

É importante ressaltar que como não há dados de normatização no Brasil, não é possível qualificar os escores do instrumento WHOQOL-BREF em “bom” ou “ruim”, apenas identificar quais domínios possuem maior ou menor escore em relação aos outros.

Dentre as variáveis que apresentaram diferença estatística significativa entre as categorias, a variável escolaridade influenciou no domínio físico. Em um estudo realizado por Vagetti et al. (2013a), a escolaridade não influenciou em nenhum dos domínios do WHOQOL-BREF.

A variável religião apresentou relação com o domínio relações sociais, domínio meio ambiente e no escore total do WHOQOL-BREF. Não foram encontrados estudos que identificassem influência da religião nos domínios ou no escore geral do WHOQOL-BREF.

A variável uso de medicamento exerceu influência no domínio meio ambiente e no escore total do WHOQOL-BREF. Já no estudo realizado por Vagetti et al. (2013a), se identificou uma associação significativa entre o uso de medicamento e o domínio físico.

A variável faixa de renda própria influenciou no domínio meio ambiente e a variável faixa de renda familiar no domínio físico. Assim como ocorreu no estudo de Vagetti et al. (2013a), que a classe econômica apresentou relação positiva com alguns domínios da qualidade de vida (Relações Sociais e Meio Ambiente) (VAGETTI et al., 2013a).

6.2.2 WHOQOL OLD

Diversos estudos se dedicam a estudar a qualidade de vida dos idosos, destes diversos utilizam o instrumento WHOQOL-OLD para avaliar a autopercepção da qualidade de vida de indivíduos idosos, uma vez que este instrumento foi elaborado especificamente para os idosos.

No estudo realizado por Vagetti et al. (2013a) com idosos em um programa de atividade física em Curitiba, a faceta Funcionamento do Sensório teve o maior escore (79,29), seguido da faceta Morte e Morrer (74,76), faceta Atividades Passadas, Presentes e Futuras (70,17), faceta Autonomia (65,24), faceta Intimidade (59,31) e a menor pontuação foi na faceta Participação Social (52,79). A pontuação do escore total foi de 70,08.

No estudo de Serbim e Figueiredo (2011) que avaliou a qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência no Rio Grande do Sul, a faceta com maior escore foi a faceta Funcionamento do sensório, seguido da faceta Morte e Morrer, da faceta Participação Social, da faceta Autonomia, da faceta Intimidade e a menor pontuação foi na faceta Atividades

Passadas, Presentes e Futuras.

No presente estudo a faceta Funcionamento do Sensório teve o maior escore (74,08), seguido da faceta Intimidade (68,65), faceta Atividades Passadas, Presentes e Futuras (68,47), faceta Morte e Morrer (67,70), faceta Participação Social (67,30) e a menor pontuação foi faceta Autonomia (65,24). A pontuação do escore total foi de 68,72.

Os resultados da literatura corroboram com os achados do presente estudo no que se refere ao fato da faceta Funcionamento do Sensório ser a que apresenta maior pontuação em relação às outras facetas. No presente estudo, a faceta com a menor pontuação foi a faceta Autonomia, diferente do estudo realizado por Vagetti et al. (2013a) que apresentou a menor pontuação na faceta Participação social.

A propósito, o escore da faceta Autonomia havendo revelado pontuação menor que os demais, neste estudo, sinaliza lacuna na conjuntura do Centro de Lazer, da UnATI/UERJ, constituindo espaço inexplorado pela enfermagem no desenvolvimento de programas de orientação e promoção do cuidado. Conjunto de estratégias voltadas para que os idosos alcancem maior autonomia para o cuidado domiciliar, tanto no que se refere à autoadministração de medicamentos de uso regular, bem como para atividades da vida diária e autocuidado.

Em relação aos testes estatísticos empregados para avaliar se existia diferença estatística entre as categorias das diferentes variáveis, os resultados demonstraram que as variáveis escolaridade, religião e faixa de renda familiar apresentaram diferença estatística significativa em pelo menos uma das facetas.

Dentre as variáveis que apresentaram neste estudo diferença estatística significativa entre as categorias, a variável escolaridade influenciou na faceta Funcionamento do Sensório. De modo semelhante, o estudo de Vagetti et al. (2013a) identificou que a variável escolaridade apresentou relação positiva com a faceta funcionamento do sensório, autonomia, intimidade e no escore geral do WHOQOL-OLD.

A variável religião exerceu influência na faceta morte e morrer, intimidade no escore total do WHOQOL-OLD. Não foram encontrados estudos que identificassem influência da religião nos domínios ou no escore geral do WHOQOL-OLD.

A variável faixa de renda familiar exerceu influência na faceta participação social. No estudo de Vagetti et al. (2013a) se identificou que a condição socioeconômica influenciou nas facetas funcionamento do sensório, atividades passadas, presentes e futuras e no escore global do WHOQOL-OLD.

7 CONCLUSÃO

A amostra do estudo foi formada majoritariamente por idosos do sexo feminino, a maioria na faixa etária entre 70 e 74 anos, viúvos, com ensino superior completo, predominantemente de religião católica, fazendo uso regular de pelo menos um medicamento de forma regular, sendo portadores de no mínimo uma doença crônica não transmissível, aposentados, residindo em apartamento, situação do imóvel próprio e quitado, com faixa de renda própria familiar na faixa de 1 a 3 salários mínimos, participando do grupo de 1 a 5 anos, e a maioria participando de atividades intelectuais e recreativas.

No instrumento WHOQOL-BREF se verificou que o domínio com a menor pontuação foi o domínio ambiental. O Enfermeiro pode contribuir para com a melhoria desse aspecto da qualidade de vida, principalmente tendo uma atuação política ativa reivindicando espaços públicos mais saudáveis e adequados para os indivíduos idosos e promovendo esses espaços quando na função de gestor.

No instrumento WHOQOL-OLD, a faceta com a menor pontuação foi a faceta Autonomia. Para contribuir na autonomia dos idosos, o Enfermeiro deve promover ações coletivas com os indivíduos idosos, principalmente atividades referentes a promoção da saúde com uma abordagem voltada para a manutenção da autonomia funcional desses indivíduos.

É importante ressaltar que a escolaridade foi um fator que teve influência sobre a qualidade de vida, o que demonstra que se faz necessário o incentivo de programas de educação voltados para a terceira idade, pois indivíduos com maior escolaridade têm maior acesso a informação, o que inclui questões relativas a hábitos saudáveis, podendo contribuir para a melhoria da qualidade de vida.

No que se refere à influência que a religião teve sobre a qualidade de vida dos indivíduos, era algo não esperado, a variável religião influenciou em um número maior de domínios e facetas nos instrumentos, possíveis hábitos ou costumes de determinadas religiões podem exercer influência sobre a qualidade de vida dos indivíduos, sugiro que sejam realizados novos estudos sobre esta temática para que essas questões sejam elucidadas.

O uso de medicamento também demonstrou ter influência sobre a qualidade de vida dos idosos, o que mostra a importância do profissional Enfermeiro de orientar os indivíduos quanto ao uso adequado dos medicamentos, assim com a sua utilização no horário prescrito e a notificação ao profissional de saúde quando surgirem efeitos adversos.

É notório que piores condições socioeconômicas acarretam uma pior percepção da qualidade de vida, pois os indivíduos nessa situação geralmente têm uma má qualidade da

habitação e instabilidade financeira, logo, não desfrutam de um ambiente saudável e não têm condições financeiras para investir em práticas saudáveis, principalmente no que se refere à atividade física. Sendo assim, é imperativo que sejam realizadas políticas públicas de promoção na saúde para esses indivíduos (VAGETTI et al., 2013b).

Diante deste panorama, se percebe a importância da atuação do profissional Enfermeiro em programas de promoção da saúde, principalmente no que se refere à abordagem das doenças crônicas não transmissíveis através de ações de educação em saúde, em especial a hipertensão, que foi a mais prevalente no presente estudo. O enfermeiro deve atuar no que tange ao autocuidado, às formas de prevenção das doenças crônicas mais prevalentes e uma vez estas instaladas, deve atuar nos cuidados para evitar sua progressão e agravamento.

Uma vez que a maioria dos indivíduos idosos são viúvos, estão mais propensos a situações de solidão e depressão, o que diversas vezes pode influenciar no abandono do tratamento de doenças crônicas ou à falta de atenção adequada para esse tratamento. É importante que o Enfermeiro, além das consultas de Enfermagem individuais com esses indivíduos realize atividades em grupos com indivíduos que possuam a mesma doença, para que desta forma eles não se sintam sozinhos e sintam mais ânimo para seguir o referido tratamento de forma adequada e com entusiasmo.

Contudo, o profissional enfermeiro não deve atuar somente no âmbito assistencial para contribuir na melhoria da qualidade de vida dos idosos, como gestor este profissional deve estar atento às vulnerabilidades da população que está sob seus cuidados naquele dado momento. Estudos semelhantes a este podem ser replicados com o grupo de idosos, pois identificaram que o enfermeiro é responsável para que esse profissional identifique os pontos que necessitam de maior atenção.

É importante que o profissional de Enfermeiro esteja ciente da importância da ocupação dos centros de lazer voltados para a terceira idade, pois esse espaço se constitui em importante espaço de cuidado para a Enfermagem, principalmente no que se refere à implementação das ações de promoção da saúde.

Uma das limitações do estudo, por se tratar de uma investigação transversal, foi o fato de não poder estabelecer uma relação de causa e efeito entre as variáveis. Sugiro que sejam realizados posteriormente estudos longitudinais, pois os longitudinais permitem estabelecer uma relação de causa e efeito entre as variáveis analisadas.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L. F. F. et al. Projeto de intervenção comunitária “Em Comum-Idade”: contribuições para a promoção da saúde entre idosos de Viçosa, MG, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3763-3774, dez. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n12/1413-8123-csc-20-12-3763.pdf>> Acesso em: 15 mar. 2016.
- ALVES JUNIOR, E. D. (Org). **Envelhecimento e vida saudável**. Rio de Janeiro: Apicuri, 2009. 316 p.
- AMTHAUER, C.; FALK, J. W. Percepção de profissionais da saúde acerca das dificuldades enfrentadas pelos idosos. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.8, n.11, p. 3912-3919, nov. 2014. Disponível em: < <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/issue/view/96>> Acesso em: 15 mar. 2016
- ANDRADE, A. N. et. al. Percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de Cajazeiras-PB. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 39-48, jan./mar. 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v17n1/1809-9823-rbagg-17-01-00039.pdf>> Acesso em: 28 out. 2015.
- ARAÚJO, L. A. O.; BACHION, M. M. Diagnósticos de enfermagem do Padrão Mover em idosos de uma comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. **Rev esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 53-61. mar. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reesp/v39n1/a07v39n1.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2015.
- ARAÚJO, L. F. et al. Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**, Washington, v. 30, n. 1, p. 80-86, jul. 2011. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v30n1/v30n1a12.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2015.
- ASSIS, M. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. **Rev APS**, v. 8, n. 1, p. 15-24, jan./jun. 2005. Disponível em: < <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Envelhecimento.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2015.
- ASSIS, M. **Promoção da Saúde e Envelhecimento**: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ. 2004. 236 p. Tese (Doutorado) – Universidade Aberta da Terceira Idade, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.
- ASSIS, M. (Org.). **Promoção da saúde e envelhecimento**: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos. Rio de Janeiro: CRDE UnATI/UERJ, 2002. 146 p.
- BRAGA, M. C. P. et al. Qualidade de vida medida pelo WHOQOL-BREF: Estudo com idosos residentes em Juiz de fora/MG. **Rev APS**, Juiz de Fora, v.14, n.1, p. 93-100, jan./mar. 2011. Disponível em: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/965/450> Acesso em: 14 mar. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 20 ago. 2014.

BRASIL. Decreto nº 5.109, de 17 de junho de 2004. Dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 jun. 2004. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2004/decreto-5109-17-junho-2004-532670-norma-actualizada-pe.pdf>>. Acesso: em 18 ago. 2015.

BRASIL. Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007. Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 set. 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6214.htm>. Acesso em: 18 ago. 2015.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 04 jan. 1994a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm> Acesso em: 18 ago. 2015.

BRASIL. Lei nº 8.926, de 9 de agosto de 1994. Torna obrigatória a inclusão, nas bulas de medicamentos, de advertência e recomendações sobre o uso por pessoas de mais de 65 anos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 09 ago. 1994b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1989_1994/L8926.htm>. Acesso em: 18 ago. 2015.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 01 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm> Acesso em: 18 ago. 2015.

BRASIL. Lei nº 11.433 de 28 de dezembro de 2006. Dispõe sobre o Dia Nacional do Idoso. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 dez. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11433.htm>. Acesso em: 24 jul. 2015.

BRASIL. Lei nº 12.213, de 20 de janeiro de 2010. Institui o Fundo Nacional do Idoso e autoriza deduzir do imposto de renda devido pelas pessoas físicas e jurídicas as doações efetuadas aos Fundos Municipais, Estaduais e Nacional do Idoso; e altera a Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995.. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 jan. 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12213.htm>. Acesso em: 24 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Previdência Social e da Saúde. Portaria Interministerial MPAS/MS nº 5.153 de 07 de abril de 1999. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 abr. 1999a. Institui o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos coordenado por Comissão Interministerial,

constituída por representantes da Secretaria de Estado de Assistência Social do Ministério da Previdência e Assistência e da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde. Disponível em: < <http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/pdf/ProgramaNacionaldeCuidadoresdeIdosos.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MPAS/ SEAS nº 73, de 10 de maio de 2001. Estabelece normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 mai. 2001. Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/marg/portar/2001/portaria-73-10-maio-2001-325960-norma-seas.html>>. Acesso em: 24 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 280, de 7 de abril de 1999. Dispõe sobre a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos de idade, quando internados. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 abr. 1999b. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt0280_07_04_1999.html>. Acesso em: 24 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 702, de 12 de abril de 2002. Dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 abr. 2002c. Disponível em: < <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/239984.pdf>> Acesso em: 24 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 out. 2006. Disponível em: < <http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudeDaPessoaIdosa.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS nº 249, de 16 de abril de 2002. Dispõe sobre normas para cadastramento de centro de referência em assistência à saúde do idoso. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 abr. 2002b. Disponível em: < <http://www.coffito.org.br/site/index.php/resolucoes/portarias-to/620-portaria-n-249-de-16-de-abril-de-2002.html>> Acesso em: 24 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos. **Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa**. Brasília, DF: Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005. 24 p. Disponível em: < <http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/pdf/PlanodeAcaoparaoEnfrentamentodaViolenciaContraaPessoaIdosa.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002a. 56p. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf> Acesso em: 24 jul. 2015.

BRUM, A. K. R.; TOCANTINS, F. R.; SILVA, T. J. E. S. O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1019-1026, nov./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a15.pdf>> Acesso em: 28 set. 2015.

CAMPOLINA, A. G. et al. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cad. Saúde**

Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1217-1229, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a18v29n6.pdf>> Acesso em: 14 mar. 2014.

CAMPOS, A. C. V. et al. Quality of life of elderly practitioners of physical activity in the context of the family health strategy. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 889-897, oct./dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-00889.pdf> Acesso em: 09 abr. 2014.

CAMPOS, A. C. V.; FERREIRA, E. F.; VARGAS, A. M. D. Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.7, p. 2221-2237, jul. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n7/1413-8123-csc-20-07-2221.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2015.

CASTIEL, L. D. O acesso aos Campos Elísios: a promoção da saúde ampliada e as tecnologias de melhoramento em busca da longevidade (e da imortalidade). **Saúde soc.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 1033-1046, jul/set. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n3/0104-1290-sausoc-24-03-01033.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2016.

CELICH, K. L. S.; SPADARI, G. Estilo de vida e saúde: condicionantes de um envelhecimento saudável. **Cogitare Enferm**, Paraná, v. 13, n. 2, p. 252-260, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/12497/8559>>. Acesso em: 10 set. 2015.

CHIOSSI, J. S. C. et al. Impacto das mudanças vocais e auditivas na qualidade de vida de idosos ativos. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 8, Rio de Janeiro, p.3335-3342, ago. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03335.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2015.

DAWALIBI, N. W; GOULART, R. M. M.; PREARO, L. C. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3505-3512, ago. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03505.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2015.

DOURADO, M. B; OLIVEIRA, A. L. B; MENEZES, T. M. O. Perception of nursing undergraduate students on self-aging. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, vol.68, n.2, p. 252-257, mar./abr. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n2/0034-7167-reben-68-02-0278.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2015.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 3. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2009.239 p.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-BREF". **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, abr. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2014.

FURUYA, R. K. et al. A integralidade e suas interfaces no cuidado ao idoso em unidade de terapia intensiva. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 158-162., jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a26.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2014.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 200 p.

HEIN, M. A.; ARAGAKI, S. S. Saúde e envelhecimento: um estudo de dissertações de mestrado brasileiras (2000-2009). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2141-2150, ago. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/24.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2015.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2.ed. Artmed: Porto Alegre, 2003. 384 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicoesdevida/indicadoresminimos/sinteseindicossociais2010/SIS_2010.pdf. Acesso em: 21 abr. 2014.

JESUS, M. C. P. et. al. Taking care of the elderly mother in home care context: daughters perspective. **Texto contexto – enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p.1081-1088, out./dez. 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/en_26.pdf>. Acesso em: 16 set. 2015.

LEITE, M. T. et al. Estado cognitivo e condições de saúde de idosos que participam de grupos de convivência. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p.64-71, dez. 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n4/08.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2015.

LENARDT, M. H. et al. Factors associated with loss of handgrip strength in long-lived elderly. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1006-1012, dez. 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/0080-6234-reeusp-48-06-1006.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2015.

LOBO, A. J. S.; SANTOS, L.; GOMES, S. Nível de dependência e qualidade de vida da população idosa. **Rev. bras. enferm**, Brasília, v. 67, n. 6, p. 913-919, nov./dez. 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-0913.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2015.

LUSTOSA, L. P. et al. Fragilidade e funcionalidade entre idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, MG. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p. 347-354. 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n2/14.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2015.

MACHADO, A. R. M. et al. Empowering a group of seniors in a rural community. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n.1, p. 96-103. 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/0080-6234-reeusp-49-01-0096.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2015.

MACHADO, W. C. A. et al. Capacidade funcional de idosos usuários de unidade dia: resgatando autonomia através das atividades da vida diária. **Revista Gestão & Saúde**, Brasília, v. 5, n.5, p. 3068-3086, 2014. Disponível em: < <http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/viewFile/1130/pdf>>. Acesso em: 04 set. 2015.

MACHADO, W. C. A et al. Saúde Preventiva e Inclusão Social para Idosos em Unidade Assistencial Dia. In: FIGUEIREDO, N. M. A; MACHADO, W. C. A. (Org.). **Tratado de**

Cuidados de Enfermagem. 1 ed. São Paulo: ROCA, 2012.

MACHADO, W. C. A.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MARTELLO. Política Nacional de Saúde do Idoso. In: FIGUEIREDO, N. M. A.; MACHADO, W. C. A. (Org.). **Tratado de Cuidados de Enfermagem.** 1ed. São Paulo: ROCA, 2012.

MACHADO, W. C. A.; MOUTINHO, J. A.; FIGUEIREDO, N. M. A. Estratégias intersetoriais de promoção da saúde de idosos no centro sul fluminense, Brasil: relato de experiência. **Revista Gestão & Saúde**, Brasília, v. 4, n.1, p.1800-1819, 2013. Disponível em: <<http://www.gestoesaude.unb.br/index.php/gestoesaude/article/view/324>>. Acesso em: 26 Abr. 2013.

MALLMANN, D. G. et al. Health education as the main alternative to promote the health of the elderly. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 20, n. 6, p. 1763-1772, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/en_1413-8123-csc-20-06-1763.pdf>. Acesso em: 16 set. 2015.

MARIN, M. J. S. et. al. Diagnósticos de enfermagem de idosas carentes de um programa de saúde da família (PSF). **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 278-284, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/eann/v12n2/v12n2a12>>. Acesso em: 16 set. 2015.

MASSI, G. et al. Linguagem e envelhecimento: práticas de escrita autobiográfica junto a idosos. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 17, n. 6, p. 2065-2071, nov./dez. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v17n6/1982-0216-rcefac-17-06-02065.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2016.

MICHEL, T. et al. From real to ideal - the health (un)care of long-lived elders. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 68, n. 3, p. 343-390, mai./jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n3/en_0034-7167-reben-68-03-0398.pdf>. Acesso em: 16 set. 2015.

MONTANHOLI, L. L. et. al. Ensino sobre idoso e gerontologia: visão do discente de enfermagem no Estado de Minas Gerais. **Texto contexto – enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 663-671, out./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a15.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2015.

MORSCH, P. et al. Características clínicas e sociais determinantes para o idoso sair de casa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p.1025-1034, mai. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n5/0102-311X-csp-31-5-1025.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2015.

MOTTA, L. B.; CALDAS, C. P.; ASSIS, M. A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI - UNATI/UERJ. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1143-1151, jul./ago. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/10.pdf>> Acesso em: 16 set. 2015.

OLIVEIRA, D. N. et al. Diagnósticos de enfermagem em idosos de instituição de longa permanência. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 2, p. 57-63, jul./dez. 2008. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/viewFile/4194/3650>>. Acesso em 16 set. 2015.

PEREIRA, R. J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade global de idosos. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 27-38, jan./abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v28n1/v28n1a05.pdf>> Acesso em: 14 mar. 2014.

PICCINI, R. X. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 11, n. 3, p. 657-667, jul./set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30981.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2015.

PILGER, C.; MENON, M. U.; MATHIAS, T. A. F. Health services use among elderly people living in the community. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 209-216, fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v47n1/en_a27v47n1.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2014.

POWER, M.; SCHMIDT, S. **Manual WHOQOL-OLD**. Organização Mundial de Saúde. 2005. 19 p. Disponível em:<<http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/WHOQOLOLD%20Manual%20POr%20tugues.pdf>>. Acesso em: 07 maio. 2014.

REIS, L. A. **Dinâmica familiar de idosos com comprometimento da capacidade funcional**. 2013. 109 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Bahia, Bahia. 2013. Disponível: <http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/12171/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Enf_Luana%20dos%20Reis.pdf>Acesso em: 07 maio. 2014.

ROCHA, S. V. et al. Fatores associados à atividade física insuficiente no lazer entre idosos. **Rev Bras Med Esporte**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 191-195, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v19n3/09.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2014.

ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. 708 p.

SALIN, M. S. et al. Atividade física para idosos: diretrizes para implantação de programas e ações. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 197-208, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n2/v14n2a02.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2015.

SANTOS, I. et al. O grupo pesquisador construindo ações de autocuidado para o envelhecimento saudável: pesquisa sociopoética. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 746-754, out./dez. 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a13v15n4.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2015.

SERBIM, A. K.; FIGUEIREDO, A. E. P. L. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 21, n. 4, p. 166-172, 2011. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/download/9405/7237>>. Acesso em: 14 mar. 2014.

SILVA, A. C. S; SANTOS, I. Promoção do autocuidado de idosos para o envelhecer saudável: aplicação da teoria de Nola Pender. **Texto contexto – enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 745-753, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/18.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2015.

SILVA, A. C. S.; SANTOS, I.; BERARDINELLI, L. M. M. Body image of the elderly in the reflex of self-care for healthy aging: A social-poetic study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, abr. 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2779/612>>. Acesso em: 10 set. 2015.

SILVA, A. P. L. L.; NÓBREGA, O. T.; CÔRTE, B. O olhar dos conselheiros de saúde da Região Metropolitana de São Paulo sobre serviços de saúde para idosos: 'Quem cuidará de nós em 2030?'. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 469-479, abr./jun. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00469.pdf>> Acesso em: 04 set. 2015.

SILVA, K. M.; SANTOS, S. M. A. The nursing process in family health strategy and the care for the elderly. **Texto contexto – enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p.105-111, jan./mar. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/0104-0707-tce-24-01-00105.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2015.

SOUSA, M. N. A. et al. Lazer e qualidade de vida na terceira idade: percepção dos idosos de um Centro de Convivência Campinense. **Qualit@s Revista Eletrônica**, Campina Grande, v. 9, n. 1, p. 0-14, mar. 2010. Disponível em: <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/318/407>>. Acesso em: 04 set. 2015.

SOUZA, R. A. et al. Vulnerability of families of elderly citizens cared for by the Family Health Strategy. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 2, p. 218-226, mar./abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n2/en_0034-7167-reben-68-02-0244.pdf>. Acesso em: 16 set. 2015.

TAVARES, D. M. S. et al. Factors associated with the quality of life of elderly men. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 678-685, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/en_0080-6234-reeusp-47-3-00678.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2014.

TAVARES, D. M. S. et al. Qualidade de vida e adesão ao tratamento farmacológico entre idosos hipertensos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 134-141, fev. 2016. Disponível em: Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0134.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2016.

TAVARES, D. M. S.; DIAS, F. A.; MUNARI, D. B. Qualidade de vida de idosos e participação em atividades educativas grupais. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 601-606, jul. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/en_aop2012.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2014.

VAGETTI, G. C. et al. Condições de saúde e variáveis sociodemográficas associadas à qualidade de vida em idosas de um programa de atividade física de Curitiba, Paraná, Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 955-969, mai. 2013a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/13.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2014.

VAGETTI, G. C. et al. Domínios da qualidade de vida associados à percepção de saúde: um estudo com idosas de um programa de atividade física em bairros de baixa renda de Curitiba, Paraná, Brasil. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3483-3493, dez. 2013b.

Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n12/a05v18n12.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2014.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 705-715, mai./jun. 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15874>>. Acesso em: 16 set. 2015.

VITORINO, L. M.; PASKULIN, L. M. G; VIANNA, L. A. C. Qualidade de vida de idosos da comunidade e de instituições de longa permanência: estudo comparativo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. esp, p. 3-11, feb. 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_02.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2014.

WITT, R. R. et al. Professional competencies in primary health care for attending to older adults. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1020-1025, dez. 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reensp/v48n6/0080-6234-reensp-48-06-1020.pdf> >. Acesso em: 04 set. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Health Statistics. 2013. Disponível em: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/en/>. Acesso em: 15 set. 2015.

YASSUDA, M. S.; SILVA, H. S. Participação em programas para a terceira idade: impacto sobre a cognição, humor e satisfação com a vida. **Estud. Psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 27, n.2, p. 207-214, jun. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n2/a08v27n2.pdf> >. Acesso em: 28 out. 2015.

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIRIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS ATENDIDOS EM CENTROS DE LAZER: CONTEXTUALIZANDO A ENFERMAGEM NO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL PARA O TERCEIRO MILÊNIO.

Pesquisador: Rafael André da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 33585214.6.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 724.631

Data da Relatoria: 21/07/2014

Apresentação do Projeto:

A pesquisa propõe levantar debates sobre o papel da Enfermagem no envelhecimento saudável, dando maior visibilidade à qualidade de vida dos idosos, tendo em vista o aumento dessa população, propõe também despertar a atenção dos profissionais de enfermagem para a importância da identificação dos principais fatores que reduzem a qualidade de vida em determinado grupo de idosos, para nortear ações de melhora da qualidade de vida dessa população.

Trata-se de um estudo transversal descritivo, com abordagem quantitativa, a ser realizado em um programa que possui atividades voltadas para a promoção da qualidade de vida com idosos no município do Rio de Janeiro. A amostra do estudo será composta por 90 idosos que realizam atividades no programa selecionado para o estudo, sendo a amostra obtida por conveniência. As informações serão obtidas através de um questionário estruturado, o qual será aplicado pelo pesquisador. Os instrumentos de coleta de dados serão o WHOQOL-OLD, que é um instrumento já validado e amplamente utilizado quando se objetiva pesquisar sobre a qualidade de vida em idosos, o WHOQOL-BREF, além de um questionário estruturado com questões relacionadas aos aspectos demográficos e condições de saúde da população a ser estudada. A coleta de dados será realizada durante o 2º semestre do ano de 2014. A mesma será

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



Continuação do Parecer: 724.631

realizada em ambiente reservado, que permita o preenchimento dos formulários com a devida atenção e privacidade. O horário e o local serão previamente agendados com os idosos em conjunto com o coordenador de um centro de lazer do município do Rio de Janeiro. Serão incluídos no estudo, os idosos com idade igual ou superior a 60 anos de idade, de ambos os sexos, que obrigatoriamente sejam usuários efetivos e participantes dos Centros de Lazer selecionados. Serão excluídos do estudo os idosos que estiverem frequentando as atividades dos Centros de Lazer pela primeira vez, além daqueles que se recusarem a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido e os que possuem distúrbio mental ou outra doença que os impeça de responder as questões. Posteriormente os dados serão tabulados nos programas de computador Microsoft Excell ® versão 2010 e Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, 2006) e demonstrados de forma descritiva, com frequência, média, mediana e desvio padrão. Serão incluídos no estudo, os idosos com idade igual ou superior a 60 anos de idade, de ambos os sexos, que obrigatoriamente sejam usuários efetivos e participantes dos centro de lazer selecionados.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar o perfil da qualidade de vida de idosos atendidos em Centros de Lazer, contextualizando a perspectiva da Enfermagem para o envelhecimento saudável da população no 3º milênio; descrever e analisar os elementos da qualidade de vida em grupos de idosos atendidos em Centros de Lazer, utilizando o WHOQOL-OLD e o WHOQOL-BREF; contextualizar o papel da Enfermagem na promoção da qualidade de vida de idosos na perspectiva do 3º milênio.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos para os participantes da pesquisa, como por exemplo, sentimento de insegurança ao passar informações pessoais.

Os benefícios seriam produzir conhecimentos significativos, que podem contribuir com a otimização de programas que trabalham com a promoção da saúde e o envelhecimento saudável da população idosa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e o projeto é coerente e contempla as etapas necessárias para o desenvolvimento da pesquisa em direção à consecução das suas finalidades. O projeto demonstra atenção aos princípios éticos universais e aos parâmetros da Resolução/CNS N° 196 e subseqüentes.

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



Continuação do Parecer: 724.631

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos que integram o protocolo estão de acordo com as proposições do CNS e as posturas éticas.

Recomendações:

O TCLE contém as diretrizes gerais das ações da pesquisa e cita os mecanismos de proteção dos pesquisados, aventando conhecimento das normas estabelecidas pela Resolução CNS 196 e subsequentes, mas tem uma apresentação confusa e de difícil leitura e compreensão, uma vez que não está organizado em parágrafos. Recomendamos fortemente a apresentação em forma mais legível, a fim de evitar equívocos que atrasariam e atrapalhariam a melhor execução da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O TCLE tem uma apresentação de difícil leitura e compreensão. Sugere-se uma formatação mais legível (vide modelo TCLE site UNIRIO - DPQ-Comitê de Ética- MODELOS)

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme preconizado na Resolução 466/2012, o CEP-UNIRIO aprovou o referido projeto. Caso o/a pesquisador/a realize alguma alteração no projeto de pesquisa, será necessário que o mesmo retorne ao Sistema Plataforma Brasil para nova avaliação e emissão de novo parecer. É necessário que após 1 (um) ano de realização da pesquisa, a ao término dessa, relatórios sejam enviados ao CEP-UNIRIO, como compromisso junto ao Sistema CEP/CONEP

RIO DE JANEIRO, 22 de Julho de 2014

Assinado por:
Sônia Regina de Souza
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



Continuação do Parecer: 724.631

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

ANEXO B – INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS (WHOQOL-OLD E WHOQOL ABREVIADO)



WHOQOL-OLD

Instruções

ESTE INSTRUMENTO **NAO** DEVE SER APLICADO INDIVIDUALMENTE, MAS SIM **EM** CONJUNTO COM O INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

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**.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser :

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

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

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro “Bastante”, ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado “Nada” com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

Muito obrigado(a) pela sua colaboração!

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas 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	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

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

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

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

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	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?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
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?

OBRIGADO(A) PELA SUA COLABORAÇÃO!

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

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 exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

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

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1(G1)	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2(G4)	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3(F1.4)	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4(F11.3)	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5(F4.1)	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6(F24.2)	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7(F5.3)	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8(F16.1)	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9(F22.1)	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10(F2.1)	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11(F7.1)	Você J capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12(F18.1)	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13(F20.1)	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14(F21.1)	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	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.

		muito ruim	ruim	nem ruim	bom	muito bom
15(F9.1)	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16(F3.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	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?	1	2	3	4	5
18(F12.4)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19(F6.3)	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20(F13.3)	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21(F15.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22(F14.4)	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23(F17.3)	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24(F19.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25(F23.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26(F8.1)	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	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 C – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL



Universidade Aberta da Terceira Idade
Rua São Francisco Xavier, 524 10º andar
Rio de Janeiro RJ 20559-900
Tel.: (021) 2334-0168 Fax: 2334-0604
www.unati.uerj.br

Rio de Janeiro, 20 de maio de 2014.

De: Direção da Universidade Aberta da Terceira Idade/UERJ
Para: Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

Assunto: autorização para realização de coleta de dados

Tendo lido e avaliado o projeto de pesquisa intitulado "Qualidade de vida de idosos atendidos em Centros de lazer: contextualizando a enfermagem no envelhecimento saudável para o terceiro milênio", declaro que estou de acordo com o desenvolvimento do protocolo de pesquisa na UnATI/UERJ.

Considerando que a coleta de dados se dará através de entrevista estruturada com roteiro adequado e instrumento validado no Brasil, e sendo que tal procedimento não interferirá na rotina do serviço, autorizo sua realização.


Célia Pereira Caldas
Vice-Diretora
Matr.32.359-2

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (QUESTIONÁRIO SOCIO DEMOGRÁFICO)

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Data de nascimento: ___/___/___ **Idade:** ___

Sexo: M() F()

Estado civil: Solteiro() Casado() Divorciado() Viúvo () Outros(): _____

Escolaridade:

Analfabeto()

Ensino Fundamental: Incompleto() Completo()

Ensino Médio: Incompleto() Completo()

Ensino Superior: Incompleto() Completo()

Religião: Católica() Evangélica() Espírita() Outras(): _____

Patologia: Hipertensão() Diabetes() Outros() _____

Uso de medicamento regular: Sim () Não ()

Especificar: _____

Quantidade: _____

Situação profissional: Empregado() Aposentado() Pensionista() Não possui()

Tipo de imóvel:

Casa () – quantos andares: _____

Apartamento () - qual andar? _____

Próprio: quitado () não quitado ()

Aluguel: ()

Mora com quantas pessoas: _____

Possui renda própria? Não () Sim () Quanto? R\$: _____

Renda familiar: R\$: _____

Possui filhos? Não () Sim() quantos? _____

Participa do grupo a quantos meses? _____

Participa de quais atividade no grupo? _____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: Qualidade de vida de idosos atendidos em centros de lazer: contextualizando a Enfermagem no envelhecimento saudável para o terceiro milênio.

OBJETIVO DO ESTUDO: O objetivo deste projeto é identificar o perfil da qualidade de vida de idosos atendidos em Centros de Lazer e contextualizar a perspectiva da Enfermagem para o envelhecimento saudável da população no 3º milênio. **ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO**

NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para identificar o perfil da qualidade de vida de idosos atendidos em Centros de Lazer e contextualizar a perspectiva da Enfermagem para o envelhecimento saudável da população no 3º milênio. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que você frequenta. **PROCEDIMENTO DO ESTUDO:** Sua participação nesta pesquisa será responder a 2 questionários estruturados sobre sua qualidade de vida e 1 questionário semiestruturado sobre dados pessoais, o que levará aproximadamente 20 minutos. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído por números. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

RISCOS: Você pode achar que determinadas perguntas lhe incomodam, porque as informações que coletamos são pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado. **BENEFÍCIOS:** Sua entrevista ajudará a produzir conhecimentos significativos, que podem contribuir com a otimização de programas que trabalham com a promoção da saúde e o envelhecimento saudável da população idosa, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá informações bastante relevantes para atingir o objetivo proposto. **CONFIDENCIALIDADE:** Como foi dito acima, seu nome não aparecerá em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado. **DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES:** Esta pesquisa está sendo realizada na UnATI/UERJ. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós-graduação em Enfermagem - PPGENF sendo o aluno Rafael André da Silva o pesquisador principal, sob a orientação do Profº Drº William César Alves Machado. Os investigadores estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte o pesquisador no telefone (21) 98185-1497 ou e-mail rafael1835@hotmail.com, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7771 ou e-mail cep-unirio@unirio.br. Você terá uma cópia deste consentimento para guardar com você.

Eu concordo em participar deste estudo.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: _____

Discuti a proposta da pesquisa com este(a) participante e, em minha opinião, ele(a) compreendeu suas alternativas (incluindo não participar da pesquisa, se assim o desejar) e deu seu livre consentimento em participar deste estudo.

Assinatura (Pesquisador): Rafael André da Silva Data: _____

Rafael André da Silva (Mestrando PPGENF/UNIRIO)

Comitê de Ética em Pesquisa CEP-UNIRIO
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO
Avenida Pasteur, 296 – Urca – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22290-240.
Telefones: 21-25427796 E-mail: cep.unirio09@gmail.com